

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ И РАЗВИТИЕ

Д. Жапарова, доцент КТУ «Манас» <damirajaparova@mail.ru>

COMPULSORY HEALTH INSURANCE IN KYRGYZSTAN: PROBLEMS AND DEVELOPMENT

Assoc. Prof., Dr. **D. Japarova**, Kyrgyzstan-Turkey Manas University
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

In Kyrgyzstan, the «compulsory health insurance» is not a true model of insurance. Mandatory contributions to compulsory health insurance (CHI) is a kind of state tax and state-funding of the health system. Employers are not motivated to support health insurance, as the payer don't know how his payments are used. Therefore, the main contributors of CHI in Kyrgyzstan are public sector workers. Some people working in private sector, with higher incomes, is almost not covered by health insurance. Foreign citizens living in Kyrgyzstan are not able to insure their health. Therefore it is necessary to reform the current fiscal and insurance system of financing healthcare to the system of financing based on the insurance principle.

Key words: health insurance, fund budget structure of compulsory health insurance, the personification of compulsory medical insurance, flexible insurance system.

Jel Codes: 115, 118

Аннотация

В Кыргызстане обязательное медицинское страхование не является истинной моделью страхования. Взносы на обязательное медицинское страхование (ОМС) являются своего рода государственной пошлиной в системе государственного финансирования здравоохранения. Работодатели не мотивированы для поддержки медицинского страхования в качестве плательщика, они не знают, как используются их выплаты. Основными вкладчиками ОМС в Кыргызстане являются работники государственного сектора. Некоторые работники частного сектора, с более высокими доходами, почти не охвачены медицинским страхованием. Иностранные граждане, проживающие в Кыргызстане, не в состоянии обеспечить свое здоровье. Поэтому необходимо реформировать финансовую и страховую системы финансирования здравоохранения в системе финансирования на принципах страхования.

Ключевые слова: медицинское страхование, структура бюджета фонда обязательного медицинского страхования, персонификация средств обязательного медицинского страхования, гибкая система страхования.

Фонд обязательного медицинского страхования, являясь одним из важных источников финансирования здравоохранения, обеспечивает предоставление гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет обязательных отчислений работодателей из фонда заработной платы работников.

Необходимость развития страховой системы обусловлена следующими причинами. Непредсказуемость болезни ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Человек вынужден учитывать риск заболевания и связанные с ним затраты. Во избежание больших единовременных расходов в ситуации неопределенности люди используют различные формы страхования.

Здоровые люди вносят определенные суммы в общий страховой фонд, который управляется специальным страховым институтом или страховой компанией, затем получают возможность лечиться за счет собранных средств.

ОМС как система финансирования здравоохранения и управления качеством медицинской помощи в большей или меньшей степени используется практически во всех странах мира, в том числе и СНГ, это единственная возможность осуществления независимой экспертизы качества медицинской помощи и дополнительный источник внебюджетного финансирования здравоохранения. В Кыргызстане ФОМС осуществляет независимые экспертизы качества медицинской помощи.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. При возникновении страхового случая гарантируется оплата медицинской помощи за счёт накопленных страховщиком средств.

Реализованная в Кыргызстане модель, которую принято именовать «системой обязательного медицинского страхования», не является истинной моделью страхования. Она выполняет лишь функции перераспределения собираемых налоговыми органами и органами Социального фонда налогов и страховых взносов. Средства ОМС с момента создания системы обязательного медицинского страхования поступают в Социальный фонд и затем направляются в ФОМС.

Одним из существенных недостатков отечественной системы обязательного медицинского страхования является отсутствие экономически обусловленных форм и механизмов включения застрахованного пациента, потребителя медицинских услуг, в систему отношений страхования.

Обязательный взнос на ОМС представляет некую разновидность обязательного государственного налога и государственной формы финансирования системы здравоохранения.

Изучение экономического содержания системы ОМС позволяет убедиться в том, что в действующей системе ОМС в Кыргызстане отсутствуют такие понятия, как «страховой случай», «страховой риск», а финансовые компенсации осуществляются, как правило, по количественным параметрам: стоимостным характеристикам отдельно взятой услуги, амбулаторному посещению, койко-дням.

Застрахованный пациент находится вне системы отношений субъектов системы ОМС. Из числа опрошенных пациентов стационарного лечения, 63% не знают о существовании бесплатных медицинских услуг по программе государственных гарантий, более того, они входят в параллельные внесистемные отношения с медицинскими работниками, как, например, неофициальная плата за лечение. Почти каждый третий из опрошенных пациентов стационарного лечения, или 28,6% пациентов, отметили, что оплатили лечение неофициально. Из них 27,4% пациентов неофициальную плату осуществляют практически всегда, а 43% иногда покупают лекарства за свой счёт [1]. И самое главное – в отношениях потребителя медицинских услуг с системой предоставления этих услуг отсутствует прямая мотивация, поскольку он не чувствует, что ему отдан приоритет во взаимоотношениях.

В КР работодатель ежемесячно от всех видов выплат делает отчисления в Фонд обязательного медицинского страхования в размере 2%. В странах СНГ и ближнего зарубежья они значительно превышают действующие тарифы в Кыргызской Республике (табл. 1).

«Поддержание, восстановление и улучшение состояния здоровья застрахованных», как формулируется в первом параграфе книги социальных законов Германии, посвященном медицинскому страхованию, обходится среднему налогоплательщику в 14,3% от его заработной платы – чуть меньше половины от этой суммы платит работодатель. Эта цифра является усредненной, взнос может колебаться от 12 до 15%. Необходимо отметить, что взнос постоянно растет и к 2030 г. составит, согласно данным последних экономических исследований, около 25%. Причиной этому является старение населения и возрастающие расходы на здравоохранение.

Принцип государственного медицинского страхования в Германии заключается в том, что индивидуальные взносы застрахованных зависят только от доходов. Услуги же застрахованным оказываются в полном, предусмотренном для этого объеме, независимо от размера

взноса в больничную кассу. Кроме этого, застрахованными параллельно с основным плательщиком взносов являются и все члены его семьи (если их доход не превышает определенной границы). Таким образом, выравниваются шансы любого пациента на получение соответствующей медицинской помощи, независимо от возраста, состояния здоровья и финансовой ситуации [3].

Таблица 1 – Действующие тарифы ОМС в странах СНГ, ближнего зарубежья и КР (%)

Страна	Отчисления в фонд обязательного медицинского страхования	
	от работодателя	от физического лица
Кыргызстан	2,0	-
Россия	5,1	-
Грузия	3,0	-
Молдова	3,5	3,5
Германия	7,45	7,45

Источник: [2].

Другим основополагающим принципом функционирования государственных больничных касс является их самоуправление, подразумевающее участие в нем всех звеньев этой цепи – сотрудников касс, больниц, врачей и пациентов. Любой застрахованный гражданин имеет право принимать участие в проходящих раз в несколько лет выборах в органы самоуправления больничных касс. Эти принципы, а также несравнимо больший спектр гарантированных услуг выгодно отличают немецкую систему здравоохранения от более ориентированных на платежеспособность граждан американской, швейцарской или голландской систем.

Теперь рассмотрим удельный вес источников финансирования в Кыргызской Республике (табл. 2).

Таблица 2 – Удельный вес источников финансирования в Кыргызстане в общих расходах здравоохранения (%)

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2013 г. к 2009 г.
Бюджет	78,5	79,0	80,2	81,9	80,5	+2,0
ФОМС	15,0	14,5	14,1	12,5	13,2	-1,8
Частные	6,5	6,5	5,7	5,6	6,3	-0,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Источник: [4].

Средства ОМС в 2013 г. составили всего 13,2% доходов Единого плательщика. Причина низкого удельного веса страховых поступлений состоит в том, что основными плательщиками взносов системы ОМС в Кыргызстане являются работодатели бюджетной сферы, имеющие небольшие фиксированные доходы. Это значит, что реальные источники ОМС крайне ограничены [4].

Собственные средства ФОМС в период с 2009 по 2013 г. росли, но гораздо в меньшей мере, чем общие госрасходы на здравоохранение, поэтому доля средств ФОМС сократилась с 15 до 13,2%, или на 1,8%. Это обусловлено тем, что с момента учреждения ОМС в КР в 1997 г., норма страховых взносов, составляющая 2% от фонда заработной платы работодателей, не пересматривалась.

Согласно структуре бюджета ФОМС (табл. 3), удельный вес отчислений из фонда оплаты труда вырос на 3,7%, на 4,7% увеличились средства, поступающие от сооплаты граждан, и спецсредства учреждений. В то же время удельный вес средств, поступающих из республиканского бюджета за пенсионеров, детей до 16 лет, сократился на 8,4%. Это объясняется тем, что на протяжении многих лет, несмотря на рост численности детей, пенсионеров и лиц, получающих социальные пособия, республиканским бюджетом не пересматривался их контингент и не изменялись потоки финансирования.

Таблица 3 – Динамика и структура бюджета ФОМС за 2009-2013 гг. (млн. сом.)

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	2013 г. в % к 2009 г.
Собственные средства ОМС из Социального фонда	765,4	774,4	1062,2	1209,9	1390,0	181,6
Средства ОМС из республиканского бюджета	259,4	259,4	259,4	259,4	259,4	100,0
Спецсредства и сооплата	261,4	278,5	356,1	434,1	548,6	209,9
Всего	1286,2	1312,3	1677,7	1903,4	2198,0	170,9
Удельный вес, %						
Собственные средства ОМС из Социального фонда	59,5	59,0	63,3	63,6	63,2	+3,7
Средства ОМС из республиканского бюджета	20,2	19,8	15,5	13,6	11,8	-8,4
Спецсредства и сооплата	20,3	21,2	21,2	22,8	25,0	+4,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Источник: [4].

Кроме того, по решению Правительства КР 28 категорий граждан, или 1133,3 тыс. человек, имеют право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по ПГГ на амбулаторном уровне и в стационарах по социальному статусу и 17 категорий, или 206,1 тыс. человек, имеют право на бесплатное получение медицинской помощи по клиническим показаниям основного заболевания.

Как видно (табл. 4), структура застрахованных граждан претерпела существенные изменения: уменьшилась доля работающих граждан с 27,7 до 20,1%, от которых поступала значительная часть страховых отчислений работодателей. Это связано с тем, что у работодателей отсутствует прямая мотивация поддержки медицинского страхования, скорее наоборот, – стремление сократить платежи на ОМС, так как конкретному плательщику неизвестно, как используются его деньги.

Доля работающих и оплачивающих ОМС составляет лишь 20,1%. Основную часть участников страхования составляют потребители средств ОМС. В структуре граждан, пользующихся средствами ОМС, наибольшую долю составляют дети в возрасте до 16 лет – 43,%, пенсионеры – 13,1% и фермеры – 9,4.

Таблица 4 – Динамика и структура застрахованных граждан по республике за 2012-2013 гг.

Категория граждан	2012 г.		2013 г.		Профинансировано по ОМС, тыс. сом.
	абс., тыс. чел.	%	абс., тыс. чел.	%	
Работающие	1146,3	27,7	806,6	20,1	239856,1
Пенсионеры	521,1	12,6	533,0	13,1	339510,9
Дети до 16 лет	1779,6	43,0	1768,8	44,0	574556,6
Дети от 16 до 18 лет (школьники)	216,3	5,2	208,8	5,2	36820,0
Фермеры	389,4	9,4	606,3	15,1	70391,0
Лица, получающие соц. пособия	77,5	1,9	83,4	2,1	103661,2
Лица, самостоятельно приобретшие полис ОМС	4,9	0,2	8,7	0,2	2190,2
Беженцы, за которых поступают средства из УВКБ ООН	0,2	0,0003	0,1	0,003	59,9
Военнослужащие	2,6	0,06	2,5	0,06	864,7

Источник: [4].

Часть населения, работающая в коммерческих структурах и имеющая более высокие доходы, системой страхования здоровья почти не охвачена.

Немного удастся собирать средств от фермеров и частных предпринимателей. При этом функции данного института являются ключевыми в аспекте проводимых реформ в сфере здравоохранения. ФОМС аккумулирует денежные ресурсы и успешно справляется с ролью главного распорядителя бюджетных и страховых средств в системе «Единый плательщик», выравнивая качество предоставляемых услуг и финансирование регионов.

Для того чтобы охватить коммерческую структуру, необходимо заинтересовать в этом их представителей, персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования. Идентификация счетов поможет увеличить численность застрахованных граждан.

Иностранцы граждане, проживающие продолжительное время в Кыргызстане, не имеют возможности страховать собственное здоровье. В период острого дефицита денежных ресурсов такие условия характеризуют наличие потенциальных дополнительных источников финансирования медицины.

Кроме того, основная часть населения Кыргызстана, то есть около 70%, проживающего в сельской местности, в связи с отсутствием основного места работы не принимает участия в оплате средств обязательного медицинского страхования. Однако в связи с низкой доходностью они подвержены риску заболевания больше, чем городское население. Необходимо учесть реальную ситуацию и предусмотреть источники лечения безработных граждан страны.

Недостаток финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане не позволяет в полной мере развивать передовые медицинские технологии. Значительная часть медицинского оборудования в организациях здравоохранения морально и физически устарела, административные здания организаций здравоохранения требуют капитального ремонта.

В связи со значительным ростом цен на товары и услуги, объем средств, направляемый на здравоохранение из средств государственного бюджета и обязательного медицинского

страхования, не обеспечивает покрытие первоочередных расходов организаций здравоохранения на предоставление качественных медицинских услуг.

Фондом ОМС было предложено увеличить объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование за счёт доходов работника в размере одного процента, то есть предлагается повысить отчисления на обязательное медицинское страхование за счет доходов работника с 2 до 3% [5].

В ФОМС нет накопительной системы. Если человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система заинтересовала бы людей страховать здоровье.

Необходимо преобразовать действующую бюджетно-страховую систему финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе. Построить нормальную, гибкую, дифференцированную с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.

Выводы

- Преобразовать бюджетно-страховую систему финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на реальном страховом принципе.
- Пересмотреть удельный вес средств, поступающих из республиканского бюджета для пенсионеров и детей до 16 лет.
- Персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования.
- Создать систему страхования иностранных граждан и использовать как потенциальный источник финансирования медицины.
- Определить источники лечения безработных граждан страны.
- В ФОМС нет накопительной системы. Если человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система могла бы заинтересовать людей страховать здоровье.
- Построить нормальную, гибкую, дифференцированную с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.

Использованные источники

1. Результаты анкетирования врачей и пациентов больниц и поликлиник в г.Бишкеке и 7 регионах Кыргызстана [Текст] / Д. Жапарова. – Бишкек, май 2014 г.
2. В Кыргызстане предлагают повысить отчисления на обязательное медстрахование за счет доходов работника с 2 до 3% [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.akipress.org/zdorovie/news:17203/>
3. Государственное медицинское страхование в Германии. Исторические корни и принципы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=7x994-9egx1>
4. Таблицы составлены по данным Министерства здравоохранения КР за 2009-2013 гг.
5. Анализ финансовой устойчивости. Программы государственных гарантий в среднесрочном периоде [Текст]: Информационный обзор № 17. – Бишкек: ФОМС и Министерство здравоохранения КР, 2013.