

Идея покупки дополнительного полиса медицинского страхования при условии софинансирования системы со стороны государства способна получить одобрение россиян, следует из работы экспертов Института Гайдара и РАНХиГС. Большая часть граждан, согласно данным опроса, готова платить за более качественные медуслуги от 500 до 1 тыс. руб. в год.

Большая часть россиян готова доплачивать за государственное медстрахование – такой вывод можно сделать из исследования Марии Каневой, сотрудника лаборатории экономики здравоохранения и его реформирования ИЭП имени Егора Гайдара, Николая Авксентьева из центра исследований региональных реформ Института прикладных экономических исследований РАНХиГС и Валерия Байдина, лаборанта-исследователя Центра бюджетной политики Научно-исследовательского финансового института (НИФИ). Основу исследования составил опрос «Левада-центра», в ходе которого было опрошено 1,6 тыс. человек из 45 регионов и 130 населенных пунктов.

Респондентам был задан вопрос об их желании приобрести медицинский полис в случае, если бы правительство наряду с обязательным медицинским страхованием ввело бы и его добровольный вид на условиях государственного софинансирования. По полису, оплачиваемому в равных долях гражданином и бюджетом, в таком случае было бы возможно получать в государственных и частных поликлиниках и больницах «все виды медицинского обслуживания, кроме стоматологической помощи и помощи в случае сознательного причинения себе увечий». «Такой вид добровольного страхования называется кооперативным – идея принадлежит экспертам из КНР, которые представили программу новой кооперативной медицинской системы (NCMS) еще в 2002 году», – отмечает госпожа Канева.

Как показали результаты опроса, в рамках такой модели около трети респондентов готовы заплатить за «кооперативный» полис 1 тыс. руб. в год. Второй по популярности ответ – 500 руб. – был выбран 18% респондентов, еще 13% опрошенных заявили о желании заплатить за такую услугу 2,5 тыс. руб.

Авторы работы выяснили, что заплатить за полис от 500 до 1 тыс. руб. в большей степени готовы те, кто имеет хроническое заболевание. Возможное объяснение этому, отмечает госпожа Канева, – «низкий доход хронически больных или же получение дополнительных бесплатных услуг в рамках полисов ОМС в случае наличия инвалидности (например, бесплатные лекарства)». Последнее, по ее словам, означает,

что пациенты-хроники изначально не заинтересованы в покупке полиса ДМС, поскольку все необходимые им услуги есть в обязательном страховании. Аналогичным образом при возрастании цены готовность платить снижается у пенсионеров и жителей малых городов и деревень.

Впрочем, отмечают авторы работы, меры, направленные на оздоровление населения (снижение уровня хронических заболеваний) и улучшение его экономического благосостояния, смогут положительно повлиять на возможности населения отдавать в систему добровольного медицинского страхования с государственным софинансированием более крупные суммы – одновременно снижая вероятность заболеть. «Кооперативное медицинское страхование может решить проблему дефицита страховых фондов, характерную для системы ОМС нашей страны, и повысить результативность функционирования медстраха», – говорит господин Авксентьев. Кроме того, отмечает он, такая модель позволяет снизить долю неформальной оплаты в структуре расходов населения на медицину – сейчас неформальные платежи в больницах и клиниках, по его оценке, достигают 30%.

Источник: [Коммерсантъ](#) , № 54, 31.03.16

Автор: Мануйлова А.