

Рашиева Г.К.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

G.K. Rasheva

LEGAL PROBLEMS OF HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

УДК:34:368

В данной статье рассматриваются правовые вопросы в области медицинского страхования. В статье обсуждается сегодняшнее положение, и проблемы медицинского страхования. И в конце статьи рассматриваются пути решения проблемы в области медицинского страхования.

This article discusses the legal issues regarding health insurance. The article discusses the current situation and problems of medical insurance. And at the end of the article discusses ways of addressing the issue of health insurance.

В настоящее время в социально-экономическом развитии любой республики важнейшее место занимает развитие медицинского страхования. Так как медицинское страхование имеет очень важную роль для развития отечественной системы здравоохранения и медицины.

Систему медицинского страхования можно рассматривать в двух аспектах. В узком смысле медицинское страхование представляет собой процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь. При этом медицинское страхование дает гарантию получения этой помощи, при чем ее объем и характер определяется условиями страхового договора. Медицинское страхование, способствует накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения.

Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств.

Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья, соизмерить потребности в медицинской помощи и возможность ее получения независимо от того, кем производятся затраты: предприятием, профсоюзом или обществом в целом. Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. В мире существует 2 модели медицинского страхования: добровольное и обязательное. Добровольное страхование осуществляется в основном на коммерческой основе. Это страхование стало базовым элементом финансирования здравоохранения лишь в одной стране - США, где наибольшую долю национального дохода тратят

на здравоохранение. При обязательном страховании, которое возникло 110 лет назад в Германии и теперь во многих странах составляет основу финансирования здравоохранения, каждый гражданин платит определенную долю личного дохода в виде страхового взноса (или за него это делает организация, предприятие). Независимо от величины этого взноса все граждане имеют равные права на получение определенного объема медицинской помощи, оплата которой производится за счет страховых средств [1, с.65-75].

Общеэкономическое медицинское страхование в Германии является одним из элементов системы социального страхования, созданной еще Бисмарком. Все граждане страны, чей доход не превышает 46 300 евро (около 60 000 долларов) в год должны застраховаться в одной из примерно 250 «больничных касс». Люди с более высокими доходами могут страховаться в этих кассах при желании, или не пользоваться услугами государственной системы, приобретая страховки у частных фирм [2].

Анализ мировой практики применения различных систем управления и финансирования здравоохранения позволяет выделить несколько основных типов таких систем: от полностью децентрализованного, основанного на чисто рыночных регуляторах (например, в США) до централизованной государством монополии на охрану здоровья (например, в бывшем СССР). Итогом изучения этапов развития страхования является констатация принципиальной возможности опираться на зарубежный опыт, так как он содержит множество действующих вариантов финансирования и управления здравоохранением стран с разной степенью участия государства в системе охраны здоровья населения. Без такого участия (в той или иной степени) не работает ни одна из существующих систем здравоохранения. Современное государство не может оставить без внимания такую важную социальную сферу как охрана здоровья граждан. Поэтому в государственной сфере осуществляется сбор информации о здоровье населения, проводятся мониторинга силами независимых организаций, осуществляется контроль за оборотом денег в системе рыночных отношений, правовым урегулированием возникших споров. Коренные отличия системы регулируемого страхования здоровья от частной платной системы страхования выглядят следующим образом. В странах Европы в здраво-

охранении утвердился принцип социальной солидарности, а в США продолжает господствовать философия индивидуализма и жесткой конкуренции. Регулируемый характер страхования здоровья обусловлен принятыми в XIX – XX столетиях законами о базисном страховании населения европейских стран. В этих странах в обязательном страховании здоровья не участвует только элитарная высоко оплачиваемая часть населения. В США же страхование здоровья – частное дело каждого (исключение составляют контингента, обслуживаемые по государственным программам “Медикер” и “Медикейд”); при этом незастрахованными остаются значительные группы населения с низким доходом [3].

Медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения. Используется как автономный и самостоятельный механизм для аккумуляции денежных средств, а также для создания социально-оздоровительной и реабилитационной инфраструктуры, проведения мероприятий по предупреждению страховых случаев [1, с.67].

Социальная защита населения дает возможность реализовать конституционное право граждан на материальное обеспечение в старости, и случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности или отсутствия таковой от рождения, потери кормильца, безработицы. Организация социального страхования базируется на следующих основных принципах: всеобщность обеспечения граждан по социальному страхованию, причем в наибольшей мере за счет средств предприятия, организаций и государства, оптимальное сочетание интересов личности, трудовых коллективов и общества в целом при использовании средств социального страхования и управление последними через организации трудящихся. Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в сфере охраны здоровья представляет собой гарантии обеспечения медицинской помощью в случае потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью или несчастным случаем. Оно обеспечивается мерами по формированию особых страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи в рамках страховых программ. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансированием оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая. Медицинское страхование основано на принципе общественной солидарности в распределении рисков: богатый платит за бедного, здоровый – за больного, молодой – за старого. Действует страховой принцип

следующим образом: заболел – “выиграл”, остался здоровым – “проиграл”. В последнем случае выигрывает посредник – страховщик. Медицинское страхование развивается как форма социальной защиты населения, дополнительная к существующему бюджетному здравоохранению. Последнее продолжает существовать и выполнять свои функции. Во всех развитых странах мира государственному здравоохранению придается огромное значение. Государство берет на себя основные функции охраны здоровья населения. В первую очередь, это противоэпидемическая работа и выявление методами неинфекционной эпидемиологии причин преждевременного возникновения и распространения болезней, вызванных средовыми воздействиями. Государство берет на себя финансирование медицинской помощи при острых и чрезвычайных ситуациях. В оказании плановой медицинской помощи государство в большинстве случаев отдает полную инициативу частному бизнесу, страхованию или иным самостоятельно хозяйствующим организациям (больничным кассам, обществам поддержания здоровья). При этом государство контролирует стандарты качества медицинских услуг, уровень подготовки кадров, а также развитие принципиально новых направлений в медицине [3].

Медицинское страхование граждан в Российской Федерации осуществляется в двух видах: обязательное, добровольное. А в Республике Казахстан действует только добровольное страхования.

Медицинское страхования относится к разряду добровольного страхования, условия и порядок которого определяются соглашением между страховой организацией (страховщик) и страхователем в форме письменного договора страхования и на основании разработанных страховой организацией Правил страхования, согласованных с уполномоченным органом, осуществляющим надзор за деятельностью страховых организаций. В настоящее время таким органом является Агентство Республики Казахстан по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций, созданное в соответствии с Законом Республики Казахстан от 04.07.2003г. №474-ІІ «О государственном регулировании и надзоре финансового рынка и финансовых организаций» и Указом Президента Республики Казахстан «О дальнейшем совершенствовании системы государственного управления Республики Казахстан от 31.12.2003г. №1270. При выборе страховой организации для заключения договора добровольного медицинского страхования, заинтересованным лицам прежде всего необходимо убедиться в наличии у страховой организации лицензии уполномоченного органа, внимательно ознакомиться с условиями Правил страхования. Правилами страхования могут предлагаться определенные программы добровольного

медицинского страхования, которые могут быть выбраны гражданами по своему усмотрению. В предлагаемых программах могут быть предусмотрены различные виды медицинских услуг, такие как стационарное лечение, комплексное медицинское обслуживание, амбулаторно-поликлиническое обслуживание, семейное страхование, медицинское страхование граждан выезжающих за рубеж, детские программы и другие [4].

Роль добровольного медицинского страхования в Казахстане заключается в следующем:

1) Дополнение к Гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи (ГОВМП).

2) Доступ к услугам частных медицинских поставщиков, организации медицинской помощи.

3) Предоставление более высоких стандартов медицинского обслуживания и качества медицинских услуг.

4) Снижение нагрузки на государственную систему медицинского обслуживания.

Следует отметить, добровольное медицинское страхование не доступно физическим лицам (на индивидуальной основе) [5].

Добровольной системой медицинского страхования охвачено более 80% населения США. Частное медицинское страхование осуществляется в двух видах – коллективном и индивидуальном. Каждый работающий американец стремится к дополнительному страхованию в индивидуальном порядке, поэтому 74% населения имеет частную страховку. Медицинская помощь британскому населению оказывается на основе государственной системы здравоохранения. В службе общественного здравоохранения Великобритании существуют направления общественного здоровья, общей и госпитальной практики. Основным источником финансирования системы здравоохранения в Великобритании являются общие налоговые поступления в бюджет [6].

Одной из особенностей текущего состояния добровольного медицинского страхования в Казахстане является то, что добровольное медицинское страхования еще малодоступно физическим лицам, то есть на индивидуальной основе (не все страховые компании предлагают программы по добровольной медицинской страховании для физических лиц). Приобрести добровольное медицинское страхования может только работодатель. В Казахстане добровольное медицинское страхования выступает как дополнение к гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи, посредством которого осуществляется доступ к услугам частных медицинских поставщиков, предоставление более высоких стандартов медицинского обслуживания и качества медицинских услуг. В последнее время добровольное медицинское страхования рассматривается ещё и как инструмент снижения нагрузки на государственную систему медицинского обслуживания.

Чтобы улучшить развития медицинского

страхования надо ввести обязательное медицинское страхования в Казахстане. В сентябре 2013 года Президент Рспублики Казахстан Нурсултан Назарбаев в ходе евразийского форума развивающихся рынков «Евразия в XXI веке: лидерство через обновление» объявил, что с 2015 года в стране заработает Фонд социального медицинского страхования. Механизм работы данного института пока не был озвучен. Фонд может быть сформирован за счет взносов работодателя, либо за счет работающих казахстанцев. А за социально незащищенную часть населения страховые взносы должно осуществлять государство. Государство могло бы контролировать использование средств и гарантировать выполнение обязательств. Существуют и другие модели по источникам формирования фонда обязательного медицинского страхования. Например, в Англии взносы осуществляет только государство [7].

По мере улучшения социально-экономического развития Республики Казахстан и роста сохранения здоровья и продолжительности жизни граждан надо ввести систему обязательного медицинского страхования:

1. Необходимо усовершенствовать законодательную базу (напомним, Указ Президента Республики Казахстан от 15 июня 1995 г. имеющий силу Закона «О медицинском страховании граждан» утратил силу Законом РК от 17 декабря 1998 г.)

2. Для обязательного медицинского страхования должна быть принята единая ценовая политика и обозначена корзина услуг: для взрослого населения (1 - 55 женщины; 1 - 60 - мужчины) и отдельно - для детей до 1 года:

3. Обязательное медицинское страхование покрывает медицинские услуги первой необходимости (аналог «экстренной программы» в ДМС) в соответствии с чётко определённой корзиной услуг, например: (скорая помощь, АПУ при выявленных негативных изменениях в состоянии здоровья, стационар - не более 5 дней по одному заболеванию при показаниях, профилактический осмотр - 1 раз в год). Все социально опасные и критические заболевания (в соответствии со списком диагнозов) финансируются на квотной основе в аккредитованных медучреждениях. При беременности - дополнительная премия из Фонда.

4. Фонд концентрирует средства на обязательное медицинское страхование и перечисляет ежемесячно премии в специализированные медицинские страховые компании в соответствии с поданными ими списками застрахованных. Контролирует дублирование заявок (по ИИН). Сумма премии ОМС - стандартная на одного застрахованного и пересматривается 1 раз в год.

5. Затраты на Фонд должны составлять не более 70 % от общего государственного финансирования здравоохранения. На основе этого определяются цена и корзина услуг.

6. Дополнительная премия для детей до 1 года уплачивается из части средств государственного единовременного пособия на рождение ребенка.

7. Фонд обязательного медицинского страхования утверждает тарифы на оказание услуг в рамках обязательного медицинского страхования для государственных клиник [8].

Система обязательного медицинского страхования - составная часть системы социального страхования. А любое государство в первую очередь должен обеспечить социальную защиту своих граждан. Поэтому введение обязательного медицинского страхования усилить ответственность каждого гражданина за свое здоровье.

Литература:

1. Глюмова Л.А. Социально-правовые аспекты системы медицинского страхования // Современные наукоемкие технологии. – 2009. – № 11 – стр. 65-75
2. kaznmu.kz/rus/wp-content/uploads/2012/03/Презентация-Курякбаев.pptx
3. Социально-правовые аспекты новой системы медицинского страхования // [medstrah.blogspot.com/ 2011/09/blog-post_8986.html](http://medstrah.blogspot.com/2011/09/blog-post_8986.html) www.afn.kz
4. Игенбаев Б.М., Омаров С.Х. Проблемы развития и улучшения медицинского страхования в Казахстане // www.group-global.org/publication/view/7818
5. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008).
6. <http://kapital.kz/finance/21905/poka-rano-vvodit-obyazatelnoe-medicinskoe-strahovanie.html>
7. М. Шиповалова Медицинское страхование - это прежде всего страхование // «Рынок страхования» № 6 (93), 2012.

Рецензент: д.филос.н., Утуров К.У.