Обязательное медицинское страхование в Кыргызстане: проблемы и пути совершенствования

Compulsory Health Insurance in Kyrgyzstan: Problems and Development

Assoc. Prof. Dr. Damira Japarova (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)

Abstract

In Kyrgyzstan, the "compulsory health insurance" is not a true model of insurance. Mandatory contributions to compulsory health insurance (CHI) are a kind of state tax and state-funding of the health system. Employers are not motivated to support health insurance, as the payers 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.

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

Государство располагает одним из важных инструментов финансирования государственных услуг. Это Фонд обязательного медицинского страхования, за счет которого населению предоставляется возможность пользоваться гарантированным со стороны государства пакетом медицинских услуг. Основу фонда составляют обязательные отчисления, которые осуществляют работодатели из фонда заработной платы.

Нужна ли система страхования? Для того чтобы это понять, рассмотрим причину ее появления. Как правило, человек не планирует свои расходы на медицинское обслуживание, поскольку не знает, когда он заболеет и заболеет ли вообще. Несомненно, он принимает во внимание этот риск и связанные с ним расходы. Поскольку он не всегда в состоянии нести большие расходы на поддержание своего здоровья или устранение какой-либо болезни, то вынужден прибегать к помощи различных фондов медицинского страхования. Будучи здоровым, человек отчисляет определенную сумму в специальный фонд, управляемый страховым институтом или компанией, и таким образом обретает средства на лечение.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивая как финансирование, так и управление качеством медицинских услуг, распространена во многих странах мира и СНГ и является уникальной возможностью осуществления независимой экспертизы качества медицинской помощи и источником дополнительных внебюджетных средств для национального здравоохранения. С его помощью государство обеспечивает социальную защиту интересов населения страны, касающихся охраны здоровья. При необходимости человеку предоставляется возможность воспользоваться гарантированной помощью из средств, накопленных страховщиком. В каждой стране существует своя система госфинансирования медицинских услуг. Из всего их многообразия можно выделить две системы: обязательного медицинского страхования (еще ее называют социальное медицинское страхование) и бюджетного финансирования.

Система обязательного медицинского страхования основана на страховых взносах, уплачиваемых самими работающими или их работодателями. Они принимают на себя обязательства перед государством осуществлять взносы в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда. Преобладают страны, в которых согласно системе ОМС выплаты производят и работодатели, и работники почти в равных долях. В России это обязательство закреплено исключительно за работодателем.

Для неработающего населения существуют два способа страхования: 1) работающий страхуется вместе с неработающими членами семьи, а сумма выплат, которую осуществляют работающий или работодатель, является страховым взносом как для работающего, так и для членов его семьи; 2) источником страховых взносов для неработающих становится государственный бюджет или внебюджетный фонд.

Граждан, имеющих медицинскую страховку, в Кыргызстане насчитывается 4 млн. 105 тыс., или 75% населения страны (zdorovie.akipress.org/news:22370)

Принятая в Кыргызской Республике система ОМС не есть истинная модель страхования, она служит для перераспределения средств (в виде налогов и страховых взносов), собираемых налоговыми органами и поступающих затем в Социальный фонд, из которого они направляются в Фонд обязательного медицинского страхования.

Можно усмотреть в обязательном взносе на медицинское страхование некий вариант государственного налога и формы финансирования предоставления медицинской помощи. А один из недостатков данной

системы ОМС, причем существенных, видится в необеспеченности экономически оправданной формой и механизмом введения застрахованного лица, как потребителя этой помощи, в систему отношений страхования.

Анализ экономического аспекта системы обязательного медицинского страхования показывает на отсутствие понятий «страховой случай» и «страховой риск». И критерием для финансирования служат количественные параметры, к которым отнесены стоимость каждой услуги, амбулаторное посещение и койко-дни.

1. Установлено, что застрахованный пациент не вовлечен в систему субъектных отношений ОМС. Не упорядочен пакет медицинских услуг, предоставляемых по системе страхования, поэтому сложно определить границу между страховыми и нестраховыми, бесплатными и гарантированными со стороны государства услугами. Анкетный опрос позволил установить, что 63% опрошенных ничего не знают о существовании медицинских услуг, предоставляемых бесплатно в рамках госпрограммы гарантий, более того, 28,6% (почти каждый третий) неофициально оплачивают свое лечение, вступая во внесистемные отношения с медработниками. Среди таких пациентов 27,4% постоянно неофициально оплачивают свое лечение, 43% делают это иногда в виде платы за лекарства (Rezultati anketirovania vracheey I psientov,2014g.).

Самое главное – сложившаяся практика не вызывает у пациента уверенности в том, что он как потребитель медицинских услуг будет находиться на первом месте в приоритетах взаимоотношений.

Фонд обязательного медицинского страхования работодатели пополняют ежемесячно в виде отчислений от разного рода выплат. В Кыргызстане они составляют 2%, в странах ближнего зарубежья и СНГ их размер значительно выше (табл. 1).

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

Таблица 1. Действующие тарифы ОМС в странах СНГ и зарубежья и КР **Источник:** V Kirgizstane predldgauyt povisit otchislenia na obiazatelnoe medisinskoie strahovanie za schet dohodov rabotnika s 2 do 3%

Если взять Германию, то, согласно Книге социальных законов, средний налогоплательщик отчисляет на медицинскую страховку 14,3% от своей заработной платы, почти половину этой суммы выплачивает работодатель. Это средние значения, сумма может колебаться в пределах 12-15%. Предполагается, что вследствие старения населения и роста расходов на здравоохранение, размер взноса к 2030 г. достигнет 25%,. Взнос застрахованного в этой стране напрямую зависит от размера его дохода. А вот услуги ему предоставляются в строго определенном объеме, а не от того, какую сумму он внес в кассу медицинского учреждения. Более того, в категорию застрахованных попадают и другие члены семьи, доход которых не выходит за пределы установленной суммы. Из этого можно заключить, что система государственного медицинского страхования в Германии предоставляет равные права пациентам на пользование медицинскими услугами, поскольку не имеют значения ни возраст, ни состояние здоровья, ни финансовая ситуация пациента (akipress.org/zdorovie/news:17203/).

Рассмотрим еще один принцип, присущий германской системе медицинского страхования. Это управляемость государственными больничными кассами, предусматривающая самоуправление. Таким образом, вся цепочка: кассовые работники, сотрудники больниц, врачи и сами пациенты – то есть любой застрахованный гражданин может быть избран в органы самоуправления больничных касс. И если сравнивать немецкую систему с американской, швейцарской, голландской, ориентированных на платежеспособность граждан, то, благодаря этим принципам и более широкому спектру гарантированных услуг, она от них выгодно отличается. (Gosudarstvennoe medisinskoie strahovanie v Germanii).

Финансирование здравоохранения Кыргызской Республики осуществляется из разных источников. Их удельный вес в общих расходах приведен в табл. 2.

Источник финансирования	2009	2010	2011	2012	2013	2013 г. по отношению к 2009 г., млн. сом.	2013 г. в % 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	-	-

Таблица 2. Удельный вес источников финансирования в Кыргызстане в общих расходах здравоохранения (%) *Источник: Tablisa sostavlena po dannim Ministerstva zdravooohranenia v KR za 2009-2013 gg*

В 2013 г. отмечается низкий процент страховых поступлений в Фонд обязательного медицинского страхования. По официальным данным этот показатель составил только 13,2% доходной части Единого плательщика. Низкий удельный вес поступающих взносов объясняется невысокой платежеспособностью основных плательщиков, каковыми являются представители бюджетной сферы, что свидетельствует об ограниченности реальных источников страховых поступлений в системе ОМС.

Таким образом, выделим причины, объясняющие низкую обеспеченность населения услугами здравоохранения, предоставляемыми на средства ОМС:

- низкая доля государства в структуре расходов на здравоохранение;
- снижение величины налоговой базы вследствие увеличения доли незанятого населения и сокращения доходов, декларируемых официальным сектором экономики;
- рост числа нетрудоспособных

	2009	2010	2011	2012	2013	2013г в % к 2009 г.
Собственные средства ОМС из	765,4	774,4	1062,2	1209,9	1390,0	181,6
Средства ОМС из республиканского	259,4	25,4	259,4	259,4	259,4	100,0
Спе. средства 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	1,5	13,6	11,8	-8,4
Спец. средства 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	-

Таблиц 3. Динамика и структура бюджета ФОМС Кыргызстана за 2009-2013 годы, млн. сом.

Источник: Tablisa sostavlena po dannim Ministerstva zdravooohranenia v KR za 2009-2013 gg.

В период 2009-2013 гг. отмечались медленные темпы роста средств Фонда обязательного медицинского страхования по сравнению с государственными расходами на здравоохранение. Если их доля в 2009 г. составляла 15%, то в 2013 г. зафиксировано всего лишь 13,2%. Причина видится в том, что с 1997 г., то есть со времени учреждения ОМС, размер страховых взносов не пересматривался, его норма по-прежнему составляет 2% фонда заработной платы работодателя. Сумма средств, поступивших в ФОМС в 2016 г., насчитывает 1 млрд. 819 млн. сом. [Po dannim Ministerstva zdravooohranenia v KR za 2014-2015 гг].

Обратимся к структуре показателей бюджета Фонда обязательного медицинского страхования. В его доходную часть увеличились поступления из фонда оплаты труда на 3,7%, от сооплаты граждан и спецсредств организаций – на 4,7%. Уменьшились отчисления из республиканского бюджета за пенсионеров и детей (до 16 лет) на 8,4%, несмотря на то, что численность этих лиц, получающих

социальные пособия, отнюдь не уменьшилась. Причина в том, что в течение длительного времени подобный контингент не анализировался и оставались неизменными финансовые потоки.

Надо отметить, что правительство предоставило 28 категориям граждан (1133,3 тыс. чел.) право на получение бесплатной медицинской и санитарной помощи по ПГТ в зависимости от социального статуса, а 17 категорий граждан (206,1 тыс. чел.) могут бесплатно пользоваться помощью медицинских работников в зависимости от того или иного основного заболевания уже по клиническим показаниям.

№ п/п	Категория населения	Застрахованные граждане на 01.09.2014г.		Застрахованные граждане на 01.09.2015г.	
		тыс.чел.	%	тыс.чел.	%
	Работающие	812,6	20,0	787,2	19,2
	Пенсионеры	528,7	13,0	522,7	13,0
	Дети в возрасте до 16 лет	1837,2	45,3	1872,1	45,6
	Дети от 16-18 лет (школьники)	206,2	5,1	201,7	4,9
	Фермеры	568	14,0	583,5	14,2
	Лица, получающие социальные пособия	87,1	2,1	87,2	2,1
	Лица, самостоятельно приобретшие полис ОМС	13,6	0,3	38,5	0,9
	Беженцы, за которых поступают взносы из УВКБ ООН	0,2	0,005	0,2	0,04
	Военнослужащие	2,9	0,1	2,5	0,06
	Всего:	4056,5	100,0	4105,2	100,0

Таблица 4. Динамика и структура застрахованных граждан по республике за 2014-2015 гг. **Источник:** *Tablisa sostavlena po dannim Ministerstva zdravooohranenia v KR za 2014-2015gg.*

По данным табл. 4, наблюдаются большие изменения по структуре застрахованных лиц. Например, сократился удельный вес работающих – с 20,0 до 19,2%, а ведь именно от них работодатели производят основную часть страховых отчислений. Поскольку у работодателя отсутствуют мотивы для поддержания медицинского страхования, ведь неизвестно, на что тратятся эти средства, то он и стремится не увеличить, а наоборот, сократить эти выплаты.

Среди участников страхования преобладают потребители этих средств. Работающие и оплачивающие ОМС составляют 19,2%. Основную часть пользующихся средствами ОМС составляет категория детей до 16 лет (45,6%), затем следуют фермеры (14,2%) и пенсионеры (13,0%). Практически не охвачены системой страхования работники коммерческих структур, доходы которых наиболее высокие.

Незначительную долю составляют сборы от фермеров и предпринимателей, несмотря на их ключевые позиции в реформе здравоохранения

ФОМС, накапливая бюджетные и страховые средства, распределяет их в системе единого плательщика, способствуя выравниванию качества медицинских услуг и финансирования по регионам.

Привлечь коммерческие структуры в систему ОМС можно только путем их личной заинтересованности в этом. Необходима также персонификация учета средств ОМС. Идентифицируя счета, мы тем самым способствуем увеличению численности застрахованных.

Есть еще нерешенные проблемы. Одна из них – это незастрахованные иностранные граждане, долго проживающие в Кыргызстане. Они не имеют такой возможности. Хотя наша республика, в условиях дефицита денежных средств, нуждается в дополнительном источнике поступления средств на нужды медицины. Другая – жители сельской местности, которые не имеют основного места работы. И это около 70% проживающих в сельской местности. Значит, не отчисляя в ФОМС денежные средства, они не имеют возможности поправить свое здоровье за счет средств страховки, хотя нуждаются в этом в большей степени, чем городское население. И эту проблему, касающуюся охраны здоровья безработных граждан страны, надо решать.

Из-за отсутствия финансовых средств страна лишена возможности внедрять в систему здравоохранения передовые технологии. Медицинское оборудование уже много лет не обновляется, отживает свой моральный и физический срок, ветшают административные и больничные здания, требуя капитального ремонта.

Усугубляет положение и существенный рост цен на товары и услуги. В этой связи невозможно обеспечить расходы медицинских учреждений на предоставление качественных медицинских услуг ни за счет средств бюджета, ни за счет средств ОМС.

Есть предложение со стороны ФОМС об увеличении размера страхового взноса за счет доходов работника с 2 до 3%.

Население республики незаинтересованно в уплате страхового взноса по той причине, что система не является накопительной. Действительно, лишаясь работы, человек лишается и права на средства страховки. Поэтому предлагаем рассмотреть возможность перехода на накопительную систему страхования здоровья.

В настоящее время в отрасли здравоохранения действует бюджетно-страховая система финансирования, в основе которой лежит страховой принцип. Нам следует перейти на более гибкую систему, дифференцированную, в которой учитываются и сфера деятельности, и возраст, и иные критерии. Эта система должна быть прозрачной, то есть иметь доступ застрахованного человека к счетам.

Выводы

- Трансформировать бюджетно-страховую систему финансирования в систему, основанную на реальном страховом принципе.
- Увеличить удельный вес средств из республиканского бюджета, предназначенных на выплаты пенсионерам и детям (до 16 лет).
- Обеспечить персонификацию учета средств ОМС.
- В качестве потенциального источника финансирования здравоохранения предусмотреть страхование иностранных граждан.
- Осуществить поиск источников финансирования лечения безработных.
- Рассмотреть возможность перехода на накопительную систему страхования здоровья.
- Перейти на более гибкую, дифференцированную систему, в которой учитываются и сфера деятельности, и возраст, и иные критерии. Обеспечить ее прозрачность, то есть доступ застрахованного человека к счетам.

Литература

- Budjet FOMS na 2016 g. sostavlaet okolo 2 mlrd. som. млрд. сом. <http://zdorovie.akipress.org/news:22546>
- Gosudarstvennoe medisinskoe strahovanie v Germanii. Istoricheskie korni prinsipi. <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=7x994-9egx1>
- Rezultati anketrovania vracheey i psientov bolnis i poliklinik v gorode Bishkek i 7 regionov Kirgizstana (2014)g.
- Tablisa sostavlena po dannim Ministerstva zdavoohranenia v KR za 2009-2013 gg.
- Tablisa sostavlena po dannim Ministerstva zdavoohranenia v KR za 2014-2015 гг.
- V Kirgizstane medisinskuy strahovku imeuyt 75% naselenia. <http://zdorovie.akipress.org/news:22370>
- V Kirgizstane predldguyt povisit otchislenia na obiazatelnoe medisinskoe strahovanie za schet dohodov rabotnika s 2 do 3% <http://www.akipress.org/zdorovie/news:17203/>