

## РОЛЬ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**А.О. Кожошев**, д-р экон. наук, профессор

**М.К. Омокеев**, соискатель

**Кыргызский экономический университет имени М. Рыскулбекова**  
(Кыргызстан, г. Бишкек)

DOI:10.24412/2411-0450-2025-8-85-89

**Аннотация.** В предлагаемой научной статье рассмотрены роль и значение Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в системе медицинском страховании Кыргызской Республики (КР). Большая часть медицинских услуг финансируется через обязательные формы медицинского страхования либо государством через бюджет. По результатам исследования на основе изучения сущности и содержания ФОМС КР, определены роль и значения этой системы медицинского страхования КР в условиях совершенствования системы здравоохранения КР.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, страхование, финансирование, обязательное медицинское страхование, ФОМС, инструменты, реформа.

Система здравоохранения является одной из приоритетных отраслей политики государства, целью которой является обеспечение граждан качественным и доступным медицинским обслуживанием. Финансирование здравоохранения является важной частью для принятия мер политического, социального, экономического, медицинского и культурного характера, направленных на повышение уровня жизни, сохранение здоровья граждан, предоставление своевременной и качественной медицинской помощи в случае ухудшения здоровья [2].

Система финансирования здравоохранения представляет собой систему государственного финансирования, основанную на трех основных принципах: финансовая дисциплина и устойчивость; эффективное распределение ресурсов; операционная эффективность и прозрачность [3].

Переход к рыночной экономике сопровождался формированием принципиально новой финансовой системы, важным звеном которой являлись и являются в настоящее время внебюджетные фонды государства - совокупность финансовых ресурсов, находящихся в распоряжении государственных, региональных органов власти или местных органов самоуправления и имеющих целевое назначение.

Первоначально внебюджетные фонды появились в виде специальных фондов или особых счетов задолго до возникновения бюджета. Государственная власть с расширением

своей деятельности нуждалась во все новых расходах, требовавших средств для своего покрытия. Эти средства концентрировались в особых фондах, предназначенных для специальных целей. Такие фонды носили, как правило, временный характер. С выполнением государством намеченных мероприятий фонды заканчивали свое существование. В связи с этим количество фондов постоянно менялось.

С укреплением централизованного государства начинался период унификации специальных фондов. На основе объединения различных фондов был создан государственный бюджет. В современных условиях наряду с бюджетом вновь повышается значение внебюджетных фондов.

Анализ направлений и результатов деятельности внебюджетных фондов является актуальной задачей. Ее значение в настоящее время существенно в связи с постоянным дефицитом бюджета страны и необходимостью целенаправленного решения социальных проблем, финансируемых за счет этих фондов.

Поскольку плательщиками взносов во внебюджетные фонды являются юридические и физические (предприниматели) лица, т.е. потребители социальных гарантий, то вопросы уплаты и распределения денежных средств фондов касаются всех граждан Кыргызстана, и поэтому проявляется их заинтересованность в оптимальном функционировании системы внебюджетных фондов.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения и реализуется в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, которые гарантируют объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования.

Кратко рассмотрим возможности добровольного страхования физических лиц. Постепенно расширяется слой населения, которое имеет как потребность в страховой защите своего и своих родственников здоровья и жизни, так и средства для оплаты страховой защиты.

Второй сегмент страхового поля физических лиц образуется в результате того, что на некоторых предприятиях поощряют сотрудников посредством страхования их жизни, здоровья, медицинских расходов (частично с оплатой страховой премии из себестоимости).

Стало привычным страхование медицинских и некоторых других расходов граждан, выезжающих за границу, которого требует большинство принимающих государств.

В настоящее время в КР задействована система организации медицинского страхования, в которой обязательное и добровольное медицинское страхование существуют параллельно, дублируя друг друга. Несмотря на то, что все население застраховано по программе обязательного медицинского страхования, на рынке страховых услуг появляется добровольное медицинское страхование как реакция на возникновение спроса населения на дополнительные или более качественные услуги. Наличие у страхователя полиса добровольного медицинского страхования не накладывает ограничений на доступ к услугам по программе обязательного страхования.

Программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем, что обязательное медицинское страхование предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное страхование – сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) – денежные фонды, предназначенные для финансирования гарантированной государством медицинской помощи населению.

В соответствии со ст. 1 Закона КР от «О медицинском страховании граждан в КР» обязательное медицинское страхование – это составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам КР равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств ОМС в объёме и на условиях, соответствующих программам ОМС [5].

Иными словами, фонды социального страхования – это обособленные фонды денежных средств, образованные из обязательных страховых взносов граждан и хозяйствующих субъектов при финансовом участии государства, предназначенные для целевого использования на оказание материальной помощи застрахованному контингенту населения в соответствии с установленными квалификационными условиями.

Фонд формируется на страховой основе. Бюджет фонда социального страхования и отчёт о его исполнении утверждаются законом, а бюджеты региональных и центральных отраслевых отделений и отчёты об их исполнении после рассмотрения правлением фонда утверждаются председателем фонда.

С точки зрения организации фонд является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве КР, имеющим территориальное отделение. Его имущество является собственностью государства, которое передано фонду в оперативное управление.

Средства социального страхования являются централизованными и не зачисляются на личные счета застрахованных. Выплата пособий, оплата путёвок в оздоровительные заве-

дения, финансирование других мероприятий осуществляются непосредственно через бухгалтерии работодателей. Ответственность за правильность начисления и расходования средств государственного социального страхования несёт непосредственно администрация страхователя в лице руководителя и главного бухгалтера организации.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных взносов различных категорий страхователей.

Все хозяйствующие субъекты не зависимо от форм собственности организационно-правовых форм деятельности, обязаны платить страховые взносы за работающее население. Тарифы страховых взносов установлены по регрессивной шкале в зависимости от категории налогоплательщика.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. К неработающему населению относят детей, учащихся, инвалидов, пенсионеров, безработных. Органы исполнительной власти обязаны перечислять средства на ОМС неработающего населения ежемесячно, не позднее 25-го числа, в размере не менее 1/3 квартальной суммы средств, предусмотренных на указанные цели.

К правовым актам, регулирующим формирование и использование фондов ОМС (так же, как и других внебюджетных фондов), относятся Налоговый кодекс КР, Бюджетный кодекс КР, законодательство и подзаконные акты в области здравоохранения и медицинского страхования, законы о бюджетах соответствующих фондов и их исполнении [5].

Обязательное медицинское страхование – это государственная форма социальной защиты, направленная на обеспечение прав граждан Кыргызской Республики в области охраны здоровья, целью которой является гарантированное обеспечение застрахованных граждан Кыргызской Республики качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий медико – санитарной помощью и обязательного медицинского страхования.

Во многих странах, имеющих систему обязательного медицинского страхования (например, Германия, Израиль, Швейцария, Эстония), отсутствуют территориальные органы власти или же отдельные территориальные фонды, обладающие функциями посредника между основным фондом, аккумулирующим все финансовые средства ОМС, и организациями, осуществляющими непосредственную оплату (больничными кассами, страховыми медицинскими организациями) [4].

Развитие ОМС осуществлялось в рамках реформы здравоохранения, отработывались новые для республики прогрессивные методы финансирования учреждений здравоохранения.

В рамках новой системы объединения средств функции ФОМС и Министерства здравоохранения четко разделены:

- ФОМС отвечает за финансирование отдельных медицинских услуг, оказываемых в рамках ПГТ, и дополнительных программ, финансируемых обязательным медицинским страхованием;

- Министерство здравоохранения несет ответственность за финансирование дорогостоящих (высокотехнологичных) медицинских услуг, а также медицинских услуг, оказываемых на популяционном уровне. Это включает в себя централизованную закупку лекарственных средств, дорогостоящего медицинского оборудования и других капитальных вложений. Министерство здравоохранения также отвечает за финансирование организаций здравоохранения из республиканского бюджета и не финансирует медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГТ.

Переход аккумулирования с областного уровня на республиканский позволил ФОМС более справедливо распределять средства, предназначенные на финансирование ПГТ и Программы дополнительного лекарственного обеспечения.

С введением системы Единого плательщика в финансировании здравоохранения, за Фондом ОМС законодательно закреплены функции Единого плательщика, что позволило создать новую финансовую и организационную структуру в кыргызской системе здравоохранения, которая способствует более эф-

фективному и более справедливому использованию средств.

Систему «Единого плательщика» можно определить ядром реформы финансирования здравоохранения, так как эта система объединила все сильные стороны реформирования здравоохранения и обеспечила следующее:

- введение и развитие Программы государственных гарантий;

- разделение системы здравоохранения на Покупателя и Поставщиков медицинских услуг;

- сооплата пациентов;

- консолидацию и аккумуляцию средств источников финансирования здравоохранения (средства госбюджета, спецсредства, ОМС, сооплаты и внешнюю помощь) для финансирования предоставления услуг населению;

- распределение денежных средств по регионам и между ЛУ и учреждениями службы общественного здравоохранения на основе прозрачных и понятных индикаторов, ориентированных на конечный результат.

«Единым плательщиком» для поставщиков услуг в здравоохранении КР выступает ФОМС, который подчиняется не МЗ, а Правительству КР и распоряжается бюджетом из собственных и аккумулированных из других источников средств.

В 1997 г. был инициирован ряд реформ, которые повлияли на организацию системы здравоохранения. В частности, был создан ФОМС и одновременно введены новые механизмы распределения ресурсов. Несмотря на то что как и в ранее существовавшей бюджетной системе все еще интегрировались функции объединения и закупки, создание ФОМС предусматривало разделение функций закупки и оказания медицинской помощи, что осуществлялось посредством введения новых систем оплаты медицинской помощи, основанных на финансировании по результатам деятельности. ФОМС отличался от предыдущей системы также тем, что его объединение средств и закупка осуществлялись на национальном уровне, а не ограничивались пределами области или района. Это означало, что охват обслуживаемого населения не ограничивается географическими факторами. Однако многие другие аспекты системы здравоохранения не изменились. В частности, не произошло изменений в распределении функ-

ций и охвате населения в рамках системы, финансируемой из бюджета, хотя попытки реформирования предпринимались.

Одним из инструментов, позволяющих провести качественный прогноз финансирования системы ФОМС, является системный мониторинг. С помощью мониторинга мы можем произвести сбор информации о финансовом состоянии системы ФОМС на различном участке финансирования по годам, а также осуществлять диагностику различных изменений при дефиците или профиците финансирования системы ФОМС, оценки перспективных возможностей, поиска необходимых корректировок. Системный мониторинг представляет собой научно обоснованную систему сбора, обобщения и анализа различной социальной информации в целях контроля над принятием стратегических и тактических решений на различных уровнях прогнозирования. Посредством системного мониторинга осуществляется наблюдение за наиболее значимыми индикаторами финансирования системы ФОМС [1].

Фонд ОМС создан Указом Президента КР 22 декабря 1996 года, первоначально как Республиканская касса здоровья при Правительстве Кыргызской Республики, является государственным органом исполнительной власти Кыргызской Республики, реализующим государственную политику в области базового государственного и обязательного медицинского страхования граждан.

Фонд ОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Кыргызской Республики, законами и иными нормативными правовыми актами Кыргызской Республики и настоящим Положением.

Фонд ОМС взаимодействует с органами исполнительной власти, органами местного самоуправления, общественными объединениями, международными, научными и иными организациями и учреждениями.

Фонд ОМС является юридическим лицом, имеет печать с изображением Государственного герба Кыргызской Республики, с наименованием на государственном и официальном языках, самостоятельный баланс, депозитные, расчетные и иные счета в банках в национальной и иностранной валютах.

Целью Фонда ОМС является гарантированное обеспечение граждан Кыргызской

Республики качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (далее – Программа государственных гарантий) и программ обязательного медицинского страхования.

Осуществляемая в настоящее время финансирование программы реформирования

ФОМС и то повышенное внимание к здоровью и к сектору здравоохранения, могли бы стать благоприятной возможностью для активизации процесса реформ, увеличения вложений государственных средств в здравоохранение и повышения рациональности и устойчивости системы здравоохранения с тем, чтобы она была лучше обеспечена всем необходимым для преодоления трудностей в будущем.

#### **Библиографический список**

1. Омокеев М.К. Прогноз развития системы финансирования ФОМС Кыргызской Республики до 2030 года // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2025. – № 5. – С. 278-283.
2. Кожошев А.А. Теоретические основы финансирования здравоохранения / А.А. Кожошев, М.К. Омокеев // Актуальные вопросы современной экономики. – 2024. – № 5. – С. 226-231.
3. Кожошев А.А. Принципы финансирования здравоохранения на основе ФОМС / А.А. Кожошев, М.К. Омокеев // Актуальные вопросы современной экономики. – 2024. – № 6. – С. 228-232.
4. Малышева А.А. Роль территориальных фондов обязательного медицинского страхования в распределении средств обязательного медицинского страхования // Экономика и право. – 2021. – № 1. – С. 46-49.
5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minjust.gov.kg/ru/>.

### **THE ROLE OF THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE FUND IN HEALTH INSURANCE IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**A.O. Kozhoshev**, *Doctor of Economic Sciences, Professor*

**M.K. Omokeyev**, *Applicant*

**Kyrgyz Economic University named after M. Ryskulbekova  
(Kyrgyzstan, Bishkek)**

**Abstract.** *The proposed scientific article examines the role and importance of the Compulsory Health Insurance Fund (CHIF) in the health insurance system of the Kyrgyz Republic (KR). Most medical services are financed through compulsory forms of health insurance or by the state through the budget. Based on the results of the study, based on the study of the essence and content of the Compulsory Medical Insurance Fund of the Kyrgyz Republic, the role and significance of this health insurance system of the Kyrgyz Republic in the context of improving the health care system of the Kyrgyz Republic are determined.*

**Keywords:** *health care system, insurance, financing, compulsory health insurance, MHIF, instruments, reform.*