

**МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В БЕЛАРУСИ,
ЕГО ДОСТОИНСТВА И ПРОБЛЕМЫ**

Волчкевич Т.Я.

Белорусский государственный университет, г. Минск

Согласно новому закону «О здравоохранении» систему здравоохранения Республики Беларусь составляют государственное и частное здравоохранение. Основой системы здравоохранения Республики Беларусь является государственное здравоохранение.

Финансирование государственного здравоохранения осуществляется из средств республиканского и местного бюджетов. Остальными доходами являются доходы от коммерческой деятельности организаций здравоохранения, средства от медицинских видов страхования, кредиты банков, добровольные пожертвования физических и юридических лиц, а также иные источники, не запрещённые законодательством.

Государственный бюджет или правительственные ассигнования являются основным источником финансирования здравоохранения в большинстве стран мира. В докладе ПРООН «О развитии человека» за 2001 г. отмечается, что государственное финансирование имеет решающее значение для развития здравоохранения в 108 из 162 стран мира. Из стран с высоким показателем развития здравоохранения (48 стран) в 40 преобладает бюджетное финансирование.

РБ входит в число стран со средним уровнем развития здравоохранения. Общие расходы страны на развитие отрасли за последние годы в среднем не превышает 5,5% ВВП, при этом доля госбюджета равнялась 4,5%, что обеспечивало и обеспечивает потребности отрасли в пределах 70-80%. Финансовые средства поступают в течении года неритмично, имеется постоянная задолженность ЛПУ за коммунальные услуги, питание, энергоресурсы, медикаменты. Уточнение бюджета здравоохранения республики в течении года, в связи с ростом цен на товары и услуги, производится несвоевременно, как правило в конце года и в размерах, не позволяющих обеспечить стабильную работу отрасли, развитие и модернизацию её материально-технической базы. В связи с этим перед государственными органами управления здравоохранением стоят задачи рационального использования имеющихся финансовых ресурсов и поиска дополнительных источников финансирования.

В числе внебюджетных средств финансирования отрасли в РБ рассматривается добровольное медицинское страхование, которое начало развиваться в стране во второй половине 90-х годов прошлого века. Его расценивают как один из важнейших элементов системы рыночных отношений в здравоохранении.

Главным принципом регулирования процесса медицинских услуг в рамках ДМС является экономическая выгода для всех его участников. Это обеспечивает «саморегуляцию» в системе взаимодействия как субъектов рынка медицинских услуг в сохранении и поддержании собственного здоровья, так и страховой медицинской организации, для которой экономия средств страховщика возможна при условии применения в своей деятельности профилактических программ обследования и снижения уровня и риска заболевания. Таким образом, функционирование системы ДМС при организации эффективного взаимодействия страховой организации и поставщика (производителя) медицинских услуг является, по сути, рыночным механизмом, стимулирующим проведение профилактических обследований застрахованного населения и обеспечивающим одновременно как экономию средств, направляемых на развитие здравоохранения, так и дополнительное финансирование отрасли. Тем более, что уже сегодня комплекс услуг по финансированию является преимущественно платным.

За девять месяцев 2002 г. страховщиками нашей страны было получено страховых взносов по добровольным видам страхования на сумму 52,3, а за аналогичный период 2001 г. – 35,4 млрд. руб. Всего зарегистрировавшихся – 500,0 тыс. чел. При этом в 2001 г. ДМС осуществляли 6 страховых организа-

ций республики, а в 2002 г. – вдвое больше. Лидирующее положение среди них по количеству собранных страховых взносов занимают ЗСАО «Бролли» и ЗСАО «Медполис». В настоящее время 12 страховых организаций, имеющих специальную лицензию, выданную Министерством финансов, проводят добровольное страхование меди-цинских расходов. Договоры заключаются с юридическими и физическими лицами. По схеме ДМС работает 36 медицинских учреждений. Среди причин, сдерживающих развитие данного направления, можно назвать:

- низкую платежеспособность населения;
- незначительное рекламное обеспечение;
- несовершенство нормативно – правовой базы в сфере страховой медицины;
- сложность в формировании договорных цен на дополнительные услуги;
- недостаточная мотивация медработников к оказанию высококачественной медицинской помощи из-за низкой оплаты труда;
- отсутствие в ЛУ подготовленных менеджеров-медработников и надлежащих комфортабельных условий для пребывания больных.

Основными клиентами страховщиков ДМС стали сегодня предприятия, страхующие своих сотрудников. В большинстве своём – это белорусские представительства западных компаний. Приобретение полиса ДМС обходится значительно дешевле, чем оплата услуг при обращении непосредственно в поликлинику, т.к. страховые компании, заключающие непосредственно договоры на обслуживание с лечебными учреждениями, получают большие скидки как на лечение множества клиентов. Однако экономия денег – отнюдь не главное достоинство ДМС. Страховая компания сегодня способна осуществить то, что не под силу ни одному человеку. Она концентрирует средства, поступающие из множества источников. Кроме этого, страховщик имеет возможность контролировать качество медицинских услуг, выбирать для своих клиентов самые оптимальные варианты лечения. Именно мобилизацию больших средств для решения конкретных проблем, называют важнейшим достоинством страхования.

«Никто так не заинтересован в скорейшем выздоровлении пациента, как страховые компании, – говорит заместитель начальника отдела личного и медицинского страхования ЗСАО «Бролли» Елена Богачёва – глубокое знание медицинской «подоплёки» бизнеса позволяет страховщику выбирать для клиента наиболее качественные услуги и оплачивать их по самым выгодным ценам». Хотя, по мнению 44% белорусов, официальная оплата медицинских услуг влияет только на уровень сервиса: отсутствие очередей, одноместная палата, современные медикаменты, но при этом никак не отражается на качестве самого медицинского обслуживания. По оценкам специалистов до 70% финансовых потоков в медицине классифицируются как «теневые». При этом расчёт «чёрным налогом» вступает в прямое противоречие с легальной оплатой услуг при страховании. По мнению специалистов на развитие сектора медицинского страхования влияет и психология потребителя. Более 90% населения привыкли

рассматривать медицину как бесплатную сферу услуг. Естественно, большинство морально не готово платить за пользование медицинским сервисом, который в течении десятилетий был безвозмездной социальной гарантией.

По мнению многих специалистов, медицинское страхование сегодня зашло в тупик. В первую очередь, ему серьёзно мешает отсутствие стимулирующей законодательной базы. Более того, вступило в силу постановление СМ РБ № 556 «Об утверждении положения о порядке оказания платных медицинских услуг в государственных организациях», которым фактически был сведён к минимуму перечень платных услуг. Ещё один «тормоз» - отсутствие экономических стимулов для продвижения ДМС. Так, при налогообложении субъектов хозяйствования из состава затрат, относящихся на себестоимость работ (услуг), исключены затраты, связанные с добровольным страхованием, в том числе и медицинским. А Декретом Президента № 23 «О некоторых вопросах взимания подоходного налога с физических лиц» устанавливается, что средства, уплаченные юридическими и физическими лицами медицинским организациям, а также перечисленные на счета в банках, находящихся на территории РБ, за стационарное лечение физических лиц облагаются подоходным налогом.

По мнению председателя Белорусского страхового союза Виктора Хомячука, в Беларуси в последние годы уже успела сформироваться прослойка относительно состоятельных людей, которые готовы платить за качественный лечебный сервис из собственного кармана. Очевидно, что для государства прямая выгода состоит в том, чтобы часть налогоплательщиков взяла заботу о своём здоровье на себя. Сэкономленные при этом средства можно было бы пустить на улучшение качества обслуживания менее обеспеченных граждан. Однако, как известно, Конституционный суд признал несоответствующим конституции введение оплаты за оказываемые государственными учреждениями услуги, поэтому, процесс введения добровольного медицинского страхования застопорился. В итоге деньги как уходили из кармана пациента в карман врача, так и уходят туда, вместо того, чтобы поступать в кассу медучреждения. А где в таком случае взять средства на обновление материальной базы и закупку нового оборудования? И если все это понимают, то стоит ли отказываться от легального способа зарабатывания денег на нужды здравоохранения ради сохранения виртуальных конституционных норм, которые давно уже не работают?

Естественно, что широкого размаха в таких условиях медицинское страхование не получит.

По итогам 2003 г. в объёме доходов белорусских страховых компаний доля средств от медицинского страхования составила 0,25%.

В заключение следует отметить, что практически ни в одной стране мира не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи гражданам. Население в той или иной степени участвует в оплате медицинских услуг. Поэтому, несмотря на ряд недостатков и противоречий, медицинское страхование

в комплексе с бюджетным финансированием предпочтительнее, чем исключительно государственное.

Создать полноценную систему медицинского страхования поможет только кардинальное реформирование здравоохранения в целом. Для этого надо создать соответствующую нормативно-правовую базу, разработать механизм формирования разумных рыночных цен на медицинские услуги, схемы контроля за соблюдением их качества. Реализация всех этих мер в совокупности с введением обязательного медицинского страхования способна реанимировать отечественную медицину, сделать её не только доступной, но и качественной.