

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
МИЛДЕТТҮҮ МЕДИЦИНАЛЫК КАМСЫЗДАНДЫРУУНУН
МЫЙЗАМДАРЫНЫН НЕГИЗДЕРИ
LEGISLATIVE BASE OF THE OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE**

Касиев Н.К.

**КРСУ, медицинский факультет, кафедра общественного здоровья и
здравоохранения**

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, платные медицинские услуги, застрахованные граждане, неофициальные платные услуги, финансовые отношения в здравоохранении.

The Keywords: obligatory medical insurance, pay medical facilities, assured people, paid medical facilities, financial relations in public health.

В связи с введением в Кыргызстане обязательного медицинского страхования возникло ряд проблем на фоне социально-экономического кризиса. Тарифы на медицинские услуги и их набор не были четко определены. В настоящее время появился новый порядок получения медицинской помощи, ее качества и контроль за использованием финансовых средств. Были изданы ряд законов, постановлений регулирующих этот процесс.

Due to the enactment in Kyrgyzstan obligatory medicine the row of problems on the background of social-economic crisis has appeared. The tariffs on medical facilities and its set were not clearly determined. At the present time there is new order of getting a medical help, its quality and the control of the use of financial facilities. The row of laws and resolutions adjusting this process have been published.

Кыргызская Республика является суверенной, унитарной, демократической республикой, построенной на началах правового светского государства. Деятельность государственных и других субъектов в государстве должна базироваться на законодательных и нормативно-правовых актах.

Закон «О медицинском страховании» был принят в 1992 г., фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) был учрежден постановлением Законодательного собрания Жогорку Кенеша КР от 16 января 1996 года №281. В основу введения ОМС закладывались следующие принципы: обязательность, госрегулирование, солидарность, застрахованность, гласность. Также были изданы ряд законов регулирующих медицинское страхование. Так, впервые в постсоветском пространстве в Законе Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан» 1992 года принята ст. 35 «О медицинском страховании», в которой определена цель: «медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья».

В следующих редакциях Закона «О медицинском страховании граждан» 1999 г., 2003 г. были определены правовые, организационные и финансовые

основы медицинского страхования граждан Кыргызской Республики. Правительственные постановления – от 16.08.1993 г. №380 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»; от 16.09.1996 г. №429 «О координационном совете при Правительстве Кыргызской Республики по введению обязательного медицинского страхования» были чрезвычайно важными и определили пути формирования страхования здоровья населения.

С 1 января 1997 года ФОМС начал принимать страховые взносы, а с июля 1997 г. – финансировать медицинское обслуживание. За работников страховые взносы платят работодатели (2% заработной платы), за пенсионеров и безработных – Фонд социального обеспечения (1,5% средней заработной платы), взносы фермеров должны поступать из земельного налога (2% земельного налога). Размеры отчислений на социальное страхование (включая взносы на медицинское страхование) ежегодно определяет Правительство КР. В 1998 г. доля ФОМС в государственных расходах (включая официальные платные услуги) составляли - 4,3%. В 1999 г. было охвачено 32% населения. В настоящее время застрахованы около 95% населения, в том числе - 26,4% работающие лица, пенсионеры, 25,4% - дети, 1,8% - безработные, 1,08% - другие социальные группы. Подразумевается, что в число застрахованных входят работающие граждане, пенсионеры, зарегистрированные безработные и дети.

Обязательное медицинское страхование столкнулось с рядом трудностей. Во-первых, вследствие экономического кризиса и высокого уровня безработицы собранных взносов оказалось намного меньше, чем ожидалось. В

1997 г. Фонд социального обеспечения, который сам испытывал нехватку денежных средств, перевел Фонд обязательного медицинского страхования меньше средств, чем было запланировано. В 1998 г. только - 25% необходимой суммы за пенсионеров и 15% за безработных, а также наблюдалась крупная задолженность государства по заработной плате, что затруднила сбор взносов в Фонд социального обеспечения и правительству пришлось выделить субсидии.

Во-вторых, единица стоимости, в соответствии с которой должны рассчитываться тарифы на медицинские услуги, как и договорный набор медицинских услуг, не были четко определены.

Официальные платные услуги были разрешены в 1991 г. Доля платных медицинских услуг в финансировании здравоохранения весьма значительна, хотя точно оценить ее трудно. Платные услуги можно разделить на 4 группы:

- государственные медицинские учреждения взимают плату за некоторые медицинские и немедицинские (аренда помещений, предоставление транспорта, последипломное обучение) услуги;
- больные полуофициально оплачивают расходные материалы (лекарственные средства и другие медицинские товары);
- взятки медицинским работникам;
- платные услуги частных медицинских учреждений (главным образом лекарственные средства).

В 1993 г. Министерство здравоохранения основало Департамент внебюджетной деятельности, в обязанности которого вошла разработка политики в области платных услуг и регламентирование цен на них.

Примерно 20% доходов от платных услуг медицинские учреждения должны были возвращать в государственный бюджет, однако в 1996 г. эту долю снизили до 2,3%. Поскольку государственные доходы сократились, в настоящее время предполагаемый объем платных услуг учитывается при распределении средств по медицинским учреждениям. Они определяют стоимость каждой услуги, которая попадает под действие нормативов Государственного антимонопольного комитета.

К полностью или частично платным услугам относятся дополнительные методы лечения (мануальная терапия, гомеопатия, иглоукалывание, массаж, физиотерапия), аборты и стоматологические услуги (за исключением которых льготных категорий) и некоторые виды длительного лечения (например диализ). Во время пребывания в стационаре больные оплачивают лекарственные средства и некоторые другие медицинские товары (полностью), а также ряд медицинских услуг, в том числе лабораторных исследований (частично).

В настоящее время плата взимается за следующие виды медицинских услуг:

- лекарственные средства (оплачивают амбулаторные и стационарные больные за лекарственные средства, за исключением неотложных состояний и льготных категорий граждан);
- улучшенные условия проживания в стационаре (отдельная палата, телевизор и т.д.);

- некоторые больничные услуги (17 категорий, в том числе физиотерапия и иглоукалывание);
- лабораторные исследования в больницах и амбулаторных учреждениях (чтобы покрыть расходы на реактивы);
- госпитализация (размеры оплаты и перечень услуг колеблются);
- ультразвуковое исследование, рентгенография, цитологические исследования в больницах и амбулаторных учреждениях;
- первичное обращение к врачу в организациях здравоохранения.

Доходы от платных медицинских услуг, включая лабораторные исследования, питание и обучение, возрастают. Центральное казначейство именует этот источник доходов как «Специальные средства». Бюджетных средств не хватает, зато доходы от платных услуг медицинские учреждения могут тратить относительно свободно и поэтому вынуждены повышать цены на эти услуги. В 1996 г. расходы на платные услуги составляли 24,2 млн. сомов, (3,3% государственных расходов на здравоохранение), а в 1998 г. – уже 83,5 млн. сомов (8,4% государственных расходов на здравоохранение). Пенсионеры освобождаются от оплаты услуг.

Значительную долю в расходах на здравоохранение составляют неофициальные платные услуги (питание, постельное белье в стационарах, приобретение лекарственных средств, взятки врачам).

По данным за 1994 г., примерно 70% населения платили за те или иные виды амбулаторных услуг, а 86% - за стационарное лечение. Исследование,

проведенное в 1997 г. показало, что около половины людей, признающих, что нуждаются в лечении, не могут себе этого позволить.

Помимо ОМС существует добровольное медицинское страхование узаконено в 1993 году. В 1998 г. правительством было зарегистрировано двенадцать частных страховщиков, но по настоящему действуют лишь несколько небольших программ добровольного страхования. Пока не изменится государственная политика в области медицинского страхования и не улучшится экономическое положение, добровольное страхование вряд ли будет расширяться.

Экономический кризис, который привел к резкому снижению финансирования здравоохранения и неэффективности существующей системы, инициировал поиск дополнительного источника ресурсов.

Механизм социальной защиты граждан в области охраны здоровья предполагается как устойчивая система взаимодействия социальных групп и государства на рынке медицинских услуг в условиях функционирования обязательного медицинского страхования.

Такая система регулируется:

- социально-экономическим положением и сознанием социальных групп;
- наличием у них общественных потребностей по гарантированному получению доступной, квалифицированной, качественной и бесплатной медицинской помощи;
- социальным институтом общества.

Предполагается, что все виды социального страхования, насколько это возможно, должны включать, наряду с компенсационными выплатами, также профилактические мероприятия, лечение и дальнейшую реабилитацию.

Кроме законодательного регулирования ОМС, Указом Президента от 22.11.1996 г. «О мерах по введению обязательного медицинского страхования граждан» в Кыргызской Республике было поручено образовать республиканскую кассу здоровья при Правительстве Кыргызской Республики. Были определены источники финансирования и передачу их в Республиканскую кассу было поручено Социальному фонду. Указом президента КР от 10.01.1998 г. «О внесении изменений и дополнений в некоторые решения президента КР», «Республиканская касса здоровья» была заменена на «Фонд обязательного медицинского страхования».

Постановлением Правительства от 14.01.1997 г. №18 «О вопросах введения обязательного медицинского страхования» в Кыргызской Республике четко определены функции и программа поэтапного создания обязательного медицинского страхования. Определены источники и размеры взносов на медицинское страхование в размере - 2% от фонда оплаты труда, на пенсионеров и в размере 1,5 минимальных оклада безработным, уплачиваемые Социальным Фондом.

В сознание наших людей вошло новое понятие – обязательное медицинское страхование, что определило переход к новому порядку получения медицинской помощи, ее качеству и контролю за использованием финансовых средств, направленных на здравоохранение. Складывающиеся

финансовые отношения в здравоохранении («покупатели» и «поставщик медицинских услуг» - субъекты ОМС) должны через систему медицинского страхования изменить прежнее представление о выполнении своих гражданских обязанностей, как со стороны медицинских работников, так и со стороны пациентов. Задачи ОМС – не создавать и содержать лечебно-профилактические учреждения, а «покупать» медицинскую помощь для застрахованных граждан, при этом контролировать ее объем и качество, определять цели деятельности всех субъектов ОМС. В корне изменяется представление о получении бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, правовое положение граждан КР в системе ОМС закрепляется в нормах права регулирующего соответствующие отношения. Новая система организации страховой медицины должна быть направлена на реализацию следующих принципов: совершенствование экономических методов управления, устранение остаточных методов формирования ресурсов, свободный выбор врача и медицинского учреждения, экономическая заинтересованность населения, медицинских работников и работодателя в улучшении здоровья населения.

Литература

1. Закон КР «О медицинском страховании», 1992.
2. Закон КР «Об охране здоровья», 1992.
3. Постановление ЖК КР «О порядке введения в действие закона КР «О медицинском страховании граждан в КР»», 1992.
4. Постановление Правительства КР «О медицинском страховании граждан в КР», 1993.
5. Постановление Правительства КР «О вопросах медицинского страхования граждан в КР», 1995.
6. Н.К., Касиев, Д.Д. Рисалиев. Реформирование здравоохранения и обязательное медицинское страхование. Бишкек, 2010. С. – 215.