Перспективы развития современной финансовой системы

К ВОПРОСУ ОБ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОБЛЕМНЫХ АСПЕКТАХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Кузьмина Ирина Николаевна
Финансовый университет, Москва, Россия
E-mail: pomarancho@mail.ru

В 2014 году значительно возросла неопределенность и напряженность экономических процессов в России, что стало следствием нестабильной ситуации в мире. На протяжении года расхождение в политических взглядах российского руководства и государств Европейского союза, а также США, Австралии, Канады и Японии, привело к введению экономических санкций в отношении России, а также ответных ограничений. Не смотря на то, что причина возникновения экономических барьеров лежит вне сферы финансов и основана на политических разногласиях, действия мирового сообщества повлияло на стабильность экономики России и состояние её финансовой системы. Бесспорно, введённые санкции, нестабильность национальной денежной единицы отрицательно сказались на состоянии финансов домашних хозяйств, личных финансов населения.

Актуальность темы определяется тем, что одной из важнейших составляющих экономической политики любого современного государства является социальная политика, действие которой направлено на улучшение качества и уровня жизни граждан страны. Традиционными сферами социальной политики считаются образование, здравоохранение и социальное страхование. В свою очередь, социальное страхование является важнейшим элементом социальной защиты населения. Одной из форм социальной защиты интересов населения по охране здоровья является медицинское страхование. Оно проявляется в гарантиях оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств.

Объем общественного финансирования здравоохранения зависит от финансовых возможностей государства и уровня его развития. Государством должна определяться сумма финансовых ресурсов, которую оно реально способно выделить на оплату медицинской помощи, что в свою очередь определяет содержание Программы государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью.

В современных российских условиях из-за слабого финансирования наблюдается недостаточная оснащенность новейшим оборудованием медицинских учреждений, не достаточно высокий уровень квалификации медицинских работников, длительные сроки ожидания пациентами ряда определенных видов медицинских услуг, а также некомфортные условия пребывания и лечения в стационарах. К сожалению, необходимо констатировать, что только за счет вынужденных расходов самих пациентов покрывается дефицит общественных средств. Ряд медицинских услуг является вообще недоступным для лиц, которые не имеют возможности оплачивать их. И в этом случае добровольное медицинское страхование (ДМС) может стать некоторой альтернативой системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Обосновывая данное суждение, необходимо остановится на некоторых проблемных вопросах существующей сегодня в стране системы ОМС.

Если рассматривать систему распределения финансовых ресурсов в её рамках, то средства направляются от страхователей к фондам ОМС, а от них - к страховым медицинским организациям и далее к медицинским учреждениям. При этом отсутствует единый субъект, который выполняет все функции страховщика и имеются три посреднических звена (федеральный и территориальные фонды и страховые организации) между страхователя-

ми и медицинскими учреждениями, которые являются конечными получателями средств.

Необходимо согласиться с тезисом, что действующая схема движения региональных финансовых ресурсов в системе ОМС является излишне усложненной. При этом наблюдается нарушение фундаментального принципа рыночной страховой медицины, при котором сначала денежные средства граждан аккумулируются, а затем распределяются через страховые компании людям, нуждающимся в получении медицинских услуг.

Можно проследить ряд причин, по которым существующая система не может считаться оптимальной. Во-первых, из-за посреднических звеньев повышаются затраты на организационное функционирование системы. Во-вторых, нет единого страховщика, который несет полную ответственность по обязательствам, связанным с предоставлением медицинских услуг и с их оплатой, что усложняет механизм контроля и предъявления контроля. В-третьих, усложняется взаимодействие между отдельными звеньями структуры, что повышает вероятность сбоев работы системы.

Выходом из этой ситуации могло бы быть направление средств от страхователей к медицинским учреждениям либо только через территориальные фонды, либо через страховые организации, которые функционируют как больничные кассы и выполняют функции страховщиков, осуществляя контроль оказания медицинской помощи и защиту прав застрахованных лиц. При этом является возможным создание систем конкурирующих между собой больничных касс, как на базе территориальных фондов, так и на основе страховых медицинских организаций. А чтобы решить проблему отсутствия конкуренции в регионах, государство должно осуществлять контроль за функционированием больничных касс, а застрахованные лица могут выбирать между ними.

Для того чтобы соблюдался принцип соответствия получаемых страховщиком от страхователей взносов объему его страховых обязательств, необходимо, чтобы размеры страховых тарифов соответствовали степени страхового риска.

Если рассматривать порядок расчета взносов, которые должен уплатить работодатель за ОМС своих сотрудников, то он не обеспечивает полное соответствие страховых взносов и обязательств страховщика. Эти взносы уплачиваются в определенном проценте от величины заработной платы застрахованного лица. В случае увеличения зарплаты возрастает и размер взноса, а вот вероятность обращения застрахованного лица за медицинской помощью и затраты по оказанию помощи не зависят от размера его зарплаты. То есть, предприятия недоплачивают взносы по сравнению с фактической степенью риска, обеспечивая страхованием работников с низкой зарплатой, и переплачивают в отношении высокооплачиваемых сотрудников. Это означает, что предприятия со сравнительно высокой средней заработной платой работников дотируют оплату взносов предприятиям с низкой средней заработной платой.

Чтобы ограничить зависимость величины доходов страховщика от уплаты взносов каждым отдельным страхователем и повысить финансовую устойчивость системы страхования, целесообразно формировать страховой фонд страховщика за счет децентрализованных источников, то есть многочисленных страхователей. Но, если говорить об ОМС неработающего населения, то средства на этот вид страхования поступают только из бюджета соответствующей территории. Страховые взносы поступают в территориальные фонды ОМС по остаточному принципу в связи с отсутствием нормативных и законодательных отношений. Социальные расходы на здравоохранение не должны зависеть от объема средств регионального бюджета.

Часто из-за невыполнения своих обязательств по уплате взносов единственным стра-

хователем, которым является орган власти соответствующей территории, финансовая система ОМС становится неустойчивой в конкретном регионе. Поэтому, для укрепления финансовой системы ОМС стоит расширить круг страхователей, которые уплачивали бы взносы за неработающее население. Это может быть как полное страхование определенных категорий граждан, так и соплатежи страховых взносов наряду с уплатами взносов из бюджета.

Внедрение софинансирования медицинской помощи за счет частных средств может быть очень полезным, так как общественные ресурсы для финансирования здравоохранения ограничены в объеме, который необходим для предоставления качественной медицинской помощи всем гражданам и это может обеспечить материальную заинтересованность граждан в сохранении здоровья, а также использовать медицинские услуги только в исключительных случаях.

Софинансирование может осуществляться за счет уплаты гражданами части страховых взносов на ОМС, за счет оплаты гражданами определенных сумм за медицинские услуги, которые в основном предоставляются за счет средств ОМС или бюджета, за счет прямой полной оплаты медицинских услуг при их предоставлении, за счет заключения договоров ДМС.

Очевидно, что прямая оплата медицинских услуг составляет весомый удельный вес, так как граждане зачастую приобретают за свой счет большую часть лекарств и медикаментов и производят, т.н. теневую оплату медицинской помощи врачам и медицинскому персоналу без документального оформления. Теневой оборот, по экспертным оценкам, равнозначен открытому обороту. Контроль над ним возможен не только прямым путем на основе мероприятий, осуществляемых правоохранительными органами, но и путем возмещения страхователем фиксированного процента. Страхователь в этом случае вынужден будет контролировать не только собственную долю, но и косвенно, всю сумму затрат.

Однако прямая оплата медицинских услуг - не самый рациональный метод, так как повышает риск для значительной части населения неполучения медицинской помощи вообще по нескольким причинам: возможное отсутствие у граждан средств для оплаты медицинской помощи; самоограничение в пользовании медицинскими услугами даже в ущерб здоровью из-за личных затрат на получение помощи; отсутствие квалифицированного посредника, заинтересованного в контроле, как за эффективностью расходов, так и за качеством предоставляемой помощи гражданам.

К сожалению, в современной России невысокий уровень доходов большинства граждан может вызывать крайне негативную реакцию по отношению к соплатежам населения за ОМС. Однако совсем отбрасывать идею соплатежей не стоит. Они могут вводиться постепенно и распространяться не на всех граждан абсолютно. Внесение и размер соплатежей может зависеть от размера дохода застрахованного лица и его желания.

В последнее время все чаще заходит разговор о взаимодействии ОМС и ДМС, что, по мнению специалистов в данной сфере, даст эффект синергии. При этом предлагается развитие ДМС на принципах дублирования им системы бесплатной медицины и снятие ограничений законодательно на ряд медицинских услуг, которые могут входить в программы ДМС и устанавливать только в том случае, если в Программе государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи будут предельно конкретно указаны как виды бесплатно предоставляемой медицинской помощи, так и условия ее предоставления, и данная Программа будет полностью выполняться. Тогда договоры ДМС будут дополнять Программу государственных гарантий, как по номенклатуре медицинских услуг, так и по их качеству. Однако, если ДМС развивается на принципах дублирования системы

бесплатной медицины, то вероятна возможность получения медицинскими учреждениями средств из двух источников (ОМС и ДМС) за одну и ту же услугу. Чтобы этого избежать, требуется запрет на такое финансирование законодательно и разработка методов контроля за соблюдением данной нормы.

Таким образом, на наш взгляд, для России наиболее целесообразным является развитие системы финансирования здравоохранения в направлении перехода от существующей в настоящее время бюджетно-страховой модели к страховой с внесением целевых коррективов в действующую в стране систему медицинского страхования и акцентированием внимания работающего населения на услуги ДМС.

Кроме того, в условиях нестабильности национальной российской валюты население находится в состоянии некоторого замешательства в вопросах экономически рационального её размещения и сохранения. Многие аналитики советуют в сложных экономических условиях «вкладывать деньги в себя и своих детей». Считаем, что именно полис ДМС мог бы стать одним из инструментов вложения средств финансов домохозяйств и личных финансов граждан.

Источники и литература

1) Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008г. № 1662-р// Консультант Плюс - [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.consultant.ru
2) Архипов А. П. «О проблемах медицинского страхования», //«Финансы» -2011. - №6.
3) Вигдорчик Н.А. «Социальное страхование» - С-Пб, изд-во Практическая медицина, 2010.