

В статье идет речь о привлечении личных средств граждан в общественное здравоохранение. Одним из наиболее эффективных способов автору представляется развитие системы добровольного медицинского страхования, которое позволит не только повысить качество медицинских услуг, но и сократить объемы кассовых платежей и теневой оборот в здравоохранении.

Личные средства граждан и здравоохранение

В. В. ЛАПАСОВА,
*Хакасский государственный университет,
Абакан*
E-mail: *lapasova@rambler.ru*

Вопросам финансирования системы российского здравоохранения в последние годы уделяется все большее внимание. Но в сложившейся ситуации государство занимается формированием ресурсов здравоохранения и контролем за использованием только общественной доли расходов.

Основными источниками финансирования системы здравоохранения являются государственное финансирование через систему обязательного медицинского страхования и оплата частных услуг здравоохранения. Поскольку установленный тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование не обеспечивает финансирование потребностей населения в услугах здравоохранения, поиск дополнительных методов финансирования – проблема особенно острая.

Источники и структура платежей ДМС

Добровольное медицинское страхование (ДМС) существует практически во всех странах, но в различных объемах. В России в 2007 г. добровольным медицинским страхованием было охвачено немногим больше 4% населения¹ (в 2000 г. – 2%).

¹ Макаров И. ДМС вырастет в пирамиду [Электронный ресурс]– Электронные текстовые дан. Страховая компания «Русский мир». 27.03.2007. (<http://www.rusworld.ru/1/636/>).



В сравнении с ВВП объем добровольного медицинского страхования еще крайне мал, хотя и наблюдается рост (табл. 1).

Таблица 1

Динамика объемов ДМС в России в 2000–2007 гг., % от ВВП

Показатель	2000	2004	2005	2006	2007
ВВП, млрд руб.	21098	26705	20414	30517	32989
Сумма средств ДМС, млрд руб.	11,0	45,7	55,0	68,0	71,5
Доля ДМС в ВВП, %	0,0521	0,1711	0,2694	0,2822	0,2167

Примечание. Таблица составлена автором по данным Федеральной службы государственной статистики.

О снижении темпов роста добровольного медицинского страхования говорили еще в 2006 г., называя в качестве основной причины снижения платежеспособного спроса на фоне неизбежного роста цен на ДМС.

Оценивая возможность привлечения личных средств граждан в систему финансирования здравоохранения, рассмотрим три направления: кассовые платежи медицинским учреждениям, добровольное медицинское страхование и теневые платежи врачам, полученные медиками от пациентов лично (в государственных медучреждениях) (табл. 2).

Таблица 2

Платежи в сфере добровольного медицинского страхования в 2000–2007 гг., млрд руб.

Вид платежа	2000	2007	2010 (прогноз)	Темп роста за 2000–2007 гг.	Доля, %	
					2000	2007
ДМС	11	68	90	618,18	3,81	4,66
Кассовые платежи	48	283	366	589,58	16,61	19,41
Теневые выплаты	25	107	129	428	8,65	7,34
Государственное финансирование	205	1000	н. д.	487,8	70,93	68,59

Примечание. Таблица составлена автором по данным <http://www.gzt.ru/>

Данные табл. 2 подтверждают, что темпы роста добровольного медицинского страхования в России являются самыми высокими, однако кассовые платежи и теневые выплаты отстают ненамного. Причем доля выплат по добровольному

медицинскому страхованию и кассовым платежам увеличивается, а доли теневого рынка и государственного финансирования здравоохранения — сокращаются.

Теневой рынок платных медицинских услуг в основном предоставляется медицинскими работниками, которые работают в государственных учреждениях и оказывают услуги за деньги в обход оформления каких-либо юридических документов и уплаты налогов².

Напрашивается вывод, что добровольное медицинское страхование развивается недостаточными темпами. Настораживает, что объемы кассовых платежей и «черного» рынка как способов привлечения личных средств изменяются практически одинаковыми темпами.

Привлечению личных средств граждан через систему добровольного медицинского страхования препятствует ряд нерешенных проблем. Одна из них — недостаточный уровень доходов населения при росте цен на полисы добровольного медицинского страхования, поэтому основными потребителями услуг ДМС в основном являются юридические лица (на организации и предприятия приходится порядка 90% всех страховых взносов³). Другая причина заключается в имеющихся противоречиях налогового кодекса.

Юридические противоречия и другие препятствия

В соответствии со ст. 238 Налогового кодекса РФ от единого социального налога освобождаются взносы, которые организация уплачивает за своих работников по договорам ДМС. Но чтобы данная статья действовала, необходимо, чтобы срок договора составлял не менее года. Данное положение зафиксировано в новой редакции в соответствии с Федеральным законом от 31 декабря 2001 г. № 198-ФЗ «О внесении дополнений и изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации и в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах и сборах» и действует с 1 января 2002 г.

² Новые известия. 11.09.2006.

³ «Финанс» — Как здоровье, медицина? [Эл. ресурс]: Коммуникационная группа АМСКОМ (<http://www.insnews.ru>).

Однако в разъяснениях налоговых органов (письмо МНС России от 19 июня 2001 г. № СА-6-07-463, начало действия с 13 октября 2003 г.) говорится, что если по договору добровольного медицинского страхования работников предусмотрены выплаты денежных средств застрахованным работникам, то на суммы страховых взносов (платежей), перечисленных организацией-работодателем в страховую медицинскую организацию, начисление единого социального налога (взноса) должно быть произведено в общеустановленном порядке организацией-работодателем, которая произвела перечисление средств в страховую компанию⁴. Что находится в противоречии с Налоговым кодексом РФ. Считаем, что необходимо предусмотреть изменения в гл. 23 Налогового кодекса в части освобождения от налогообложения доходов, полученных гражданами в виде страховых выплат по добровольному медицинскому страхованию, которые могут быть получены в виде оплаты страховщиком санаторно-курортных путевок, являющихся неотъемлемой частью лечебного процесса.

Кроме того, необходимо внести изменения и в гл. 23 Налогового кодекса (ст. 255, п. 16) в части увеличения размера вычета из налогооблагаемой базы сумм страховых взносов по договорам добровольного медицинского страхования. В настоящее время размер вычета составляет 3% от суммы расходов на оплату труда. Необходимо предусмотреть изменения в Налоговом кодексе, в соответствии с которыми средства добровольного медицинского страхования, направляемые страховщиками на формирование резерва предупредительных мероприятий, выводятся из-под действия налога на прибыль. Это даст возможность направить дополнительные финансовые ресурсы на инвестиции в медицинские программы, закупку оборудования и реализацию профилактических мероприятий, диспансеризацию и т.д. Льготный порядок налогообложения страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию поможет привлечь к внедрению программ большее число страховых компаний и страхователей, а также позволит сформировать необходимые условия для усиления контроля за расходованием средств, поступающих в медицинские учреждения

⁴ Письмо МНС России от 19 июня 2001 г. № СА-6-07-463. ст. 10.

по дополнительным каналам (кроме обязательного медицинского страхования).

Развитию системы добровольного медицинского страхования в России препятствуют еще и такие факторы, как:

- отсутствие дополнительных стимулов у работодателей и населения по заключению договоров добровольного медицинского страхования;
- сложившиеся у населения за многие годы существования советской системы здравоохранения представления о гарантированном всеохватывающем бесплатном медицинском обслуживании;
- низкая конкуренция на рынке оказания услуг;
- отсутствие стратегических направлений по целевому использованию средств ДМС на инвестиционные программы в развитие системы здравоохранения.

Необходимо помнить, что системы обязательного и добровольного медицинского страхования не должны и не могут существовать разрозненно – эти две системы финансирования здравоохранения взаимодополняемы. Для их эффективного функционирования государству следует обеспечить высокое качество медицинской помощи, предоставляемой в рамках обязательного медицинского страхования, а те услуги, что не подпадают под государственные гарантии, должны предоставляться по системе добровольного страхования по прозрачным технологиям.

Целесообразно определить минимум государственных гарантий в области бесплатной медицинской помощи, который будет финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования. Так как рост поступлений в фонды обязательного медицинского страхования за счет увеличения ставки единого социального налога представляется маловероятным, то остальное финансирование необходимо осуществлять за счет ДМС. По оценкам экспертов, только 50–60% граждан готовы тратить 10–15% своего дохода на оплату медицинской помощи с целью обеспечения достойного качества медицинских услуг с применением новых технологий и получения дополнительного сервиса. Причем большинство населения готово платить только за отдельные виды медицинских услуг⁵.

⁵ Аюшев А. Д., Баженов А. М. Личные средства граждан как источник финансирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2005. № 11–12. С. 28–38.

При выстраивании системы финансирования здравоохранения через совместные программы обязательного и добровольного медицинского страхования необходимо:

- ✓ обеспечить гарантированное получение медицинской помощи, то есть исключить возможность отказа в ее предоставлении из-за неспособности человека оплатить ее;
- ✓ предусмотреть приемлемые для населения тарифы на услуги здравоохранения и страховые полисы;
- ✓ стимулировать целевое и эффективное использование ресурсов системой финансирования здравоохранения;
- ✓ сделать систему финансирования здравоохранения прозрачной и легко управляемой государственными органами.

Основой построения финансовых взаимоотношений в системе финансирования здравоохранения должны стать совместные программы ОМС и ДМС, а для этого необходимо исключить двойную оплату за одну и ту же медицинскую услугу. Недостаточные налоговые льготы по ДМС ведут к тому, что плательщики единого социального налога принимают программы ДМС без уменьшения на гарантированные государством минимальные объемы медицинской помощи.

ОМС + ДМС = гарантии для населения

Для успешного сочетания программ обязательного и добровольного медицинского страхования и ликвидации двойной оплаты целесообразно разделить медицинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения, на четыре группы:

- 1) наиболее часто потребляемые – прием у врача, диагностика (в том числе лабораторная), необходимые манипуляции по заболеваниям, не представляющим прямой угрозы жизни больного, но связанным со снижением качества жизни пациента;
- 2) назначенные медицинские услуги при достаточных основаниях их применения при заболеваниях, которые при длительном течении или отсутствии терапии могут привести к осложнениям и инвалидности: исследования и диагностика с помощью дорогостоящих видов оборудования (ультразвуковое исследование, рентген, электрокардиограмма и др.);
- 3) лечебные мероприятия, необходимые для заболеваний, представляющих непосредственную угрозу для жизни больного, и экстренная медицинская помощь;

4) дорогостоящие виды исследования, диагностики и лечения, а также услуги медицинских учреждений, применение которых является необязательным, – пластическая хирургия, ЭКО и др.

Оплата медицинских услуг из первой и второй групп должна осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования, особенно для социально незащищенных слоев населения. Это позволит обеспечить получение гражданами гарантированной государством медицинской помощи через фонды ОМС в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях, где привычно получать медицинские услуги. Кроме того, необходимо предусмотреть возможность получения данной группы услуг за счет личных средств граждан через приобретение полиса ДМС и получение медицинских услуг в отдельных лечебно-профилактических учреждениях, финансируемых за счет средств добровольного медицинского страхования.

Медицинские услуги третьей группы, обладающие общим признаком – угроза жизни, должны оказываться независимо от наличия страхового медицинского полиса и другого вида оплаты за оказание медицинской помощи. Они должны финансироваться за счет средств государственного и местных бюджетов. Государственное бюджетное финансирование предполагает наличие специализированных медицинских учреждений и отделений «скорой помощи». Преимущества такого финансирования заключаются в контроле над средствами и обеспечении реализации национальных приоритетов, основным из которых является доступ населения к медицинской помощи.

Медицинская помощь по четвертой группе должна осуществляться за счет личных средств граждан (данные услуги могут оказываться бесплатно на основе заключения клинико-экспертной комиссии).

Итак, по каждой категории медицинских услуг требуется законодательно установить источники их финансирования. В результате такого разграничения направлений финансирования различных лечебно-профилактических мероприятий многоканальная система финансирования здравоохранения обеспечит функционирование государственного финансирования

(бюджет), а также равноправное существование обязательного и добровольного видов медицинского страхования. К тому же появится реальная возможность для развития страховых принципов в системе здравоохранения.

Использование личных средств граждан через приобретение полисов ДМС позволит повысить эффективность здравоохранения, усилить гарантии и сократить объемы медицинской помощи, полностью финансируемой за счет государственного бюджета. Система добровольного медицинского страхования позволит каждому пациенту выбрать необходимую ему медицинскую услугу в соответствии с потребностями и с возможностями личного бюджета.

В результате система здравоохранения может получить существенный источник дополнительного финансирования, а население – определенные гарантии в предоставлении необходимой медицинской помощи.

