

Добровольное медицинское страхование работников в Республике Беларусь

Аналитическая записка

Авторы:

Ирина Точицкая, к.э.н., научный директор исследовательского центра ИПМ

Автушко-Сикорский Александр, магистр политологии, научный сотрудник Белорусского института стратегических исследований

Артеменко Елена, магистр социологии, научный сотрудник Белорусского института стратегических исследований

Елисеев Андрей, магистр политологии, научный сотрудник Белорусского института стратегических исследований

Урютина Дарья, бакалавр социологии, научный сотрудник исследовательского центра ИПМ

Оглавление	
Резюме	3
Введение	4
Обзор литературы о зарубежных системах добровольного медицинского страхования	6
Анализ законодательных барьеров для развития рынка медицинского страхования	10
Отношение населения, предприятий, страховых компаний и медицинских центров Беларуси к добровольному медицинскому страхованию.....	12
Предложения по развитию добровольного медицинского страхования в Беларуси	16
Литература.....	21
Приложение 1	23
Приложение 2.....	24

Резюме

Признавая необходимость государственной поддержки здравоохранения и предоставления гарантий на реализацию права на охрану здоровья как развитые, так развивающиеся страны и переходные экономики предпринимают шаги по созданию механизмов, позволяющих населению со-финансировать расходы на медицинское обслуживание и не требующих при этом оплаты услуг наличными. К таким механизмам относятся добровольное медицинское страхование (ДМС), роль которого в покрытии расходов на здравоохранение, как ожидается, будет возрастать.

В Беларуси ДМС практически не развито и его вклад в общее финансирование здравоохранения, по оценкам ВОЗ, составляет менее 1% ($\approx 0,3\%$). Вместе с тем, Министерство здравоохранения Беларуси неоднократно заявляло о заинтересованности в развитии добровольного медицинского страхования в дополнение к государственной системе медицинского обслуживания. В связи с этим в данной работе был проведен обзор литературы, дан анализ нормативно-правовой среды и на основании ряда опросов и углубленных интервью выделены факторы, влияющие на развитие добровольного медицинского страхования в Беларуси, как со стороны спроса (население и предприятия), так и со стороны предложения (страховые организации и организации здравоохранения). Проведенный в работе анализ позволил сформулировать ряд предложений, направленных на дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования. Данные предложения можно условно разделить на две группы: реализуемые в рамках действующей модели добавочного ДМС и допускающие возможность проведения реформ в системе здравоохранения и перехода к дополняющей модели ДМС.

Введение

В последние годы во многих странах усилилась дискуссия о том, каким образом найти правильный баланс между государственными и частными расходами на здравоохранение, не ухудшая при этом доступ к медицинским услугам для различных слоев населения. При этом признавая необходимость государственной поддержки здравоохранения и предоставления гарантий на реализацию права на охрану здоровья как развитые, так развивающиеся страны и переходные экономики предпринимая шаги по созданию механизмов, позволяющих населению со-финансировать расходы на медицинское обслуживание и не требующих при этом оплаты услуг наличными. К таким механизмам относятся добровольное медицинское страхование (ДМС), роль которого в покрытии расходов на здравоохранение, как ожидается, будет возрастать.

Это обусловлено рядом факторов. Во-первых, во многих странах оплата населения наличными занимает значительный удельный вес в общих расходах на здравоохранение. Например, в регионе Центральной и восточной Европы и СНГ его доля в данных расходах составляет 35-37%, а с стран Западной Европы – 15%. Такая ситуация приводит к усилению нагрузки на бюджеты домашних хозяйств. Во-вторых, во многих развивающихся и переходных экономиках отмечается сокращение государственных расходов на здравоохранение в процентах к валовому внутреннему продукту, что не может не оказывать влияние на качество медицинских услуг и доступ к ним. В-третьих, по мере роста доходов населения, увеличиваются его требования к качеству услуг и возрастает желание выбирать между различными организациями, в том числе государственного и негосударственного сектора, оказывающими медицинскую помощь. В-четвертых, в ряде стран ОЭСР добровольное медицинское страхование рассматривается как средство улучшения деятельности системы здравоохранения и повышения его эффективности. Поэтому и ВОЗ, и большинство исследователей сходятся во мнении, что ДМС следует рассматривать во взаимосвязи и взаимодействии с остальной системой здравоохранения. (Thomson 2011: 23).

Для того чтобы ДМС не сказалось на действующей системе здравоохранения отрицательно, должны выполняться два важных условия. Во-первых, с введением и расширением системы ДМС не должно ухудшиться положение граждан, полагающихся на государственную систему здравоохранения. Во-вторых, нуждающиеся в системе ДМС должны иметь к ней доступ. Если оба условия соблюдены, то ДМС может стать важным инструментом улучшения системы здравоохранения в стране (Ibid: 13).

В Беларуси Министерство здравоохранения неоднократно заявляло о заинтересованности в развитии добровольного медицинского страхования в дополнение к государственной системе медицинского обслуживания. В пользу ДМС также действуют такие факторы как:

- отсутствие роста расходов бюджета на здравоохранение в относительном выражении на фоне усиления нагрузки на систему в том числе и вследствие влияния демографических факторов. В 2010-2015 гг. расходы консолидированного бюджета на здравоохранение составили 3,8%-4% ВВП. Это ниже показателей по странам Центральной и Восточной Европы (Чехия 6%, Болгария – 4,5%, Венгрия – 5,1%, Литва 4,2%, Польша 4,6%, Словакия – 5,8%;¹
- относительно высокий удельный вес оплаты наличными в общих расходах на здравоохранение, который, по данным ВОЗ, составляет 27%;
- доминирование оплаты наличными в частных расходах на здравоохранение, достигшей 92% от данных расходов,

¹ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>

В то же время ДМС в стране практически не развито и его вклад в общее финансирование здравоохранения, по оценкам ВОЗ, составляет менее 1% ($\approx 0,3\%$). В связи с этим данная работа ставит своей целью анализ нормативно-правовой среды и факторов, влияющих на развитие добровольного медицинского страхования в Беларуси, как со стороны спроса (население и предприятия), так и со стороны предложения (страховые организации и организации здравоохранения), а также разработка рекомендаций по стимулированию ДМС. Изложение построено следующим образом: в первом разделе содержится обзор литературы и факторов, влияющих на развитие добровольного медицинского страхования, во втором разделе проведен анализ законодательства, затрагивающего вопросы добровольного медицинского страхования. В третьем разделе приведены результаты опроса населения, предприятий, медицинских центров и страховых компаний Беларуси о добровольном медицинском страховании. В заключении содержатся предложения, направленные на дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования.

Обзор литературы о зарубежных системах добровольного медицинского страхования

В последние годы добровольное медицинское страхование (ДМС) входит в число активно обсуждаемых тем. Ему был посвящен ряд специальных исследований, в которых рассматривались особенности ДМС в развитых, развивающихся странах и переходных экономиках, выгоды и издержки, связанные с его развитием, а также влияние на систему здравоохранения в целом. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) также уделяет особое внимание этой проблеме, отмечая, что роль ДМС в системе здравоохранения является неоднозначной, и она может способствовать ее фрагментации². В связи с этим в данном разделе приводится обзор литературы, с целью выяснения понятия ДМС, его видов, рассмотрения факторов, обуславливающих его развитие и спрос на него на разных рынках, плюсы и минусы данного вида финансирования медицинских услуг, а также его роли в развитии системе здравоохранения.

В литературе приводится ряд определений добровольного медицинского страхования, которые можно обобщить следующим образом: ДМС – это способ организации медицинского обслуживания, предполагающий, что в случае возникновения страхового случая, медицинская помощь оплачивается за счет страховщика, с которым добровольно заключили договор отдельные лица или работодатели от их имени. Таким образом, ДМС может осуществляться в двух формах – индивидуального и коллективного страхования.

В наиболее общем виде и в зависимости от того, как они сочетаются с государственной системой здравоохранения выделяют следующие модели ДМС: замещающая, дополняющая и добавочная. Замещающая (substitutive) модели ДМС — функционируют в тех системах здравоохранения, где частное страхование является основным источником финансирования охраны здоровья для части населения. Остальные модели ДМС —добавочная (supplementary), дополняющая (complementary) — работают в дополнение к государственной системе охраны здоровья, которая является основной (Приложение 1).

Исследования особенностей функционирования рынка ДМС в различных странах показывают, что его развитие во многом определяется степенью охвата населения государственным медицинским страхованием, набором и качеством предоставляемых населению медицинских услуг, а также распространенностью неформальных платежей, т.е. состоянием и особенностями функционирования государственной системы здравоохранения.

² http://who.int/health_financing/topics/voluntary-health-insurance/en/

Таблица 1.1 Факторы развития рынка ДМС

Факторы развития рынка	Целевые группы населения для ДМС
------------------------	----------------------------------

Государственная система здравоохранения

Широта охвата государственной системой здравоохранения (удельный вес населения охваченного государственной системой здравоохранения)	не охваченные государственной системой здравоохранения или могут отказаться от нее
Объем предоставляемых государством медицинских услуг (набор услуг, гарантированный государством)	Желающие получить услуги, не предоставляемые государственной системой
Глубина охвата медицинских услуг государственной системой (стоимость гарантированного набора услуг, покрываемая государственным финансированием)	а) Желающие получить услуги более высокой стоимости (например, отдельная палата в больнице) б) все население в случае, если система государственного здравоохранения организована так, что население должно частично профинансировать гарантированный государством набор услуг
Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг	Желающие получить более быстрый доступ к услугам и услуги более высокого качества, а также иметь больший выбор поставщиков услуг

Страховой рынок

<p>Стоимость страховки</p> <p>Группы населения, исключаемые из ДМС</p> <p>Услуги, включаемые в программы ДМС</p> <p>Взаимодействие страховщика с поставщиком медицинских услуг</p> <p>Взаимодействие страховщика со страхователем (например, страхователю необходимо вначале оплачивать услугу наличными, а потом обращаться к страховщику за возмещением расходов)</p> <p>Степень контроля страховщиков эффективности и качества предоставления медицинских услуг</p>	Все население
--	---------------

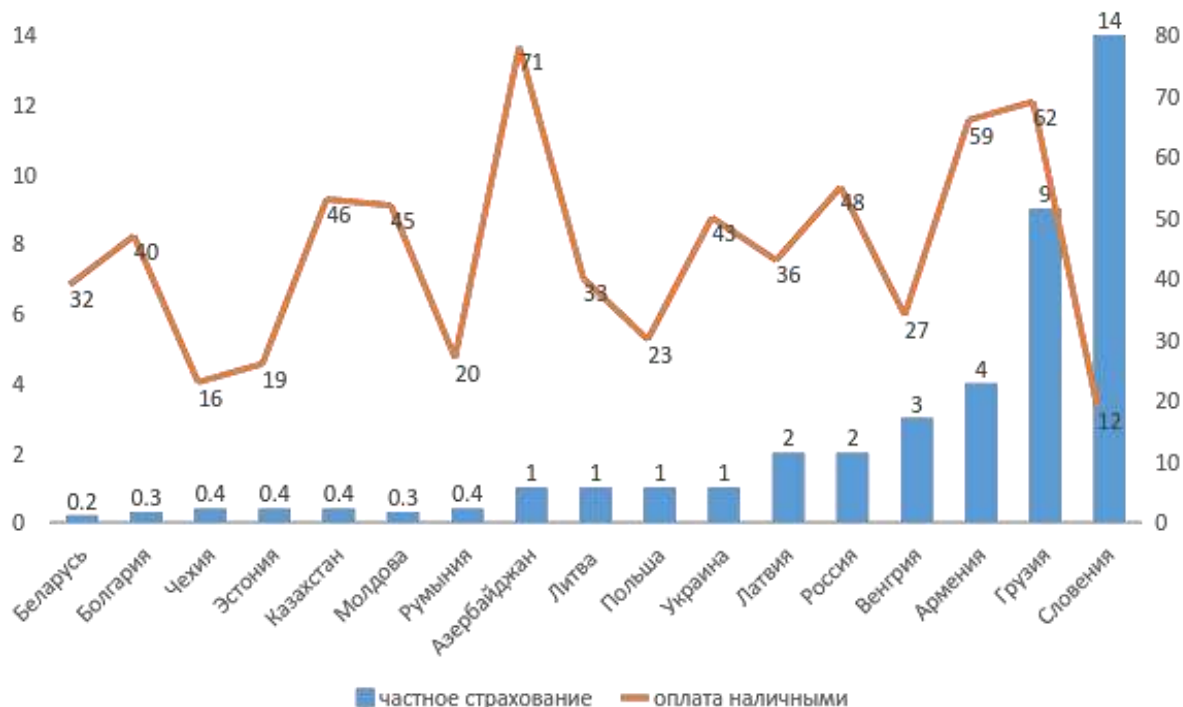
Налоговая система

<p>Возможность включения ДМС в расходы предприятий (в случае страхования предприятиями сотрудников)</p> <p>Наличие налоговых льгот при участии в программах ДМС (в том числе в зависимости от стоимости и объема</p>	Все население и предприятия (коллективное страхование)
--	--

Источник: составлено авторами по Foubister et al. (2006), Kutzin J et al. (2010)

На развитие рынка добровольного медицинского страхования несомненно не могут не оказывать влияние факторы со стороны спроса, а именно готовность и возможность предприятий и населения участвовать в ДМС. Возможность населения осуществлять добровольное медицинское страхование во многом обусловлена его платежеспособностью. Однако данный фактор не является определяющим, если государственная система здравоохранения является всеобщей, а ДМС развивается в дополнении и в том числе параллельно к ней. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что развитие ДМС слабо связано с уровнем доходов населения. Даже в странах Западной Европы с высоким уровнем подушевого дохода (Швеция, Дания, Финляндия, Австрия, Италия и т.д.), население предпочитает оплачивать наличными те медицинские услуги, которые оно хочет получить помимо тех, что предоставляются государственной системой здравоохранения, или в добавление к ним. Как уже отмечалось ранее определяющим является особенность функционирования государственной системы здравоохранения и то, как ДМС взаимодействует с ней. В большинстве европейских стран и государств СНГ, в которых традиционно наблюдается высокий охват населения системой государственного здравоохранения, расходы на частное медицинское страхование в общих расходах на здравоохранение находятся на очень низком уровне. Они составляют в среднем 1-2% по странам Центральной и Восточной Европы и государствам СНГ (за исключением Грузии и Словении) и 2-3% по странам Западной Европы (за исключением Германии и Франции).

Рисунок 1.1. Доля частного страхования и оплаты наличными в общем финансировании расходов на здравоохранение в странах Центральной, Восточной Европы и СНГ в 2013 г.



Источник: Global Health Expenditure Database. WHO.

Таким образом, при наличии всеобщей системы государственного здравоохранения даже те, кто без проблем могут позволить себе участи в ДМС, предпочитают самостоятельно оплатить нужную им услугу (например, дополнительное обследование

или улучшенную палату). Причем этот эффект можно наблюдать в отдельных странах даже в отношении тех услуг, которые исключены из государственного здравоохранения или не охвачены им. Как показывает международный опыт, предпочтительной для себя формой участия в ДМС население считает коллективное страхование через работодателей, профсоюзы, территориальные сообщества и т.д. Индивидуальная покупка страховки в большинстве случаев происходит только, если это: а) позволяет получить нужные медицинские услуги, не покрываемые государственной системой здравоохранения; б) избавляет от риска понести большие финансовые расходы при получении медицинской услуги, даже если вероятность материализации такого рода риска низка.

Международный опыт свидетельствует о том, что развитие ДМС может сдерживаться факторами, действующими со стороны предложения, такими как медицинская инфраструктура и страховой рынок. Например, если большая часть медицинских услуг в рамках ДМС, которая действует добавочно к государственной системе здравоохранения, предоставляется частными медицинскими центрами, то важно насколько развита их сеть. В случае, когда есть проблемы с доступом к ней за пределами крупных городов для населения, проживающего в малых городах и сельской местности, привлекательность добровольного медицинского страхования будет снижаться из-за проблем с географической доступностью.

С точки зрения страхового рынка на желание участвовать в ДМС будут оказывать как стоимость страховки, так и ее охват (группы населения и услуги), а также форма взаимодействия страховщика со страхователем при возникновении страхового случая и страховщика с поставщиком медицинских услуг. Привлекательность ДМС будет снижаться, если страховщику не может обеспечить надлежащий контроль качества и эффективности предоставленных услуг. Таким образом, степень развития страхового рынка оказывает существенное влияние на расширении охвата ДМС, повышая его привлекательность для населения, развивая операционные возможности страховых компаний и снижая их риски.

Рисунок 1.2. Доля частного страхования и оплаты наличными в общем финансировании расходов на здравоохранение в странах Западной Европы в 2013 г.



Источник: Global Health Expenditure Database. WHO

Анализ законодательных барьеров для развития рынка медицинского страхования

В работе был проведен анализ соответствия нормативно-правовой среды задачам расширения участия ДМС в финансировании общих расходов на здравоохранение. В настоящее время функционирование системы ДМС в Беларуси регулируется тремя законодательными актами: Концепцией добровольного медицинского страхования (далее – Концепция), Инструкцией о добровольном страховании медицинских расходов (далее – Инструкция), и Приказом Министерства здравоохранения №15 «О добровольном медицинском страховании».

В ходе исследования было установлено, что государственное регулирование условий договоров ДМС является либеральным. Государство не устанавливает ограничения на страховую премию и не выдвигает требования к условиям договора. Они являются предметом договоренности между страхователем и страховщиком. государство осуществляет лишь надзор (в виде необходимости утверждения) над правилами страхования, в соответствии с которыми страхователь выбирает программу ДМС. Правила страхования, в свою очередь, составляются страховщиком или объединением страховщиков.

Таблица. 2.1. Регулирование условий договора о добровольном медицинском страховании, в Беларуси

Тип регуляторной меры	Регуляторная мера	Регулирование в Беларуси
Регулирование условий договора ДМС	Ограничение суммы выплат по страховке или размера страховых взносов	Отсутствует. Сумма выплат по страховке является предметом договоренности между страхователем и страховщиком. Ограничение действует лишь в сторону застрахованного лица: сумма выплаты не может превысить сумму, оговоренную в договоре страхования. Размер страховых взносов определяется страховщиком по согласованию с Министерством финансов.
	Обязательства по предоставлению определенных выплат и/или определенных услуг	Отсутствуют. Страховщик обязуется предоставить выплаты, соответствующие договору страхования, заключенному со страхователем. Содержание договора, в свою очередь, регулируется правилами страхования, составленными страховщиком, и является предметом договоренности.
	Ограничение по типам услуг, предоставляемых владельцами страховых центров	Присутствует: расширение списка программ страхования в рамках ДМС регулируется правилами страхования конкретного страховщика. Внесение изменений и дополнений в эти правила, в свою очередь, требует согласования с Министерством финансов.
	Ограничение списка предлагаемых услуг и необходимость дополнительного утверждения при расширении этого	

	списка	
--	--------	--

Источник: оценка авторов

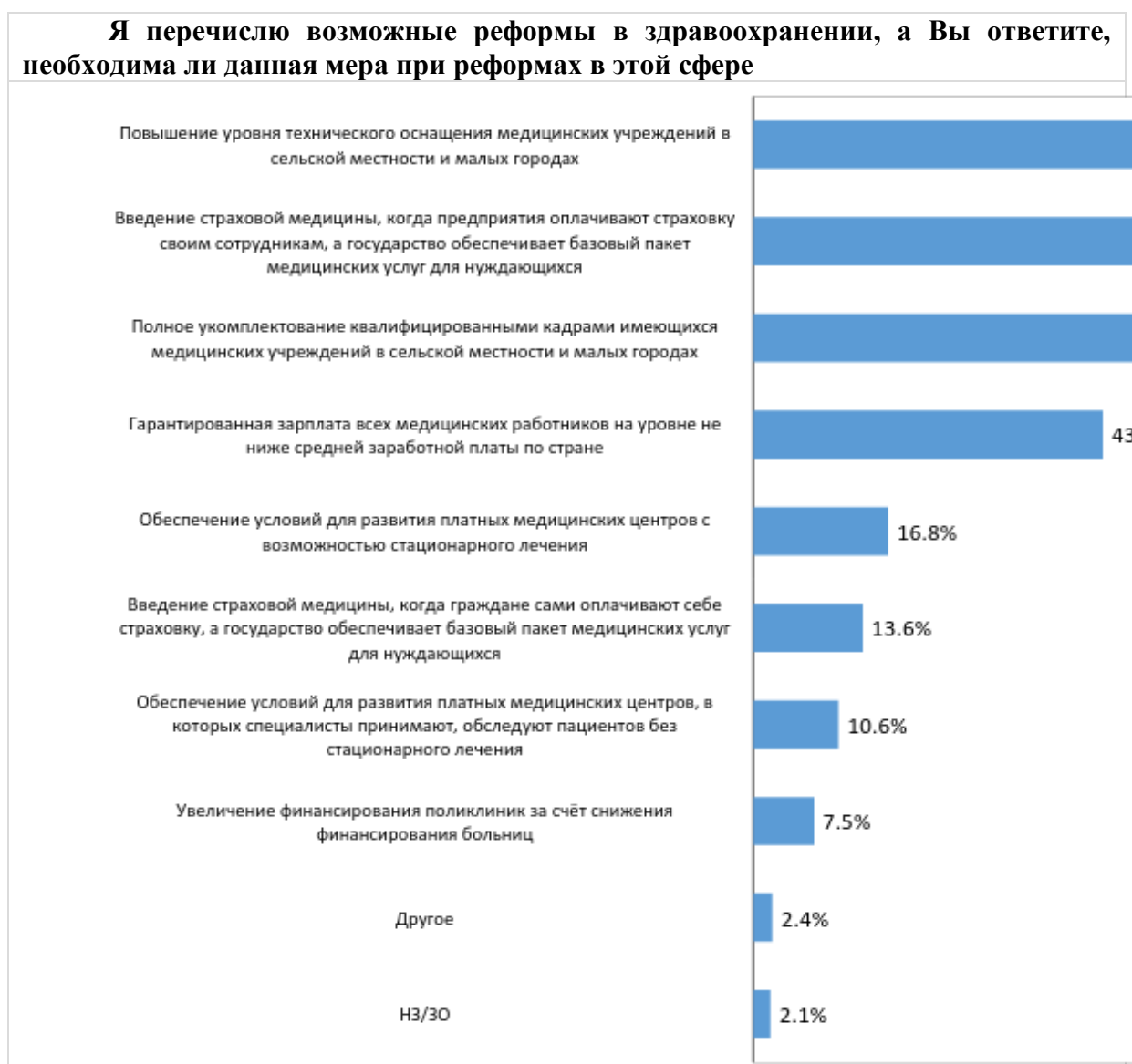
Однако отсутствие регулирования предельного размера по системе ДМС могут снижать стимулы страхователей к покупке страховки. В свою очередь страховщики могут завышать страховые тарифы для повышения нормы прибыли страхования по системе ДМС учитывая склонность покупателей страховки к использованию всей суммы страховой выплаты для покрытия медицинских расходов.

Положительное влияние на развитие рынка ДМС в Беларуси оказало снятие ограничений на форму собственности организаций здравоохранения при отнесении предприятиями страховых взносов по договорам добровольного медицинского страхования на затраты. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 14 апреля 2014 г. № 165 «О внесении изменений и дополнений в указы Президента Республики Беларусь по вопросам страховой деятельности» предприятия могут включать страховые взносы по ДМС в затраты по производству и реализации продукции вне зависимости от формы собственности организации здравоохранения, оказывающей услуги работникам данного предприятия в рамках договора ДМС.

Отношение населения, предприятий, страховых компаний и медицинских центров Беларуси к добровольному медицинскому страхованию

Исследование также показало, что население рассматривает введение страховой медицины как одну из основных мер реформирования здравоохранения. Как свидетельствуют данные опроса 57,6% населения считает, что проводить реформирование системы здравоохранения необходимо срочно, в течение ближайших 1-2 лет (Приложение 2). При этом почти половина из них полагает, что одной из мер должно быть введение страховой медицины, когда предприятия оплачивают страховку своим сотрудникам, а государство обеспечивает базовый пакет медицинских услуг. Следует отметить при этом, что население не готово платить за медицинскую страховку самостоятельно, и только 13,6% опрошенных поддержали эту идею. При этом большинство наёмных работников придерживаются мнения, что программа медицинских услуг/страховки от предприятия очень важна, и является как минимум значимым фактором при выборе ими работодателя. Это коррелирует с ситуацией, наблюдаемой в других странах, когда населения рассматривает коллективное страхование через работодателей, профсоюзы, территориальные сообщества в качестве предпочтительной формы участия в ДМС.

Рис. 3.1. Ответы респондентов о возможных реформах в здравоохранении



Источник: опрос населения

В свою очередь опрос предприятий выявил, что только 25% организаций с численностью работников свыше 15 человек пользуются программами ДМС. При этом 5,2% предприятий пользовались программой раньше, но отказались от нее в основном в связи с ухудшением экономического положения. На экономические причины сослались также и те предприятия, которые никогда не предоставляли работникам ДМС. В частности они указывали на то, что у них «недостаточно средств для дополнительных инструментов мотивации сотрудников»

Рис. 3.2. Ответы респондентов об осведомленности относительно возможности и использования добровольного медицинского страхования сотрудников предприятий



Источник: опрос предприятий

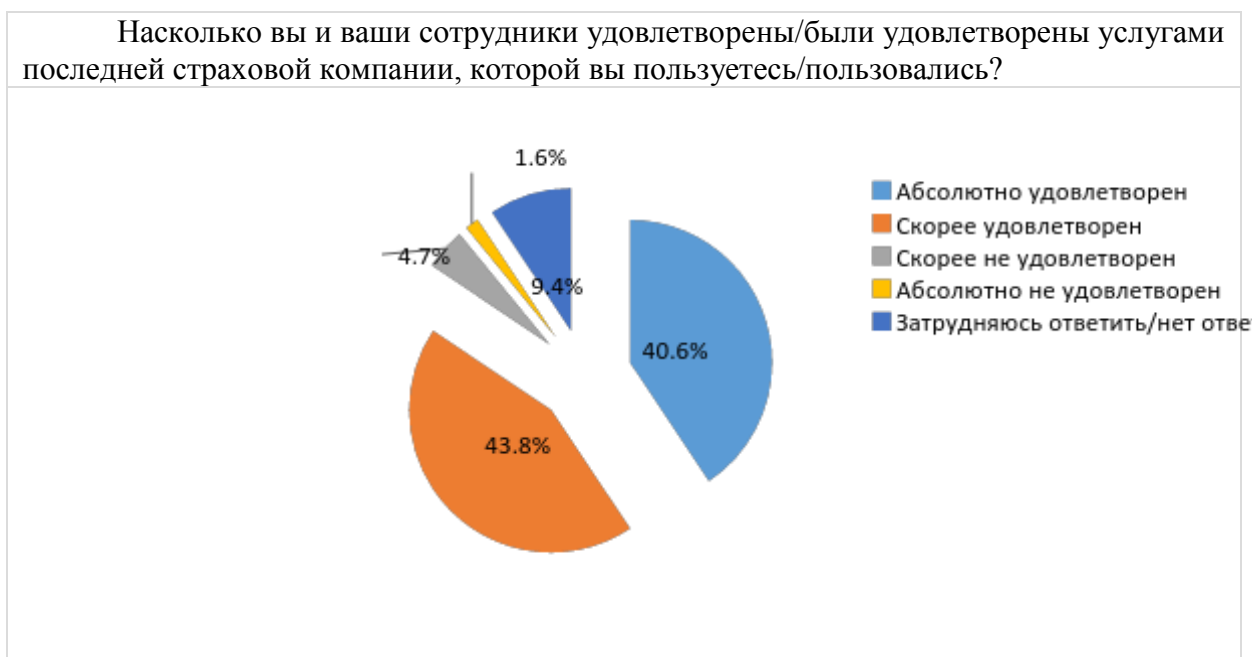
Рис. 3.3. Распределение ответов респондентов на вопрос о том, почему предприятие не использует программы медицинского страхования сотрудников



Источник: опрос предприятий

Среди предприятий, вовлеченных в ДМС, уровень удовлетворённости услугами страховых компаний является достаточно высоким: 40,6% говорят о том, что удовлетворены полностью, 43,8% - скорее удовлетворены. В качестве причин недовольства программами ДМС называется недостаточно широкий перечень оказываемых услуг, отсутствие единой медицинской карты (24,3%) и претензии к списку учреждений, оказывающих услуги (23,3%). И те, кто пользуется ДМС, и те, кто нет в качестве приоритетных медицинских услуг по данной программе указали анализы, диагностику, экстренную медицинскую помощь, регулярный осмотр, услуги врачей специалистов. Менее 15% предприятий указывают на то, что в страховку должны включаться реабилитация, ведение беременности, обеспечение медикаментами. Для почти 60% предприятий наиболее предпочтительной является возможность обслуживаться в разных государственных и коммерческих учреждениях.

Рис. 3.4. Ответы респондентов о степени удовлетворенности услугами последней страховой компании, которой они пользовались



Источник: опрос предприятий

Опрошенные в ходе исследования страховые компании и медицинские центры полагают, что в настоящее время не существует барьеров для расширения сотрудничества между ними по программам ДМС. Это согласуется с выводами, сделанными при изучении имеющейся в Беларуси нормативно-правовой базы, регулирующей развитие ДМС. В качестве основной причины, препятствующей более широкому использованию добровольного медицинского страхования как предприятиями, так и населением называлось их неблагоприятное экономическое положение. И страховые компании, и медицинские центры также указывали на ряд коммуникационных проблем, считая, однако их преодолимыми.

Предложения по развитию добровольного медицинского страхования в Беларуси

Проведенный в работе анализ позволяет сделать ряд предложений, направленных на дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования и расширения участия в нем населения. Данные предложения можно условно разделить на две группы: реализуемые в рамках действующей модели добавочного ДМС и допускающие возможность перехода к другой модели ДМС.

Предложения по развитию ДМС в рамках имеющейся модели

- Расширение перечня услуг, оказываемых в рамках ДМС, и медицинских организаций, вовлеченных в такого рода программы. Результаты опроса населения показали, что 49,6% работников предприятий, участвующих в программах ДМС, не довольны набором предоставляемых услуг, 15,4 % – их качеством, 13,7% – списком оказывающих их медицинских учреждений. Следствием этого является неудовлетворенность почти трети опрошенных программами ДМС. В свою очередь, опрос предприятий также выявил что причиной недовольства программами ДМС являются недостаточно широкий перечень оказываемых услуг, на который указали 39,2% респондентов (кроме тех, которые удовлетворены абсолютно), и список учреждений, оказывающих услуги (23,3%). Таким образом, расширение перечня услуг и формирование его исходя из ожиданий сотрудников и предприятий является важным фактором развития добровольного медицинского страхования в Беларуси.

- Коммерческим медицинским центрам стоит обратить внимание на повышение своего имиджа поставщиков услуг добровольного медицинского страхования как с точки зрения их набора, так и качества. Как показывает опрос населения, 36,5 % тех, кто пользуется услугами ДМС на предприятии и 38,7% тех, у кого предприятие не страхует сотрудников, предпочли бы получать медицинские услуги по программам добровольного медицинского страхования в одном государственном учреждении здравоохранения широкого профиля. В то же время желание обслуживаться в одном частном коммерческом медицинском центре выразили только 10,6% работников, имеющих страховки от предприятия и столько же из тех, кто не имеет такого рода программ. В разных государственных и коммерческих медицинских центрах хотели бы получать услуги ДМС соответственно 21,2 % и 22,5% работников.

- В свою очередь страховым компаниям необходимо более активно заниматься продвижением ДМС среди предприятий и информировать их о стоимости страховки. Согласно опросу 22,5% предприятий указали на то, что не используют ДМС поскольку «не поступало предложений от страховых компаний». Согласно расчетам, интенсификация усилий по продвижению и продажам услуг может привести к тому что ДМС начнут использовать дополнительно еще около 2 тыс. организаций с численностью работающих от 15 человек. Опрос показал, что стоимость программ медицинского страхования сотрудников предприятия является относительно невысокой. Например, 25,4% представителей предприятий, использующих программу страхования, или 42,1% тех, кто смог ответить на этот вопрос назвали сумму в 50 долларов США. В среднем по предприятиям, затраты на одного сотрудника в год составляют около 98 долларов США. и попадает в интервал, соответствующий точке оптимальной стоимости с точки зрения максимальной стоимости, к которой готовы максимальное число предприятий (50-100 долларов США).

- В рамках программ ДМС страховым компаниям необходимо создание общей медицинской карты для пользователей страховки, поскольку ее

отсутствии затрудняет передачу информации из одного медицинского учреждения в другое и усложняет взаимодействие с клиентами. Отсутствие такого рода карты 24,3% предприятий посчитали важной причиной неудовлетворенности услугами страховой компании.

- Необходимо проводить информационные кампании для повышения осведомленности населения и предприятий о программах добровольного медицинского страхования, предоставляемых ими возможностях, а также их стоимости. Во-первых, опрос населения выявил, что даже среди тех, кто участвует в ДМС от предприятия 13,7% не пользуется ей, поскольку не знает, как это делать. Во-вторых, среди опрошенных предприятий 16,7% отмечали, что не страхуют сотрудников, поскольку у них недостаточно информации о ДМС. Более того 15,7% ошибочно полагают, что расходы за страхование сотрудников относятся на прибыль. В-третьих, среди предприятий, не участвующих в ДМС, 20,3% в качестве причины указывали на то, что сотрудники предпочитают другие средства мотивации. Отчасти это объясняется недостаточной осведомленностью сотрудников о программа добровольного медицинского страхования, а отчасти тем, что для наёмных работников предоставление дополнительной возможности по сохранению и поддержанию здоровья не являются ценностью. Таким образом, целевой аудиторией для формирования установок по использованию ДМС могут быть и наниматели, и наёмные работники. По мнению предприятий, именно заинтересованность сотрудников является самым важным побудительным мотивом для участия в программа ДМС и только 18,8% предприятий, не использующих страхование сотрудников, ни при каких условиях не прибегнут к этому механизму.

- Предоставление налоговых льгот для населения и предприятий не является стимулом для покупки полисов ДМС и поэтому его использование не представляется целесообразным. Опрос выявил, что такого рода льготы могут стать побудительным мотивом для медицинского страхования сотрудников только для 9,4% предприятий. Международный опыт также свидетельствует о том, что не существует четко выраженной связи между предоставлением налоговых льгот и расширением использования ДМС.

- Приказ №15 «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь» регулирует процедуру взаимодействия между страховщиками и государственными организациями здравоохранения по предоставлению медицинских услуг в рамках договоров ДМС. В свою очередь, подобного рода регулирование процедуры взаимодействия с частными центрами отсутствует (Инструкция «О добровольном медицинском страховании» регулирует отношения между страхователем и страховщиком). Как результат, отношения между страховщиками и частными медицинскими центрами строятся на ситуативных взаимодействиях, что может приводить к дополнительным издержкам для страховщиков (например, в виде излишнего использования медицинскими центрами расширенной диагностики застрахованных лиц). Введение регулирования процедуры взаимодействия частных медицинских центров и страховщиков способствовало бы снижению риска возникновения такого рода проблем.

- Более активное продвижение ДМС Министерством здравоохранения в повышение уровня его взаимодействия с такими участниками рынка ДМС, как медицинские центры и страховые компании. В частности, Министерство могло бы регулировать данный рынок и снижать риски для страховых компаний составляя примерный список процедур, необходимых для диагностики того или иного заболевания и устанавливая правила и набор документов, требуемых для оформления страховки. Например, требование предоставления медицинской справки о состоянии здоровья. Для снижения степени бюрократизации следует

стимулировать переход на электронный документооборот между страховыми компаниями и медицинскими центрами, а также компьютеризацию последних. Процесс работы с ДМС предполагает предоставление страховым компаниям со стороны медицинских центров ряда документов, которые составляются отдельно для каждой манипуляции для отдельного пациента. С одной стороны, существует стандартизированная форма таких документов, но с другой стороны они должны быть предоставлены не в электронном, а в печатном виде, что несколько усложняет и увеличивает продолжительность процедуры коммуникации между сторонами.

- Сокращение неформальных платежей в системе здравоохранения, поскольку они являются существенным фактором, препятствующим развитию ДМС. Как показывает опыт других стран, их наличие приводит к тому, что население не видит смысла в ДМС, так как считает, что ему придется платить дважды при получении медицинской услуги (страховую премию и неформальный платеж); полагает, что неформальный платеж позволит получить услугу в большем объеме, быстрее и лучшего качества; считает, что неформальный платеж позволяет получить услугу такого же качества, что и в рамках ДМС, но возможно дешевле.

Предложения по развитию ДМС в рамках реформируемой системы здравоохранения

Приведенные выше предложения по развитию ДМС основываются на сохранении действующего подхода к организации системы здравоохранения (всеобщая система здравоохранения, предусматривающая предоставление бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения³) и использования добровольного медицинского страхования в добавление к нему (добавочная модель).

Однако следует отметить, что в рамках такого подхода остаются не решенными ряд задач:

- создание механизмов, позволяющих населению со-финансировать расходы на медицинское обслуживание и не требующих при этом оплаты услуг наличными с целью недопущения усиления нагрузки на бюджеты домашних хозяйств;
- увеличение роли ДМС в покрытии расходов на здравоохранение.

Это обусловлено рядом факторов. Во-первых, как показывает международный опыт, когда ДМС является добавочной и функционирует практически параллельно с государственной системой здравоохранения, охватывающей все слои населения и предоставляющей широкий набор медицинских услуг, его роль в финансировании здравоохранения всегда является минимальной (как правило 1-2% ВВП). Во многом это объясняется тем, что в основном население не видит особого смысла в такого рода тратах, поскольку чувствует себя защищенным государственной системой здравоохранения от рисков понести существенные финансовые расходы в случае болезни. Как уже отмечалось ранее оно покупает страховку только, если хочет получить нужные медицинские услуги, не покрываемые государственной системой здравоохранения или защищает себя от риска больших финансовых расходов в случае необходимости получения медицинской услуги (например, при выезде за границу). Во-вторых, и международный опыт, и опросы населения показывают, что предпочтительной для себя формой участия в ДМС население считает коллективное страхование через работодателей, профсоюзы, территориальные сообщества и т.д. В то же время в Беларуси, опрос предприятий показал, что средняя сумма ДМС работников составляет 98 долларов США (при этом четверть предприятий тратит на ДМС одного сотрудника менее 50 долларов США), а интенсификация усилий по

³ Закон Республики Беларусь «О Здравоохранении» <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p2=2/399>

продвижению и продажам ДМС может привести к повышению уровня его использования за счет вовлечения в такого рода программы максимум около 2 тыс. организаций размером от 15 человек.

Таким образом, потенциал роста ДМС за счет предприятий также является ограниченным и может составить ежегодно 3-3,5 млн долларов США или 0,2% от расходов консолидированного бюджета на здравоохранение в 2015 г. Следовательно маловероятно, что в рамках добавочной модели добровольное медицинское страхование в Беларуси сможет положительно сказаться на увеличении расходов на здравоохранение, повышение его качества и эффективности.

В то же время население, согласно опросу, указывает на необходимость повышения качества оказания медицинских услуг, роста уровня технического оснащения медицинских учреждений, в том числе в малых городах и сельской местности (эту меру называют 51,2% опрошенных), а также на полное укомплектование квалифицированными кадрами медицинских учреждений (эту меру называют 49,2% опрошенных). Достижение данных целей в рамках существующего государственного финансирования действующей модели здравоохранения на уровне 3,8-4% ВВП является проблематичным. Это подтверждает и тот факт, что население понимает необходимость реформ, за проведение которых высказывалось 80,2 % опрошенных, при этом 57,6% полагают, что их нужно делать безотлагательно. Как показывают данные опроса, введение страховой медицины является одной из самых популярных мер реформирования системы здравоохранения с учетом того, что государство должно обеспечить базовый пакет медицинских услуг. Таким образом, население фактически выступает за переход к дополняющей модели ДМС, которая будет со-финансировать государственную систему здравоохранения, гарантирующую доступ к базовому пакету услуг. Однако нельзя не отметить, что, радуя за повышение роли добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения, оно не хотело бы осуществлять его самостоятельно, а предпочитает переложить расходы на предприятия. Это соответствует практикам, наблюдаемым в странах, использующих дополняющую модель ДМС, в которой зачастую именно коллективному страхованию и страхованию через местные территориальные сообщества отводится ведущая роль. Например, во Франции 43% застрахованы ДМС именно в рамках коллективных контрактов.

Исходя из вышесказанного можно сформулировать ряд предложений по развитию ДМС в случае перехода на дополняющую государственную систему здравоохранения модель:

- Определение степени покрытия государством медицинских услуг и необходимого со-финансирования через ДМС или самостоятельно пациентом (например, государство оплачивает только 70% стоимости операции). Определение базового набора медицинских услуг, предоставляемых государством населению, в таком случае за счет ДМС будут оплачиваться не входящие в данный набор услуги, расходы на которые не будут покрываться государственной системой здравоохранения.
- Регулирование государством страховой премии в рамках дополняющей модели ДМС и установление ее свободно в рамках добавочной, которая также может использоваться для финансирования услуг здравоохранения.
- Законодательное разрешение деятельности некоммерческих организаций взаимного кредитования, поскольку как показывает международный опыт, именно они являются одними из основных организаций, предлагающих ДМС, в странах, использующих дополняющие модели. Например, во Франции взаимные страховые компании составляют 82% от всех компаний на рынке ДМС, на них приходится 55% оборота рынка. В Беларуси общества взаимного

страхования были разрешены до 2007 года. В 2006 году был отменен Декрет о страховании №20 (в нем такие общества указывались), который заменили Декретом №530, который не содержит положения о данных обществах. В 2007 году статья об обществах взаимного страхования была исключена в том числе из Гражданского кодекса.

- Разработка механизмов, обеспечивающих доступ малообеспеченных слоев населения к ДМС и медицинской помощи. Например, компенсация расходов на ДМС для данной категории населения или установление для них пониженной страховой премии.

- Поддержание конкуренции на рынке ДМС. Государству необходимо не допускать монополизации данного вида страхования. Конкуренция на рынке ДМС будет способствовать появлению новых продуктов и будет оказывать влияние на премию.

Данные предложения не являются исчерпывающими, носят ориентировочный характер⁴ и могут быть реализованы только при принятии решения о реформе государственной системы здравоохранения.

⁴ Они во многом зависят от того, каким образом будет реформирована система здравоохранения

Литература

Berk, Marc L., and Alan C. Monheit, 2001. "The Concentration of Health Care Expenditures, Revisited." *Health Affairs* 20 (2): 9–18.

Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, 72, 155-181.

Boslaugh Sarah E. *Health Care Systems Around the World. Comparative Guide*. SAGE publications, 2013.

Brunner et al., 2012. *Private Voluntary Health Insurance: Consumer Protection and Prudential regulation*. World Bank, 2012, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13093/689640PUB0Publ067926B09780821387566.pdf?sequence=1>

Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. *France: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(3): 1–218.

Claxton, G. and J. Lundy. 2008. "How Private Health Coverage Works: A Primer 2008 Update." Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.

Colombo F, Tapay N. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. In Towards high-performing health systems: policy studies*. Paris: OECD, <http://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>

Durand-Zaleski I. The health system in France. *Eurohealth* Vol 14 No 1 - 2008. LSE Health, London School of Economics and Political Science - London, United Kingdom.

Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. 2007. *The Economics of Health and Health Care*. 5th edition. Pearson Prentice Hall. New Jersey.

Foubister T et al. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Garnero M, Le Palud V (2013). *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010*. Paris, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Études et résultats No. 837).

Kiil A. *Private health insurance in a universal tax-financed health care system - an empirical investigation*. PhD thesis. Research Unit of Health Economics at the Institute of Public Health of the University of Southern Denmark. September 2011. Available at http://www.kora.dk/media/339382/aki_private_health_insurance.pdf

Kutzin J et al. (2010) *Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos E. and Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27 February 2002, <http://ww.policy-centre.com/downloads/Voluntary-Health->

Insurance-EU-2002.pdf.

OECD 2004, *Proposal for a taxonomy of health insurance OECD Study on Private Health Insurance*. OECD Health Project.

Perronnin M, Pierre A, Rochereau T (2011). *La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès*. Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Questions d'économie de la santé No. 161).

Preker A., Sheffler R. and Bassett M. 2007. Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?. Washington, DC: World Bank. Available at <http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/108690804970c1909f56df336b93d75f/VHI%2BBook.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=108690804970c1909f56df336b93d75f>.

Richardson, E. et al. 2013. Belarus. Health System Review. Health Systems in Transition, Vol.15 No.5.

Søgaard, R., Bech, M., & Olsen, J. *Effekten af private sundhedsforsikringer på forbruget af offentligt finansierede sygehusydelser* (In English: The effect of private health insurances on the use of publicly financed hospital services). 2011. Centre for Applied Health Services Research and Technology Assessment (CAST).

Thomson S. and Mossialos E. Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. London School of Economics and Political Science, 2009, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en>.

Thomson S., 2011. *Voluntary health insurance and health system performance in the European Union*. A thesis submitted to the Department of Social Policy of the London School of Economics for the degree of Doctor of Philosophy, London, October 2011, http://etheses.lse.ac.uk/226/1/Thomson_Voluntary_health_insurance_and_health_system.pdf.

Tuohy, C.H., Flood, C.M., & Stabile, M. 2004. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshelling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, (3359) 396.

White, J. 2009. Gap and Parallel Insurance in Health Care Systems with Mandatory Contributions to a Single Funding Pool for Core Medical and Hospital Benefits for All Citizens in Any Given Geographical Area. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34, (4) 543-583.

World Health Organization, Global Health Expenditure Database, 2013.

Кулак, Л.А. 2014. Медицинское страхование в Республике Беларусь. Вопросы организации и информатизации здравоохранения, №1. Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000895_322204_2_Reports_1_143pat3.pdf].

Шарабчиев Ю. Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против, *Медицинские новости*, №5, 2012, <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5267>

Закон Республики Беларусь «О бухгалтерском учете и отчетности» от 12 июля 2013 г. №57-3. Режим доступа: [<http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p2=2/2055>].

Закон Республики Беларусь «Об аудиторской деятельности» 12 июля 2013 г. №56-

3. Режим доступа: [<http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=H11300056>].

Инструкция о порядке оформления и согласования правил страхования и страховых тарифов по добровольным видам страхования. Постановление Министерства финансов Республики Беларусь №37. Режим доступа: [http://www.minfin.gov.by/upload/insurance/acts/postmf_200614_37.pdf].

О Концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь. Постановление Совета Министров Республики Беларусь №1180 от 22.09.2014. Режим доступа: [http://www.minfin.gov.by/upload/insurance/acts/postsm_220904_1180.pdf].

О Концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь. Постановление Совета Министров Республики Беларусь 22 сентября 2004 г. № 1180. Режим доступа: [http://www.minfin.gov.by/upload/insurance/acts/postsm_220904_1180.pdf].

Об утверждении Инструкции о добровольном страховании медицинских расходов. Постановление Министерства финансов Республики Беларусь 9 июня 2005. №74. Режим доступа: [http://www.minfin.gov.by/upload/insurance/acts/postmf_090605_74.pdf].

О лицензировании отдельных видов деятельности. Указ Президента Республики Беларусь 1 сентября 2010 г. №450. Режим доступа: [http://www.minfin.gov.by/upload/gosznak/acts/ukaz_010910_450.pdf].

Приказ Министерства здравоохранения №15 «О добровольном медицинском страховании» от 10.01.2012

Указ Президента Республики Беларусь «О страховых взносах по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг)» от 12 мая 2005 г. №219. Режим доступа: [http://minfin.gov.by/upload/insurance/acts/ukaz_120505_219.pdf].

Указ Президента Республики Беларусь 11 августа 2011 г. №357 "Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011 - 2015 годы", <http://gsu.by/pages/vospit/pr34.pdf>

Указ Президента Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в указы Президента Республики Беларусь по вопросам страховой деятельности» от 14 апреля 2014 г. №165. Режим доступа: [<http://bgs.by/files/files/Ukaz165.pdf>]

Приложение 1

Таблица П1.1. Модели добровольного медицинского страхования

ДМС дополняет государственную систему здравоохранения, основанную на социальном страховании либо финансируемую из налоговых отчислений граждан	Частное страхование основной источник финансирования для большинства населения страны или его отдельных категорий
--	---

Дополняющая (Complementary)	Добавочная (Supplementary)	Замещающая (Substitutive)	Ведущая (Principal)
Дополнительная оплата лечения, которое частично покрывается за счет существующей государственной системы охраны здоровья или предоставление медицинских услуг, исключенных из государственных гарантий	<p>Медицинские услуги во время путешествия за рубежом и/или дополнительные услуги в государственных медицинских учреждениях (например, палаты в государственных больницах)</p> <p>Виды лечения в частных лечебных учреждениях, которые также доступны в рамках универсальной системы здравоохранения</p>	Охватывает отдельные группы населения, на которых не распространяется государственная система.	Частное страхование здоровья служит основным источником финансирования для всего населения или большей его части

Источник: составлено авторами на основе *Colombo and Tapay, 2004*.

Приложение 2

Рис. П2.1. Ответы респондентов о важности и срочности реформирования системы здравоохранения в Республике Беларусь

Проранжируйте следующие сферы	Если говорить о стране в целом и
-------------------------------	----------------------------------

общественной жизни так, чтобы на 1-м месте была та, в которой и реформы необходимы больше всего, на 9-м – та, которая меньше всего нуждается в реформировании. Здравоохранение

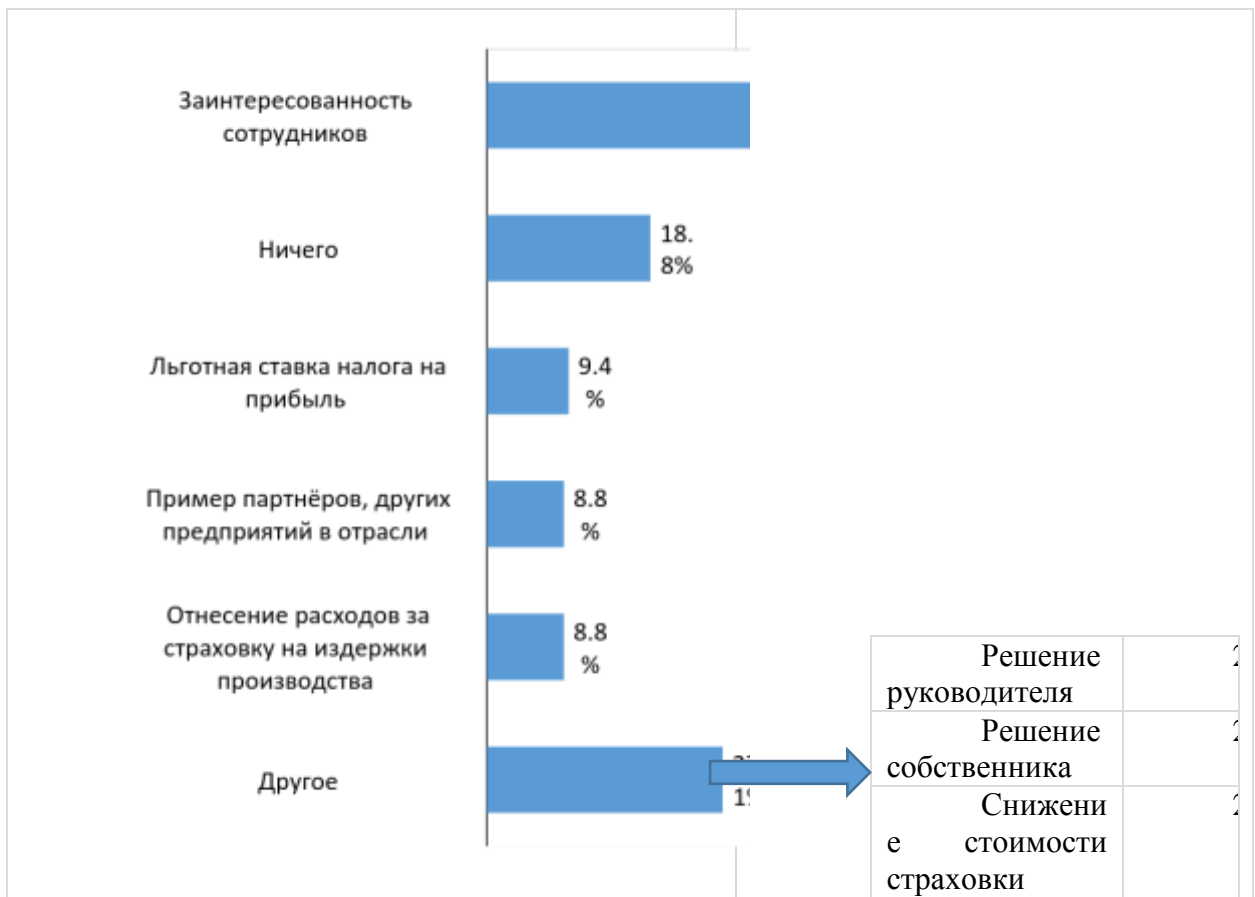
интересах всех граждан, как срочно, на Ваш взгляд, необходимы реформы в сфере здравоохранения?



Источник: опрос населения

Рис П2.2 Ответы респондентов о факторах, побуждающих использовать медицинскую страховку сотрудников

Что может побудить вас обеспечивать медицинскую страховку для сотрудников?	Другое – Что именно?
--	----------------------



Источник: опрос населения.

Рис. П2.3. Ответы предприятий о степени важности медицинских услуг

Какие медицинские услуги, на ваш взгляд, самые важные и должны обеспечиваться программой от предприятия в первую очередь?	В каких медицинских учреждениях, на ваш взгляд, должны предоставлять медицинские услуги от предприятия?
---	---



Источник: опрос предприятий

Таблица П2.1. Добровольное страхование медицинских расходов: начисленные и выплаченные взносы.

Страховая организация	Доля на рынке, %	Начислено взносов за I пол. 2015	Начислено взносов за I пол.	Выплатено страхового возмещения	Выплатено страхового возмещения

			г., тыс. руб.	2014 г., тыс. руб.	за I пол. 2015 г., тыс. руб.	за I пол. 2014 г., тыс. руб.
	Белнефгес	3	68	35	29	16
	трах	3.5	654 137.0	654 672.0	830 976.0	351 996.0
	Белгосстра	3	67	38	37	18
	х	3.0	547 295.2	654 180.7	934 329.8	367 094.8
	Белэксимг	1	22	16	29	9
	арант	1.2	930 499.3	227 954.6	166 060.3	818 839.5
	Промтран	4	9	5	6	5
	синвест	.7	523 540.7	784 527.0	407 336.1	354 633.0
	Белгосстра	4	8	4	4	3
	х	.0	157 289.0	956 327.0	697 254.0	339 640.0
	ТАСК	3	6	1	4	1
		.3	755 084.8	404 222.0	647 277.2	623 021.0
	ГАРАНТИ	2	5	-	22	-
	Я	.5	136 166.0	-	050.0	-
	Купала	2	4	2	1	1
		.3	629 517.0	361 488.0	889 849.0	168 249.0
	Белкоопст	2	4	2	3	1
	рах	.1	200 875.0	010 009.4	095 819.0	497 159.4
0	Ингосстра	1	3	3	2	2
	х	.8	744 954.0	034 511.0	706 461.0	026 891.0
1	Кентавр	1	3	-	273	-
		.5	045 383.0	-	892.0	-
2	Белвнешст	0	217	8	60	0
	рах	.1	379	928	413.0	
3	ЦЕПТЕР	0	123	168	12	17
	ИНШУРАНС	.1	968	367	088.0	679.0
	ИТОГО	1	204	110	120	59
		00.0	666 088	427 186.7	743 805.4	565 202.7

Источник: Страхование в Беларуси, октябрь 2015

Таблица П2.2. Добровольное страхование медицинских расходов: начисленные и выплаченные взносы с учетом средневзвешенного курса белорусского рубля по отношению к доллару США.

	Страховая организация	Начислено взносов за I пол. 2015 г., тыс. \$ (1)	В		Н		В		Р	Р
			ыплачено страхового возмещения за I пол. 2015 г., тыс. \$ (2)	ачислено взносов за I пол. 2014 г., тыс. \$ (3)	ыплачено страхового возмещения за I пол. 2014 г., тыс. \$ (4)	азница (1)-(2)	азница (3)-(4)			
	Белнефтестрах	46 58.7	20 24.3	33 52.4	15 37.5	2 634.4	1 814.9			
	Белгосстрах	45 83.6	25 74.1	36 34.4	17 26.9	2 009.5	1 907.5			
	Белэксимгарант	15 56.0	19 79.1	15 25.8	92 3.2	- 423.1	6 02.6			
	Промтрансинвест	64 6.2	43 4.8	54 3.9	50 3.5	2 11.5	4 0.4			
	Белгосстрах	55 3.5	31 8.7	46 6.0	31 4.0	2 34.8	1 52.0			
	ТАСК	45 8.4	31 5.4	13 2.0	15 2.6	1 43.0	- 20.6			
	ГАРАНТИЯ	34 8.5	1. 5	-	-	3 47.0	-			
	Купала	31 4.1	12 8.2	22 2.0	10 9.8	1 85.9	1 12.2			
	Белкоопстрах	28 5.1	21 0.1	18 9.0	14 0.8	7 5.0	4 8.2			
0	Ингосстрах	25 4.1	18 3.7	28 5.3	19 0.6	7 0.5	9 4.7			
1	Кентавр	20 6.7	18 .6	-	-	1 88.1	-			
2	Белвнешстрах	14 .8	4. 1	0. 8	0. 0	1 0.7	0 .8			
3	ЦЕПТЕРИНСУРАНС	8. 4	0. 8	15 .8	1. 7	7 .6	1 4.2			
	ИТОГО	13 888.2	81 93.4	10 382.8	56 00.6	5 694.8	4 782.2			

Источник: расчеты авторов