
Г.М. Корженевская, кандидат экономических наук, доцент

О.О. Андриюшова, магистр экономики

Институт бизнеса БГУ, Минск, Беларусь

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Понятие «медицинского страхования» трактуется различно учеными-экономистами, указывая на целевое назначение этого явления — обеспечить гражданам медицинскую помощь при возникновении страхового случая за счет средств страхового фонда либо предупредить его наступление путем осуществления профилактических мероприятий. Однако данная формулировка требует уточнения, так как медицинское страхование прежде всего призвано компенсировать затраты на медицинские услуги, чтобы восстановить здоровье, осуществить реабилитацию и уход, а также компенсировать потерю трудового дохода при невозможности осуществления деятельности гражданином во время болезни, инвалидности.

Социальное назначение медицинского страхования — предотвращение или минимизация риска материальных потерь в связи с утратой трудоспособности и получением медицинской помощи. Через механизм медицинского страхования обеспечивается защита доходов застрахованных лиц. Страховые премии по договору ДМС уплачивают сами застрахованные лица, работодатели, что позволяет снять дополнительную нагрузку с бюджета. В результате возрастает социальная защищенность граждан, медицинского персонала, формируются дополнительные финансовые ресурсы для закупки нового медицинского оборудования, использования инновационных технологий.

Многообразие подлежащих страхованию объектов, страховых организаций и сфер деятельности, различие категорий страхователей, объемов страховой ответственности и форм проведения страхования обусловили необходимость классификации страхования, т. е. создания систематизированной группировки взаимосвязанных звеньев страховых отношений [1, с. 16].

Таким образом, по мнению авторов, **медицинское страхование** — совокупность социально-экономических отношений по поводу формирования специализированного фонда денежных средств за счет страховых премий страхователей и его расходование на защиту личного дохода застрахованного путем возмещения затрат на оказание медицинской помощи, обеспечение воспроизводства населения и развитие сферы медицинского обслуживания.

В данном определении отражена экономическая и социальная сущность медицинского страхования, условия его финансирования, взаимосвязь базовых элементов страховой системы и значимость медицинского страхования для эффективного функционирования социальной сферы и экономики.

Медицинское страхование — один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой помощи в случае заболевания [2, с. 505].

В связи с этим, возникает необходимость уточнения классификации страхования с выделением отрасли медицинского страхования (см. таблицу).

По нашему мнению, в классификации страхования, выделяя отрасль медицинского страхования, необходимо обозначить следующие ее подотрасли: страхование медицинских расходов и страхование от несчастных случаев и болезней.

Классификация страхования с выделением отрасли медицинского страхования

Отрасли	Личное страхование	Имущественное страхование	Страхование ответственности	Медицинское страхование
Подотрасли	Страхование жизни	Страхование имущества юридических лиц	Страхование задолженности	Страхование медицинских расходов
	Страхование от несчастных случаев	Страхование имущества физических лиц	Страхование на случай возмещения вреда (страхование гражданской ответственности)	Страхование от несчастных случаев и болезней

Максимальная доступность медицинских услуг для широкого круга населения и полная компенсация расходов страхователей — это основная цель медицинского страхования.

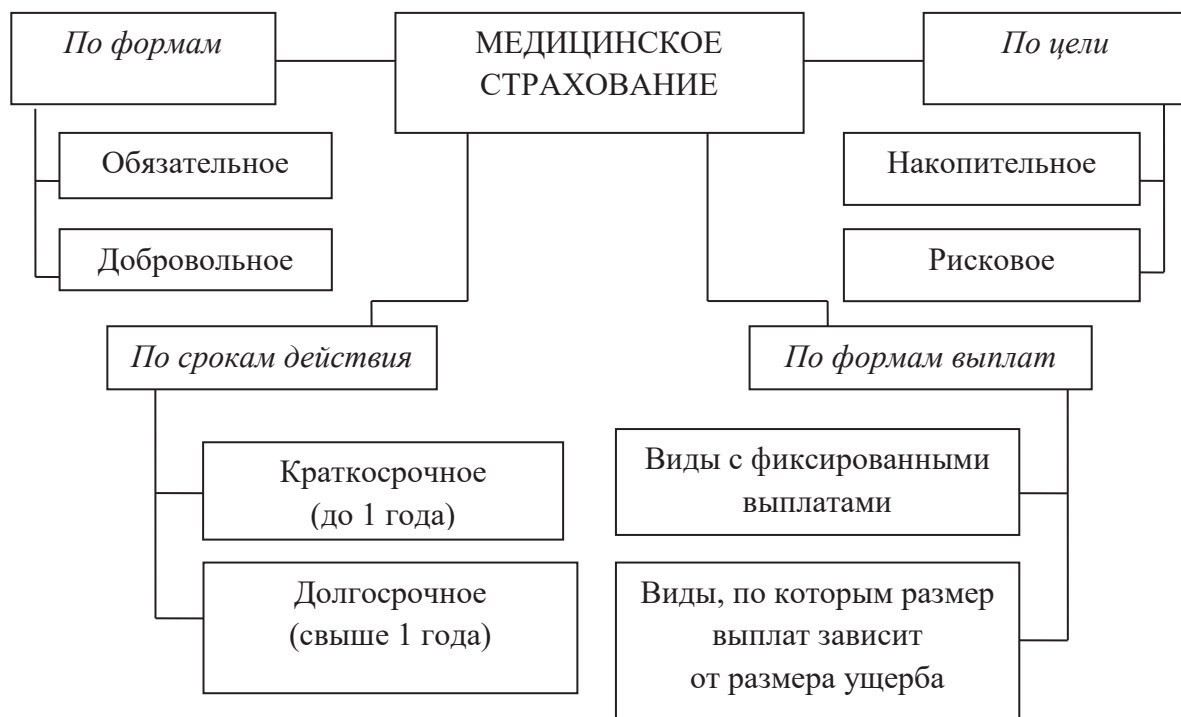
Объектом медицинского страхования является страховой риск по покрытию затрат на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая, страхователи — физические и юридические лица. Договор ДМС может быть заключен страхователем — физическим лицом в свою пользу и в пользу третьих лиц, страхователем — юридическим лицом только в пользу третьих лиц.

Страховые компании выступают в качестве посредника между страхователями (застрахованными лицами) и медицинскими учреждениями. Взаимоотношения сторон — страхователя, страховщика и медицинского учреждения — определяются условиями договора. В договоре указываются наименование сторон, сроки действия договора, численность застрахованных, размер, сроки и порядок внесения страховых взносов, перечень медицинских услуг, а также права, обязанности и ответственность сторон.

Виды медицинского страхования классифицируются в зависимости от существующей практики проведения: по цели, формам выплат, срокам действия договора страхования (см. рисунок).

Страховые продукты по ДМС можно классифицировать в зависимости от последствий наступления болезни, как экономического, так и медико-реабилитационного характера, объема страхового покрытия.

По экономическим последствиям для человека выделяют два вида добровольного медицинского страхования: страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья, и страхование потерь дохода, вызванных наступлением заболевания.



Классификация видов медицинского страхования [1]

По медико-реабилитационным последствиям различают виды страхования в зависимости от типа и методов необходимого лечения. Обычно выделяют следующие виды страхования расходов по оказанию медицинской помощи: амбулаторное лечение и домашний (семейный) врач; стационарное лечение; стоматологическое обслуживание; специализированная диагностика заболеваний; приобретение лекарств; посещение врачей-специалистов; расходы, связанные с беременностью и родами; сервисные расходы [3, с. 225].

Медицинское страхование может осуществляться в обязательной или добровольной форме. При обязательном медицинском страховании (ОМС), которое является составной частью государственного социального страхования, обеспечивается всем гражданам минимальный гарантированный объем бесплатной медицинской и лекарственной помощи.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) — отрасль коммерческого страхования, выступает как дополнение к обязательному медицинскому страхованию и осуществляется по договору. Застрахованный по ДМС получает медицинские услуги, за которые была уплачена страховая премия. Перечень страховых продуктов по добровольному медицинскому страхованию различен в отдельных страховых компаниях. Виды и программы ДМС предусматривают страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание. Эти гарантии компенсируют затраты на лечение, необходимое по жизненным показаниям. Также предлагаются виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь, например стоматологию, родовспоможение, протезирование и некоторые другие.

Страхование медицинских расходов можно классифицировать в зависимости от объема страхового покрытия: полное страхование (предоставляет гарантию покрытия расходов на амбулаторное и стационарное лечение), частичное страхование медицинских расходов (предполагает покрытие затрат либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо

специализированное лечение (стоматология, санаторно-курортное лечение, родовспоможение) по выбору страхователя и страхование расходов только по одному риску)).

В Беларуси проводится для нерезидентов страны обязательное медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или временно проживающих в Республике Беларусь, для резидентов на добровольной основе — добровольное страхование медицинских расходов.

В условиях, когда системой ОМС охвачена основная часть населения, на примере Российской Федерации, страховщики предлагают такие виды ДМС, которые позволяют гражданам полностью покрывать расходы на те медицинские услуги, которые оплачиваются программой ОМС частично, или улучшать условия своего медицинского обслуживания по ОМС. Дополнительное ДМС предоставляет покрытие расходов на дорогостоящие операции, привлечение ведущих врачей-специалистов, выбор больницы и врача, обеспечение комфортных условий лечения, ухода и некоторые другие.

Добровольное медицинское страхование осуществляется почти во всех странах, является популярным видом страхования, занимая по сбору страховой премии ведущие места на национальных страховых рынках. Это объясняется направлением государственных или обязательных страховых финансовых ресурсов на развитие медицины.

Добровольное медицинское страхование граждан Республики Беларусь направлено на предоставление застрахованным широкого спектра услуг при оказании медицинской помощи по сравнению с предлагаемым государственной системой здравоохранения, а также на обеспечение комплексного подхода к медицинскому обслуживанию застрахованных.

Сфера медицинского обслуживания в Республике Беларусь остро нуждается в реформировании, большее внимание следует уделить развитию добровольного медицинского страхования. Активное развитие ДМС в Республике Беларусь позволит:

- застрахованным лицам получать за минимальную плату (за счет перераспределения страховых резервов, формируемых из страховых взносов организаций и граждан) необходимую медицинскую помощь;
- снизить нагрузку на бюджет в части медицинских расходов;
- организациям здравоохранения сформировать внебюджетные источники финансирования за счет оказания медицинской помощи в системе ДМС;
- использовать инновационные технологии в медицине;
- активно развивать частную систему здравоохранения.

Список использованных источников

1. *Ахвледиани, Ю. Т.* Страхование: учебник для студентов, обучающихся по специальностям «Финансы и кредит», «Бухгалтерский учет, анализ и аудит» / Ю. Т. Ахвледиани [и др.] ; под ред. В. В. Шахова, Ю. Т. Ахвледиани. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2009. — 511 с.
2. *Ермасов, С. В.* Страхование: учебник / С. В. Ермасов, Н. Б. Ермасова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Юрайт; Высшее образование, 2010. — 703 с.
3. *Ивасенко, А. Г.* Страхование: учеб. пособие / А. Г. Ивасенко, Я. И. Никонова. — М. : Кнорус, 2009. — 320 с.