

## Перспективы развития добровольного медицинского страхования в КР

Абдырахманова Г.Б., Махмудова Г.У - ЖАГУ

Добровольное медицинское страхование – форма защиты граждан в Кыргызской Республике, основанная на принципе добровольного участия граждан.

Гражданам Кыргызской Республики предоставляется право заключать договоры по добровольному медицинскому страхованию (ДМС).

Добровольное медицинское страхование осуществляется страховыми компаниями, получившими соответствующую лицензию Финансового надзора по РЦБ при правительстве КР.

Медицинское страхование в КР существует в двух видах: обязательное и добровольное. Первое — является частью государственной программы по социальной защите населения, а добровольное — представляет собой независимый вид страхования, дополняющий обязательное.

Субъектами ДМС выступают страховая медицинская организация (Страховщик), страхователь, застрахованный и медицинское учреждение. Страхователями могут быть юридические и дееспособные граждане. Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных).

Объектом ДМС является страховой риск, связанный с затратами на оказание Застрахованному медицинской и иной помощи, включенных в программу страхования, при возникновении страхового случая.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение для профилактики заболеваний, а также при остром заболевании, хроническом заболевании и его обострении, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, несчастном случае, беременности для получения медицинских и иных услуг, включенных в программу ДМС.

Медленно, но верно добровольное медицинское страхование (ДМС) становится неотъемлемой частью современной действительности. Многие уже успели оценить неоспоримые преимущества обладания полисом ДМС — документом, обеспечивающим надежную медицинскую защиту его обладателя.

Основные преимущества полиса ДМС.

1. Гражданин вправе выбирать страховую компанию самостоятельно, ориентируясь на ее репутацию, отзывы клиентов, опыт работы на рынке страхования. Здесь нет навязывания и принуждения: физические и юридические лица решают сами, у кого приобретать страховой полис.
2. Выбор страховой программы также определяется исключительно желанием клиента. Компания в виде рекомендаций может предложить варианты сотрудничества, огласить перечень медицинских организаций-партнеров, клиент же выбирает позиции, которые будут занесены в его полис ДМС.
3. Область объема страхования отличается разноплановым характером, т.е. человек может застраховаться на несколько лет, на год и даже на 24 часа.
4. Добровольная страховка — экономичный вариант получения высококвалифицированной медицинской помощи. Страховщики тщательно следят за качеством медицинского обслуживания и уровнем оснащения медучреждения современным оборудованием. К тому же, если в период действия полиса произойдет повышение тарифов на лекарственные препараты или терапевтические мероприятия, — на владельца страхового документа это совершенно не отразится: для него стоимость медицинских услуг останется неизменной.

Какие услуги включает программа добровольного медицинского страхования?

Стандартная программа предлагает следующие виды услуг: вызов врача на дом, прикрепление к поликлинике, скорую помощь, стоматологию. Можно выбрать вариант с полным комплексом обслуживания или предпочесть лишь те услуги, которые для вас являются более значимыми. Многие недооценивают такой важный пункт как оказание скорой медицинской помощи, тогда как именно этот сервис имеет особое значение:

— коммерческие службы неотложной помощи оснащены намного лучше государственных и имеют в распоряжении, как взрослые, так и детские реанимобили.

— дежурная бригада коммерческой скорой помощи состоит из трех человек: водителя, врача и фельдшера.

— несмотря на то, что таких служб не очень много, коммерческая скорая помощь придет намного быстрее, потому как между ними заключены договоры о взаимодействии, по которым к вам прибудет машина со станции, расположенной максимально близко от места вызова.

— скорая помощь коммерческого типа — оптимальный вариант обслуживания за пределами МКАД: придет и поможет в два раза быстрее.

— самое главное — то, куда вы попадете на госпитализацию, если возникнут таковые показания. Обычная скорая привезет вас в ближайший стационар, а коммерческая постарается выбрать наилучший вариант. Оформляя страховку, учтите, что вас должны ознакомить со всем списком лечебных учреждений-сотрудников выбранного страховщика. Также вы должны быть проинформированы о том, куда обращаться при возникновении несчастного случая или проблем со здоровьем. Приобретая полис ДМС, вы получаете надежную гарантию квалифицированной медицинской помощи и возможность сохранить здоровье, а иногда и жизнь.

Обязательная медстраховка сегодня есть у каждого, что подразумевает гарантию на получение медицинской помощи, в случае возникновения проблем со здоровьем, в лечебном учреждении по месту жительства абсолютно бесплатно. Но что делать, если качество обслуживания в районной поликлинике оставляет желать лучшего, да и томительное ожидание в длинных очередях оставляет неприятный осадок, заставляя искать альтернативные варианты? В таком случае многие начинают задумываться о добровольном страховании (ДМС). Этот вид страховых услуг становится все популярней, потому как предоставляет свободу выбора страховой программы, в зависимости от целей, преследуемых при заключении договора. Но между тем, данный тип социальной защиты населения имеет ряд недостатков, о которых должен знать каждый страхователь. Прежде всего, следует учесть, что стоимость страхования будет зависеть от множества составляющих, т.е. она не будет фиксированной. Цены на страховой полис варьируются в зависимости от следующих факторов:

1. Состояние здоровья и возраст имеют самое главное значение. Пожилому человеку с целым «букетом» хронических заболеваний страховка обойдется намного дороже, нежели молодому человеку в самом расцвете сил.
2. Престижа медицинской организации, в которой вы хотите лечиться. Труд высококвалифицированных врачей стоит дороже.
3. Ассортимента предлагаемых услуг, например, можно сэкономить значительную сумму, отказавшись от вызова врача на дом или консультации медиков по телефону.

Также следует учесть, что можно лишиться права воспользоваться полисом, если:

— вы нанесли травмы или причинили вред своему здоровью умышленно;

— вы получили вред здоровью, находясь в состоянии наркотического или алкогольного опьянения;

— вы заболели или получили травмы, нарушив закон, т.е. совершив действия преступного характера.

Оформляя договор, особое внимание необходимо уделить сублимитам по тем или иным заболеваниям: в самый неподходящий момент может оказаться, что состояние,

требующее немедленной терапии, в договоре попросту отсутствует. Недостатком также является тот факт, что любая программа добровольного страхования имеет ряд исключений. Не предусмотрено страхование целого ряда недугов, лечение которых требует значительных материальных вложений. Такие случаи финансируются за счет госбюджета (онкология, психические, тяжелые инфекционные заболевания и др.).

Тяжелые хронические заболевания в некоторых программах допускаются, например, язва желудка, холецистит, бронхит, гипертония, но в этом случае, придется доплатить за возможность дополнительных рисков. Если хроническое заболевание выявляется на момент действия договора страхования, то либо это заболевание из полиса исключается, либо возрастает сумма страхового взноса.

Не входят в перечень страховых случаев косметические услуги, пластические операции и иные мероприятия, которые проводятся исключительно по волеизъявлению клиента. Часто люди думают, что если заплатили деньги, то они имеют право на все. Условия полиса ДМС опровергает это мнение.

Главным минусом страхования, как обязательного, так и добровольного является то, что полис не обеспечит страхователя выплатами при возникновении смертельно опасных заболеваний. Обязательное страхование не включает подобные риски, в силу ограниченных финансовых ресурсов, а добровольное медицинское страхование не берется за финансирование из-за усложнения методики подсчета страховых тарифов и долгосрочного страхового покрытия.

Реализация программы ДМС в Кыргызстане свидетельствует, что существует ряд трудностей и проблем, препятствующих динамике развития этого направления страховой системы. Во-первых, имеются некоторые несоответствия между законодательными документами о страховании, в моментах, касающихся оформления соглашения ДМС, возвращения части страховых взносов и др.

Во-вторых, отсутствие льгот на доходы населения в части денежных средств, нацеленных на добровольное медицинское страхование (предоставление льгот видится оправданным, потому как ДМС частично выполняет финансирование государственной системы здравоохранения).

В-третьих, стремление большого количества медицинских организаций восполнить недостачу бюджетных вложений за счет предоставления услуг в рамках программы ДМС, иногда в ущерб их качеству.

В-четвертых, отсутствие у страховщиков статистического банка (заболеваемость, распределение ее по возрасту, полу, профессиям и т.д.), являющаяся фундаментом для расчета страховых вложений.

В-пятых, в настоящий момент программы ОМС и ДМС не конфликтуют, т.к. ОМС предоставляет гарантированный минимум медобслуживания, а ДМС — сверх минимума, что способствует расширению спектра предлагаемых медицинских возможностей.

Но, несмотря на плюсы сложившейся системы, существенным минусом является невозможность обеспечения страховым покрытием смертельно опасных случаев заболеваний. Стоит обратить внимание на общие проблемы ДМС и возможные пути их решения. К одной из самых главных проблем следует отнести увеличение численности пожилых людей, а также возрастающую стоимость (опережающую инфляцию в 2 раза) медицинских услуг. Кстати, проблемы эти актуальны как для Кыргызстана, так и для некоторых стран.

Проблема «старения» и социальной защиты пожилых, обеспечение их качественными медицинскими услугами и компенсация затрат на медпомощь актуальна сегодня как никогда. В связи с этим фактом, уместен будет вопрос об увеличении расходов на социальное и медицинское обслуживание граждан. На страхование жизни и ДМС, например, в Германии, действует «запрет кумуляции», потому что данные виды страхования должны быть ограждены от колебаний убыточности. Это дает шанс разграничить расходы и доходы в страховых программах данного типа. Излишек средств

может использоваться для тех, кто застрахован пожизненно, но не для финансирования других отраслей страхования. При нарушении размера премии, видоизменяется и динамика расходов, т.к. медицинские выплаты требуют расходов больше.

Происходит перераспределение материальных средств в пользу пожилого населения из взносов застрахованных лиц молодого возраста. Существует вероятность, что через несколько лет в Кыргызстане число пожилых достигнет максимального уровня, а значит, увеличатся расходы на их обслуживание. Полностью избежать этого невозможно, но сгладить процесс вполне реально. Выход — концентрация материальных ресурсов на микро- и макроуровнях в целях дальнейшего использования.

Проблема возрастания численности пожилых людей, прежде всего, нуждается в решении на макроуровне, потому как частные фонды, в силу ограниченности бюджета, справиться с этой задачей не в состоянии. Проблему следует решать совместно с социальными и страховыми службами, поэтому важно создание демографических программ на региональном, государственном уровне, т.е. ориентация субъектов страхования на охрану здоровья пожилых, инвалидов ит.д.

Возможна дополнительная разработка страховых продуктов, которые включают в себя обеспечение по названным видам защиты здоровья в рамках добровольного страхования. Не менее значимая проблема, которую предстоит решить в ближайшее время, — возрастающая стоимость медицинского обслуживания, что определяется отсутствием четкой организации распределения финансовых потоков в системе охраны здоровья.

**Хорошо было бы, если бы в Кыргызстане ввели добровольное медицинское страхование ребенка!**

Невзирая на интенсивность развития рынка страхования, и ДМС в частности, компаний, практикующих программы детского медицинского страхования не так много. Это легко объяснимо неустойчивостью детского организма к поражающим факторам. Однако, некоторые страховщики подобную услугу все же предлагают. Несомненно, родители имеют право выбирать способ защиты своего малыша, а значит, и наполнение страховой программы самостоятельно, но эксперты настоятельно рекомендуют обратить внимание на наличие в полисе ДМС следующих услуг:

- обслуживание в поликлинике, подразумевающее оздоровительные, профилактические процедуры, вакцинацию;
- экстренная стационарная помощь;
- вызов специалиста на дом;
- консультация врача по телефону круглосуточно;
- снабжение необходимыми лекарствами.

Одним из достоинств медицинского страхования детей можно назвать привязку к наблюдающему врачу. Это позволит своевременно и качественно подходить к диагностике состояний и повысить результативность терапевтического воздействия. Но все же, перед подписанием договора страхования, стоит поинтересоваться о возможности, в случае необходимости, смены лечащего врача. Может быть педиатр не вызовет у вас доверия или не сможет найти контакт с малышом — случиться может всякое. Поэтому этот момент важно обговорить заранее, потому как, такая возможность предоставляется не всеми компаниями.

Не стоит забывать об ограничениях и разного рода исключениях, устанавливаемых страхователем. Их набор, в большинстве своем, стандартен для добровольного медицинского страхования, но встречаются особенности, о которых нужно знать. Не входят в перечень страховых случаев:

- консультации диетолога, логопеда, психолога;
- онкология;
- генетические заболевания наследственной природы.

Высокая стоимость медицинского страхования ребенка, пожалуй, можно отнести к единственному минусу. Стоимость варьируется, в зависимости от наличия тех или иных услуг. Главный фактор, определяющий стоимость полиса ДМС — размер страховой выплаты или страхового покрытия. Конечно, вряд ли страховка, даже с самыми идеальными условиями способна избавить родителей от беспокойства за самочувствие любимого ребенка. Но добровольное детское медицинское страхование предоставит возможность не переживать о материальных затратах и уровне медицинского обслуживания при возникновении страховой ситуации.

Для повышения качества оказываемых медицинских услуг необходимо периодически повышать уровень квалификации врачей и медицинских работников за границей, повысить их заработную плату, внедрять последние достижения научно-технического прогресса в области здравоохранения, улучшить материально-техническое обеспечение медицинских учреждений. Чтобы повысить уровень культуры страхования у населения, необходимо реализовывать образовательные программы, развивать инфраструктуру частного медицинского страхования, популяризировать преимущества ДМС.

#### **Используемая литература:**

1. Архипов А.П., Гомеля В.Б. Основы страхового дела, - М.: Маркет ДС, 2002г.
2. С.В. Ермасов, Н.Б. Ермасова «Страхование», М.:ЮНИТИ – 2004г.
3. Страхование в Кыргызской Республике: Опыт, проблемы и перспективы развития, Бишкек-2005г., сборник материалов проекта ТАСИС.
4. Шахов В.В. Страхование, Москва ЮНИТИ – 2006г.