

## ЭКОНОМИКА

---

*Абдырахманова Г.Б., Махмудова Г.У.*

### **Перспективы развития медицинского страхования в Кыргызстане**

Когда Кыргызстан был частью Советского Союза, по всей стране было построено множество больниц, клиник, санаториев. Медицинское обслуживание было бесплатным для всех, и, по сравнению с Западной Европой, было много докторов, медицинских работников и больничных коек на душу населения.

После развала Советского Союза в 1991 году, не было достаточно средств для оказания медицинских услуг населению и для содержания медицинских учреждений или здравниц, вследствие чего многие из них были закрыты или приватизированы. Также из-за отсутствия финансирования, состояние многих медицинских учреждений ухудшилось, оборудование не было обновлено. Качество оказываемых медицинских услуг низкое, есть нехватка современного оборудования для различного рода медицинских услуг.

Существование бесплатных медицинских услуг, однако, в реальности, все услуги плачиваются. Поскольку медицинские работники не получают заработную плату в течение многих месяцев, единственным способом «выжить» для них – просить пациентов оплатить за оказанные ими услуги. Качество питания в больницах оставляет желать лучшего. Поэтому пациенты надеются на своих родственников или оплачивают «дополнительные услуги» медсестер и врачей.

В реальности отсутствует какая-либо философия оперативного управления здравоохранением с целью снижения последующих затрат. Правительство не имеет четкой политики по пропаганде здорового образа жизни: здоровое питание, спорт и жесткий контроль над рекламой и реализацией табачных и спиртных изделий. Существующая система здравоохранения Кыргызстана нуждается в модернизации. Большинство государственных медицинских учреждений находится в плачевном состоянии, оборудование устарело как морально, так и физически.

Сейчас забота о здоровье превратилась из государственной в частную, являясь делом, прежде всего, самого человека и его близких. Как и в других странах Центральной Азии, в Кыргызстане очень сильным являются семейные узы. Поэтому многие семьи сами заботятся о своих больных и престарелых членах. Однако данная ситуация не должна продолжаться сколь угодно долго, государству необходимо заняться разработкой и осуществлением долгосрочной политики, направленной на эффективное медицинское страхование, а также условий для развития добровольного медицинского страхования.

В настоящее время существует оба вида медицинского страхования.

#### **1. Обязательное медицинское страхование (ОМС)**

Обязательное медицинское страхование осуществляется Фондом обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения КР, а также областными и Бишкекским городским управлениями Фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с утвержденными Правилами обязательного медицинского страхования граждан в КР. В рамках ОМС все застрахованные граждане, независимо от социального статуса и размера внесенного взноса, имеют равные права на медицинские и профилактические услуги в объеме базовой программы. Базовая программа ОМС определяет объем и условия оказания медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых застрахованным гражданам бесплатно. В рамках базовой программы ОМС, застрахованным гражданам, гарантируется стационарная и первичная медико-санитарная помощь в медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС. Также осуществляют

дополнительные программы ОМС, определяющие объем и условия оказания медицинских, профилактических услуг, лекарственного обеспечения, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, в оплате которых принимают участие и застрахованные граждане.

Страховые взносы (платежи) собираются органом, уполномоченным осуществлять сбор взносов на обязательное медицинское страхование, на отдельном расчетном счете Фонда медицинского страхования, где они аккумулируются и направляются на финансирование системы обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование граждан приостанавливается, если страховой взнос не поступил по истечении года после предусмотренного законодательством Кыргызской Республики срока выплат.

(В редакции Закона КР от 15 июля 2003 года N 149)

Субъектами ОМС являются: застрахованный, страхователь, страховщик, медицинское учреждение независимо от форм собственности и лицо, занимающееся частной медицинской практикой. Страхователем пенсионеров, безработных граждан, официально зарегистрированных в государственной службе занятости, населения, инвалидов, детей, военнослужащих срочной и сверх срочной службы, офицеров и прапорщиков является Социальный фонд КР.

Страхователями занятого населения являются работодатели и сами работники. Застрахованными являются пенсионеры, безработные граждане, официально зарегистрированные в государственной службе занятости населения, инвалиды, дети, военнослужащие срочной и сверх срочной службы, офицеры, прапорщики, работники и служащие лица, занимающиеся индивидуальной предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, а также юридические и физические лица, осуществляющие сельскохозяйственную деятельность и для которых земля является основным средством производства. Областные и Бишкекское городское управление Фонда обязательного медицинского страхования являются страховщиками. Согласно Правилам обязательного медицинской помощи, оказанной застрахованному медицинскому учреждению или лицу, занимающемуся частной медицинской практикой, с которым Фонд обязательного медицинского страхования и его территориальные органы заключили договор на предоставление медицинских услуг.

Размеры тарифов страховых премий по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются Правительством КР.

При предъявлении государственного удостоверения социальной защиты, застрахованный имеет право на получение в рамках базовой программы ОМС медицинской помощи в медицинском учреждении или от лица, занимающегося частной медицинской практикой, с которым Фонд обязательного медицинского страхования или его территориальный представитель заключил договор на оказание медицинских услуг.

## **2. Добровольное Медицинское Страхование**

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

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

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

В Кыргызстане отсутствуют конкретные статистические данные по добровольному медицинскому страхованию.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется страховыми компаниями, получившими соответствующую лицензию Министерства Финансов Кыргызской Республики в порядке, установленном Законом Кыргызской Республики «О лицензировании». ДМС основывается на принципе добровольного участия граждан в страховании.

Субъектом добровольного медицинского страхования 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).

Страховые медицинские организации заключают с медицинскими учреждениями и лицами, занимающимися частной медицинской практикой, договора на оказание медицинских услуг, застрахованным лицам, в отношении которых заключены договора страхования.

По некоторым правилам ДМС, лица, имеющие следующие заболевания и связанные с ними осложнения, не принимаются на страхование: ВИЧ – инфекция, особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа и тд.

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 добровольного медицинского страхования.

Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному программ страхования, определяющих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая: стационарной, амбулаторно-поликлинической, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

Программы страхования, предусматривающие оказание стационарной помощи как в экстренном, так и в плановом порядке, могут включать в себя лечебно-диагностическую, профилактическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, осуществляемую врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом, родовспоможение, пребывание в основном в одно - двухместной палате, уход медицинского персонала, лекарственные препараты и др. необходимые для оказания медицинской помощи средства, экспертизу временной нетрудоспособности.

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме ответственности Страховщика, путем определения перечня страховых рисков, включаемых в программу страхования, и о названии программы страхования, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

Программа ДМС разрабатывается страховыми медицинскими учреждениями и должны предусматривать оказание медицинских, профилактических и иных услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Размер страховой премии, которая является платой за страхование и вносится Страхователем, устанавливается Страховщиком, в соответствии с утвержденными тарифами, объемом и порядком предоставляемой медицинской помощи, а также с программой страхования.

Договор страхования заключается сроком не более одного года. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя или Застрахованного в осуществляемых страховых выплатах – франшиза. Франшиза может устанавливаться в денежном эквиваленте или в процентах от страховой выплаты. Выбор Страхователем франшизы и ее размер фиксируется в договоре страхования. Франшиза разделяется на «безусловную» и «условную». Франшиза «безусловная» предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы. Франшиза «условная» предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности произвести страховую выплату, не превышающую или

равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

Еще один вид медицинского страхования, оформляемый при выезде за границу, предлагается местными страховыми компаниями. Одним из требований многих посольств в Кыргызстане при получении визы является предоставление полиса страхования медицинских расходов при выезде за границу. Без такого страхового полиса виза не выдается гражданам, выезжающим за границу. Несколько страховых компаний на рынке Кыргызстана специализируется на данном страховании.

Как упомянуто выше, страховщики Кыргызстана не принимают на страхование лиц, имеющих хронические и иные заболевания, но многие из них не требуют, чтобы, лица, желающие застраховаться, проходили диагностику в медицинских учреждениях до начала срока страхования. Страховые компании пытаются разработать схемы для контроля расходов и, в этой связи, заключают с некоторыми медицинскими учреждениями и докторами договора на оказание медицинских услуг застрахованным клиентам.

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.

### ***Литература***

1. *Александров А.А.* Страхование – М.: Приор, 1998 год;
2. *Балабанов И.Т., Балабанов А.И.* Страхование – СПб: Питер, 2002 год;
3. *Басаков М.И.* Страхование дело: Курс лекций – М: Приор, 2001 год;
4. *Шахов В.В.* Страхование: Учебник для вузов – М.: Страховой полис, ЮНИТИ, 2003 год;
5. Проект ТАСИС «Поддержка небанковского финансового сектора в КР» «Страхование в КР: опыт, проблемы и перспективы развития» – Бишкек 2005 год.

\* \* \*