



Институт экономики переходного периода

103918, Россия, Москва, Газетный переулок д. 5 Тел./ факс 229 6596, www.iet.ru

**Анализ возможностей создания системы
добровольного медико-социального
страхования**

Авторы:

С.В. Шишкин

Л.Д. Попович

Е.Г. Потапчик

С.В. Сурков

Москва

Апрель 2003 г.

Оглавление

1 ВВЕДЕНИЕ	3
2. ИЗЪЯНЫ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	4
2.1. <i>Изъяны системы обязательного медицинского страхования</i>	4
2.2. <i>Изъяны системы социального страхования</i>	7
2.3. <i>Изъяны института социального страхования в переходной экономике</i>	12
3. НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	15
4. АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВЫЧЕТА ИЗ СОЦИАЛЬНОГО НАЛОГА ПРИ ВЫХОДЕ ИЗ СИСТЕМ ОМС И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	24
4.1. <i>Количественный анализ условий выхода из системы ОМС</i>	24
4.2. <i>Количественный анализ условий выхода из системы социального страхования</i>	40
5. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	46
5.1. <i>Проблемы определения гарантий в системе добровольного медико- социального страхования</i>	46
5.2. <i>Возможные формы страхования</i>	49
5.3. <i>Формы уплаты страхового взноса</i>	50
5.4. <i>Способ возмещения затрат на страхование из части средств ЕСН</i>	52
5.5. <i>Программа страхования</i>	54
5.6. <i>Организация учета и контроль в системе ДМСС</i>	58
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ПРИЛОЖЕНИЕ	62



1. Введение

Существующие в нашей стране системы социального¹ и обязательного медицинского страхования обладают серьезными изъянами. Они обусловлены как специфическими особенностями организации каждого из этих видов страхования в России, так и некоторыми общими особенностями построения всей системы различных видов обязательного социального страхования и ее функционирования в условиях переходного периода.

Анализ особенностей организации обязательного медицинского страхования (ОМС) в нашей стране позволяет сделать вывод об актуальности создания многоуровневой системы медицинского страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения². Необходимо стимулирование привлечения средств граждан в легальных формах для финансирования получения медицинских услуг более высокого качества по сравнению с предоставляемыми в рамках ОМС.

В качестве способа создания такой системы следует рассматривать развитие добровольного медицинского страхования (ДМС) как системы, частично замещающей ОМС, при сохранении неизменными государственных гарантий медицинского обслуживания населения. Актуальными задачами выступают легализация практики включения в программы ДМС тех видов медицинской помощи, которые предусматриваются базовой программой ОМС, и включение в счет оплаты взносов по ДМС части средств, заплаченных за соответствующих застрахованных в систему ОМС.

Многоуровневая система медицинского страхования создает институциональные условия для реальной сбалансированности государственных гарантий оказания медицинской помощи населению с источниками их финансирования, легализации частного софинансирования

¹ Предметом рассмотрения выступает социальное страхование в узком понимании, практикуемом в нашей стране, которое охватывает следующие виды рисков: временная нетрудоспособность, трудовое увечье и профессиональное заболевание, материнство, смерть работающего лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

² А.А.Гудков, Л.Д.Попович, С.В.Шишкин. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – Социальное обеспечение экономических реформ. . М.: Институт экономики переходного периода. М., 2002 г., сс. 98-190.



общественной системы здравоохранения при сохранении доступности медицинской помощи для лиц с низким доходами и хроническими заболеваниями.

Решение проблем социального страхования требует создания условий для развития добровольных индивидуальных и коллективных форм социального страхования в дополнение к существующей системе обязательного социального страхования.

Целью настоящей работы является анализ возможных форм и условий развития систем добровольного медицинского и социального страхования, рассматриваемых в качестве средств преодоления изъянов сложившихся в нашей стране систем обязательного медицинского и социального страхования.

2. Изъяны систем обязательного медицинского и социального страхования

2.1. Изъяны системы обязательного медицинского страхования

В России система обязательного медицинского страхования (ОМС) сформировалась в первой половине 90-х годов, после принятия в 1991 г. Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Ключевыми проблемами сложившейся системы ОМС являются следующие:

Во-первых, несбалансированность программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, составной частью которой является базовая программа ОМС, с размерами финансовых ресурсов направляемых государством на здравоохранение в целом, и с финансовыми средствами, аккумулируемыми в системе ОМС, в частности.

Во-вторых, несоответствие между принципами, положенными в основу дизайна системы ОМС, и фактическими принципами ее внедрения, следствием чего является неэффективность сложившейся государственной системы финансирования здравоохранения.

Система ОМС, предусмотренная вышеуказанным законом, призвана была стать заменой системы бюджетного финансирования предоставления медицинской помощи населению. Утвержденная базовая программа ОМС



охватывает большую часть видов медицинской помощи, предоставляемых населению. Соответственно система ОМС должна была аккумулировать не менее двух третей государственного финансирования здравоохранения (напрямую из бюджета должны были финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи, лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулез, ВИЧ-СПИД, психические заболевания и пр.), санитарно-эпидемиологический надзор и скорая медицинская помощь). Финансирование работы медицинских учреждений должно было происходить на основе договоров, заключаемых ими со страховщиками. Участие негосударственных страховых медицинских организаций в системе ОМС в качестве страховщиков было предусмотрено в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков друг с другом за застрахованных.

Фактически система ОМС сложилась как дополнение системы бюджетного финансирования. В системе ОМС концентрируется лишь одна треть государственного финансирования здравоохранения. Медицинские учреждения получают финансовые средства на покрытие издержек одной и той же деятельности одновременно по двум каналам: бюджетного финансирования и ОМС. Такое сочетание двух систем финансирования не создает ни у кого из их участников стимулов к повышению эффективности использования ресурсов. Нерациональность симбиоза бюджетного и страхового финансирования усиливается многообразием региональных вариантов сочетания этих двух систем.

Отличительная черта российской системы ОМС – это участие негосударственных страховых медицинских организаций в роли страховщиков. Но функционально их реальная роль далека от той, выполнение которой, с точки зрения экономической теории, оправдывает включение негосударственных страховщиков в систему ОМС. Условия работы страховых медицинских организаций были сформированы таким образом, что страховщики в большинстве своем выполняют функции пассивных посредников, обслуживающих движение финансовых средств от фондов ОМС к



медицинским учреждениями. Результативность для общества такой их деятельности в сравнении с издержками не оправдывает их сохранения в системе ОМС в нынешней роли.

В-третьих, застрахованные в системе ОМС имеют минимальные возможности экономического давления на ее субъектов, побуждающего их к сохранению и росту уровня качества услуг и эффективности использования ресурсов. Декларированные в законе права застрахованных по выбору страховщиков и медицинских учреждений существенно обесценены отсутствием возможности самостоятельно заключать договоры со страховщиком и выбирать между альтернативными страховыми программами. За работающих застрахованных выбор страховщика производят их работодатели, а за неработающих - органы государственной власти и местного самоуправления. Выбор работодателей на практике зачастую также существенно ограничен административными решениями относительно организации территориальных систем ОМС, количества и роли в них страховщиков, распределения между ними страхового поля.

У застрахованного имеются весьма ограниченные возможности выбора медицинских учреждений для получения медицинской помощи в системе ОМС. Во многих регионах действует принцип территориального закрепления населения за определенными медицинскими учреждениями, и застрахованный, если он не удовлетворен качеством лечения в соответствующем медицинском учреждении, может получить ее в другом месте, как правило, лишь оплатив ее в той или иной форме (приобретая полис добровольного медицинского страхования, заплатив в кассу медицинского учреждения, или в руки медицинским работникам). Система ОМС при этом выполняет функцию финансирования предоставления населению безальтернативного по качеству медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи иначе, чем предусмотрено административно установленными правилами территориального прикрепления пациентов, происходит ценой фактического выхода за рамки системы ОМС и потери права на использование ее средств для компенсации, хотя бы частичной, получения услуг более высокого качества.

Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той



системе финансирования, которая реально функционирует под названием обязательное медицинское страхование. С функциональной точки зрения, российская система ОМС в настоящее время фактически является особой формой бюджетного финансирования здравоохранения.

2.2. Изъяны системы социального страхования

Существующая система социального страхования сформировалась в своих основных чертах еще в советское время, и в переходный период претерпела лишь некоторые организационные трансформации, не меняющие ее суть. Эта система обладает следующими изъянами.

Во-первых, сложившиеся направления использования средств, аккумулируемых в этой системе (направления расходов Фонда социального страхования), являются функционально неоднородными: часть реализует функции страхования, часть – социальной помощи, часть – комбинацию этих функций.

Выплата пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам имеет ясно выраженную страховую природу. Доля соответствующих выплат в расходах Фонда социального страхования (ФСС) в 2001 г. составляла 57,7%.

Пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, по уходу за ребенком-инвалидом, на погребение, являются, по сути, формами социальной помощи населению. Размеры этих пособий не зависят от трудового стажа и размера утраченного заработка застрахованных. Доля расходов на выплату этих пособий составляла в 2001 г. 6,2% бюджета ФСС.

Средства социального страхования используются для полной (некоторым категориям застрахованных) или частичной оплаты путевок в санатории, пансионаты, дома отдыха и проезда к месту лечения и отдыха и обратно, для финансирования содержания санаториев-профилакториев, принадлежащих предприятиям и Фонду социального страхования, содержания санаторных и оздоровительных лагерей для детей и юношества, детско-юношеских



спортивных школ, оплаты детских новогодних подарков и т.п. Доля расходов этой группы достигала 19,5% в 2001 г.. До недавнего времени лишь небольшая этих расходов была связана с возмещением затрат на реабилитацию граждан, нуждающихся в санаторно-курортном лечении по медицинским показаниям после перенесенного заболевания, а также пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС. В основной же своей части эти расходы не были обусловлены наступлением страхового случая, а носили профилактическую направленность. Разумеется, они служили сокращению риска заболеваемости в будущем. Однако их нельзя признать полноценной формой страховых расходов. Связь между размерами затрат на санаторно-курортное лечение и оздоровление и количеством страховых случаев, обуславливающих необходимость выплаты пособий по временной нетрудоспособности, пока не поддается надежному измерению, не выступает предметом рационального сопоставления затрат и результатов и соответственно не может быть самостоятельным предметом страховых оценок и отношений. Эти виды расходов функционально ближе к социальному обеспечению.

Следует отметить, что с 2001 года доля расходов на эти цели в бюджете ФСС стала уменьшаться (в 2000 г. она составила 33,6%, в 2001 - 19,5%). Это было обусловлено сокращением доходной части ФСС: с введением социального налога размер взносов в ФСС, был уменьшен с 5,4 до 4,0 % от величины фонда оплаты труда. После этого ежегодно стал устанавливаться норматив предельного размера оплаты санаторно-курортного лечения в сутки. В проекте бюджета ФСС на 2003 г. средств, предусматриваемых для финансирования санаторно-курортного лечения и оздоровления, хватит лишь для оплаты путевок в санатории для долечивания определенных категорий больных после перенесенных заболеваний. Таким образом, по факту, в силу экономических ограничений, это направление расходования средств социального страхования сокращается.

Сочетание в деятельности ФСС функционально неоднородных направлений деятельности (страхования и оказания социальной помощи) создает внутренние препятствия для ФСС в развитии его деятельности как страховщика и в повышении эффективности функционирования системы социального страхования. В последние годы вследствие ограничения доходной



базы ФСС и установления предельных размеров пособий по временной нетрудоспособности и предельных размеров возмещений расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление система социального страхования начала трансформироваться в особую форму государственной социальной помощи.

Во-вторых, различные направления расходования средств Фонда социального страхования являются неоднородными с точки зрения определенности условий предоставления соответствующих видов возмещений для застрахованных.

Размеры пособий и условия их предоставления являются однозначно определенными. Что же касается санаторно-курортного лечения и оздоровления, то здесь ситуация принципиально иная. Часть существующих здесь гарантий установлена для вполне определенных категорий населения: право на бесплатное санаторно-курортное лечение имеют граждане, перенесшие острый инфаркт миокарда, операции по поводу аортокоронарного шунтирования, аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря; работающие инвалиды; лица, пострадавшие вследствие чернобыльской аварии; ветераны Великой отечественной войны. В последние годы предоставлялось 35 – 40 тысяч таких путевок ежегодно. Для других категорий работающих граждан условия получения ими и их детьми льготных путевок в санатории, профилактории и оздоровительные лагеря не являются четко определенными. Они прежде всего зависят от финансовых возможностей предприятий, а там, где такие возможности имеются - от решений, принимаемых профсоюзными комитетами. Как видим, разная мера определенности условий предоставления разных видов возмещений непосредственно связана с функциональной неоднородностью направлений использования средств социального страхования.

Меньшая определенность прав застрахованных на получение возмещений на санаторно-курортное лечение и оздоровление выступает фактором, препятствующим функционированию системы социального страхования как системы страховой.

В-третьих, разные группы застрахованных имеют неравные возможности получения возмещений из системы социального страхования.

В классической схеме страхования объем страховых возмещений застрахованному зависит от размеров внесенных страховых взносов и длительности участия в страховой системе. Обусловленные только этими факторами различия прав застрахованных на получение страховых возмещений являются нормальными, поскольку отвечают сути механизма страхования. Существующая в отечественной системе социального страхования дифференциация размеров пособий по временной нетрудоспособности в зависимости от длительности непрерывного трудового стажа застрахованного отчасти отражает этот принцип. Хотя следует отметить, что зависимость размеров пособий от длительности именно непрерывного стажа, а не стажа вообще, является рудиментом социалистической системы социальной защиты, создающей для работников антистимулы к самостоятельному изменению места своей работы.

Но, говоря о неравенстве возможностей застрахованных как об изъяне существующей системы страхования, мы имеем в виду установленный порядок расходования средств на санаторно-курортное лечение и оздоровление. Согласно действующим правилам социального страхования, работодатели вправе использовать остающиеся после выплаты пособий застрахованным средства для финансирования содержания принадлежащих им санаториев-профилакториев, оздоровительных лагерей и для оплаты лечения и оздоровления своих работников в этих и иных санаторно-лечебных и профилактических учреждениях. Это правило порождает неравенство.

Те предприятия, которые не владеют такими учреждениями, оказываются в худшем положении в отношении возможностей лечения и оздоровления своих работников, используя для этого средства социального страхования.

Размеры расходования средств социального страхования на санаторно-курортное лечение и оздоровление на отдельных предприятиях регулируются нормативами доли таких расходов в общих расходах на цели социального страхования. Эти нормативы устанавливаются отделениями ФСС дифференцированно для разных групп предприятий. При этом значения



нормативов для крупных по численности работающих предприятий выше, чем для средних и малых. Эта практика сложилась в советское время и отражала политику создания преимуществ для работников крупных предприятий. В условиях рыночной экономики действие этих правил приводит к тому, что работники небольших по численности предприятий, но экономически успешных, имеющих более высокие доходы и соответственно вносящих более весомые взносы в систему социального страхования в расчете на одного застрахованного, получают от этой системы меньше, чем работники предприятий, имеющих большую численность работающих, но вносящих в систему страхования меньше взносов в расчете на одного человека. Система социального страхования, в частности, ущемляет права новых субъектов предпринимательской деятельности по сравнению с крупными предприятиями, созданными в советское время.

Дифференциация возможностей пользования льготами за счет системы социального страхования отражает сосуществование в рамках сложившейся системы социального страхования элементов двух разных систем страхования.

Элементы первой системы (ее можно назвать общим социальным страхованием) - это единые для всех работающих и достаточно четко определенные социальные гарантии: выплата установленных пособий и оплата долечивания в санаторно-курортных учреждениях после определенных заболеваний.

Элементы второй системы (ее можно назвать системой коллективного или корпоративного страхования) - это оплата санаторно-курортного обслуживания и оздоровления, не связанного с только что перенесенным заболеванием, а зависящего главным образом от размеров и экономических возможностей предприятия, где работает застрахованный.

Институциональная неразграниченность двух разных компонентов составляет внутреннее противоречие существующей системы социального страхования. Противоречия, проявляющегося в неравенстве возможностей работников разных категорий предприятий в отношении пользования преимуществами системы социального страхования. Большими преимуществами обладают работники более крупных по численности занятых и более доходных предприятий. Те предприятия, которые имеют более высокие



доходы, позволяющие им содержать объекты санаторно-оздоровительного назначения, и те предприятия, которые имеют больше работников и соответственно вносят в систему социального страхования в абсолютном выражении больше средств, фактически имеют право на большие социальные гарантии.

2.3. Изъяны института социального страхования в переходной экономике

Наряду со специфическими проблемами, присущими российским системам социального страхования и обязательного медицинского страхования по отдельности, сами принципы организации социального страхования в широком его понимании оборачиваются определенными изъянами в переходный период от социалистической к рыночной экономике и развития постиндустриального общества.

Институт социального страхования сложился в рыночной экономике в условиях развития индустриального общества как альтернатива частному страхованию рисков ухудшения материального положения работающих и членов их семей вследствие потери работы, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, а также наступления старости. Главным признаком социального страхования выступает его обязательность для определенных категорий граждан и работодателей и участие государства в его регулировании и/или непосредственной организации. Необходимость участия государства в страховании таких рисков обуславливается изъянами институтов их частного страхования (проблемы социальных рисков, ухудшающего отбора и морального риска) и требования социальной справедливости в распределении доходов³. Частное страхование рисков потери доходов вследствие временной нетрудоспособности, безработицы и старости было распространено до 30-х годов во многих европейских странах, в США и Канаде. С 30-х годов

³ Barr N. The economics of the welfare state. Second edition. Stanford: Stanford University Press, 1993.



страхование этих рисков стало рассматриваться в странах с развитой экономикой в качестве обязанности государства.

Социальное страхование с организационно-технологической точки зрения предстает как осуществление определенными категориями лиц (страхователями) обязательных взносов, которые аккумулируются страховщиками, и служат источником выплат застрахованным лицам страховых возмещений при наступлении страховых случаев (событий), являющихся реализацией страховых рисков.

По своему генезису социальное страхование соединяет в себе элементы страхового и налогового финансирования возмещений вышеуказанных рисков. Взносы в систему социального страхования за работающих платят либо работодатели, либо совместно работодатели и работники. Размер взносов устанавливается, как правило, государством в виде однозначно определенных ставок, исчисленных как процентные пункты к величине оплаты труда. В некоторых странах, например, в Германии, размер страховых взносов устанавливается самими страховщиками, но государство фиксирует минимальный уровень взносов. Обязательность уплаты страховых взносов порождает их общность с налоговыми платежами.

Принцип привязки взносов к размеру оплаты труда становится недостатком в экономике, где существенны доля неформального сектора и доля оплаты труда, производимой в теневой форме. Доходная база системы социального страхования оказывается суженной, а необходимость уплаты взносов с фонда оплаты труда выступает одним из стимулов сохранения и развития теневой экономической деятельности. Именно эта ситуация характерна для стран с переходной экономикой.

Имеется два основополагающих принципа, которые учитываются при исчислении размера взносов в систему социального страхования:

принцип эквивалентности: размер взносов за каждое застрахованное лицо должен соответствовать риску наступления страховых случаев для данного лица и размерам соответствующих страховых возмещений;

принцип солидарности: взносы, уплачиваемые за застрахованных лиц с более высокими доходами, должны быть больше, чем взносы за лиц с



меньшими доходами; то есть состоятельные лица частично несут бремя социального страхования менее состоятельных: «богатый платит за бедного».

Взносы за работающих устанавливаются в процентных пунктах к размеру оплаты труда. При использовании плоской шкалы страхователи платят взносы за каждого застрахованного в виде одинакового процента к размеру оплаты его труда. В этом случае преимущество отдается принципу солидарности. Применение регрессивной шкалы означает, что ставка взносов, исчисленная в процентных пунктах, уменьшается по мере роста размера оплаты труда. Регрессивная шкала отражает влияние принципа эквивалентности.

В системах социального страхования, существующих в постсоциалистических странах, баланс между принципами страхового финансирования и налогового финансирования сильно смещен в пользу последних. При установлении размеров взносов и возмещений принцип эквивалентности приносится в жертву принципу солидарности.

Особенностью систем социального страхования, унаследованных от социализма, является широкий набор гарантий застрахованным и соответственно высокие размеры взносов, которые необходимо собирать для обеспечения этих гарантий. Это создает значительную нагрузку на работодателей. Для стимулирования усиления открытости предпринимательской деятельности и создания условия для устойчивого экономического роста необходимо сокращение существующих размеров взносов в систему социального страхования. Между тем сокращение размеров взносов возможно либо при условии, что объем гарантируемых возмещений будет сокращаться, либо недостающие расходы будут покрываться государством за счет общего налогообложения. Практика переходного периода показывает, что сократить обязательства в системе социального страхования чрезвычайно сложно. Следовательно, необходимое снижение размеров начислений на фонд оплаты труда, направляемых в качестве взносов в систему социального страхования достижимо ценой расширения налогового финансирования этой системы и ее трансформации в особую форму государственной социальной помощи.

Для постиндустриального общества характерно увеличение расходов на здравоохранение, обусловленное появлением новых дорогостоящих



медицинских и фармацевтических технологий, усилением внимания людей к своему здоровью, ростом продолжительности жизни и увеличением доли лиц старших возрастов. Усиливается дифференциация предложения и спроса на медико-социальные услуги. Системы обязательного медицинского страхования, предоставляющие всем застрахованным права на бесплатное получение широкого спектра видов медицинской, профилактической, реабилитационной помощи, сталкиваются с проблемой обеспечения баланса между растущей стоимостью обеспечения декларируемых широких гарантий получения медицинской помощи и источниками их покрытия. Бесплатность получения услуг в системе обязательного медицинского страхования порождает повышенный спрос на них безотносительно к размерам взносов застрахованных в эту систему. Но дальнейший рост размеров обязательных взносов или увеличение бюджетного финансирования этой системы становятся тормозом экономического роста. Разрешение этой проблемы недостижимо без пересмотра самих исходных принципов организации социального страхования.

3. Направления реформирования систем обязательного медицинского и социального страхования

Возможные пути преодоления изъянов сложившихся в нашей стране систем обязательного медицинского и социального страхования стали в последние годы в нашей стране предметом интенсивного обсуждения исследователей и работников органов государственной власти. До последнего времени рассматривались три основных пути решения проблем ОМС.

Первый: завершить введение системы ОМС, не меняя, а лишь уточняя основные принципы ее построения. Обеспечить сбалансированность программы ОМС с размерами финансовых ресурсов, аккумулируемых в системе ОМС, закрепить налоговые источники финансирования взносов за неработающее население и гарантировать направление этих средств в фонды ОМС. Сохранить страховые медицинские организации в качестве субъектов системы ОМС, но создать дополнительные условия (расширение лицензионных требований, предоставление застрахованным право непосредственного выбора страховщиков и др.) для развития конкуренции между ними и исключения



возможности оставаться пассивными посредниками в движении финансовых средств между фондами ОМС и медицинскими учреждениями⁴. Это путь движения к модели, аналогичной организации финансирования программ Медикэр и Медикейд в США.

Второй путь: рационализировать и упростить систему ОМС. Обеспечить сбалансированность программы ОМС с размерами ее финансирования. Исключить из нее страховые медицинские организации, превратив фонды ОМС в единственных покупателей медицинских услуг, предусмотренных программой ОМС, у медицинских учреждений, работающих в пределах территориальной сферы их ответственности. Это путь к формированию модели ОМС, реализованной в большинстве постсоциалистических стран.

Наконец, третий путь – демонтировать существующую систему ОМС, радикально упростить ее и превратить в особую подсистему бюджетного финансирования здравоохранения. Страховые медицинские организации исключаются из этой системы. Фонды ОМС административно подчиняются органам управления здравоохранением. Это позволяет преодолеть ситуацию двойственности плательщиков за медицинскую помощь, оказываемую населению медицинскими учреждениями, сохранив разделение покупателей и производителей медицинских услуг, что само по себе создает позитивные условия для повышения эффективности использования ресурсов в системе медицинского обслуживания. Это путь создания модели, реализованной в Киргизии.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу»,

⁴ Главным преимуществом сохранения страховых компаний в качестве субъектов системы ОМС является возможность создания сильного давления на страховщиков со стороны конкурентов и со стороны клиентов, заставляющего их действовать эффективно. Если гражданам будет обеспечена свобода выбора страховщика, то страховые организации, стремясь сохранить и расширить свое страховое поле, будут экономически заинтересованы в качественном обслуживании и защите прав пациентов. Напротив, если функции страховщиков в системе ОМС будут выполнять только отделения фонда ОМС, то какого-либо конкурентного давления на фонды не может быть в принципе, а возможности давления потребителей останутся почти такими же, как в прежней модели бюджетного финансирования. Признавая целесообразность сохранения страховых организаций в качестве субъектов системы ОМС, необходимо усилить государственные требования к их деятельности и контроль за их исполнением с тем, чтобы исключить возможности получать доходы за счет простой перекачки денег от фондов ОМС медицинским учреждениям. Такие требования должны быть установлены в законодательстве в качестве однозначных критериев получения лицензии на участие в ОМС и условий ее лишения.



одобренные Правительством РФ 28 июня 2000 г., ориентируют на движение по первому пути. Но реальных действий по изменению сложившейся ситуации с финансированием здравоохранения за прошедшие 3,5 года так и не было предпринято. Вплоть до последнего времени не сложилась коалиция сил, заинтересованных в соответствующих преобразованиях и способных их осуществить. Сами страховщики, долгосрочным интересам которых отвечает реализация именно этого варианта реформы медицинского страхования, предпочли не организовывать никаких коллективных действий по его продвижению, вполне довольствуясь существующим в системе ОМС и перспективой сохранить его, пусть даже лишь в течение нескольких лет.

В качестве направлений реформирования системы социального страхования предлагались изменение правил предоставления и ограничение размеров пособий по временной нетрудоспособности и некоторых других, сокращение расходов на субсидирование санаторно-курортного лечения и оздоровления⁵. Правительство РФ вносило в Государственную Думу законопроекты, предусматривающие соответствующие изменения, но почти все варианты законодательного пересмотра существующих условий выплаты пособий в системе социального страхования оказались политически непроходимыми. Удалось лишь ограничить предельные размеры компенсаций расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление.

В последние два года широко обсуждался такой возможный путь реформирования социального и медицинского страхования, как их объединение в единую систему обязательного медико-социального страхования. Эта задача была сформулирована в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации 28 июня 2000 г. Разработка предложений об объединении обязательного и социального страхования в единую систему обязательного медико-социального страхования велась с осени 2000 г.. Но в апреле 2002 г. правительство отказалось от такого объединения, не найдя возможностей закрепить определенные налоговые

⁵ М. Дмитриев. Бюджетная политика современной России. М.: Московский Центр Карнеги, 1997, сс. 39-40.



поступления в качестве источников финансирования страховых взносов за неработающее население. Без закрепления источников взносов за неработающее население объединение существующих систем обязательного медицинского и социального страхования лишалось смысла. Создание более сложной системы без решения проблемы финансовой необеспеченности обязательств в рамках одной из исходных систем – системы ОМС - оказало бы деструктивное влияние на осуществление и медицинского, и социального страхования.

Одним из аргументов в пользу объединения выступало указание на возможность проведения единой рациональной политики по отношению к разным видам затрат, связанным с общим для этих систем страховым случаем – заболеванием застрахованного. Следует, однако, признать, что при подготовке предложений об объединении двух систем не было предложено четких механизмов управления финансовыми ресурсами объединенной системы, обеспечивающего рационализацию осуществления разных видов затрат в объединенной системе.

Обозначенные выше направления реформирования систем обязательного медицинского и социального страхования, которые были в центре обсуждения в последние несколько лет, не претендовали на пересмотр базовых принципов организации социального страхования. Вместе с тем в постановочном плане стало разрабатываться новое направление возможного реформирования систем социального и медицинского страхования, ориентирующее на изменение сложившегося разграничения между обязательным и добровольным страхованием.

В качестве способа ослабления разрыва между обязательствами и финансовыми возможностями государства было предложено опираться на развитие форм добровольного медицинского страхования (ДМС)⁶:

легализовать практику включения в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения, установленных программами ОМС⁷, и тех видов медицинской помощи, которые предусматриваются базовой программой ОМС;

⁶ С.В. Шишкин Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 316-318.

⁷ В настоящее время, согласно статье 1 Федерального закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», программы добровольного медицинского страхования должны обеспечивать гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Фактически



допустить использование в счет оплаты взносов по ДМС части средств, заплаченных за соответствующих застрахованных в систему ОМС.

Это содействовало бы снижению стоимости программ ДМС, соответственно увеличению их доступности для граждан и расширению круга лиц, получающих полноценное медицинское обслуживание, финансируемое за счет легального сочетания общественных и частных средств.

Вариант реформирования ОМС на основе изменения соотношения систем ОМС и ДМС был проработан также в виде предложения о создании многоуровневой системы медицинского страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения⁸. В этой многоуровневой системе программа ОМС формируется как двухуровневая. Первый уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые предоставляются населению бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС. Второй уровень включает медицинские услуги, которые одним группам населения предоставляются бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС, а другим группам – при условии соплатежей, и соответственно лишь частично финансируются из средств ОМС. Соплатежи, в свою очередь, могут быть предметом добровольного либо обязательного страхования. Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и более высоких уровней. Их предметом могут являться услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, соплатежи за такие услуги, а также услуги сверх программы ОМС.

В качестве способа разрешения проблемы дифференциации реальных возможностей застрахованных в существующей системе социального страхования, предлагалось провести институциональное выделение и разграничение двух ее компонентов: общего и коллективного (корпоративного) социального страхования⁹.

эта норма закона не соблюдается: многие страховые медицинские организации предлагают программы ДМС, охватывающие медицинские услуги, предусмотренные базовой программой ОМС.

⁸ А.А.Гудков, Л.Д.Попович, С.В.Шишкин. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – Социальное обеспечение экономических реформ. М.: Институт экономики переходного периода. М., 2002 г., сс. 130-149.

⁹ С.В.Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru, с. 389.



Общее социальное страхование должно предусматривать единый для всех застрахованных тариф взносов, единый перечень пособий (возмещений) и однозначные условия их получения. В тех случаях, когда пособия устанавливаются для определенных категорий населения, критерии отнесения к этим категориям должны быть однозначными.

Коллективное социальное страхование должно предусматривать для работающих возможность самостоятельно устанавливать более высокий уровень своих социальных гарантий посредством уплаты дополнительных страховых взносов (использования более высокого тарифа взносов на социальное страхование, по сравнению с взносами на общее социальное страхование). Размер взносов, направления использования собираемых средств, состав и условия получения выплат должны определяться договорами коллективного страхования, заключаемыми на предприятии между профсоюзом, администрацией и страховщиком.

Новый прорыв в обсуждении перспектив реформирования систем обязательного медицинского и социального страхования связан с предложением институционального разграничения страхового и налогового финансирования гарантий, предоставляемых населению в рамках указанных видов социального страхования¹⁰. Достигается это разрешением работающим гражданам выходить из систем обязательного медицинского и социального страхования, заключать с негосударственными страховщиками договоры добровольного страхования рисков, страхуемых этими системами, и использовать часть средств социального налога для оплаты взносов, предусматриваемых этими договорами.

Другими словами, каждая из частей социального налога, направляемых ныне в фонды ОМС и Фонд социального страхования (базовые ставки – соответственно 3,6% и 4,0% от размера оплаты труда работающего), расщепляется на две составляющих. Одна по-прежнему направляется в указанные фонды и функционально становится исключительно налоговым платежом на финансирование оказания медицинской помощи и выплату определенных социальных пособий населению. Вторая составляющая перечисляется страховщику, с которым застрахованный заключил договор добровольного страхования. Эта составляющая функционально становится



страховым платежом. Разница между размерами страховых взносов, предусмотренных договором со страховщиком, и размерами указанных платежей, производимых из сумм социального налога, покрывается за счет средств самого застрахованного или его работодателя.

Пропорция расщепления сумм социального налога на две указанных составляющих может быть определена, руководствуясь соображением, что объем платежей в систему ОМС и социального страхования должен быть достаточен для покрытия расходов на оказание медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, и выплаты в полном объеме установленных законодательством пособий для всех тех работающих, которые останутся в системе ОМС и социального страхования.

В случае разрешения выхода из систем ОМС и социального страхования начнет формироваться система (системы), сочетающая элементы обязательного и добровольного страхования. Элементы обязательности будут касаться объема медицинской помощи, состава и минимального размера пособий, которые должны гарантироваться лицам, застрахованным в этой системе. Добровольность относится к принятию решения об участии в этой системе, выбору страховщика, соглашению о содержании страховой программы сверх обязательного минимума и соответствующем размере страховых взносов.

Перспективным представляется вариант, при котором предметом добровольного страхования будут одновременно выступать необходимость получения медицинской помощи и риски потери дохода в случае нетрудоспособности, инвалидности и т.д. То есть альтернативной существующим системам ОМС и социального страхования станет объединенная система обязательного медико-социального страхования ОМСС+. В этом случае застрахованный должен принять решение о выходе одновременно из систем ОМС и социального страхования и о заключении договора о медико-социальном страховании с одним из страховщиков по своему выбору.

Однако это могут быть и две отдельные системы страхования. Одна в этом случае может быть названа системой *ОМС-2* или *ОМС+*. Другая – соответственно *системой социального страхования-2* или *социального страхования+*.

¹⁰ Это предложение было сформулировано Е.Т.Гайдаром осенью 2002 г.



Страховщиками в этих новых системах страхования будут выступать негосударственные страховые организации. Участие государственных организаций в роли страховщиков лишает смысла создание подобных систем. Поэтому предлагаемые системы страхования могут быть также названы соответственно *негосударственным обязательным медицинским страхованием* и *негосударственным социальным страхованием*.

Предоставление гражданам права выхода из ОМС поднимает вопросы о том, каким образом гражданам будет оказываться неотложная помощь за пределами территории его постоянного проживания, а также о том, каким образом будет осуществляться страхование риска заболеваний, лечение которых требует очень высоких затрат, например, онкологических заболеваний (проблема страхования катастрофических расходов). Страховщики избегают включать медицинскую помощь в случае таких болезней в предлагаемые ими программы добровольного медицинского страхования. Эти вопросы будут рассмотрены в разделе 5 настоящей работы.

Следует также подчеркнуть, что предлагаемое разрешение выхода из системы ОМС и социального страхования и создание системы добровольного медико-социального страхования сами по себе не устраняют проблем несбалансированности программы ОМС с ее финансовым обеспечением, эклектичности сочетания страхового и бюджетного финансирования оказания медицинской помощи, неэффективности деятельности страховщиков в системе ОМС, отсутствия у застрахованных действенных инструментов влияния на страховщиков и медицинские учреждения и др. Решение этих проблем требует реформирования системы ОМС.

Предоставление возможности выхода из систем ОМС и социального страхования при условии заключения договора добровольного медико-социального страхования соответствующих рисков создает условия для развития рынка услуг по медицинскому и социальному страхованию и развития конкуренции негосударственных страховых медицинских организаций.

Сейчас подавляющая часть частного финансирования получения медицинской помощи осуществляется посредством оплаты получаемых услуг, производимой пациентами в кассу медицинского учреждения или в руки его работникам. Предлагаемый механизм повысит заинтересованность

высокодоходных групп населения в участии в добровольном страховании и соответственно в перемещении части расходов на здравоохранение в более адекватную рыночной экономике форму оплаты страховых продуктов, а не оплаты фактически оказываемых медицинских услуг.

В настоящее время предметом конкуренции страховщиков в системе ОМС может выступать лишь выполнение функций контроля качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных. Как показывает и российский, и зарубежный опыт, это само по себе не создает достаточно сильных стимулов к конкурентной борьбе страховщиков, предметом которой выступает повышение качества медицинского обслуживания пациентов¹¹. В случае реализации предлагаемой схемы расширяется предмет для конкуренции страховщиков. Им станут содержание страховых программ (перечень медицинских и социальных услуг, пособий, условия их предоставления, превышающие минимум, установленный государством в базовой программе ОМС и законодательстве о социальном страховании) и их цена.

Появляется возможность окончательно вывести основную часть возмещений расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление за пределы существующей системы социального страхования, сделав их предметом добровольного страхования. В системе социального страхования будут лишь возмещаться расходы по реабилитационному лечению ряда категорий больных после перенесенных операций или обострений хронических заболеваний.

Предлагаемая схема будет весьма привлекательной для работников крупных и экономически успешных предприятий. Они смогут формировать корпоративные системы медико-социального страхования, альтернативные существующим системам ОМС и социального страхования. Соответственно эта группа населения и их работодатели способны оказать весомую политическую поддержку предлагаемому направлению реформирования социального страхования.

В результате реализации предлагаемой схемы существующие институты социального страхования, противоречиво сочетающиеся, с одной стороны,

¹¹ E.Mossialos, E.Dixon, J.Kutzin, J.Figueras (Eds.) Funding health care. Options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002.



функции социальной помощи и страхования, а с другой стороны, налоговые и страховые механизмы финансирования, трансформируются в системы двух типов. В системах первого типа (ими будут система ОМС и система социального страхования) будут превалировать функции социальной помощи и налоговый тип финансирования. Система ОМС и система социального страхования функционально превратятся соответственно в систему оплаты медицинской помощи и систему социальной помощи, финансируемые государством за счет налоговых поступлений и предоставляющих гражданам универсальные гарантии получения медицинской помощи и выплаты пособий по временной нетрудоспособности и т.д. Системы второго типа (ОМС-2, социальное страхование-2, или ОМС-2) будут по преимуществу системами страховыми. Такое решение позволяет преодолеть изъяны институтов социального страхования, выявившиеся в условиях переходного периода, и создает предпосылки для непротиворечащего друг другу развития функций и институтов социальной помощи и социального страхования в постиндустриальном обществе.

Проанализируем теперь более возможности и условия создания предлагаемой системы добровольного медико-социального страхования. В первую очередь проведем количественный анализ допустимых пределов той части социального налога, которая может быть направлена в счет оплаты взносов по договору добровольного медико-социального страхования в случае выхода гражданина из систем обязательного медицинского и социального страхования. Далее рассмотрим варианты создания предлагаемых систем с точки зрения ряда специфических проблем организации медицинского страхования: риска катастрофических расходов, оказания неотложной медицинской помощи и др.

4. Анализ возможностей предоставления вычета из социального налога при выходе из систем ОМС и социального страхования

4.1. Количественный анализ условий выхода из системы ОМС

Задача проводимого анализа состоит в определении той доли единого социального налога, которая может быть направлена на частичное возмещение расходов работающих граждан на добровольное медицинское страхование в случае их выхода из системы ОМС. Другими словами, задача заключается в расчете доли социального налога, которую гражданин может получить в качестве налогового вычета («забрать с собой») в случае выхода из системы ОМС и заключения договора добровольного медицинского страхования.

Общий принцип такого расчета состоит в том, что при выходе из системы ОМС части застрахованных должно быть обеспечено сохранение уровня финансирования системы ОМС, достаточного для обеспечения полного объема медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, всем оставшимся в этой системе.

При проведении расчетов мы исходили из предположения, что право выхода из системы ОМС с частичным «возвратом» социального налога будет распространяться только на работающих граждан. Неработающие граждане не являются плательщиками социального налога, и поэтому постановка вопроса о возможности их выхода из системы ОМС с частичной компенсацией расходов на ДМС для самих этих граждан лишена оснований. Возможности компенсации работающим гражданам части их расходов по добровольному медицинскому страхованию не только себя лично, но и членов своей семьи при условии их выхода из системы ОМС, также нами не принимались во внимание.

В качестве гипотез о составе граждан, которые могли бы выйти из системы ОМС, использовались предположения, что таким правом могут воспользоваться прежде всего работающие, относящиеся к трем децильным группам с наивысшим уровнем дохода.

Расчеты проводились по следующей схеме:

- определение объемов медицинской помощи, оказываемой работающему населению по базовой программе ОМС, в разрезе доходных групп;
- расчет стоимости медицинской помощи, оказываемой работающему населению по базовой программе ОМС, в разрезе доходных групп;

□ определение величины поступлений в систему ОМС, обеспечиваемых за счет ЕСН, уплачиваемого за работающих с наивысшими доходами (принадлежащих к трем верхним децильным группам), которые должны остаться в системе ОМС, чтобы обеспечить покрытие расходов на оказание медицинской помощи остальным группам работающих застрахованных.

Расчеты были выполнены для условий 2001 г. В качестве данных для проведения расчетов использовались:

□ половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи¹²;

□ фактические объемы потребления медицинской помощи, предусмотренной программой государственных гарантий, в 2001 г.¹³;

□ удельный вес объемов медицинской помощи, оказываемый по базовой программе ОМС¹⁴;

□ численность населения России в разрезе основных половозрастных групп¹⁵;

□ численность занятых в экономике по полу и возрасту¹⁶;

□ фонд заработной платы по децильным группам¹⁷;

□ потребление медицинской помощи по децильным группам¹⁸;

□ нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи¹⁹.

Для определения объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС, использовались утвержденные в Программе государственных гарантий показатели распределения объемов медицинской помощи между

¹² См. «Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения», Москва, МЗ СССР, 1989 г., стр.45.

¹³ Данные формы № 62 государственной статистической отчетности.

¹⁴ Рассчитывается в соответствии с «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации.

¹⁵ Данные Госкомстата. «Россия в цифрах», Москва, Госкомстат, 2002, стр. 70.

¹⁶ Данные Госкомстата. «Россия в цифрах», Москва, Госкомстат, 2002, стр. 84.

¹⁷ Данные исследования домохозяйств – RLMS, 10 раунд.

¹⁸ Данные исследования домохозяйств – RLMS, 10 раунд.

¹⁹ Утверждены в «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий».



двумя составными частями данной Программы: 1) базовой программой ОМС; и 2) медицинской помощью, оказываемой за счет средств бюджетов всех уровней. Следует однако отметить, что распределение объемов медицинской помощи между двумя указанными частями, которое приводится в государственной статистической отчетности (форма № 62), является достаточно условным, потому что на практике медицинская помощь, оказываемой по базовой программе ОМС, финансируется как за счет средств ОМС, так и бюджетных ассигнований²⁰. Это делает невозможным объективное разделение фактических объемов оказанных медицинских услуг в качестве предметов рассматриваемых систем финансирования. Учитывая этот факт, в расчетах определение объема медицинских услуг, оказанных в рамках базовой программы ОМС, осуществлялось на основе нормативных показателей объемов, предусмотренных в Программе государственных гарантий для базовой программы и бюджетной системы финансирования.

В соответствии с указанными нормативными показателями удельный вес помощи, оказываемой в рамках программы ОМС, должен составлять 69% всей стационарной помощи, предусмотренной в Программе государственных гарантий, 92% – для амбулаторно-поликлинической помощи и 83% – для медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах. На основе этих показателей удельного веса рассчитывался оценочный показатель объемов медицинской помощи, который был оказан по базовой программе ОМС в 2001 г. Распределение фактически оказанных в 2001 г. объемов медицинской помощи между базовой программой ОМС и медицинской помощью, оказанной в рамках бюджетного финансирования, представлены в Таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.

Определение объемов медицинской помощи, предоставленных в 2001 г. в рамках базовой программы ОМС

Виды медицинской помощи	Фактические объемы медицинской помощи, оказанные по Программе гос. гарантий (тыс.)	Нормативная доля медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС	Оценка объемов медицинской помощи, оказанной по базовой программе ОМС (тыс.)
-------------------------	--	---	--

²⁰ Подробнее об этом см.: Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, Издатцентр, 1998; Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru.



Стационарная помощь, число койко-дней	477468,2	0,691	329771,4
Амбулаторно-поликлиническая помощь, число врачебных посещений	1252105,0	0,920	1151370,4
Помощь в дневных стационарах, число дней лечения	41563,1	0,826	34349,2

Далее был проведен расчет объемов потребления медицинской помощи по основным половозрастным группам. Эти показатели рассчитывались исходя из ранее определенных объемов медицинской помощи, оказанной всему населению по программе ОМС, численности населения по половозрастным группам и дифференцированных по этим критериям коэффициентам потребления медицинской помощи. Объем потребления медицинской помощи, приходящийся на каждую основную половозрастную группу, определялся по формуле:

$$V_{ij} = V * (N_{ij} / N), \quad \text{где}$$

$$i = 1,2;$$

$$j = 1, \dots, 15;$$

V_{ij} - объем медицинской помощи (посещения, койко-дни или дни), приходящийся на ij -ю половозрастную группу;

V - общий объем медицинской помощи (посещения, койко-дни или дни), оказанной по программе ОМС;

N_{ij} - численность населения ij -ой половозрастной группы, выраженная в условных единицах;

N - численность населения страны в условных единицах, равная сумме численности населения по каждой половозрастной группе, выраженной в условных единицах.

При этом N_{ij} определяется по следующей формуле:

$$N_{ij} = N_{\square ij} * K_{ij}, \quad \text{где}$$

$N_{\square ij}$ - численность населения ij -ой половозрастной группы, выраженная в натуральных показателях (тыс. чел.);

K_{ij} - коэффициент потребления медицинской помощи ij -ой половозрастной группы. Этот коэффициент отражает потребление медицинской помощи в целом без детализации по видам (стационарной, амбулаторно-



поликлинической); для всех трех основных параметров объемов медицинской помощи (койко-дни, посещения и дни лечения) применялся единый коэффициент для рассматриваемой группы.

Расчет объемов потребления медицинской помощи по базовой программе ОМС в разрезе половозрастных групп населения представлен в Таблице 2.

Далее объемы потребления медицинской помощи были определены в разрезе трех основных групп:

- население (мужчины/женщины) в возрасте младше трудоспособного,
- население (мужчины/женщины) в трудоспособном возрасте,
- население (мужчины/женщины) в возрасте старше трудоспособного.

ТАБЛИЦА 2

Потребление медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС, по половозрастным группам населения

Возрастные группы населения	Коэффициенты потребления медицинской помощи		Численность населения (тыс.)		Перевешенное население			Потребление амбулаторной помощи по ОМС			Потребление стационарной помощи по ОМС			Потребление помощи в дневных стационарах по ОМС		
	Мужч.	Женщ.	Всего	Женщ.	Мужч.	Женщ.	Всего	Мужч.	Женщ.	Всего	Мужч.	Женщ.	Всего	Мужч.	Женщ.	Всего
0-4 года	8,5	4,25	6303	3237	3066	27516,9	13029,3	40546,2	43573,3	20632,0	12480,1	5909,3	18389,4	1299,9	615,5	1915,5
5-9 лет	3,7	3	7639	3915	3724	14487,1	11170,7	25657,8	22940,4	17688,9	6570,5	5066,4	11636,9	684,4	527,7	1212,1
10-14 лет	3	2,5	11524	5883	5641	17647,8	14103,5	31751,3	27945,4	22333,0	8004,0	6396,5	14400,6	833,7	666,3	1500,0
15-19 лет	2,2	3	11946	6061	5885	13333,9	17655,4	30989,3	21114,4	27957,4	6047,5	8007,5	14055,0	629,9	834,1	1464,0
20-24 лет	2,6	3,5	10848	5470	5378	14223,3	18821,3	33044,6	22522,7	29803,6	6450,9	8536,2	14987,1	671,9	889,1	1561,1
25-29 лет	2	4	10316	5242	5074	10483,7	20296,5	30780,3	16601,1	32139,7	4754,8	9205,3	13960,2	495,3	958,8	1454,1
30-34 лет	2	4	9487	4833	4654	9665,8	18616,4	28282,2	15305,9	29479,2	4383,9	8443,3	12827,2	456,6	879,5	1336,1
35-39 лет	2,5	4,5	11230	5587	5643	13967,7	25393,2	39360,9	22117,9	40210,4	6334,9	11516,9	17851,8	659,8	1199,6	1859,5
40-44 лет	3,5	5	12589	6144	6445	21503,9	32225,1	53729,0	34051,6	51028,8	9752,9	14615,5	24368,4	1015,9	1522,4	2538,2
45-49 лет	4,5	5,5	11501	5490	6011	24703,8	33061,9	57765,8	39118,7	52353,9	11204,2	14995,0	26199,2	1167,0	1561,9	2728,9
50-54 лет	5	6,5	9385	4355	5030	21774,9	32695,1	54470,0	34480,8	51772,9	9875,9	14828,6	24704,5	1028,7	1544,6	2573,2
55-59 лет	6,5	7	4955	2165	2790	14070,6	19532,1	33602,6	22280,8	30929,2	6381,6	8858,6	15240,2	664,7	922,7	1587,4
60-64 лет	7,5	8,5	8808	3626	5182	27196,4	44045,4	71241,8	43065,7	69746,3	12334,7	19976,5	32311,2	1284,8	2080,8	3365,6
65-69 лет	8	9,5	5866	2251	3615	18007,7	34342,9	52350,6	28515,3	54382,2	8167,2	15576,0	23743,2	850,7	1622,4	2473,1
70 и более	11,4	11,6	12422	3508	8914	39904,1	103624,7	143528,7	63188,4	164090,5	18098,2	46998,2	65096,4	1885,1	4895,4	6780,5
ИТОГО			144819	67767	77052	288487,6	438613,5	727101,1	456822,4	694547,9	130841,5	198929,9	329771,4	13628,5	20720,7	34349,2



Для учета объемов медицинской помощи работающему населению рассчитывались поправочные коэффициенты, отражающие как уровень занятости в трудоспособном возрасте, так и уровень занятости в возрасте до и после трудоспособного. Коэффициенты рассчитывались соответственно как соотношение численности занятых в трудоспособном возрасте к численности населения в трудоспособном возрасте и как соотношение численности занятых в возрасте до и после трудоспособного к общей численности населения этой группы. Таким образом, объемы медицинской помощи, оказываемой всем занятым в экономике, корректировались с учетом уровня безработицы и уровня занятости пенсионеров и подростков, т.е. всех лиц, на заработок которых начисляется единый социальный налог. Потребление медицинской помощи, оказанной работающему населению всех возрастов по базовой программе ОМС, представлено в Таблице 3.

ТАБЛИЦА 3

**Потребление медицинской помощи работающим населением (всех возрастов)
по базовой программе ОМС в 2001 г.**

Виды медицинской помощи	Объемы медицинской помощи
Стационарная помощь (тыс. койко-дней)	126016,0
Амбулаторно-поликлиническая помощь (тыс. пос.)	439974,7
Помощь в дневных стационарах (тыс. дней лечения)	13125,9

Для оценки распределения объемов потребления медицинских услуг по децильным доходным группам использовались данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), более известного в литературе под именем RLMS (Russian Longitudinal Monitoring Survey). Это исследование представляет собой серию проводившихся в Российской Федерации в 1992 – 2001 гг. репрезентативных на общенациональном уровне социологических опросов населения. Результаты мониторинга находятся в Интернете в открытом доступе.²¹ Опрос RLMS представляет собой ответы на более чем 3 тысячи вопросов, касающихся доходов, расходов, состояния здоровья респондентов, причем данные собраны как на индивидуальной основе, так и на уровне домохозяйств. Данные именно этого исследования позволяют получить достоверные оценки обращаемости в медицинские учреждения для разных социально-демографических и доходных групп населения. В

²¹ http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/rlms_home.html

качестве основы для проведенных нами расчетов использовались данные последней, десятой волны исследования, которая была проведена в сентябре – декабре 2001 года. Объем выборки составил 4528 домохозяйств (12121 респондент). Кроме того были также данные 7 – 9 волн опроса. 7 волна проводилась в октябре – декабре 1996 г., 8 волна в октябре 1998 – январе 1999 года, 9 волна в сентябре – декабре 2000 года.

Данные RLMS сопоставимы со статистикой Госкомстата, что существенно отличает их от других опросов. Обследованим было охвачено 32 региона России: г. Москва и Санкт-Петербург, Московская область, Ленинградская область, Республика Коми, Смоленская область, Тверская область, Тульская область, Калужская область, Нижегородская область, Республика Чувашия, Пензенская область, Липецкая область, Тамбовская область, Республика Татарстан, Саратовская область, Волгоградская область, Кабардино-Балкарская республика, Ростовская область, Краснодарский край, Ставропольский край, Челябинская область, Курганская область, Республика Удмуртия, Оренбургская область, Пермская область, Томская область, Ханты-Мансийский автономный округ, Алтайский край, Красноярский край, Приморский край, Амурская область.

Обработка данных массива проводилась в пакете SPSS версии 11.5. Единицей анализа выступал респондент. Децильное распределение респондентов строилось на основании суммы реальной заработной платы по основному и дополнительному (если было) месту работы.

Вначале обработка массива проводилась по респондентам, имеющим работу и получающим заработную плату, включая занятых пенсионеров. Расчеты проводились отдельно по трем высшим децилям: 8, 9, 10 и по группе 1 – 7 децилей включительно. Для каждого дециля рассчитывались доли: обратившихся за последние 30 дней амбулаторно в государственное медицинское учреждение; обратившихся амбулаторно в платную поликлинику; обратившихся в государственный медицинский стационар; в платную больницу; и обратившихся к частному врачу. Кроме того, рассчитывалось среднее число дней проведенных в государственной больнице, а также среднее число дней, проведенное в частной клинике за последние 30 дней на всю группу. То есть в расчете средних значений принимали участие и те респонденты, имеющие работу, которые не были в больнице. Так как в анкете задавался вопрос о числе дней, проведенных в стационаре за

последние три месяца, то полученный результат для корректировки до месячного периода делился на три.²²

Далее в массиве производилась обработка данных на предмет частоты обращений в различные медицинские учреждения неработающих трудоспособного возраста (18 – 55 для женщин / 18 – 60 для мужчин) в целом по группе без децильного разбиения. Затем, так же как и для лиц, имеющих работу, для неработающих трудоспособного возраста на всю группу рассчитывалось среднее число дней, проведенное в государственной больнице, и среднее число дней, проведенное в частной клинике.

Данный расчет проводился отдельно по 7, 8, 9 и 10 волнам RLMS с целью отследить устойчивость обращений представителей верхних децилей за медицинской помощью, в том числе и в стационары. Как выяснилось, представители высших децилей реже обращаются за медицинской помощью, чем работники из низших децилей, а представители 10-го дециля значительно реже обращаются за помощью в стационар, и, чаще, чем в других децилях, обращаются к частному врачу.

Таким образом, данные исследования RLMS позволяют определить в разрезе децильных групп обращаемость за амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью и среднюю длительность пребывания в стационаре. Результаты этих расчетов представлены в приложении. Распределение объемов потребления медицинской помощи по доходным группам было оценено на основе числа обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения и средней длительности пребывания в стационаре по каждому децилю. Для оценки распределения объемов медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, использовались показатели обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. Оценки распределения потребления медицинской помощи работающим населением в разрезе децильных доходных групп представлены в Таблице 4.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых членам каждой децильной группы в рамках базовой программы ОМС, определялась исходя из объемов помощи и стоимости единицы медицинских услуг. Стоимость единицы медицинских услуг определялась на основе утвержденных в «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий»

²² Именно этой корректировкой объясняется тот факт, что для 10 дециля доля обратившихся в платную больницу в 10-й волне RLMS равна 0, а среднее число дней отлично от нуля.



нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи²³, отражавших сложившийся в 1996 г. уровень затрат. В связи с тем, что при утверждении Программ государственных гарантий каждого последующего года учитывались прогнозируемые индексы-дефляторы ВВП, а фактические их уровни оказывались выше прогнозируемых, в целях нашего исследования использовались фактические уровни дефляторов прошедших с 1996 г. лет. В расчетах стоимости услуг для условий 2001 г. эти нормативы были индексированы по фактически сложившимся в 1997-2001 гг. индексам-дефляторам ВВП. Стоимостные показатели, рассчитанные для условий 2001 г., учитывали также структурные изменения в финансовых нормативах, произошедшие в 2000 г., – большее увеличение стоимости врачебного посещения и дня лечения в дневных стационарах по сравнению с нормативами на стационарное лечение. Показатели стоимости единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, представлены в Таблице 5.

ТАБЛИЦА 4

Потребление медицинской помощи в разрезе децильных доходных групп

Децильные доходные группы	Амбулаторная помощь			Стационарная помощь			Помощь в дневных стационарах
	Доля обратившихся в поликлинику	Общая численность обратившихся по каждой группе, тыс.	Число посещений по каждой группе, тыс.	Среднее число дней в стационаре, приходящееся на 1 чел. в месяц	Общее число к/дн в год на всю численность группы, тыс.	Число к/дн на каждую группу, тыс.	Число дней лечения в дневных стационарах, тыс.
10 дециль	0,093	604,5	363,06,7	0,089	694,2	601,6,9	1083,1
9 дециль	0,078	507,0	304,50,8	0,203	158,34	137,23,8	908,4
8 дециль	0,144	936,0	562,16,8	0,137	106,86	926,1,9	1677,1

²³ МЗ РФ и ФФОМС, 1998 г., стр. 233.

1-	0,116	527	317	0,20	111	970	9457,
7 децили		8,0	000,4	5	930	13,4	2
И		732	439		145	126	1312
ТОГО		5,5	974,7		392	016,0	5,9

ТАБЛИЦА 5

**Утвержденные и расчетные нормативы затрат на единицу объема
медицинской помощи**

Единицы объемов медицинской помощи	Расчетные нормативы затрат, руб.						Нормативы затрат, утвержденные в Программе гос. гарантий, руб.
	1 996	1 997	1 998	1 999	2 000	2 001	
Койко-день	9 6,50	1 06,15	1 27,38	2 03,81	2 85,33	3 42,40	226,34
День лечения в дневных стационарах	1 9,00	2 0,90	2 5,08	4 0,13	9 9,11	1 18,93	79,8
Врачебное посещение	1 2,87	1 4,16	1 6,99	2 7,18	4 7,53	5 7,04	38,65

Стоимость базовой программы ОМС для работающего населения как в целом, так и по децильным доходным группам рассчитывалась как произведение расчетных нормативов затрат на единицу объема медицинской помощи на оказываемый объем медицинской помощи по ее основным видам (стационарная, амбулаторно-поликлиническая и помощь, оказываемая в дневных стационарах). Полученная оценка стоимости базовой программы ОМС для работающего населения в полтора раза превышает стоимость программы, рассчитанной по утвержденным нормативам (см. таблицу 6). Стоимость базовой программы ОМС в соответствии с расчетными нормативами затрат в разрезе децильных групп представлена в Таблице 7.

ТАБЛИЦА 6

Стоимость базовой программы ОМС для работающего населения в 2001 г.

Виды медицинской	Стоимость программы	Стоимость программы
------------------	---------------------	---------------------



помощи	по расчетным нормативам затрат, млн. руб.	по утвержденным нормативам затрат, млн. руб.
Стационарная помощь	43147,6	28522,5
Помощь, оказываемая в дневных стационарах	1561,1	1047,4
Амбулаторно- поликлиническая помощь	25095,3	17005,0
ИТОГО	69803,9	46574,9

ТАБЛИЦА 7

**Стоимость базовой программы ОМС в разрезе децильных доходных групп,
млн. руб.**

Децильные группы	Амбулатор но-поликл. помощь	Стационар ная помощь	Лечение в дневных стационарах	ВСЕГО
10 дециль	2070,9	2060,2	128,8	4259,8
9 дециль	1736,9	4699,0	108,0	6543,9
8 дециль	3206,5	3171,3	199,5	6577,2
1-7 децили	18081,0	33217,1	1124,8	52423,0
Всего	25095,3	43147,6	1561,1	69803,9

Объем возможных поступлений на финансирование базовой программы ОМС рассчитывался по каждой децильной группе исходя из действующей регрессивной шкалы налогообложения по части единого социального налога (ЕСН), предназначенной на осуществление ОМС, и расчетного фонда оплаты труда²⁴. Расчетный фонд оплаты труда определялся исходя из данных исследования RLMS о среднем уровне оплаты труда по децильным группам, фактической численности занятых в экономике и поправочного

²⁴ В соответствии с Налоговым кодексом использовалась следующая шкала отчислений в фонды ОМС:

	Федеральный ФОМС	Территориальные ФОМС
До 100000 руб./год	0,2%	3,4%
От 100001 до 300000 руб. /год	200 руб. + 0,1% с суммы, превышающей 100000 руб.	3400 руб. + 1,9% с суммы превышающей 100000 руб.
От 300001 до 600000 руб./год	400 руб. + 0,1% с суммы, превышающей 300000 руб.	7200 руб. + 0,9% с суммы, превышающей 300000 руб.
Свыше 600000 руб./год	700 руб.	9900 руб.



коэффициента, отражающего соотношение фактического фонда оплаты труда, представленного в отчетах Госкомстата, и рассчитываемого на основе данных RLMS по уровню средней заработной платы в разрезе децильных групп (коэффициент составил 1,06²⁵). Поступления в систему ОМС за счет части ЕСН представлены в Таблице 8.

ТАБЛИЦА 8

Расчетный объем поступлений в систему ОМС за счет части ЕСН, предназначенной на эти цели, в разрезе децильных групп

Децильные группы	Расчетный объем поступлений, млн. руб.
10-й дециль (высший)	29371,9
9 дециль	15057,9
8 дециль	10844,0
7-1 децили	31629,8
Сумма	86903,7

Анализ возможностей выхода из системы ОМС осуществлялся по трем вариантам:

- выход из ОМС всех работающих, принадлежащих к 10 децилю,
- выход из ОМС всех работающих, принадлежащих к 10 и 9 децилю,
- выход из ОМС всех работающих, принадлежащих к 10, 9 и 8 децилю.

ТАБЛИЦА 9

Расчет величины возможного налогового вычета из ЕСН в случае выхода работающих с наивысшими доходами из системы ОМС (исходя из расчетных объемов поступлений в фонды ОМС)

Стоимость программы ОМС для работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	65544,1
Объем взносов работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	57531,7
Сумма взносов работающих, относящихся к 10-му децилю, необходимая для покрытия дефицита стоимости программы для работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	8012,3

²⁵ Размер ФОТ составил по данным исследования 2401,9 млн. руб., в соответствии с официальными данными Госкомстата размер ФОТ составил 2546,7 млн. руб.



Сумма взносов, с которой работающие, относящиеся к 10-му децилю, могут выйти из системы ОМС (млн. руб.)	21359,6
Величина взносов, с которой работающие, относящиеся к 10-му децилю, могут выйти из системы ОМС (в % от их ФОТ)	2,25

Проведенные для условий 2001 г. расчеты показали, что группа работающих с наивысшими доходами (10-ый дециль) может полностью выйти из системы ОМС и получить налоговый вычет в размере до 2,25 процентных пункта от ставки ЕСН при сохранении финансовой сбалансированности базовой программы ОМС для оставшегося контингента работающих (данные представлены в Таблице 9).

При варианте выхода работающих, относящихся к десятому и девятому децилям, эта доля составляла бы 2,04 % от их фонда заработной платы. При выходе работающих, относящихся к трем самым высокодоходным децилям, эта доля составила бы 2,07 % от их фонда оплаты труда.

Эти расчеты базируются на предположении о 100% собираемости ЕСН. Если же принять во внимание фактически достигнутый в 2001 г. уровень поступлений в фонды ОМС за счет части ЕСН, то оценки возможностей выхода наиболее доходных групп работающего населения существенно меняются. Для целей имитационного расчета использовался поправочный коэффициент, отражающий соотношение фактического и расчетного объемов поступлений в фонды ОМС за счет части ЕСН. В условиях 2001 г. этот коэффициент составлял 0,68, т.е. фактические поступления в фонды ОМС составляли лишь 68% от расчетных поступлений. При условии учета фактического объема поступлений средств в фонды ОМС (59,4 млрд. руб.) и расчетной стоимости оказания услуг в рамках базовой программы (69,8 млрд. руб.) работающие, относящиеся к самой высокооплачиваемой группе (10-ый дециль), не смогли бы выйти из системы ОМС (см. Таблицу 10). При варианте возможного выхода из системы ОМС работающих, относящихся к 10-ой и 9-ой децильным группам, они могли бы рассчитывать на налоговый вычет в размере лишь 0,03 процентных пункта от ставки ЕСН. При варианте выхода трех наиболее доходных групп (10-ый, 9-ый и 8-ой децили), работающие этих групп могли бы получить налоговый вычет, равный 0,42% их фонда оплаты труда. Очевидно, что такие размеры налоговых вычетов не будут играть стимулирующей роли выхода из ОМС и заключения договора добровольного медицинского страхования.

Если рассматривать вариант возможного выхода наиболее высокооплачиваемых работников с учетом фактического сбора средств в систему ОМС и стоимости программы, рассчитанной по официально утвержденным стоимостным нормативам (см. табл. 7), то самая высокодоходная группа населения (10-ый дециль) могла бы выйти из системы ОМС с долей ЕСН, равной 1,75% их фонда оплаты труда. Возможные налоговые льготы выхода работающих, относящихся к 10-ому и 9-му децилю и к 10-му, 9-му и 8-му децилю, составили бы в обоих случаях 1,55% их ФОТ.

ТАБЛИЦА 10

Расчет величины возможного налогового вычета из ЕСН в случае выхода работающих с наивысшими доходами из системы ОМС (исходя из фактического объема поступлений в фонды ОМС)

Стоимость программы ОМС для работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	65544,1
Объем взносов работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	39323,8
Сумма взносов работающих, относящихся к 10-му децилю, необходимая для покрытия дефицита стоимости программы для работающих, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	26220,3
Сумма взносов, с которой работающие, относящиеся к 10-му децилю, могут выйти из системы ОМС (млн. руб.)	-6144,1
Величина взносов, с которой работающие, относящиеся к 10-му децилю, могут выйти из системы ОМС (в %% от их ФОТ)	-

Но в этом случае реальная стоимость выполнения базовой программы ОМС оказывается заниженной. Средства, аккумулируемые в системе ОМС, формально будут сбалансированы со стоимостью программы, но их в реальности будет недостаточно для обеспечения бесплатной качественной медицинской помощи застрахованным.

Таким образом, ключевым условием реализации схемы выхода части граждан из системы ОМС с уменьшением их платежей в эту систему, но сохранении при этом в системе достаточных средств для оказания качественной медицинской помощи остальным застрахованным, является повышение уровня собираемости ЕСН.

4.2. Количественный анализ условий выхода из системы социального страхования

В рамках данной работы была проведена также оценка возможного размера снижения налогов в части ЕСН в случае выхода работников, принадлежащих к наиболее доходным децильным группам, из системы государственного социального страхования при условии обеспечения финансовой достаточности программы социального страхования для оставшихся застрахованных.

Застрахованными в системе социального страхования являются только работающие граждане. Расчеты проводились по следующей схеме:

- определение величины поступлений в систему социального страхования за счет ЕСН, уплачиваемого за работающих, в разрезе доходных групп;
- определение расходов на выплату пособий по временной нетрудоспособности в разрезе доходных групп;
- определение расходов на других пособий, предоставляемых застрахованным в системе социального страхования, в разрезе доходных групп;
- определение величины поступлений в систему социального страхования, обеспечиваемых за счет ЕСН, уплачиваемого за работающих с наивысшими доходами (принадлежащих к трем верхним децильным группам), которые должны остаться в системе ОМС, чтобы обеспечить покрытие расходов на оказание медицинской помощи остальным группам работающих застрахованных.

Расчеты были выполнены для условий 2001 г. В основу расчетов были положены следующие данные:

- фактические расходы Фонда социального страхования²⁶;
- данные по фонду заработной платы по децильным группам²⁷;
- данные в разрезе децильных доходных групп по среднему числу дней, пропущенных по болезни за месяц и по среднему размеру выплат ФСС, приходящегося на одного работника в месяц²⁸;
- фактический фонд оплаты труда работающих²⁹.

²⁶ «Социальное положение и уровень жизни населения России», Госкомстат России, 2002, стр. 160

²⁷ Данные исследования домохозяйств – RLMS, 10 раунд

²⁸ Данные исследования домохозяйств – RLMS, 10 раунд



Первоначально была проведена оценка уровня поступления средств в Фонд социального страхования за счет части ЕСН, предназначенного для осуществления этого вида страхования. Объемы поступлений в разрезе доходных децильных групп определялись на основе следующих данных:

(а) размер средней заработной платы по группам, полученный в результате проведения 10 раунда RLMS;

(б) корректирующий коэффициент, учитывающий соотношение фактического ФОТ и расчетного ФОТ, полученного в результате обработки данных RLMS (коэффициент равен 1,06);

(в) регрессивная шкала налогообложения по части ЕСН, предназначенного для осуществления социального страхования.

Для оценки распределения фактического объема поступлений в ФСС по децильным группам использовались удельные веса расчетных поступлений по группам в общем их общем объеме. Расчетные и фактические объемы поступлений в ФСС по децильным группам представлены в Таблице 11.

ТАБЛИЦА 11

Расчетный объем поступлений средств в ФСС

Децильные группы	Средняя месячная заработная плата 1 работника (руб.)	Годовой фонд оплаты труда 1 работника в группе с учетом корректирующего коэффициента (руб.)	Объем поступлений средств в ФСС (млн. руб.)	Фактические поступления в ФСС (млн. руб.)
10-й дециль (высший)	11470,2	145937	32569	30046
9 дециль	5057,7	64350	16731	15435
8 дециль	3642,3	46341	12049	11115
1-7 децили	1517,7	19310	35144	32422
Всего			96493	89018

²⁹ «Социальное положение и уровень жизни населения России», Госкомстат России, 2002, стр. 35



Для осуществления расчетов в первом приближении вся программа социального страхования рассматривалась с точки зрения двух крупных блоков социальных выплат: 1) выплаты пособий по временной нетрудоспособности и 2) прочие выплаты. В качестве критерия распределения суммы выплат пособий по временной нетрудоспособности по децильным группам выступало среднее число дней, пропущенных по болезни для членов каждой доходной группы. По данным 10-й волны RLMS рассчитывалось децильное распределение среднего числа дней, пропущенных по болезни за последние 30 дней по всей децильной группе (см. табл. 12). В этом распределении представители 10-го дециля, в частности, существенно отличаются от работников из других децилей. Работники с наибольшими доходами болеют меньше.

ТАБЛИЦА 12

Среднее число дней, пропущенных по болезни, и средний месячный размер выплат пособий* из ФСС, приходящиеся на одного работника, по децильным доходным группам

Децили	Среднее число дней, пропущенных одним работником по болезни за месяц	Средний размер выплат пособий* из ФСС, приходящийся на одного работника за месяц, руб.
1 (низший)	0,795	12,1
2	1,143	8,2
3	0,734	8,1
4	0,768	2,7
5	0,733	5,0
6	1,204	4,1
7	0,961	6,3
8	1,052	10,4
9	0,827	7,2
10 (высший)	0,457	8,1

* Пособия женщинам, вставшим на учет в медицинские учреждения в ранние сроки беременности; пособия при рождении ребенка; пособия на детей до 1,5 лет; пособия на погребение.



При расчете децильной структуры размеров выплат других видов пособий из Фонда социального страхования (пособие по беременности и родам, единовременное пособие при рождении ребенка, пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, пособие на погребение и другие выплаты) были также использованы данные RLMS. Правда, опрос RLMS не позволяет четко идентифицировать каждый из перечисленных выше пособий в доходах. К тому же данные о пособиях представлены не на индивидуальном уровне, а на уровне домохозяйства. Поэтому проведенные нами расчеты основаны на определенных допущениях.

Объем средств, поступающих в домохозяйство от этих пособий, рассчитывался нами на основании ответов на два вопроса. Первый - о размере поступлений в бюджет семьи средств от всех детских пособий, включая пособия на детей до 16 лет; второй – поступлений от социальных органов государства (кроме пенсий и пособия на детей). При обработке первого вопроса, для семей, получающих пособие на детей и имеющих одного или несколько малышей до 1,5 лет, и не имеющих детей старше этого возраста, весь получаемый объем пособия на детей рассматривался как пособие на детей, не достигших полуторагодовалого возраста. Для семей, имеющих несколько детей разного возраста, попадающих как в категорию до 1,5 лет, так и в категорию старше этого возраста, размер пособия на детей до 1,5 лет рассчитывался в пропорции 7 к 1.³⁰

При обработке второго вопроса делались следующие допущения. Первое: если семья получала деньги от социальных органов государства, и при этом в домохозяйстве проживал ребенок до 1,5 лет, то с очень большой вероятностью эта выплата была так или иначе связана с ребенком (пособие при рождении ребенка или пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности). Второе допущение заключается в том, что если семья в течение последних 30 дней получала средства от социальных органов государства и в этот же период пользовалась ритуальными услугами, то с большой вероятностью выделенная социальная помощь является пособием на погребение.

Таким образом, сумма ответов на приведенные выше два вопроса по пособиям с указанными ограничениями формировали размер поступлений в бюджеты домохозяйств из ФСС в виде социального обеспечения. Рассчитанные данные по пособиям на уровне

³⁰ Размер пособия на детей, приходящийся на семью, делился на сумму числа детей старше 1,5 лет и числа детей до 1,5 лет умноженную на 7, полученное частное умножалось на число детей младше 1,5 лет.



домохозяйств затем делились на число работников в домохозяйстве и далее переносились на уровень респондентов (индивидуальный уровень), после чего строилось децильное распределение. Полученные данные представлены в таблице 13. В этой связи стоит отметить, что для семей, в которых проживали два и более работника, размер пособия дробился, а его части могли относиться к разным децилям, так как сами работники могли оказаться в разных децильных группах, поскольку разбиение на децили проводилось по уровню заработной платы, а не по доходам домохозяйства.

Для распределения фактических выплат по остальным видам пособий по социальному страхованию использовался показатель удельного веса каждого дециля в общем объеме выплат пособий, учитываемых в опросе RLMS. Средний размер выплат из ФСС, приходящийся на одного работника в каждой децильной группе за месяц (по данным исследования), умножался на общую численность децильной группы, и полученные показатели суммировались. После этого определялся удельный вес выплат по каждому децилю.

Используя вышеприведенные показатели, была получена оценка распределения фактических расходов ФСС в 2001 г. (без учета расходов на содержание исполнительных органов Фонда) по децильным группам. Результаты распределения представлены в Таблице 13.

ТАБЛИЦА 13

Ориентировочное распределение выплат по социальному страхованию в разрезе децильных доходных групп в 2001 г., млн. руб.

Децильные группы	Выплата пособий по временной нетрудоспособности	Выплата остальных пособий по социальному страхованию	Общая сумма выплат по социальному страхованию
10-й (высший) дециль	12586	3926	16513
9 дециль	10043	3490	13533
8 дециль	9200	5041	14242
1-7 децили	23096	22541	45637
Всего	54926	34999	89925



Анализ возможностей выхода из системы социального страхования осуществлялся по трем вариантам:

- выход всех работающих, принадлежащих к 10 децилю,
- выход всех работающих, принадлежащих к 10 и 9 децилю,
- выход всех работающих, принадлежащих к 10, 9 и 8 децилю.

В первом варианте наиболее оплачиваемые работники могли бы получить налоговую льготу по ЕСН в размере 2,43% от их фонда заработной платы (см. Таблицу 14). Во втором и третьем вариантах работники, относящиеся к соответствующим децильным группам, могут рассчитывать на вычет из ЕСН в размере 2,68% и 3,05% соответственно.

ТАБЛИЦА 14

Расчет величины возможного налогового вычета из ЕСН в случае выхода работающих с наивысшими доходами из системы социального страхования

Общая сумма выплат по социальному страхованию для работников, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	73412
Сумма взносов работников, относящихся к 1-9 децилям (млн. руб.)	63924
Сумма взносов работников, относящихся к 10-му децилю, необходимая для обеспечения финансовой сбалансированности программы социального страхования работников оставшихся децилей (млн. руб.)	9488
Сумма взносов работников, относящихся к 10-му децилю, которая может быть предоставлена как налоговая льгота при их выходе из системы государственного социального страхования (млн. руб.)	23081
Взносы работников, относящихся к 10-му децилю, которые могут быть предоставлены как налоговая льгота при их выходе из системы государственного социального страхования (в %% и их ФОТ)	2,43

Проведем теперь такую же оценку, но уже на основе фактического уровня поступлений в ФСС. Фактические поступления в ФСС в 2001 г. составляли 92% от расчетных объемов. Столь значительные различия между собираемостью ЕСН, в части, предназначенной для социального страхования, и в части, направляемой в систему ОМС, объясняется, очевидно, использованием зачетной схемы осуществления платежей ЕСН в части социального страхования. Работодатели осуществляют самостоятельно осуществляют выплаты пособий работающим, предусмотренных системой социального



страхования, а произведенные ими фактические расходы засчитываются в счет уплаты ЕСН.

Расчеты показали, что при учете фактических поступлений налоговые льготы по трем рассматриваемым вариантам могут составить соответственно 1,65%; 2,13% и 2,60%. Таким образом, в случае системы социального страхования, учет фактического уровня собираемости взносов в ФСС существенно не сказывается на размере возможных налоговых льгот работающим, выходящим из системы социального страхования.

5. Альтернативные формы организации добровольного медико-социального страхования

5.1. Проблемы определения гарантий в системе добровольного медико-социального страхования

Условием выхода граждан из системы ОМС и перехода в систему добровольного медико-социального страхования (ДМСС) является гарантия получения ими во всех необходимых случаях медицинской помощи в объеме не ниже базовой программы ОМС за счет средств негосударственного страховщика, причем предполагается, что эта помощь будет как минимум такой же, как в системе ОМС. Реально же побудительным мотивом перехода в негосударственную систему ОМС будет стремление получить медицинскую помощь, превосходящую социально гарантированную по качеству, объемному наполнению и условиям ее получения.

Таким образом, ДМСС должно выступать синтетическим видом страхования. Оно остается обязательным медицинским страхованием, так как продолжает регулироваться государством в части объема гарантированных программ страхования. Одновременно оно должно быть добровольным медицинским страхованием, т.е. частным и рисковым, так как переход в эту систему осуществляется по выбору застрахованного, и при расчете размеров страховых премий и формировании страховых резервов страховщик должен ориентироваться на данные своей страховой статистики.

При этом в ДМСС неправомерно будет рассчитывать на распространенную в действующей системе ОМС государственную поддержку страховщика посредством предоставления субвенций в случае нехватки средств на страховое возмещение.



В системе ОМС предстоящие страховые расходы (стоимость базовой программы ОМС) рассчитываются на основании статистических данных о заболеваемости населения РФ в целом. При этом необходимость несения очень больших расходов на оказание медицинской помощи застрахованным в особых случаях (риск катастрофических расходов при лечении тяжелых наследственных, инфекционных, онкологических и др. заболеваний) компенсируется низкой вероятностью наступления таких событий в большой выборке. По этой причине при осуществлении ДМС, охватывающего существенно меньший контингент населения, страховщики избегают включения в предлагаемые клиентам программы обязательства покрытия подобных расходов на лечение определенных заболеваний, в частности онкологических.

Граждане, принявшие решение о переходе в ДМСС и заплатившие страховщику за это страхование, будут рассчитывать на получение необходимого объема медицинских услуг на уровне и на условиях, принятых в системе ДМС. Однако страховщик при этом будет лишен возможности производить обычные для системы ДМС исключения из страховых программ заболеваний, связанных с катастрофическими для страховщика затратами. Достаточно очевидно, что при уменьшении объема выборки влияние таких событий на финансовый результат страховой деятельности будет очень велико.

Стремление страховщиков защитить себя от последствий катастрофического ущерба приведет либо к жесткой селекции рисков, либо к существенному повышению тарифов на страхование в системе ДМСС. Обе эти тенденции будут являться реальным тормозом в развитии системы ДМСС.

В настоящее время серьезным ограничением развития ДМС является уровень цен на страховые программы. Страховые взносы в программах ДМС, предполагающих комплексное обслуживание в лечебно-профилактических учреждениях, достаточно велики из-за незначительного количества застрахованных по таким договорам. В системе ДМС застраховано лишь около 2% населения России. При этом застрахованными являются в основном работники крупных предприятий. Число предприятий, участвующих в системе ДМС, не превышает 10% от их общего числа.

Идея создания системы ДМСС предполагает устранение существующей двойной оплаты медицинской помощи страхователем, который, платя социальный налог за своих работающих, одновременно страхует их по ДМС. При выходе застрахованных из системы ОМС часть ЕСН направляется на компенсацию взносов страхователей (работодателей

и/или самих работников) в систему ДМСС. Однако при этом страхователь переходит в систему ДМСС по полному объему рисков, теряя право на лечение в системе ОМС. Это означает увеличение лимита ответственности страховщика, а следовательно, должны будут возрасти цена страхования и размеры страховых взносов. При этом возникает опасность, что при небольшом числе страхователей в системе ДМСС получаемый ими налоговый бонус по ЕСН не превысит увеличения стоимости страхования в этой системе, по сравнению с ДМС, и таким образом выход из системы ОМС окажется невыгодным. Однако для обоснованных выводов о сравнительном влиянии этих факторов на финансовую устойчивость предлагаемой системы ДМСС необходимо проведение специального актуарного анализа.

Поскольку цена на страховой продукт зависит от вероятности и величины выплат, которые необходимо будет произвести страховщику, ключевым вопросом реализуемости системы ДМСС является определение объема обязательств страховщика перед застрахованными. Справедливости ради нужно отметить, что уточнение обязательств государства перед гражданами является ключевым вопросом и в системе ОМС. Размытость формулировок Программы государственных гарантий в части определения объема бесплатных медицинских услуг и отсутствие экономически обоснованных стандартов медицинского обслуживания не позволяют провести четких границ между бесплатной и платной медицинской помощью, приводят к декларативности государственных гарантий, росту объемов прямых и теневых платежей в здравоохранении и увеличивают неудовлетворенность населения качеством бесплатного медицинского обслуживания. Именно эти обстоятельства служат побудительными мотивами для обращения граждан к ДМС и стимулируют его развитие. Чем менее определенным является объем государственных гарантий в системе ОМС, тем большая доля граждан стремится перейти в информационно и экономически более прозрачную и детерминированную систему ДМС.

Однако отсутствие четких границ государственных гарантий становится серьезнейшим препятствием для развития предлагаемой системы ДМСС. Без уточнения обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи в рамках системы ОМС разрешение выхода из этой системы и перехода в ДМСС может повлечь негативные последствия. Внедрение ДМСС на фоне завышенных социальных ожиданий при отсутствии определенности в объеме ответственности довольно быстро приведет к

развитию социального конфликта. Поэтому начинать внедрение системы ДМСС можно только после подробной детализации обязательств государства в рамках базовой программы ОМС.

Основными «технологическими узлами», требующими решения при создании системы ДМСС, являются:

- определение формы страхования (коллективное или индивидуальное);
- форма платежа за страхование (единовременно или в рассрочку);
- схема возврата части средств ЕСН (компенсация за понесенные расходы или налоговый вычет);
- содержание программы страхования;
- требования к страховщику;
- организация системы контроля за осуществлением ДМСС.

5.2. Возможные формы страхования

Рассмотрим возможности страхования в системе ДМСС в индивидуальной и коллективной формах.

При *индивидуальном страховании* стоимость страхования всегда выше, чем при коллективном страховании, поскольку возможности распределения риска являются более ограниченными. Кроме того, удельные затраты страховщика на оформление индивидуального договора страхования также более высоки, чем при коллективном страховании. Необходимо провести предстраховое освидетельствование лица, желающего застраховаться, и рассчитать индивидуальный страховой риск на основе адекватной страховой статистики. Из-за несовершенства системы учета медицинской помощи в ОМС такая статистика не всегда есть в распоряжении страховщика. Поэтому страховщик будет нести дополнительные затраты на получение такой статистики, либо заведомо стремиться к завышению страхового тарифа для застрахованного.

Удельные затраты работодателя при оформлении вычета из ЕСН при индивидуальном страховании будут также выше. Работодателю придется налаживать отдельный учет индивидуально начисленных сумм ЕСН для каждого работника, пожелавшего перейти в ДМСС, и обеспечивать выплату необходимого вычета из ЕСН.



Это будет новая учетная система, объединяющая в себе признаки индивидуального учета, применяемого в пенсионном страховании, и учета выплат пособий по временной нетрудоспособности в системе социального страхования. Однако при этом придется изменять систему начисления налога на доходы физических лиц, так как достаточно очевидно, что эти выплаты будут носить компенсационный характер, и в отличие от выплат по временной нетрудоспособности, их нельзя будет облагать налогом.

Усложнится система взаиморасчетов с налоговыми органами и всеми внебюджетными фондами, поскольку выверку по итогам налогового периода придется проводить по каждому работнику, перешедшему в систему ДМСС, и по всем проводимым в отношении этого работника выплатам.

Отдельная проблема будет связана с необходимостью обеспечивать для застрахованного в системе ДМСС специальную форму полиса, дающую ему возможность обратиться к каждому из своих работодателей за получением компенсации. Скорее всего, это должна быть система отрывных купонов, остающаяся в бухгалтерии всех работодателей этого работника и служащая для работодателей основанием для проведения налоговых вычетов.

При *коллективном страховании*, особенно при значительном количестве застрахованных, нет необходимости предстрахового освидетельствования и становится возможным обеспечить систему страховых скидок. Облегчаются расчеты с внебюджетным фондом, так как выверка проводится по общей сумме налоговых платежей. Все расчеты проводятся в безналичной форме.

Однако при этом необходимо обеспечивать право каждого работника на выбор системы обязательного медицинского страхования. Если кто-нибудь из работников не пожелает перейти в систему ДМСС, работодатель будет вынужден обеспечить более сложную систему страхования. В этом случае затраты работодателя и страховщика на создание фрагментированной системы ДМСС могут быть сравнимы с бонусом, получаемым работодателем при возврате части уплаченного ЕСН.

5.3. Формы уплаты страхового взноса

Платежи в системе ДМСС могут осуществляться единовременно или в рассрочку.



Единовременный платеж снижает финансовую неопределенность для страховщика и позволяет ему сразу сформировать необходимый страховой резерв. Однако при индивидуальном страховании выбор работником единовременной формы платежа означает необходимость для работодателя осуществить авансом единовременный возврат всей доли ЕСН, которая будет начислена в течение срока действия договора ДМСС на ФОТ работника. Сделать это крайне сложно из-за неопределенности этой суммы. Кроме того, источником для единовременного авансового возврата всей суммы вычета из ЕСН будут являться собственные средства работодателя, которые в этой ситуации выводятся из оборота. Это повысит стоимость и снизит привлекательность для работодателя такого варианта страхования.

Кроме того, работодатель будет вынужден проводить дополнительную сверку в конце налогового периода и в случае увольнения работника. Если работодатель переплатил, то возникнут проблемы в связи с недоначислением налога на доход физического лица и необходимость возврата работодателю излишне уплаченной суммы, что будет особенно сложно при увольнении работника. Работодатель при такой форме уплаты страхового взноса несет дополнительный риск и финансовые потери. При этом степень ответственности его перед работником возрастает.

При коллективном страховании выбор предприятием единовременной формы платежа не создает каких-либо сложностей с точки зрения техники финансовых операций. Основной проблемой будет только цена этого страхования. При неизменном ограничении на сумму расходов, относимую на себестоимость при добровольных видах страхования, предприятию придется оплачивать часть страхового взноса из прибыли. Это снизит привлекательность такого вида страхования, особенно при его высокой относительной стоимости.

Весьма привлекательными для работодателя и работника являются страховые взносы, уплачиваемые *в рассрочку*. При индивидуальном страховании, при выборе работником уплаты страхового взноса в рассрочку страховщик пересчитывает для работника суммарный страховой индивидуальный взнос и график платежей, одновременно открывая лицевой счет застрахованного. Работодатель ведет расчет причитающихся вычетов на индивидуальной карточке работника и производит периодический расчет с этим работником. Работник добавляет из собственных средств недостающую сумму и перечисляет ее на свой лицевой счет страховщику.

Возможно будет переложить полный расчет за работника на работодателя. Бухгалтерия может производить одновременный вычет из заработной платы и из ЕСН. Это потребует заключения трехстороннего договора между работником, работодателем и страховщиком в системе ДМСС. При этом работодатель будет защищен от финансовых потерь в случае мошеннического поведения работника.

При коллективном страховании уплата страховых взносов в рассрочку с осуществлением налоговых вычетов технически также не представляет особых сложностей с учетом действующего порядка расчета и уплаты налогов. Однако эта система будет для работодателя более дорогой, чем при уплате единовременного платежа.

Для успешного внедрения системы ДМСС потребуется пересмотр налогового законодательства в части увеличения доли расходов на добровольное медицинское страхование, относимого на себестоимость. Тех 3% от величины ФОТ, которые предусмотрены сегодня в качестве максимальной планки расходов на добровольное медицинское страхование, относимых на себестоимость, может быть просто недостаточно для оплаты страховых программ ДМСС, даже при возврате части ЕСН.

Периодические страховые платежи в системе ДМСС повышают риск неблагоприятных финансовых результатов для страховщика. В системе ДМС при периодических платежах за застрахованного лимит ответственности страховщика, в соответствии с действующим страховым законодательством, рассчитывается пропорционально объему выплаченных страховых премий. В системе ДМСС лимит ответственности страховщика по отдельному риску не должен устанавливаться, так как ДМСС рассматривается в качестве негосударственной формы ОМС. Но тогда в случае невыполнения застрахованным или страхователем своих обязательств по уплате страховой премии возможны существенные потери страховщика.

Для снижения риска финансовых потерь при периодических платежах страховщик будет вынужден повышать страховой тариф.

5.4. Способ возмещения затрат на страхование из части средств ЕСН

При индивидуальном страховании возмещение затрат работника на ДМСС происходит в виде компенсационной выплаты после покупки им страхового полиса



ДМСС. Организация такой выплаты может предусматривать ее осуществление непосредственно работодателем, либо в территориальном фонде ОМС.

Первый вариант потребует от работодателя наладить более сложную систему расчетов с налоговыми органами и всеми внебюджетными фондами. Необходимо пересмотреть порядок начисления налога на доходы физических лиц и обеспечить полноту взаиморасчетов с работником. Осуществление компенсации работнику за счет части средств ЕСН самим работодателем будет для него довольно сложным. Однако это наиболее удобная форма получения компенсации части расходов по ДМСС для работника.

Осуществление компенсации работнику в территориальном фонде ОМС (или его отделении) более привлекательно для работодателя. При этом варианте работник, заключая договор со страховщиком, обращается с новым полисом в территориальный фонд ОМС. Фонд производит изъятие полиса системы ОМС, вносит изменение в регистр застрахованных и оформляет с застрахованным договор о перечислении на лицевой счет работника части средств ЕСН, поступающих от всех работодателей этого работника.

Такая форма расчетов позволит работодателю ничего не менять в сложившейся системе налоговых платежей и не производить расчеты с отдельным работником, пожелавшим перейти в ДМСС. Кроме того, обращение застрахованного в систему ДМСС за компенсацией в фонд ОМС позволит оперативно вносить изменения в регистр застрахованных по ОМС и обеспечить более жесткий контроль за обоснованностью затрат в системе ОМС.

Однако для работника этот вариант более сложен и может потребовать больше времени для получения компенсации. Кроме того, он потребует от работника предоставления в фонд ОМС дополнительных документов и справок от работодателей. Проверка их потребует от фонда ОМС дополнительных затрат. Это приведет к удорожанию системы ДМСС для застрахованного.

При коллективной форме страхования часть ЕСН, предусмотренная для покрытия затрат на ДМСС, может поступать в распоряжение страхователя-работодателя в виде текущих вычетов из суммы соответствующих платежей по ЕСН в порядке взаиморасчетов с внебюджетными фондами.

5.5. Программа страхования

Обязательным требованием для страховщика в системе ДМСС является программа страхования, равная или бóльшая по объемам и, вероятно, лучшая по условиям, чем базовая программа ОМС.

Программу ДМСС могут отличать от программы ОМС следующие особенности:

- виды медицинской помощи;
- конкретный перечень медицинских услуг;
- объемы медицинской помощи, в том числе кратность предоставления тех или иных услуг или количество койко-дней;
- требования к медицинским учреждениям, обеспечивающим медицинское обслуживание застрахованного (применение особо оговариваемых медицинских технологий, например, эндоскопических, и т. д.);
- перечень медицинских учреждений, в том числе имеющих более высокий уровень сервиса.

Это означает, что расчет величины страхового взноса в системе ДМСС будет проводиться страховщиком на основании реальных актуарных расчетов и исходя из рыночных тарифов на услуги лечебно-профилактических учреждений, предусмотренных договором.

В системе ДМСС страховщику необходимо будет гарантировать оплату лечения застрахованного при любом заболевании, предусмотренном в базовой программе ОМС, включая особо тяжелые и дорогостоящие заболевания, обычно исключаемые из программ ДМС. Для лечения этих заболеваний страховщику придется предусмотреть оплату услуг специализированных ЛПУ. Эти услуги, как правило, значительно дороже услуг обычных ЛПУ.

По аналогии с системой ОМС, в ДМСС не должен устанавливаться лимит ответственности страховщика по единичному риску. Другими словами, страховщик должен предусмотреть полную оплату лечения застрахованного в тех ЛПУ, которые могут обеспечить лечение при любом заболевании, входящем в программу ДМСС.

Учитывая, что в системе ДМСС будет застрахована, скорее всего, меньшая часть населения, очень высокие расходы на лечение отдельных заболеваний будут существенно влиять на финансовый результат страховщика. Очевидно, что страховщик в системе



ДМСС будет осуществлять договорное перестрахование эксцедента убытка. Однако и страховщик, осуществляющий перестрахование, принимает риск лишь в пределах своего лимита ответственности. Это означает, что защита первого страховщика в этой ситуации будет эффективной, если число таких катастрофических событий не превысит порогового значения лимита ответственности второго страховщика. Учитывая высокую стоимость лечения при некоторых заболеваниях, предусмотренных базовой программой ОМС, страховщику в системе ДМСС придется строить многоуровневую систему перестрахования. Это приведет к удорожанию страховки.

Таким образом, можно ожидать, что в результате стоимость страхования в системе ДМСС будет выше, чем в стандартной системе ДМС. Если объем вычета из ЕСН, возвращаемого застрахованному в ДМСС, не будет перекрывать эту разницу в стоимости, то спрос на ДМСС будет невелик. Причем этот спрос будет, скорее всего, связан с заведомой необходимостью получения дорогостоящей медицинской помощи, не предусмотренной в системе ДМС. А это означает, что будет происходить ухудшение страховой статистики и, следовательно, повышение страховой стоимости в системе ДМСС. Следовательно, ключевым вопросом существования системы ДМСС является вопрос определения программы страхования.

Программа ДМСС ограниченного контингента населения, превышающая по объему гарантий существующую базовую программу ОМС, будет, вероятнее всего, слишком дорогой для потенциальных ее покупателей. Альтернативой является отказ от гарантий предоставления медицинской помощи застрахованным при всех заболеваниях, лечение которых сейчас предусмотрено базовой программой ОМС. Проанализируем эту альтернативу.

Возможным вариантом такого отказа является пересмотр существующей базовой программы ОМС: исключение из ее состава лечения заболеваний с высоким риском катастрофических расходов. Медицинская помощь при таких заболеваниях перемещается в ту часть программы государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью, которая финансируется за счет бюджетных ассигнований.

Другой вариант отказа от требования сохранения в ДМСС всех обязательств программы ОМС состоит в дроблении предмета ДМСС. Объектом ДМСС становится ряд подпрограмм, соответствующих разным частям базовой программы ОМС. Рассмотрим подробнее возможности реализации этого варианта.



Как известно, стоимость страховки определяется величиной страхового резерва, который необходимо иметь страховщику для выполнения своих обязательств в полном объеме. В свою очередь, величина резерва оплаты медицинской помощи при разных заболеваниях зависит от средней стоимости лечения и вероятности наступления этих заболеваний.

Стоимость лечения, в свою очередь, зависит от многих факторов – от тяжести заболевания, от специфики применяемых в ЛПУ технологий, от цены закупаемых лекарственных препаратов, от сложности используемого оборудования, от факторов парамедицинского характера. Этот показатель в системе ДМС подвергается стандартизации лишь в небольшой степени. Однако для целей ДМСС можно использовать статистические данные по стоимости различных групп заболеваний, проводя определенную коррекцию в зависимости от тех особенностей, которые будут отличать программу ДМСС от программы ОМС.

Что касается второй составляющей при определении страхового тарифа - вероятности наступления заболевания, то она может быть рассчитана достаточно детально. Так, для усредненных расчетов страхового тарифа в системе ДМС широко используются показатели вероятностей обращений за медицинской помощью (см. таблицу 15). Эти показатели опираются на многолетние данные Министерства здравоохранения России об обращениях пациентов по поводу указанных заболеваний.

Таким образом, для медицинского страхования, в том числе ОМС и ДМСС, можно рассчитать стоимость дифференцированных по каждому заболеванию программ страхования. При этом для отдельных половозрастных групп она может быть определена отдельно. Соответственно становится возможным определить потребности в финансировании солидарной части базовой программы ОМС при любом ее наполнении.

Возможным вариантом сокращения программы ДМСС по сравнению с программой ОМС является ограничение предмета ДМСС лишь определенными компонентами программы ОМС. То есть лица, принявшие решение о переходе в ДМСС, получают возможность приобретения определенных, как правило, наиболее потребляемых и обладающих меньшим риском катастрофических расходов части базовой программы ОМС. Размер платежа лица, переходящего в ДМСС, будет определяться для каждой отдельной подпрограммы ДМСС. При этом соответствующим образом должен

корректироваться размер вычета из ЕСН, возвращаемый застрахованному, переходящему в ДМСС.

ТАБЛИЦА 15

Вероятность обращений за медицинской помощью

№	Классы болезней	Число обращений на 1000 населения
	Инфекционные и паразитарные болезни	57.98
	Новообразования	18.02
	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	14.67
	Болезни крови и кроветворных органов	1.70
	Психические расстройства	53.17
	Болезни нервной системы и органов чувств	84.25
	Болезни кровообращения	72.99
	Болезни органов дыхания	405.91
	Болезни органов пищеварения	54.74
0	Болезни мочеполовой системы	44.58
1	Осложнение беременности, родов и послеродового периода	4.42
2	Болезни кожи и подкожной клетчатки	54.00
3	Болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани	62.30
4	Врожденные аномалии	4.08
5	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0.39
6	Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	3.84
7	Травмы и отравления	28.02

Такая система ДМСС, как представляется, имеет лучшие шансы для практической реализации, поскольку позволит обеспечить интересы страхователей и застрахованных на получение удовлетворяющего их потребности медицинского обслуживания по



ординарным причинам. При этом на страховщика не будет возложена непосильная в частной системе страхования ответственность по катастрофическим рискам. В результате можно будет рассчитывать на реальные для потребителей страховые тарифы при существенно более высоком качестве обслуживания.

5.6. Организация учета и контроль в системе ДМСС

Система ДМСС должна оперировать одинаковыми с системой ОМС «счетными единицами». Должны быть внедрены единые классификаторы медицинских слуг и системы их учета. Должна существовать единая или единообразная система идентификации застрахованных в обеих системах страхования. На общих принципах должны быть построены методы расчета тарифов на медицинскую помощь. Должны быть разработаны единые требования к форматам данных и протоколам их передачи как внутри каждой из систем страхования, так и между системами.

Обе системы страхования должны быть стандартизированы как в части организационно-технологического, так и в части информационного взаимодействия участников. Финансовые расчеты в обеих системах должны быть совершенно «прозрачны» и построены на стандартных принципах.

Стандартизация обеих систем страхования приведет к существенному упрощению контроля как в ОМС, так и в ДМСС.

Основными направлениями, которые потребуют организации контроля, можно считать следующие. Прежде всего, необходимо обеспечивать строго целевое расходование средств в каждой из систем, не допуская использование средств ОМС для оплаты медицинской помощи застрахованным в ДМСС. Это может нарушить баланс системы ОМС.

Однако нельзя допускать и другое нарушение – оплату за счет средств ДМСС счетов за медицинскую помощь, предусмотренную в системе ОМС. Страховые резервы формируются страховщиком на основании актуарных расчетов, и оплата расходов, являющихся нестраховыми для системы ДМСС, приведет к дисбалансу и незапланированному росту убыточности ДМСС.

Контроль за соответствием оплаченных в разных системах счетов регистром застрахованных в этих системах могли бы проводить территориальные фонды ОМС. Но



это будет означать, что страховщики, работающие только в системе ДМСС, станут вынуждены организовывать свою деятельность в порядке, принятом в системе ОМС.

В этой связи отметим, что стоимость базовой программы ОМС и размеры взносов на ОМС определяются государством. Страховые платежи страховщикам и контроль за финансовыми аспектами их деятельности в системе ОМС осуществляют территориальные фонды ОМС.

Напротив, в системе ДМСС стоимость подпрограмм базовой программы ОМС должна будет рассчитываться самостоятельно страховщиком на основе имеющейся у него страховой статистики. Кроме того, размеры взносов на ДМСС должны отражать услуги более высокого уровня сервиса.

Контроль за правильностью расчета страхового тарифа в рискованной системе ДМСС и за соответствием предоставляемых условий страхования тем, которые были заявлены страховщиком в программе ДМСС, не должен проводиться фондами ОМС. Эту деятельность необходимо будет поручить специализированному органу. Скорее всего, этим органом должен стать Федеральный орган по контролю за страховой деятельностью.

Таким образом, медицинская помощь в пределах базовой программы, но оказываемая в рамках разных систем страхования, будет контролироваться разными органами. Безусловно, такая организация контроля может оказаться не слишком эффективной. Но представляется, что она оправдана, как минимум, на начальных этапах реформирования системы ОМС и внедрения ДМСС.

6. Заключение

Системы обязательного медицинского и социального страхования обладают серьезными изъянами, обусловленными как специфическими особенностями организации каждого из этих видов страхования в России, так и некоторыми общими особенностями построения всей системы различных видов обязательного социального страхования и ее функционирования в условиях переходного периода. Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той системе финансирования, которая реально функционирует под названием обязательное медицинское страхование. С функциональной точки зрения, российская система ОМС в настоящее время фактически является особой формой



бюджетного финансирования здравоохранения. Серьезнейшей проблемой является несбалансированность базовой программы ОМС с размерами ее финансирования.

В российской системе обязательного социального страхования сочетаются функционально неоднородные направления деятельности: страхование и оказание социальной помощи. Это создает внутренние препятствия для повышения эффективности функционирования этой системы. В последние годы вследствие сокращения ставки взносов, направляемых на обязательное социальное страхование, оно стало трансформироваться в особую форму государственной социальной помощи.

Наряду со специфическими проблемами, присущими российским системам обязательного медицинского и социального страхования по отдельности, сами принципы организации социального страхования в широком его понимании оборачиваются определенными изъятиями в переходный период от социалистической к рыночной экономике и развития постиндустриального общества. По своему генезису социальное страхование соединяет в себе элементы страхового и налогового финансирования возмещений вышеуказанных рисков. В системах социального страхования, существующих в постсоциалистических странах, баланс между принципами страхового финансирования и налогового финансирования сильно смещен в пользу последних.

Особенностью систем социального страхования, унаследованных от социализма, является широкий набор гарантий застрахованным и соответственно высокие размеры взносов, которые необходимо собирать для обеспечения этих гарантий. Это создает значительную нагрузку на работодателей.

Преодоление изъянов систем ОМС и ОСС требует их реформирования. Стратегическим направлением такого реформирования выступает институциональное разграничение страхового и налогового финансирования гарантий, предоставляемых населению в рамках указанных видов социального страхования. Предлагается разрешить работающим гражданам выходить из систем обязательного медицинского и социального страхования, заключать с негосударственными страховщиками договоры добровольного страхования рисков, страхуемых этими системами, и использовать часть средств социального налога для оплаты взносов, предусматриваемых этими договорами.

Соответственно каждую из частей социального налога, направляемых ныне в фонды ОМС и Фонд социального страхования (базовые ставки – соответственно 3,6% и 4,0% от размера оплаты труда работающего), предлагается расщеплять на две



составляющих. Одна по-прежнему направляется в указанные фонды и функционально становится исключительно налоговым платежом на финансирование оказания медицинской помощи и выплату определенных социальных пособий населению. Вторая составляющая перечисляется страховщику, с которым застрахованный заключил договор добровольного страхования. Эта составляющая функционально становится страховым платежом. Разница между размерами страховых взносов, предусмотренных договором со страховщиком, и размерами указанных платежей, производимых из сумм социального налога, покрывается за счет средств самого застрахованного или его работодателя.

Пропорция расщепления сумм социального налога на две указанных составляющих может быть определена, руководствуясь соображением, что объем платежей в систему ОМС и социального страхования должен быть достаточен для покрытия расходов на оказание медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС, и выплаты в полном объеме установленных законодательством пособий для всех тех работающих, которые останутся в системе ОМС и обязательного социального страхования.

По нашим оценкам, в случае выхода наиболее высокодоходных граждан из систем обязательного страхования для сохранения финансирования существующего уровня медицинских и социальных гарантий из этих систем для остающихся необходимо оставить в качестве обязательной доли единого социального налога 2 процентных пункта ставки – в части отчислений в систему обязательного медицинского страхования и 1,5 процентных пункта ставки – в части отчислений в систему обязательного социального страхования. Таким образом, налогоплательщики, пожелавшие выйти из систем обязательного страхования, смогут направить на финансирование добровольных страховых схем сумму, равную 4,1% базы единого социального налога.

В случае разрешения выхода из систем ОМС и социального страхования начнет формироваться система медико-социального страхования, сочетающая элементы обязательного и добровольного страхования. Элементы обязательности будут касаться объема медицинской помощи, состава и минимального размера пособий, которые должны гарантироваться лицам, застрахованным в этой системе. Добровольность относится к принятию решения об участии в этой системе, выбору страховщика, соглашению о содержании страховой программы сверх обязательного минимума и соответствующем размере страховых взносов.

Анализ вариантов создания предлагаемой системы добровольного медико-социального страхования, проведенной с точки зрения их организационно-технической реализуемости, и в частности возможностей решения ключевой проблемы организации медицинского страхования – страхования риска катастрофических расходов, позволяет сделать следующие выводы.

Наиболее сложной для реализации будет индивидуальная схема организации ДМСС. Наиболее удобной для страхователей и застрахованных будет система расчетов в рассрочку. При этом для организации расчетов в рассрочку потребуется разработать систему защиты страховщика от недобросовестного потребителя страховых услуг. Обе системы страхования должны быть стандартизированы по целому ряду параметров для всех участников.

Важнейшим условием создания работоспособной системы ДМСС является уточнение объемов государственных гарантий в системе ОМС и точное определение пределов ответственности страховщиков в системе ДМСС. Программа ДМСС ограниченного контингента населения, превышающая по объему гарантий существующую базовую программу ОМС, будет, вероятнее всего, слишком дорогой для потенциальных ее покупателей. Альтернативой является отказ от гарантий предоставления медицинской помощи застрахованным при всех заболеваниях, лечение которых сейчас предусмотрено базовой программой ОМС. Возможным вариантом такого отказа является пересмотр существующей базовой программы ОМС: исключение из ее состава лечения заболеваний с высоким риском катастрофических расходов. Медицинская помощь при таких заболеваниях перемещается в ту часть программы государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью, которая финансируется за счет бюджетных ассигнований. Другой вариант отказа от требования сохранения в ДМСС всех обязательств программы ОМС состоит в дроблении предмета ДМСС. Объектом ДМСС становится ряд подпрограмм, соответствующих разным частям базовой программы ОМС.

Внедрение предлагаемой системы ДМСС не должно сопровождаться радикальными институциональными изменениями в системе ОМС. Представляется, что в качестве первого шага для апробации новых принципов организации ДМСС можно было бы провести следующий эксперимент. В настоящее время в РФ существует значительное количество корпораций, имеющих собственные медицинские учреждения. Зачастую они в

состоянии удовлетворить потребности работников данных корпораций в медицинском обслуживании практически в полном объеме. При этом работники не пользуются услугами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, за исключением крайне тяжелых случаев. Лечение соответствующих заболеваний, как правило, выходит за рамки базовой программы ОМС и оплачивается за счет бюджетных средств.

Поскольку работники корпорации обращаются за медицинской помощью в собственные ЛПУ, корпорация дважды платит за медицинскую помощь. Один раз в виде ЕСН, оплачивая услуги региональных ЛПУ по лечению жителей региона, не работающих на предприятии. Второй раз - покрывая затраты на лечение своих сотрудников в собственной медицинской сети. Если корпорация заключает договор добровольного медицинского страхования своих работников, то часть затрат на организацию медицинского обслуживания она может отнести на себестоимость, но эта часть ограничена 3% от фонда оплаты труда. Если разрешить такой корпорации в рамках системы ДМСС заключать коллективный договор ДМСС и оставлять у себя часть уплачиваемого ЕСН, это может существенно снизить стоимость подобного страхования, по сравнению с ДМС и послужить хорошим стимулом для предприятия выводить заработную плату из «тени». При этом страховщик сможет ввести удобную форму расчетов в рассрочку. Репутация крупной корпорации будет защитой от риска отказа от платежа.

Все отношения участников в рамках такой системы ДМСС будут строиться на тех же принципах, что и в ОМС. Это облегчит взаиморасчеты и контроль за этим видом деятельности страховщика.

Организация такой формы ДМСС потребует минимальных институциональных изменений. Система ДМСС будет «достраивать» имеющуюся систему ОМС.

Одновременно исключение из регистра ОМС работников предприятия не даст возможности муниципальным и региональным ЛПУ злоупотреблять несовершенством принципов учета застрахованных и оплаты медицинской помощи, особенно в случае оплаты «за прикрепленное население». Это приведет ЛПУ не только к необходимости внедрения других, более адекватных способов учета медицинских услуг, но и заставит его внедрять новые виды медицинского обслуживания, «бороться за пациентов», увеличивать

свою конкурентоспособность. Таким образом, и система ОМС получит импульс к дальнейшему развитию.

Реализация предлагаемой системы ДМСС в экспериментальном порядке для работников ряда таких корпораций позволит отработать организационно-технические вопросы выхода из ОМС и формирования системы ДМСС с минимизацией возможных негативных последствий такого решения для организации оказания медицинской помощи застрахованным в ОМС и лицам, вышедшим из нее.



Приложение

ТАБЛИЦА 16.

Уровень оплаты труда и обращаемость за медицинской помощью по децилям в 2001 году.

Децили	Все, имеющие хотя бы одну работу							Средн ее число дней, проведенных в частной больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)
	Уровень з/п, включая вторичную занятость, руб.	Доля обратившихся амбулаторно в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся амбулаторно в платную поликлинику за месяц, в %	Доля обратившихся в стационар в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся в платную больницу за месяц, в %	Доля обратившихся к частному врачу за месяц, в %	Средн ее число дней, проведенных в гос. больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)	
1 - 7 децили	1517,7	11,6	0,6	1,0	0,1	0,2	0,205	0,013
8 дециль	3642,3	14,4	1,7	0,9	0,2	0,0	0,137	0,017
9 дециль	5057,7	7,8	1,4	1,2	0,5	0,2	0,203	0,016
10-й (высший) дециль	11470,3	9,3	1,6	0,8	0,0	1,1	0,089	0,015
Неработающие в возрасте (18 - 55/60)	-	10,8	0,7	1,2	0,1	0,3	0,393	0,006

Источник: 10 волна RLMS.

ТАБЛИЦА 17.

Уровень оплаты труда и обращаемость за медицинской помощью по децилям в 2000 году.

Децили	Все, имеющие хотя бы одну работу

Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования

	Уровень з/п, включая вторичную занятость, руб.	Доля обратившихся амбулаторно в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся амбулаторно в платную поликлинику за месяц, в %	Доля обратившихся в стационар в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся в платную больницу за месяц, в %	Доля обратившихся к частному врачу за месяц, в %	Среднее число дней, проведенных в гос. больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)	Среднее число дней, проведенных в частной больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)
1 - 7 децили	971,0	11,3	0,5	1,5	0,1	0,1	0,184	0,004
8 дециль	2472,1	8,3	0,6	0,6	0,3	0,9	0,109	0,001
9 дециль	3378,4	7,0	1,3	0,5	0,3	0,3	0,145	0,002
10-й (высший) дециль	7306,2	6,1	0,9	1,7	0,0	0,3	0,139	0,000
Неработающие в возрасте (18 - 55/60)	-	8,6	0,5	1,3	0,0	0,1	0,341	0,005

Источник: 9 волна RLMS.

ТАБЛИЦА 18.

Уровень оплаты труда и обращаемость за медицинской помощью по децилям в 1998 году.



Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования

Децили	Все, имеющие хотя бы одну работу							Средн ее число дней, проведенных в частной больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)
	Уровень з/п, включая вторичную занятость, руб.	Доля обратившихся амбулаторно в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся амбулаторно в платную поликлинику за месяц, в %	Доля обратившихся в стационар в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся в платную больницу за месяц, в %	Доля обратившихся к частному врачу за месяц, в %	Средн ее число дней, проведенных в гос. больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)	
1 - 7 децили	456,3	11,0	0,3	1,1	0,1	0,1	0,1	0,219
8 дециль	1110,5	12,7	0,6	0,3	0,0	0,0	0,6	0,161
9 дециль	1578,3	11,4	0,4	0,0	0,4	0,4	0,4	0,218
10-й (высший) дециль	3452,8	9,1	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3	0,109
Неработающие в возрасте (18 - 55/60)	-	8,9	0,5	1,1	0,1	0,1	0,2	0,363

Источник: 8 волна RLMS.



ТАБЛИЦА 19.

Уровень оплаты труда и обращаемость за медицинской помощью по децилям в 1996 году.

Децили	Все, имеющие хотя бы одну работу							Средн ее число дней, проведенных в частной больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)
	Уровень з/п, включая вторичную занятость, руб.	Доля обратившихся амбулаторно в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся амбулаторно в платную поликлинику за месяц, в %	Доля обратившихся в стационар в гос. мед. учреждение за месяц, в %	Доля обратившихся в платную больницу за месяц, в %	Доля обратившихся к частному врачу за месяц, в %	Средн ее число дней, проведенных в гос. больнице на всю группу за месяц (дециль/ли)	
1 - 7 децили	390,5	11,9	0,3	1,6	0,1	0,1	0,245	0,000
8 дециль	972,0	5,4	0,8	0,4	0,0	0,4	0,229	0,000
9 дециль	1351,9	11,5	0,0	1,4	0,0	0,3	0,151	0,000
10-й (высший) дециль	3010,5	8,4	1,8	1,5	0,0	0,4	0,083	0,000
Неработающие в возрасте (18 - 55/60)	-	9,6	0,3	1,5	0,1	0,2	0,330	0,000

Источник: 7 волна RLMS.



