

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О. Пыжик

Белорусский государственный экономический университет, Минск

Альтернативным источником финансирования здравоохранения в условиях дефицита бюджетных средств может стать медицинское страхование: государственное (обязательное) и частное (добровольное).

Преимущества бюджетно-страховой модели в сравнении с государственной системой финансирования здравоохранения:

- распределение бремени расходов на медицинское обслуживание на более длительный период и более многочисленное население;
- целевое и децентрализованное формирование фондов здравоохранения;
- включение целевых взносов в себестоимость продукции предприятий-страхователей, что обеспечивает устойчивый приток средств, гарантированный минимум медицинской помощи для всех групп населения;
- основой финансовых взаимоотношений с медицинскими учреждениями становится договор на участие в программах медицинского страхования;
- контракты на оказание медицинской помощи заключаются не только с действующей сетью государственных учреждений, но и отдельными врачами или группами врачей.

Страховые фонды формируются на 3-сторонней основе посредством целевых взносов работодателей, работников, субсидий государства, которые носят обязательный характер для всех получателей доходов, но, как правило, не взимаются с пенсионеров и лиц с низкими доходами. В большинстве стран обязательное медицинское страхование строится на некоммерческой основе. Прибыль страховых организаций используется только на расширение и модернизацию учреждений страхования и медицинских учреждений. Некоммерческие организации получают существенные налоговые льготы. Принцип «участия в издержках» предполагает, что определенная часть помощи в момент ее получения оплачивается из средств самих застрахованных.

Рынок частного медицинского страхования в западных странах складывается из следующих сегментов: страхование лиц, не охваченных обязательным страхованием; страхование на возмещение платной части медицинской помощи в общественном секторе; покрытие расходов на лечение в коммерческом секторе здравоохранения.

Введение обязательного страхования предполагает и новые методы оплаты труда. Гонорарный метод позволяет связать оплату труда с реально предоставляемым объемом услуг. К недостаткам этого метода можно отнести отсутствие заинтересованности врача в здоровом пациенте, поскольку каждое его посещение или процедура дают врачу дополнительный доход. Поэтому сегодня во всех странах устанавливается предельный объем расходов на оплату труда по гонорарному методу.

Вариантом подушевого финансирования является принцип фондосодержания: врач получает деньги за каждого прикрепленного пациента. При оплате за случай поликлинического обслуживания в расчет берутся не сами случаи, а их совокупность, то есть размер оплаты определяется количеством пролеченных пациентов. В результате, появляется экономическая заинтересованность медицинского персонала в улучшении объемных и качественных показателей работы.

Среди стран с бюджетно-страховой моделью финансирования наиболее интересен опыт Германии, накопленный более чем за 100-летний период, где обязательным страхованием охвачено 90 % населения. Около 10 % граждан имеют частную страховку, позволяющую выбирать другого врача, лучшие условия при госпитализации и др.

Принцип солидарности (величина взносов соответствует размеру доходов, а услуги оказываются в соответствии с состоянием здоровья) дополняется принципом субсидиарности (взносы уплачиваются поровну предприятиями и работниками). В случае болезни медицинская помощь оказывается бесплатно для застрахованных и членов их семей. Средний страховой взнос составляет 6,5 % от заработной платы работника, столько же платит и работодатель. Назначается верхняя граница дохода, с которого начисляются взносы.

Объем предлагаемых услуг зависит от объема страховых фондов, но при этом страховка включает, как минимум, основные медицинские услуги (амбулаторное лечение, пребывание в стационаре, лекарства, определенные услуги стоматолога).

Цены на медицинские услуги устанавливаются на основе балльной системы. Сумма баллов на каждый вид услуг фиксирована и представлена в справочнике. Цена балла меняется в соответствии с конъюнктурой рынка медицинских услуг. Также устанавливается предел стоимости лекарств, оплачиваемых больничными кассами, что способствует экономному и качественному лекарственному обеспечению и создает условия для конкуренции цен на лекарства. Установленные цены ежегодно пересматриваются с учетом состояния рынка.

Учитывая опыт зарубежных стран и особенности развития национального здравоохранения РБ, можно предположить следующее:

1. Сформировать бюджетно-страховую модель финансирования, сохраняя при этом государственные гарантии населению в медицинском обслуживании и привлекая дополнительные ресурсы;

2. На начальной стадии введения обязательного страхования нужна централизованная система, преимуществом которой является простота управления, малые административные расходы, возможность перераспределения денежных средств между территориями;

3. Развитие рынка платных услуг и частного страхования. Добровольное страхование следует использовать для тех видов медицинской помощи, которые не охвачены обязательным страхованием, и для возмещения платной медицинской помощи. Для расширения рынка частного страхования можно предложить делать скидку с размеров страховой премии для людей с хорошим состоянием здоровья, если они берут на себя обязательство в случае наступления страхового случая доплатить определенную сумму;

4. Введение соплатежей населения за медицинские услуги и льготные медикаменты: для пациентов становятся доступными дорогие, высокоэффективные лекарства и новые технологии лечения, а у государства уменьшаются расходы на льготное лекарственное обеспечение и бесплатное медицинское обслуживание;

5. Установление государственного заказа на оказание медицинской помощи за счет средств бюджета и фондов обязательного страхования. С целью развития конкуренции между медицинскими учреждениями госзаказы следует размещать на конкурсной основе как среди государственных, так и среди частных организаций;

6. Использование новых методов оплаты труда: подушевой метод для оплаты труда врачей общей практики и гонорарный метод для оплаты услуг специалистов.

НАЛОГОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ МИНИМИЗАЦИИ НАЛОГОВ

А. Рожкова

Белорусский государственный экономический университет, Минск

Развитие налоговой теории и практики позволило не только сформировать нормативно-правовую базу налогообложения, но и богатейшую систему приемов минимизации налогового бремени. Известны 2 способа минимизации налоговых выплат: налоговое планирование и налоговое преступление.

Налоговое планирование – это законный способ снижения сумм налоговых выплат, основанный на использовании налогоплательщиком всех разрешенных законами государства возможностей уменьшения налоговых сумм. В первую очередь здесь подразумевается использование налогоплательщиком всех распространяемых на него налоговых льгот. Своевременно и правильно оформляя налоговые льготы, минимизировать свои налоговые выплаты могут предприятия:

– производящие сельскохозяйственную продукцию, продовольствие, товары для детей, другие социально значимые товары, список которых определяет Правительство;

– использующие неполноценную рабочую силу, способствующие занятости населения;

– имеющие на своем балансе объекты социальной инфраструктуры: школы, больницы, дома культуры, спортивно-оздоровительные сооружения;

– заботящиеся об экологическом благополучии государства, расходующие часть своей прибыли на природоохранные и противопожарные меры, ликвидацию последствий аварии на ЧАЭС;

– направляющие свою прибыль на капитальные вложения.

Основная задача налогового планирования – экономически обоснованно обеспечить качественные и количественные параметры бюджетных заданий и пер-