


МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

КАСПИЙСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА (ФАКУЛЬТЕТ) ГУМАНИТАРНЫХ НАУК
Кафедра «Сестринское дело»



ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Подготовил: Есетов
Меирлан



Система добровольного медицинского страхования является важной дополняющей частью к системе обязательного медицинского страхования в части финансирования услуг, не включенных в обязательную государственную корзину и предложения услуг частных клиник. ДМС предусматривает повышенную сервисную составляющую (например сокращение периода ожидания получения медицинской помощи; более комфортные условия её получения; использование более дорогостоящих медикаментов или современных методов инструментальных обследований и т. д.), причём за счёт собственных средств населения или материальной поддержки, оказываемой работодателями своим работникам

Одновременно ДМС играет важную роль в развитии общей системы здравоохранения, поскольку «вликает» в эту систему дополнительное финансирование, не связанное с бюджетными ассигнованиями. ДМС является также важнейшим каналом снижения уровня теневой экономики в медицине.

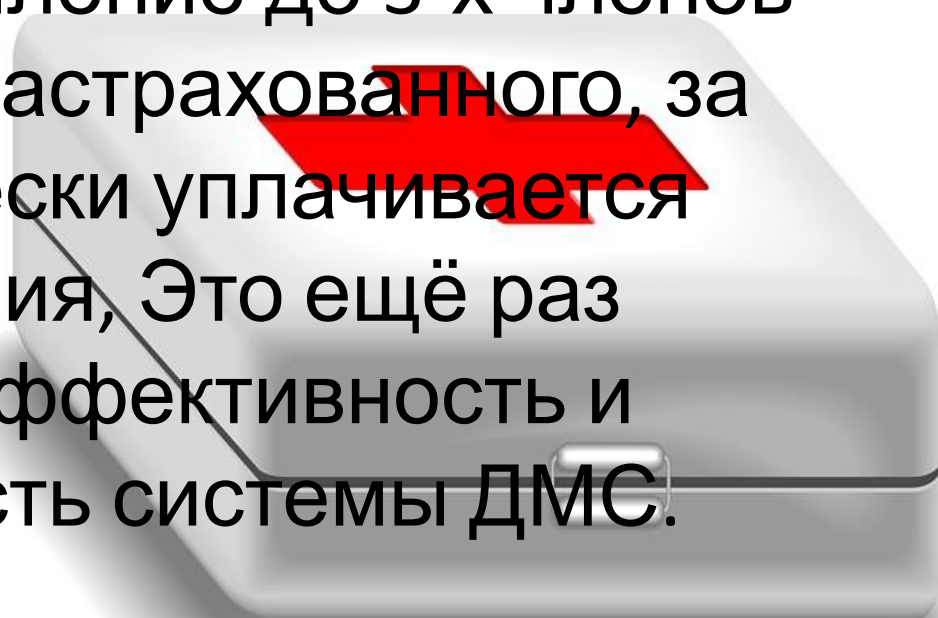
Даже в странах мира, имеющих очень сильную и качественную систему государственного ОМС (например в Голландии, Норвегии, Швеции и др.), объём ДМС составляет не менее 20 % от общего объёма финансирования здравоохранения (государственного и частного).

Во всех странах мира государство создаёт различные стимулы для развития ДМС - начиная с Германии и Голландии, где население с высоким уровнем дохода полностью освобождается от участия в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и заканчивая просто налоговыми стимулами для развития

В Казахстане объём финансирования системой ДМС составляет менее 2 % от общего объёма финансирования здравоохранения, но популярность этого продукта ежегодно растёт. За последние три года ежегодный прирост объёма премий по ДМС составляет не менее 15 % в год, растёт количество заключённых договоров и количество застрахованных. При этом в 2014 году отмечен резкий рост количества застрахованных при незначительном росте количества договоров, что привело к резкому снижению стоимости услуг ДМС в расчёте на одного застрахованного в 2014 году.



Это связано со значительным увеличением количества прикрепленных участников к договорам ДМС, в некоторых случаях страховщики осуществляют бесплатное прикрепление до 3-х членов семьи на каждого застрахованного, за которого фактически уплачивается страховая премия, Это ещё раз подтверждает эффективность и работоспособность системы ДМС.



Проблемы ДМС

Несмотря на хорошую динамику роста, уровень расходов на ДМС остаётся всё-таки довольно низким. Во многом это связано со следующими факторами



Во-первых, это - отсутствие каких-либо стимулов для работодателей предоставлять ДМС своим работникам. В отличие от других стран мира, ДМС в Казахстане подлежит налогообложению как часть оплаты труда работников. Фактически ДМС облагается налогом 3 раза - на уровне работодателя (социальный налог), на уровне работника (походный налог) и на уровне страховой компании (корпоративный налог).

Во-вторых, это - отсутствие регулирования финансовых организаций, предусматривающее специфику медицинского страхования (в других странах мира рынок медицинского страхования является специализированным с выделенным регулированием). Из-за этого развитие ДМС как самостоятельного бизнеса является крайне невыгодным для акционеров страховых компаний, поскольку требования к капитализации и применяемые пруденциальные нормативы такие же, как и для катастрофических рисков нефтяной и авиационной отрасли, и никоим образом не оправдывают экономическую стоимость вкладываемого капитала.

Например, в Европе согласно «Solvency II» размер минимального гарантийного фонда для медицинских страховщиков составляет 2 млн евро, тогда как в Казахстане 540 млн тенге (или около 3 млн евро). Это при том, что минимальный оборот европейского страховщика - 50 млн евро, а страховая компания, являющаяся в Казахстане крупнейшим игроком на рынке ДМС и занимающая более 35 % объёма рынка, имеет оборот, едва достигающий 30 млн евро! Поэтому в Казахстане страховые компании рассматривают ДМС как своего рода маркетинговую составляющую бизнеса, а страховщики, которые специализировались на ДМС, вынуждены диверсифицировать свой бизнес.

В-третьих, ДМС в Казахстане на сегодняшний день фактически дублирует ОМС, что определяет очень низкую маржинальность или даже убыточность бизнеса для страховщиков, в то же время не позволяя достичь синергии между государственной медициной и ДМС и максимального эффекта от использования ресурсов для здравоохранения от этих двух источников. Медицинские организации не могут сочетать финансирование из этих двух источников для своего развития и инвестирования средств. Недостаточное развитие ДМС определяет очень высокий уровень теневой экономики в здравоохранении.

Предложения Ассоциации страховщиков Казахстана по развитию ДМС

Учитывая проблемы отрасли ДМС, необходимо, чтобы государство, внедряя ОМС, также предусмотрело меры для его дальнейшего развития, а также меры стимулирования развития ДМС.

Для достижения этой цели предлагаются следующие первоочередные мероприятия:

1

Освобождение средств, направляемых работодателями на добровольное медицинское страхование своих работников, хотя бы в пределах 8 МЗП, как определено для платных медицинских услуг. Это может быть достигнуто за счёт включения ДМС в статью 156 п. 18 Налогового кодекса Республики Казахстан. Эта мера особенно необходима с учётом того, что работодатели и работники уже будут платить дополнительный налог для участия в системе ОМС. При этом страховые компании продолжают платить корпоративный налог, что обеспечит в итоге налогообложение ДМС.

2

Ограничить максимальную сумму, с которой будет взиматься дополнительный социальный налог с работодателя и подоходный налоге работника на цели ОМС, размером не более 250 тыс. тенге в расчёте на одного работника. Таким образом, сохранится принцип «Богатый платит за бедного; здоровый - за больного», но при этом всё-таки устанавливается некий «коридор» стоимости одинаковой корзины государственных медицинских услуг с дифференциацией взимаемой оплаты между низкооплачиваемыми и высокооплачиваемыми работниками.

3

Допуск страховщиков, участвующих в ДМС, к системе стационарных услуг ОМС через электронный портал. При этом страховщики могут делать доплату за каждого застрахованного, зарегистрированного через портал, а также отдельно доплачивать стационарам за улучшение условий стационарного лечения (например за отдельную палату, дорогостоящие медикаменты, дополнительные исследования или манипуляции, не предусмотренные государственной программой, и т. д.). При этом нельзя забывать, что застрахованные по ДМС являются гражданами Республики Казахстан и участниками системы ОМС, что гарантирует их право получения медицинской помощи в рамках ОМС. Страховщики в таком случае выступают координаторами и плательщиками дополнительных услуг.

4

Предоставление медицинским учреждениям возможности сочетания финансирования за счёт ОМС и ДМС на уровне амбулаторно-поликлинической помощи и первичной экстренной/скорой помощи (ПСМП).

5

Участие страхового рынка в разработке корзины медицинских услуг в рамках ДМС и возможность мониторинга стоимости медицинских услуг в рамках ОМС и статистики обращаемости по ОМС для определения перспектив дальнейшего участия страхового рынка в системе ОМС. Это может быть достигнуто за счёт включения представителей страхового рынка в рабочие группы или другие организации Министерства здравоохранения, работающие по вопросам ОМС.

6

Выделение специального регулирования для страховщиков, имеющих лицензию по ДМС (уровень специализации может быть определён процентным уровнем обязательств именно в данном классе страхования). Это может быть достигнуто за счёт сотрудничества с Национальным Банком Республики Казахстан.

Перспективы ДМС

Предложенная Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан концепция введения обязательного медицинского страхования не предусматривает на первом этапе участия страховых компаний как профессиональных держателей риска. Все риски, связанные с превышением фактического использования покрытия ОМС над выделенным финансированием, несёт на себе государство, что потребует на первом этапе внедрения ОМС сохранения системы прикрепления населения к одному амбулаторно-поликлиническому учреждению и квотной системы распределения стационарной помощи, которая используется в ГОБМП.

Система «Деньги за населением», то есть оплата медицинских услуг по факту их оказания возможна только при наличии, по крайней мере, операторов системы ОМС (например как в России - страховые компании или в других странах мира - страховые компании или больничные кассы). В Казахстане такими операторами могут выступить страховые компании, имеющие опыт и соответствующую инфраструктуру при реализации ДМС, которые к тому же могут в последующем стать держателями части риска по финансированию системы здравоохранения.

Ассоциация страховщиков Казахстана считает необходимым концептуально предусмотреть на следующих этапах внедрения ОМС участие страхового рынка первоначально как операторов системы, а затем и как профессиональных держателей риска.