

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

*Вакульская О.А. (Брестский государственный технический
университет)*

Современный этап развития в Беларуси общественных отношений, представляющий в перспективе более широкие возможности выбора путей удовлетворения потребностей населения, ставит многие сложные проблемы. Одна из них связана со здравоохранением. Общая оценка состояния общественного здоровья населения Беларуси весьма неблагоприятна и указывает на серьезное неблагополучие, которое может привести к ухудшению качества жизни населения и ограничению его созидательного участия в улучшении социально-экономической ситуации в стране. В условиях, когда в результате углубления рыночных реформ явно видно социальное и имущественное расслоение общества, требуется разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты. При этом среди проблем, решение которых позволит повысить уровень здравоохранения, выделяется проблема поиска новых внебюджетных источников возмещения необходимых затрат на охрану здоровья граждан. Решением данной проблемы может явиться введение системы медицинского страхования, которое станет одной из форм социальной защиты населения в период социально-экономической трансформации Республики Беларусь.

В мире существует 2 модели медицинского страхования: добровольное и обязательное. Добровольное страхование осуществляется в основном на коммерческой основе. Это страхование стало базовым элементом финансирования здравоохранения лишь в одной стране - США, где наибольшую долю национального дохода тратят на здравоохранение, но при этом около трети населения лишено возможности получить квалифицированную медицинскую помощь в необходимом объеме. Обязательное (социальное) страхование возникло 110 лет назад в Германии и теперь во многих странах составляет основу финансирования здравоохранения. При обязательном страховании каждый гражданин платит определенную долю личного дохода в виде страхового взноса (или за него это делает организация, предприятие). Независимо от величины этого взноса все граждане имеют равные права на получение определенного объема медицинской помощи, оплата которой производится за счет страховых средств. Так реализуются принципы обязательного страхования: богатый платит за бедного, здоровый - за больного. Но все же мировой опыт показывает, что эффективность

использования средств в страховых системах выше, чем при бюджетной системе их распределения. В условиях рынка доходы работников здравоохранения целиком зависят от того, насколько удовлетворен клиент и обратится ли он по тому же адресу в следующий раз, когда ему понадобится медицинская помощь. В случае медицинского обслуживания значение имеет не только, характер лечения, но качество обслуживания пациента. У пациента появляется гарант качества медицинской помощи - страховая медицинская организация, которая контролирует не только суммы затрат, но и качество оказанной медицинской помощи. Отмахнуться от страховой медицины даже самые закоренелые консерваторы сегодня не могут - это грозит расторжением выгодного контракта.

Основой введения системы медицинского страхования является создание предпосылок для отказа от остаточного принципа финансирования здравоохранения. основополагающим принципом организации сферы здравоохранения в условиях рыночного хозяйства является многоукладность экономики здравоохранения и многообразие форм организации медицинского обслуживания населения. Существование альтернативных секторов в общенациональной системе здравоохранения служит основной гарантией свободы выбора места и условий работы для медицинских работников и свободы выбора врача и методов лечения для пациента.

Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в сфере охраны здоровья представляет собой гарантии обеспечения медицинской помощью в случае потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью или несчастным случаем. Оно обеспечивается мерами по формированию особых страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи в рамках страховых программ. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансированием оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая. Медицинское страхование основано на принципе общественной солидарности в распределении рисков: богатый платит за бедного, здоровый - за больного, молодой - за старого. Действует страховой принцип следующим образом: заболел - «выиграл», остался здоровым - «проиграл». В последнем случае выигрывает посредник - страховщик.

Медицинское страхование развивается как форма социальной защиты населения, дополнительная к существующему бюджетному здравоохранению. Последнее продолжает существовать и выполнять свои функции. Во всех развитых странах мира государственному здравоохранению придается огромное значение. Государство берет на себя основные функции охраны здоровья населения. В первую очередь, это противозидемическая работа и выявление методами неинфекционной эпидемиологии причин преждевременного возникновения и распространения болезней, вызванных средовыми воздействиями. Государство берет на себя финансирование медицинской помощи при острых и чрезвычайных ситуациях. В оказании плановой медицинской помощи государство в большинстве случаев отдает полную инициативу частному бизнесу, страхованию или иным самостоятельным хозяйствующим организациям (больничным кассам, обществам поддержания здоровья). При этом государство контролирует стандарты качества медицинских услуг, уровень подготовки кадров, а также раз-

витие принципиально новых направлений в медицине.

Анализ мировой практики применения различных систем управления и финансирования здравоохранения позволяет выделить несколько основных типов таких систем: от полностью децентрализованного, основанного на чисто рыночных регуляторах (например, в США) до централизованной государством монополии на охрану здоровья.

Итогом изучения этапов развития страхования является констатация принципиальной возможности опираться на зарубежный опыт, так как он содержит множество действующих вариантов финансирования и управления здравоохранением стран с разной степенью участия государства в системе охраны здоровья населения. Без такого участия (в той или иной степени) не работает ни одна из существующих систем здравоохранения. Современное государство не может оставить без внимания такую важную социальную сферу как охрана здоровья граждан. Поэтому в государственной сфере осуществляется сбор информации о здоровье населения, проводятся мониторинга силами независимых организаций, осуществляется контроль оборота денег в системе рыночных отношений, правовым урегулированием возникших споров.

Главная цель введения медицинского страхования - создать рыночную среду для работы учреждений здравоохранения, что в свою очередь позволит мобилизовать дополнительные денежные ресурсы со стороны предприятий и населения путем дополнительного страхования. Создается рынок медицинских услуг, который превращает руководителей лечебно-профилактических учреждений в продавцов этих услуг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гришин В.В., Семенов В.Ю. и др. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. - М., 1995.
2. Финансово-экономические аспекты деятельности работодателей в условиях обязательного медицинского страхования. Под ред. В.В. Гришина, Г.В. Гуцаленко. Учебно-методическое пособие. - М., 1998.
3. Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. - М., 1994.
4. Семёнов А.В. Медицинское страхование. - М.: «Финстатиформ», 1993.