

**ФИНАНСОВО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ****С.В. Чернорук**

Полесский государственный университет, Cher_sv@list.ru

В теоретико-методологической позиции страхование рассматривается в качестве неотъемлемого элемента общественного воспроизводства. Закономерно предположить, что страхование должно формировать защиту важнейших направлений воспроизводственного процесса. Необходимо рассмотреть теоретическое содержание медицинского страхования как финансово-организационный комплекс экономических отношений по рациональному и скоординированному использованию фондов денежных средств, сформированных на основе страховых принципов и программно-целевого подхода, в целях финансового обеспечения охраны здоровья граждан. Категориальная позиция страхования демонстрирует его тесную взаимосвязь с финансами, обусловливаемую движением денежной формы стоимости при формировании и использовании целевых фондов денежных средств в процессе перераспределения доходов и накоплений.

Медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Главная задача добровольного медицинского страхования состоит в сохранении здоровья работающих граждан при обеспечении сбалансированности потребностей в медицинской помощи и соответствующего финансового обеспечения.

Научно-теоретический подход и реализация государственной политики в области повышения доступности и качества медицинской помощи, аккумуляирования и расширения источников финансового обеспечения охраны здоровья работающих, сотрудничество здравоохранения и частных рассматривают в качестве ключевых условий развития национального хозяйства. Особенно это актуально в Республике Беларусь в год предприимчивости.

Важно определить финансово-организационную позицию медицинского страхования в национальной экономической системе с оценкой текущего состояния и тенденций развития с представлением результативности и характеристикой финансовых показателей страховых организаций.

При добровольном медицинском страховании можно говорить о гарантированной страховой материальной защите только для тех граждан, которые являются застрахованными по индивидуальному или коллективному договору добровольного страхования за счет взносов, уплачиваемых из их личного дохода или прибыли предприятий. При этом объем и стоимость медицинских услуг, предоставляемых по такому договору, зависит от величины уплаченного взноса, размер которого, в свою очередь, устанавливается страховщиком в зависимости от состояния здоровья каждого застрахованного или группы застрахованных. Кроме того, размер страхового взноса зависит от тарифов на те медицинские услуги, которые необходимы для данного контингента и предоставляются по конкретному договору конкретным медицинским учреждением.

Страхование в экономически развитых странах играет главную роль в привлечении инвестиций и социальной защите населения. На Западе до 70% внутренних инвестиций обеспечивается за счет страховых компаний, которые аккумулируют значительные средства. В Японии сумма страховых взносов на 1 человека составляет около 100 тыс. USD, в других странах - десятки тысяч долларов.

Внедрение системы добровольного медицинского страхования могло бы обеспечить в Беларуси привлечение внутренних инвестиций в размере, эквивалентном 200 млн. USD ежегодно. Министерство здравоохранения не предпринимает необходимых действий, опасаясь, возможно, уменьшения размеров собственного финансирования. Данный вид страхования способен решить важную проблему белорусского общества - оплату медицинских услуг. Бюджетных денег на финансирование медицины не всегда хватает, поэтому плата за медицинские услуги (особенно стоматологические) для населения постепенно становится нормой.

В Беларуси проблема медицинского страхования обсуждается уже несколько лет. Вначале страховщики были за обязательное медицинское страхование, однако постепенно их мнение изменилось, так как данный вид страхования предполагает определенный уровень благосостояния людей. В западных странах половину медицинской страховки оплачивает наниматель, а половину - сам гражданин. У нас же около 40% предприятий являются убыточными, и они просто не смогут платить за своих работников[1].

Поэтому еще 5 лет назад было принято решение активизировать механизмы добровольного медицинского страхования. Выглядит оно следующим образом. Страховые компании заключают до-

говор с поликлиниками или другими лечебными учреждениями. Оговариваются виды услуг и их цены, которые затем предлагаются клиентам. Каждый гражданин выбирает то, что ему больше подходит. Цены довольно приемлемые, и в год страховой полис обходится в 100-300 USD (и выше).

Введение добровольного медицинского страхования, решает сразу несколько проблем.

Во-первых, растет качество предоставления медицинских услуг и вводится конкуренция между врачами;

Во-вторых, устанавливается контроль со стороны страховых компаний за лечением застрахованных;

В-третьих, снижается нагрузка на бюджет.

Активизация рынка страховой медицины движется очень медленно. Проблема в том, что основная доля медицинских услуг в Беларуси оказывается государственными учреждениями, а частная медицина охватывает всего около 10% рынка и затрагивает довольно узкий спектр услуг. Большая нагрузка на бюджет.

Есть проблемы и у страховых компаний. Одна из них - это выбор страховой суммы. Ведь если человек застрахован на 1 тыс. USD, а на лечение потребуется 2 тыс. USD, то возникают большие сложности финансового и этического характера [2].

По деньгам выгоды для граждан мало, и основной смысл медицинского страхования у нас сводится к получению помощи гораздо более высокого уровня и достойного медицинского сервиса. Если застрахованный откажется от государственных медучреждений и захочет воспользоваться услугами платных, то возможности платных клиник довольно ограничены, особенно если говорить о стационаре. К тому же такой страховой полис, естественно, будет стоить дороже.

Кроме этого, проблемой белорусского рынка страховых услуг, является явный перекоп в сторону обязательных видов страхования, которые в 2010 году составляли около 60% всего рынка, а также запрет отнесения страховых расходов на себестоимость продукции и вытеснение частных компаний с рынка обязательных страховых услуг.

На Западе никто и шагу не ступит без медицинской страховки. Стоит человеку заболеть, как на него обрушиваются счета на крупные суммы. Не каждый семейный бюджет способен выдержать непредвиденные расходы. Большинство граждан предпочитает страховаться.

В Республике Беларусь ситуация принципиально иная: согласно Конституции, любой гражданин Беларуси имеет право на бесплатную медицинскую помощь. То есть, по логике вещей, отсутствует сам экономический стимул для медицинского страхования. В Республике Беларусь добровольное медицинское страхование пока развито недостаточно, и на то есть ряд объективных причин.

Во-первых, сказывается отсутствие экономического стимула. Существует декларированная бесплатная медицинская помощь, человек понимает, что, обладая определенной настойчивостью, он вполне может ею воспользоваться.

Во-вторых, особенности налогового законодательства. Медицинское страхование юридическими лицами своих работников невыгодно. Так как страховые взносы мало того, что платятся из чистой прибыли - организация должна выложить еще почти столько же в виде налогов. Поэтому даже те организации, которые могут себе позволить обеспечить медицинской страховкой свой персонал, идут на это неохотно. И пока не уменьшится это налоговое бремя, ситуация вряд ли изменится к лучшему [3].

Очевиден отрицательный эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств: бесплатность медицинской помощи становится все более сложной для бюджетной системы. Объявив медицинскую помощь полностью бесплатной, государству сложно предоставить такую помощь, тем, кто в ней более всего нуждается. Пациенты иногда вынуждены платить из собственного кармана суммы, не соответствующие реальному вкладу медиков. В сложившейся ситуации необходимо отказаться от деклараций и трезво оценить финансовые возможности здравоохранения. Практически это означает необходимость принятия новой процедуры формирования базовой программы добровольного медицинского страхования. Определяемый этой программой минимальный социальный стандарт, ниже которого не могут быть установлены объем и условия оказания медицинской помощи в территориальных программах ОМС, должен утверждаться вместе с размером взноса на ОМС и поступлениями из бюджета, необходимыми для достижения этого стандарта.

Данный вид страхования построен по иерархии организационно-финансового механизма. Он предполагает принятие организационно-финансовых решений, направленных на взаимодействие

потенциала частных средств и медицинских учреждений. Стимулом развития рынка медицинского страхования должны послужить и законодательные новации. Поэтому сколько бы реклама не говорила об экономической целесообразности медицинского страхования в Беларуси, а страховые компании не приводили в подтверждение этого какие-либо расчеты, проблема развития добровольного медицинского страхования является значимой.

Список использованных источников:

1. Совершенствование развития медицинского страхования в Республике Беларусь [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: www.minzdrav.by. – Дата доступа: 10.03.2011.
2. Рынок страхования в Беларуси: Анализ и рекомендации // Страхование в Беларуси. – 2005. – № 1. – С.15-22.
3. Рынок страхования в Беларуси [Электронный ресурс] – 2009. – Режим доступа: <http://ncpi.gov.by/minfin/Budget/> – Дата доступа: 10.03.2011.