

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.Н. Тимошук, 3 курс

*Научный руководитель – С.В. Чернорук, ассистент
Полесский государственный университет*

Необходимость медицинского страхования в современных условиях социальной и деловой активности не вызывает никаких сомнений, поскольку является наиболее удобным и гибким инструментом для быстрого возмещения ущерба и потерь, возникающих в различных сферах жизни и деятельности. Государство, оставаясь монополистом в сфере здравоохранения, пока не в состоянии обеспечить своим гражданам в рамках бесплатной помощи реализацию всех прав на получение медицинской помощи высокого качества. Это делает необходимым использование инструментов медицинского страхования, так как именно оно может стать одним из важнейших механизмов привлечения денежных средств как работодателей, так и частных лиц для финансирования медицинской помощи населению.

Медицинское страхование – это страхование, объектом которого является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при заболевании застрахованного лица [1, с. 167.]. Оно может осуществляться в обязательной и добровольной формах.

В настоящее время в РБ проводятся следующие виды медицинского страхования: медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж; медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся на территории Беларуси; добровольное медицинское страхование граждан республики.

Рассмотрим тенденции развития медицинского страхования в РБ. В 2009 году по добровольному страхованию медицинских расходов страховыми компаниями получено страховых взносов на сумму 9842,3 млн. рублей. Прирост поступлений за 2009 год по сравнению с аналогичным периодом 2008 года составил 52 %, а по сравнению с 2007 годом – 191 %. Таким образом, в 2009 году по сравнению с 2007 годом сумма страховых взносов по добровольному страхованию медицинских расходов увеличилась почти в 3 раза, а по сравнению с 2008 – в 1,5 раза. Данное обстоятельство, вызванное общей тенденцией расширения добровольных видов страхования, свидетельствует о развитии рынка добровольного страхования медицинских расходов в республике, хотя и не достаточными темпами. Так, в 2007 году удельный вес страхования медицинских расходов в общей сумме полученных страховых взносов составил всего 0,51%, в 2008 – 0,69 %, а в 2009 – 0,88 %.

В первом полугодии 2010 года по страхованию медицинских расходов получено страховых взносов на сумму 6357,1 млн. рублей. Прирост поступлений за 6 месяцев 2010 года по сравнению с аналогичным периодом 2009 года составил 44,6%. При этом удельный вес страхования медицинских расходов в общей сумме полученных страховых взносов составил уже 1,04%.

Если рассматривать структуру поступлений страховых взносов по добровольному страхованию медицинских расходов в разрезе страховых компаний, то можно заметить следующее. В 2008 году на рынке добровольного страхования медицинских расходов действовало 8 страховых компаний. Наибольший удельный вес занимали Белгосстрах и Промтрансинвест (30,44% и 25,46 % соответственно). В 2009 году наблюдается тенденция уменьшения на рынке доли данных страховых компаний и одновременное увеличение доли Белэксимгаранта. Так, если в 2008 году Белэксимгарант занимал всего 18,58 % рынка, то в 2009 – 27 %.

В структуре личного страхования по медицинскому страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в РБ в 2009 году получено

страховых взносов на сумму 7499,6 млн. рублей. Прирост поступлений за 2009 год по сравнению с аналогичным периодом 2007 года составил 75,1 %, а по сравнению с 2008 годом – 90 %, т.е. почти в 2 раза. При этом в 2009 году основную долю на рынке обязательного страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в РБ занимал Белгосстрах – 61,4 %, а Белэксимгарант – всего 38,6 %.

За 6 месяцев 2010 года по медицинскому страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в РБ получено страховых взносов на сумму 2,7 млрд. рублей. Прирост поступлений за 6 месяцев 2010 года по сравнению с аналогичным периодом 2009 года составил 26,4%. Таким образом, наблюдается снижение темпов роста по сравнению с предыдущими периодами.

Добровольное медицинское страхование в нашей стране отличается от аналогичного вида страхования в развитых странах, население которых характеризуется более высокой степенью платежеспособности и более высокой страховой культурой. В РБ данный вид страхования распространен в основном среди физических лиц, получающих достаточно высокие доходы.

Воспользовавшись возможностью приобрести полис добровольного медицинского страхования и впоследствии использовав его при лечении какого-то заболевания, человек, по сути, высвобождает деньги для тех, кто не может себе позволить получать медицинскую помощь на платной основе, т.е. происходит бюджетозамещение.

Для работников трудовых коллективов предприятий различных форм собственности наиболее предпочтительным является корпоративная форма заключения договоров. Однако далеко не все отечественные предприятия являются высокорентабельными, т.е. они просто не смогут платить за своих работников, а также далеко не каждый руководитель способен обосновать перед акционерами расширение «социального пакета» для своего персонала за счет прибыли предприятия. Активизация в этом сегменте страхования ожидается после того, как юридические лица – клиенты не только государственных, но и частных страховых компаний, получают возможность относить затраты по добровольному медицинскому страхованию на себестоимость, а не взимать эти средства из прибыли, как это происходит сейчас. Поэтому дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования будет происходить в основном за счет предпринимаемых страховыми организациями усилий по продвижению своих услуг в данной сфере.

Отмена же государственных гарантий предполагает введение обязательного медицинского страхования, так как добровольное страхование и частная медицина в чистом виде не позволяют решить всех проблем, связанных с оказанием медицинской помощи [2, с. 19.]. Вместе с тем обязательное медицинское страхование предполагает определенный уровень благосостояния людей.

В перспективе Беларуси необходимо постепенно переходить на общемировую, классическую практику медицинского страхования. Система добровольного страхования медицинских расходов, которая в настоящее время действует в нашей стране, предполагает установление страховой суммы, в пределах которой клиенту при наступлении страхового случая и будет оказана медицинская помощь. Классическая практика медицинского страхования подразумевает ежегодную уплату гражданами и (или) их нанимателями страховых взносов в соответствии с выбранной программой. При этом страховщик гарантирует клиенту оплату расходов при наступлении страхового случая вне зависимости от того, сколько стоит лечение — страховая сумма там отсутствует.

Кроме того, будут появляться дополнительные возможности для развития частной системы здравоохранения.

На основании проведенного исследования автор делает вывод, что в Республике Беларусь следует и дальше развивать добровольное медицинское страхование, так как это позволит:

1. застрахованным лицам расширить возможности получения необходимой медицинской помощи, а также получать ее за минимальную плату (за счет перераспределения страховых резервов, формируемых из страховых взносов организаций и граждан);
2. государственным организациям здравоохранения за счет оказания медицинской помощи в системе добровольного медицинского страхования формировать внебюджетные источники финансирования.

Список использованных источников

1. Страховое дело: учеб пособие / Н.Н. Мурина, А.А. Роговская. – Мн.: ИВЦ Минфина, 2005. – 246 с.
2. Пилипейко, М.М., Антонович, Н.С. Обязательно ли вводить ОМС / Пилипейко, М.М., Антонович, Н.С. // Страхование в Беларуси. - 2010. - № 3. - с. 16-19.