

Актуальные вопросы долгосрочного добровольного медицинского страхования

© 2010 А.С. Родионов

Российский государственный социальный университет

E-mail: x12345@bk.ru

В статье исследуется современное состояние, проблемы и перспективы развития добровольного медицинского страхования (ДМС) на рынке личного страхования в России. Один из способов увеличения доли ДМС в объеме финансирования российского здравоохранения - увеличение срока добровольного медицинского страхования при снижении его стоимости.

Ключевые слова: страхование, долгосрочное добровольное медицинское страхование, совершенствование механизма финансирования добровольного медицинского страхования.

Страховой сектор является неотъемлемой частью экономики и социальной политики любого государства, а кроме того, страхование выступает своеобразным барометром экономики, по показаниям которого можно судить о ее текущем состоянии, основных процессах и направлениях развития. Страхование также служит весьма эффективным инструментом в руках у государства в проведении своей экономической и социальной политики.

Страхование - система экономических отношений, включающая образование специального фонда средств (страхового фонда) и его использование (распределение и перераспределение) для преодоления и возмещения разного рода потерь, ущерба, вызванных неблагоприятными событиями (страховыми случаями) путем выплаты страхового возмещения и страховых сумм. Добровольное страхование - одна из форм страхования; в отличие от обязательного возникает только на основе добровольно заключаемого договора между страховщиком и страхователем¹.

Преимущественно страховая система основана на принципах солидарности. Она тесно связана со всей системой социального страхования и регулируется единым законодательством. Страхователям и застрахованным предоставлена возможность осуществления контроля над использованием страховых средств. Кроме того, у застрахованных есть возможность выбора врача и лечебно-профилактического учреждения. В страховой медицине наибольшее значение придается решению проблем обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, малообеспеченные, инвалиды), оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных.

Сравнительный анализ особенностей систем здравоохранения развитых стран в их взаимо-

связи с системой медицинского страхования позволяет отметить следующее.

В настоящее время в экономически развитых странах существует три системы здравоохранения: государственная, страховая и платная. Однако ни одна из указанных систем не существует в чистом виде. Кроме того, с течением времени в одной и той же стране превалирует та или иная система.

Например, в Великобритании здравоохранение финансируется в основном путем прямого общегосударственного и выраженного прогрессивного налогообложения, во Франции и Италии - за счет адресных подоходных налогов, в скандинавских странах - за счет местных налогов, а в Испании и Португалии - из общенациональных доходов.

В Австрии и Швейцарии значительная часть стационарного лечения финансируется непосредственно через налоги, а средства социального страхования покрывают относительно небольшую долю расходов на этот вид помощи, во Франции незначительные прямые налоговые субсидии поступают только в те фонды, члены которых имеют низкие доходы при высокой потребности в медицинской помощи, например, в фермерские фонды. В Бельгии, Франции, Германии, Японии, Австрии, Люксембурге и Голландии финансирование основано в значительной мере на системе социального страхования, и современные задачи этих стран состоят в унификации схем страхования, сдерживании расходов, регулировании конкуренции. Если взносы, как правило, носят адресный характер и направлены только на страхование здоровья, то налогообложение, как отмечалось, может включать в себя разные источники, в том числе и независимые от дохода налоги - акцизы, НДС, тарифы (но тоже в итоге оплаченные из средств населения) и другие, и на здравоохранение может выделяться

часть из них в соответствии с утвержденным бюджетом. При этом финансирование может осуществляться по общегосударственной (федеральной) системе налогообложения, региональной (провинциальной) системе, а также через систему налогов местного значения; возможны и различные комбинации.

Опыт организации государственной системы здравоохранения Великобритании свидетельствует о ее высокой эффективности и доступности при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Основная часть средств поступает из государственного бюджета и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения.

Преимущественно частная система медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого.

Фактически сложившиеся экономические отношения в системе здравоохранения в разных странах отличаются и определяются национальной культурой, политикой, ведомственными интересами. Однако общей чертой является достаточно сильное влияние государственного сектора на систему здравоохранения в целом (или обеспечение его финансирования), что позволяет распространить медицинское страхование на все слои населения.

В то же время сочетание национальной, демократической системы здравоохранения с системой добровольного медицинского страхования (ДМС) выглядит гораздо предпочтительней, что неоднократно отмечалось Всемирной организацией здравоохранения на примере ряда стран².

Таким образом, в мире исторически сложились упомянутые системы здравоохранения, правда, не в чистом виде, а со множеством нюансов, каждая со своими особенностями в плане не только финансирования здравоохранения, но и структуры системы, приоритетов, подходов к развитию медицинской науки и информатики, глубины понимания необходимости общественной солидарности и т.д. Даже взгляды на то, насколько система здравоохранения должна быть демократичной, не везде одинаковые.

В большинстве стран Западной Европы здравоохранение, что немаловажно, базируется на трех общих принципах:

- достаточность медицинской помощи и обеспечение ее равной доступности для всех граж-

дан, основанной на солидарном участии богатых и бедных, здоровых и больных, молодых и старых, работающих и неработающих, независимо от места жительства;

- использование макроэкономического подхода, который предполагает предельно возможный уровень отчислений на здравоохранение от общенациональных ресурсов;

- применение микроэкономического подхода, задачами которого являются оказание качественной медицинской помощи, достижение высоких показателей здоровья и удовлетворение потребностей пациентов с учетом возможного уровня затрат; т.е. речь идет об эффективности медицинской помощи - наилучшем соотношении затрат и результатов³.

В России с ее огромными природными, хозяйственно-бытовыми и социальными контрастами качество здоровья характеризуется очень высокой региональной спецификой, поэтому целесообразно исследовать показатели общественного здоровья по отдельным федеральным округам, регионам, крупным экономическим районам России. Необходимо также учитывать имеющиеся ментальные особенности и социально-психологические причины мотивации граждан России.

Преимущественно государственная система здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства, которое усилило свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций.

В рамках реализации корпоративной социальной программы в России в настоящее время в той или иной мере используются различные виды личного страхования. Включение некоторых страховых услуг в перечень социальных благ, предоставляемых работнику за счет предприятия, в ряде случаев становится обязательным элементом трудовых договоров и соглашений. Они помогают закреплению квалифицированных кадров, улучшению здоровья и повышению работоспособности персонала.

В этих условиях особую роль играет добровольное медицинское страхование, которое в рыночных отношениях представляет собой дополнительный источник финансирования медицинских учреждений, а также поле деятельности для внедрения новых технологий организации медицинской помощи, для перехода к экономическим методам управления деятельностью как медицинского учреждения, так и страховой медицинской организации.

Добровольное медицинское страхование является дополнительной программой к установленному объему медицинской помощи, что дей-

ствуется для лиц, указанных страхователями в качестве выгодополучателей. ДМС осуществляется за счет средств определенного бюджета, личных взносов граждан, взносов работодателя.

Следует отметить, что ДМС страхует не здоровье, но затраты на лечение; последние возмещаются застрахованному обычно или по этапу медицинского вмешательства (фармакология, диагностика, стационар), или по видам оказанной медицинской помощи (стоматология, гинекология, косметология, случай смерти), или по долям расходов на оплату оказанной медицинской помощи (полное возмещение, процентное возмещение, возмещение в пределах определенной суммы).

Добровольное медицинское страхование принято подразделять на индивидуальное (учитывающее сложность конкретного заболевания конкретного лица) и на коллективное (учитывающее риск возникновения определенных заболеваний у группы лиц).

Доля ДМС в объеме финансирования российского здравоохранения составляет около 5%; при этом объем страховых сборов оценивается примерно в 1 млрд. долл. США в год⁴. По прогнозным оценкам экспертов, потенциальный объем застрахованных - 7 млн. чел. Емкость рынка к концу 2010 г. составит около 20% в общем объеме страховых взносов по добровольным видам страхования, которые могут достичь 7% от стоимости валового внутреннего продукта (ВВП) России. Таким образом, прогнозная емкость рынка ДМС может составить 6,398 млрд. долл. США⁵.

По ДМС в России застраховано 8-10% населения, которое пользуется услугами и по ОМС. Больше 90% приобретенных полисов ДМС за своих служащих оплачивают российские работодатели.

Система добровольного медицинского страхования в России еще окончательно не сформировалась, что обусловлено не только внутренними факторами ее развития, но и выступает прямым следствием макроэкономических процессов. Кроме того, выявились существенные недостатки и проблемы в организации медицинского страхования, требующие устранения.

Являясь дополнением к обязательному медицинскому страхованию, добровольное медицинское страхование в России обладает всеми особенностями страховых договорных обязательств. На сегодняшний день премии по ДМС финансируются в основном за счет работодателей (порядка 90% от общего объема внесенных страховых премий). Существенной проблемой в российской медицине было и остается качество оказываемых медицинских услуг. ДМС в Рос-

сии, так же как и, например, в Германии, гарантирует застрахованным лицам более комфортные условия лечения (пребывание в одноместном стационаре, протезирование из дорогостоящих материалов и пр.). В отличие от Германии, российская система ДМС скорее замещает и дублирует, нежели расширяет и дополняет систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Как правило, застрахованные по программам ДМС лица в большинстве случаев даже не пытаются воспользоваться доступными и гарантированными им услугами в рамках программы ОМС. Причина состоит в том, что наличие полиса ДМС предоставляет право на получение услуг, перечень которых не меньше, чем гарантированный список услуг по ОМС, но при этом их качество гораздо выше. Фактически ДМС снимает "нагрузку" с ОМС в виде сокращения расходования средств. Однако последствия текущего финансового кризиса - стремительное повышение тарифных сеток медицинских учреждений, а также отсутствие критериев качества медицинских стандартов - препятствуют развитию рынка ДМС в России.

Таким образом, развитию ДМС в России, несмотря на его популярность, препятствуют следующие факторы:

- невысокие заработки населения и отсутствие среднего класса, приводящие к снижению спроса на добровольное медицинское страхование;
- рост цен на медицинские услуги и нехватка лечебно-профилактических учреждений, особенно в регионах;
- конфликт интересов медицинских учреждений, стремящихся повысить стоимость и качество медицинских услуг, и страховых компаний, несущих значительные убытки при постоянном повышении тарифов лечебными учреждениями;
- налоговое законодательство, не позволяющее относить на себестоимость отчисления на ДМС более 3% от фонда оплаты труда;
- малая охваченность страховыми организациями указанного сегмента рынка в России⁶.

Решением данных вопросов может стать долгосрочное добровольное медицинское страхование, которое является частным и наиболее сложным видом рыночного страхования. При его использовании и формировании тарифной политики необходимо учитывать территориальную дифференциацию населения, неоднородность условий проживания в федеральных округах страны, а также в отдельных регионах внутри округа. Ведущие отечественные страховые компании имеют обширную филиальную сеть, охватыва-

ющую многие регионы России. Поэтому задача определения оптимального нетто-тарифа для долгосрочного добровольного медицинского страхования является особенно актуальной.

Назовем преимущества долгосрочного ДМС:

- заключение договоров долгосрочного медицинского страхования позволит российским страховщикам значительно увеличить объем страхового покрытия, с включением в него риска серьезных заболеваний, требующих длительного и дорогостоящего лечения. Это станет возможным, так как за длительный период времени страховая компания сможет создать значительные страховые резервы, средства из которых, без ущерба для финансового состояния компании, можно будет впоследствии направить на лечение застрахованного;

- введение долгосрочного медицинского страхования в систему личного страхования поможет решить проблему отсутствия массового продукта для частных лиц, являющуюся центральной проблемой российского рынка добровольного медицинского страхования;

- при заключении договоров долгосрочного медицинского страхования появится возможность включения в страховое покрытие такого социально важного риска, как медицинский уход за больными;

- долгосрочное ДМС позволит формировать страховые резервы с учетом усредненного индивидуального риска в течение жизни застрахованного в пересчете на ее предполагаемую продолжительность и с учетом формирования накопительного резерва. Тогда система долгосрочно-

го добровольного медицинского страхования будет действовать по накопительному принципу в течение всей жизни застрахованного;

- долгосрочное добровольное медицинское страхование обеспечит снижение величины страховых взносов, что позволит сделать их доступнее для широкого круга населения.

Характеризуя современное состояние страхового рынка России, можно отметить следующее. Система добровольного медицинского страхования в России еще окончательно не сформировалась, что обусловлено не только внутренними факторами ее развития, но и макроэкономическими процессами. Выявились существенные недостатки и проблемы в организации медицинского страхования, требующие устранения. Изучение мировых достижений в области медицинского страхования, а также проблем, возникающих при создании и функционировании системы страховой медицины, позволяет использовать опыт развитых стран на российском страховом рынке и избежать повторения ошибок при модернизации отечественной страховой модели.

¹ Словарь экономических терминов. URL: <http://www.bestconsult.ru>.

² Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru>.

³ Страхование /под ред. Т.А.Федоровой. М., 2005.

⁴ <http://businessstat.ru/markets/category/44.html>.

⁵ Росстат. URL: www.gks.ru.

⁶ Федеральная служба страхового надзора. URL: <http://www.fssn.ru/www/site.nsf>.

Поступила в редакцию 09.08.2010 г.