

## МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Л.А.Кулак

Начальник управления медицинского страхования Белорусского республиканского унитарного страхового предприятия «Белгосстрах», г. Минск, Республика Беларусь

*Отмечено, что существующая в настоящее время в Республике Беларусь система медицинского страхования включает две подсистемы: добровольное страхование медицинских расходов (ДСМР) и обязательное медицинское страхование (ОМС) иностранных граждан. Приведены нормативные правовые акты, регулирующие правоотношения, возникающие в данной сфере; описаны этапы развития систем ДСМР и ОМС иностранных граждан; охарактеризованы последовательность действий и взаимодействие отдельных участников данного сегмента рынка страховых услуг – застрахованных лиц, страховых организаций, организаций здравоохранения и органов государственного управления. Подчеркнуто, что данный рынок весьма перспективен в плане дальнейшего прироста числа застрахованных – в денежном эквиваленте его емкость оценивается в 1,5 триллиона рублей. Перспективы развития ДСМР непосредственно связаны с созданием страховых организаций здравоохранения или специализированных подразделений по медицинскому страхованию в существующих страховых организациях.*

В 2015 г. исполняется 20 лет системе добровольного медицинского страхования (ДМС) в Республике Беларусь и 15 лет – обязательному медицинскому страхованию (ОМС) иностранных граждан.

Существующая в настоящее время в стране система медицинского страхования, включающая две подсистемы (добровольное страхование медицинских расходов и обязательное медицинское страхование иностранных граждан) и объединяющая участников данного сегмента страхового рынка (организации здравоохранения, страховые организации и органы государственного управления, осуществляющие регулирование этой системы (Министерство финансов, Министерство здравоохранения и др.)), наглядно представлена на рис. 1.

**Система ОМС иностранных граждан** была введена с 1 октября 2000 г. Она распространяется на иностранных граждан, въезжающих на территорию Республики Беларусь. Договор страхования действует на территории Республики Беларусь в течение всего периода пребывания иностранного гражданина в стране, содержит перечень страховых случаев и предусматривает лимит ответственности не менее 5000 евро.

Нормативно-правовую базу обязательного медицинского страхования иностранных граждан образуют:

Указ Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. №530 «О страховой деятельности»;

Указ Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. №531 «Об установлении размеров страховых тарифов, страховых взносов, лимитов ответственности по отдельным видам обязательного страхования»;

постановление Совета Министров Республики Беларусь от 04.11.2006 г. №1462 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. №530 «О страховой деятельности»»;

локальные правовые и нормативные правовые акты Министерства финансов Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Схематично система ОМС иностранных граждан в Республике Беларусь представлена на рис. 2.

Прежде всего, эту деятельность осуществляют уполномоченные страховые организации. Законодательство определило их как государственные коммерческие страховые организации. На данный момент, это две страховые компании: Белгосстрах и Белэксимгарант, которые являются страховщиками, то есть заключают договоры страхования. Кроме страховых организаций, участниками данной системы являются: иностран-



Рис.1. Система медицинского страхования в Республике Беларусь



**Рис.2. Система обязательного медицинского страхования иностранных граждан в Республике Беларусь**

ный гражданин, который въезжает в Республику Беларусь; распорядители и получатели средств фондов предупредительных (превентивных) мероприятий (Минздрав, Государственный пограничный комитет); государственная организация здравоохранения и установленные законодательством органы, контролирующие наличие страхового полиса у иностранного гражданина (Государственный пограничный комитет, МИД, МВД).

Основной блок системы ОМС иностранных граждан – государственные организации здравоохранения, являющиеся, в соответствии с действующим законодательством, выгодоприобретателями. Так, Указом Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. №530 «О страховой деятельности» определено, что выгодоприобретателем по ОМС является государственное медучреждение, понесшее затраты на оказание скорой и неотложной помощи.

Перечень заболеваний (травм), состояние которых требует оказания скорой и неотложной медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим или временно проживающим в Республике Беларусь, утвержденный постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 04.11.2006 г. №1462 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 25.08.2006 г. №530 «О страховой деятельности»», включает следующие заболевания и состояния:

1. Инфекционные и паразитарные заболевания:
  - воздушно-капельные инфекции, требующие изоляции пациента в условиях инфекционного стационара;
  - дифтерия;
  - менингококковая инфекция;
  - острый вирусный гепатит (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);
  - лептоспироз;

острые кишечные инфекции (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи) либо подозрение на них;

острые респираторные инфекционные заболевания (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);

заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, либо подозрение на них;

ботулизм.

2. Заболевания эндокринной системы:

диабет (коматозное состояние);

заболевание щитовидной железы (микседематозная кома и тиреотоксический криз);

гиперпаратиреоз (судорожный синдром);

заболевание надпочечной железы (острая надпочечная недостаточность).

3. Заболевания нервной системы и органов чувств:

острые воспалительные процессы центральной и периферической системы (состояния, требующие скорой и неотложной медицинской помощи);

гипоталамический криз;

острые воспалительные заболевания и травмы глаза, его придаточного аппарата и орбиты;

острые воспалительные процессы и травмы уха, горла, носа;

острые нарушения кровообращения сетчатки и зрительного нерва;

отслойка сетчатки сроком до 14 дней от начала заболевания;

приступ эпилепсии, эпилептический статус;

острые нарушения мозгового кровообращения.

4. Заболевания системы кровообращения:

артериальная гипотензия (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);

артериальная гипертензия (осложненные и неосложненные гипертонические кризы);

острый инфаркт миокарда;

острый коронарный синдром;

острые нарушения ритма сердца и проводимости, сопровождающиеся нарушениями гемодинамики и синкопальными состояниями;

острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких);

тромбоэмболия легочной артерии, острый тромбоз.

5. Заболевания органов дыхания:

нарушение проходимости верхних дыхательных путей;

острые воспалительные процессы органов дыхания (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);

бронхиальная астма (приступ).

6. Заболевания и состояния органов пищеварения:

перфорации пищевода, желудка и кишечника;  
 острый аппендицит;  
 ущемленная грыжа;  
 непроходимость кишечника;  
 острый холецистит;  
 острый панкреатит;  
 желудочно-кишечное кровотечение;  
 тромбоз мезентериальных сосудов;  
 подпеченочный абсцесс;  
 печеночная колика;  
 обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);

перитонит;  
 острый мезаденит, болезнь Крона и другие болезни при проведении дифференциальной диагностики с острыми (неотложными) заболеваниями (состояниями).

7. Заболевания мочеполовой системы:

острые воспалительные процессы органов мочеполовой системы (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);  
 острая почечная недостаточность;  
 почечная колика;  
 острая задержка мочи.

8. Острая акушерско-гинекологическая патология:

острое воспаление органов женской половой системы (состояние, требующее скорой и неотложной медицинской помощи);  
 кровотечение из половых путей;  
 другая акушерско-гинекологическая патология, требующая экстренного оперативного вмешательства или манипуляций;  
 родовспоможение.

9. Заболевания кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, суставов:

острые воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, мышц, костей, суставов (состояния, требующие скорой и неотложной медицинской помощи).

10. Симптомы, состояния неясной этиологии:

кома;  
 ступор;  
 шок (любой этиологии);  
 асфиксия;  
 кровотечения;

острые психотические состояния с нарушением поведения.

11. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин:

травмы головы (включая переломы черепа и лицевых костей, повреждения черепных нервов, глаза и глазницы, внутричерепные травмы);  
 травмы позвоночника;  
 травмы шеи и грудной клетки;  
 травмы живота, нижней части спины, костей таза;  
 травмы внутренних органов;  
 травмы верхних и нижних конечностей;  
 травмы, захватывающие несколько областей тела;

повреждения нервов и кровеносных сосудов;  
 последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия;  
 термические и химические ожоги;  
 отморожения;

острые отравления различной этиологии (лекарственными средствами, медикаментами, биологическими веществами) и токсические воздействия веществ;

эффекты воздействия высоких и низких температур (тепловые и солнечные удары), баротравма и другие воздействия внешних причин, требующие госпитализации;  
 анафилактический шок;  
 ангионевротический отек.

Динамика за 2009–2012 гг. количества иностранных граждан, застрахованных в рамках ОМС в БелРУСП «Белгосстрах», показана на рис. 3. Необходимо отметить, что в число застрахованных входят две категории граждан: иностранные граждане, имеющие внутренний полис, выданный уполномоченными страховыми организациями (за 2012 г. по линии Белгосстраха – это около 200

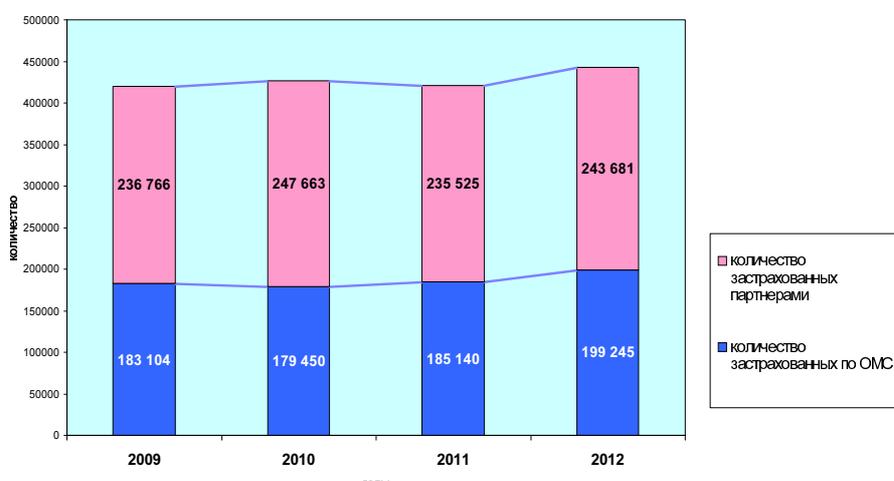


Рис.3. Динамика количества иностранных граждан, застрахованных в рамках ОМС в БелРУСП «Белгосстрах» (2009–2012 гг.)

тысяч иностранных граждан), а также иностранные граждане, посещающие Республику Беларусь с полисами, выданными страховыми компаниями, являющимися иностранными партнерами уполномоченных страховых компаний (в 2012 г. нашу страну посетили почти 244 тысячи иностранных граждан с такими полисами).

По ОМС за первое полугодие 2013 г. двумя уполномоченными компаниями выплачено государственным организациям здравоохранения за оказание скорой и неотложной медицинской помощи иностранным гражданам 3,1 млрд руб. (~358,3 тыс. долл. США). За 2013 год Белгосстрахом выплачено 3,9 млрд руб. (~445,0 тыс. долл. США).

Система взаимодействия построена следующим образом: иностранный застрахованный гражданин не обращается непосредственно в страховую компанию, а совершает звонок по телефону 103, государственная организация здравоохранения сообщает об этом страховщику; страховщик подтверждает либо не подтверждает оплату этого случая, подтверждает либо не подтверждает страховой это случай или не страховой; после получения таких гарантий государственная организация здравоохранения оказывает неотложную помощь, не взимая платы, в противном случае организация здравоохранения вынуждена будет взять плату за оказанную помощь непосредственно у иностранного гражданина.

**Добровольное медицинское страхование (добровольное страхование медицинских расходов) в Республике Беларусь.** Добровольное страхование медицинских расходов (ДСМР) осуществляется на добровольных началах и обеспечивает застрахованным гражданам получение медицинских услуг в организациях здравоохранения при их оплате, а также организации их оказания страховой организацией.

Предметом добровольного медицинского страхования является оказание физическим лицам медицинской помощи, предусмотренной программами добровольного страхования медицинских расходов, осуществляемое на основе договоров, заключенных между страховщиком и страхователем (договоры добровольного страхования медицинских расходов), а также страховщиком и организациями здравоохранения.

Участниками системы ДМС являются: страховая организация, заключающая договор страхования и обеспечивающая организацию оказания медицинской услуги; застрахованное лицо; организация здравоохранения, оказывающая медицинскую услугу; орган государственного управления

– Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

В развитии системы добровольного медицинского страхования в Беларуси можно выделить несколько этапов. Так, первые договоры ДМС были заключены в нашей стране в 1995 г. В 1997 г. приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.1997 г. №192 введено в действие временное положение о добровольном медицинском страховании. В 2004 г. постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22.09.2004 г. №1180 утверждена Концепция добровольного медицинского страхования. Указом Президента Республики Беларусь от 12.05.2005 г. №219 «О страховых взносах, включаемых в затраты по производству и реализации продукции, товаров (работ, услуг), и порядке создания государственными страховыми организациями фондов предупредительных (превентивных) мероприятий за счет отчислений от страховых взносов по договорам добровольного страхования жизни, дополнительной пенсии и медицинских расходов» введены налоговые преференции для предприятий, заключающих договоры страхования медицинских расходов; постановлением Министерства финансов Республики Беларусь от 09.06.2005 г. №74 утверждена Инструкция о добровольном страховании медицинских расходов. В 2010 г. появились первые call-центры по обслуживанию застрахованных лиц, а в 2011 г. ДСМР уже предлагали 10 страховых организаций Республики Беларусь. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2012 г. №15 «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь» утверждены Инструкция о взаимодействии государственных организаций здравоохранения и страховых организаций Республики Беларусь и примерный договор на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов.

В Республике Беларусь ДСМР относится к рисковому виду страхования. В силу этого, а также ряда других объективных и субъективных причин, страхование жизни, здоровья и пенсий обеспечивает суммарно в нашей стране 4–5% всех поступающих страховых премий, тогда как в странах Евросоюза этот показатель доходит до 80–90%.

Добровольное страхование медицинских расходов в Республике Беларусь выполняет бюджетозамещающую, профилактическую и повышающую доступность медицинских услуг функции. Система ДСМР дает возможность застрахованным обслуживаться в организациях здравоохра-

нения, с которыми у данной страховой организации существуют договорные отношения. На сегодняшний день в Белгосстрахе насчитывается порядка 400 договоров с медицинскими учреждениями, соответственно, застрахованное лицо имеет возможность получить медицинскую услугу в любой из этих 400 организаций.

Страховая медицинская программа – это тот объем медицинских услуг, который обеспечивается страховщиком: в этом объеме услуги оплачиваются и организовывается их предоставление.

В настоящее время страховыми организациями Беларуси предлагаются амбулаторно-поликлинические, стационарные и комплексные страховые программы. С 2008 г. в эти программы включаются дополнительные услуги. Как правило, дополнительные услуги – это достаточно дорогостоящее лечение, и, соответственно, стоимость полиса с дополнительными услугами выше. На данный момент самыми популярными дополнительными страховыми услугами являются: плановое стоматологическое лечение, вакцинация, проведение медосмотров, оплата медикаментов, ведение беременности и родов, санаторно-курортное лечение.

Представление о суммах страховых взносов и страховых выплат в системе ДСМР можно получить из данных, представленных в табл. 1 и 2.

В плане сопровождения застрахованных в БелРУСП «Белгосстрах» реализована схема, отличная от применяемой в Москве, где застрахованное лицо непосредственно прикрепляется к определенному медицинскому учреждению, и аналогичная применяемой в Санкт-Петербурге, когда организация, оказывающая медицинские услуги, определяется диспетчерским центром страховой организации.

Первый круглосуточный диспетчерский центр возник в 2010 г. На сегодняшний момент имеются call-центры в регионах, единый круглосуточный call-центр, БелРУСП «Белгосстрах» разработаны стандарты качества обслуживания застрахованных лиц.

Структура организации оказания медицинских услуг в БелРУСП «Белгосстрах» представлена на рис. 4.

Таблица 1

**Поступления страховых взносов по системе добровольного страхования медицинских расходов (2005 г. – 9 мес. 2013 г.)**

Год	Сумма страховых взносов (млрд руб.)
2005	1,34
2006	1,95
2007	3,38
2008	6,48
2009	9,84
2010	15,73
2011	35,41
2012	69,40
9 мес. 2013 г.	121,05

Таблица 2

**Страховые выплаты по системе добровольного страхования медицинских расходов (2008 г. – 9 мес. 2013 г.)**

Год	Сумма страховых выплат (млрд руб.)
2008	2,93
2009	5,64
2010	6,85
2011	13,94
2012	36,11
9 мес. 2013 г.	50,63

Эта система типична для всех белорусских страховых компаний, в которых, как правило, есть call-центры. Для работы с иностранными гражданами в call-центрах работают переводчики, а в отделе урегулирования убытков (выплат) – врачи для проведения медико-экономической экспертизы; экономисты, ко-

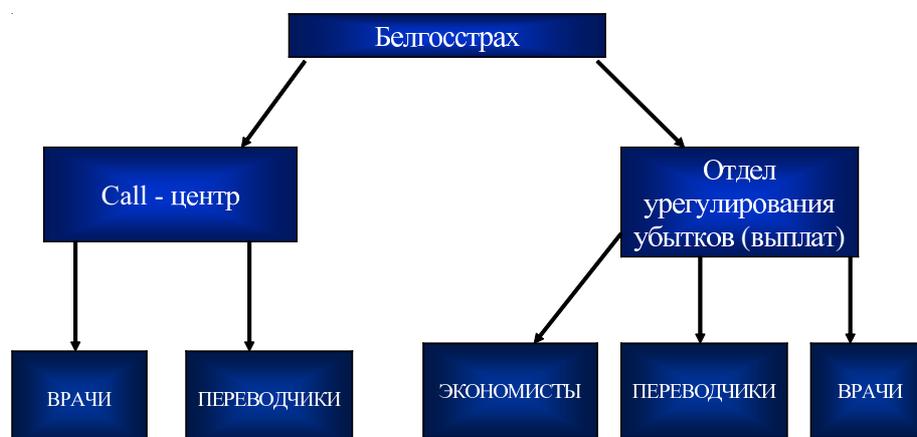


Рис. 4. Структура организации оказания медицинских услуг в БелРУСП «Белгосстрах»

торые проводят соответствующие расчеты, и переводчики.

Call-центры страховых компаний имеют зарегистрированное программное обеспечение, которое позволяет обрабатывать звонки застрахованных лиц в течение 5–7 минут.

Требования к персоналу: как правило, наличие медицинского образования, для того чтобы правильно определить «медицинский маршрут» застрахованного; психологическая подготовка; владение ПК на уровне уверенного пользователя; приветствуется владение иностранным языком.

В настоящее время call-центр является основным звеном взаимодействия между застрахованным и организацией здравоохранения, потому что специалисты call-центра подтверждают или не подтверждают наличие страхового случая и, соответственно, оплату медицинской помощи. Непосредственно страховые выплаты осуществляет отдел урегулирования убытков (выплат).

Следует отметить такие проблемы развития добровольного страхования медицинских расходов в Республике Беларусь, как отсутствие страховой культуры населения; ограниченность материальных и технических средств в организациях здравоохранения; необходимость повышения качества обслуживания застрахованных лиц.

В то же время данный рынок весьма перспективен в плане дальнейшего прироста числа застрахованных – в денежном эквиваленте его емкость оценивается в 1,5 триллиона рублей. Перспективы развития ДСМР непосредственно свя-

заны с созданием страховых организаций здравоохранения или специализированных подразделений по медицинскому страхованию в существующих страховых организациях.

## **HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF BELARUS**

**L.A.Kulak**

Head of the Board for Health Insurance of the Belarusian Republican Unitary Insurance Company "Belgosstrakh", Minsk, Republic of Belarus

At present the health insurance system of the Republic of Belarus consists of the following two subsystems: voluntary insurance of medical expenses (VIME) and compulsory health insurance (CHI) of foreign citizens. Normative legal acts regulating relations in this field were presented and stages in the development of the VIME system and the system of CHI of foreign citizens were described. Procedure sequencing and interactions of individual members of this segment of the insurance market, i.e. the insured persons and insurance companies, health care institutions and governmental authorities, were characterized. It was emphasized that the market is very promising as regards further increase in the number of the insured - in money equivalent its capacity is estimated at 1.5 trillion rubles. Prospects of the VIME development are directly related to the creation of the specialized units on health insurance at the existing insurance companies or specialized health care insurance companies.