**1. Концепції розвитку медичного страхування в Україні**

У статті 49 Конституції України записано: «Кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування».

Відносно поліпшення соціальної захищеності громадян у системі заходів посідає і забезпечення їхньої можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу. Напрями вирішення цієї проблеми можуть бути різні, відрізняються вони тільки структурою джерел фінансування охорони здоров’я і організацією надання медичних послуг. Фінансування охорони здоров’я може бути бюджетним, соціальним і приватним.

Організація охорони здоров’я може бути забезпечена і системою страхової медицини.

Існує декілька концепцій медичного страхування, найбільш придатна в Україні для її розгортання і використання – регіональна система медичного страхування, що базується на вже збудованій інфраструктурі територіального поділу (області).

Як правило така система включає в себе основні і додаткові компоненти для свого функціонування. Декотрі на Україні вже створені (тільки потрібно їх переорієнтувати чи реорганізувати й згуртувати), інші ще потрібно створити.

Об’єктом медичного страхування є життя і здоров’я громадян.

Мета проведення медичного страхування – забезпечення громадянам одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів. Тобто, медичне страхування це страхування на випадок втрати здоров’я з будь-якої причини, в тому числі у зв’язку із хворобою та нещасним випадком. Сутність такого страхування є такою:

Сплативши одноразово страховий внесок, значно менший ніж вартість усіх медичних послуг, громадяни отримують змогу протягом визначеного в договорі страхування строку безкоштовно користуватися комплексом медичних послуг кваліфікованих спеціалістів у клініках з платним обслуговуванням.

Основні функції головних компонентів регіональної системи страхування

Здійснення

страхування

ризику у галузі

медичного

обслуговування

громадян регіону

у його лікувальних

закладах (за винятком

 медичного

забезпечення дітей,

 інвалідів та

інших категорій

громадян)

Здійснення фінансування медичного обслуговування

регіону

Основна функція ССК

Основні функції БМС

Розвиток охорони здоров’я у регіоні загалом

Кредитування діяльності його лікувальних закладів

Лікувальні заклади регіону (області) можливо подати у вигляді такого блоку

Лікувальні заклади госпрозрахункового типу з розвиненою системою комплексного медичного обслуговування повного циклу (обстеження, діагностування, операційне втручання і реабілітація)

Лікувальні заклади, що призначені для обслуговування дітей, неімущих, інвалідів, пенсіонерів, безробітних та ін. з контингенту хворих за рішенням органів державної влади

Індивідуальні лікувальні кабінети приватної практики

Комерційні лікувальні центри поліклінічного, амбулаторного, діагностичного типу

Джерела фінансування такої регіональної (обласної) системи медичного страхування

Державний бюджет для муніципальних

 лікувальних закладів

Відрахування з діяльності СК та госпрозрахункових

лікувальних закладів регіону

Засоби від добровільного
медичного страхування
громадян

Кошти від добровільного медичного
 страхування громадян регіону

Медичні послуги можуть надаватися у двох формах: обов’язковій і добровільній.

Обов’язкова форма використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров’я, а добровільна – у тих країнах, де благополуччя населення досягло незаперечного ґатунку, що дало змогу поширити приватні страхові програми. Україна ні в першу, ні в другу категорії поки що не вписується. Проте в Україні вже конче треба вводити такий вид страхування і, на нашу думку, на десятиріччя у обов’язковій формі, оскільки такий порядок проведення скоріше адаптується до української чинної законодавчої бази. Далі така обов’язкова форма страхування повинна координуватися державними структурами, а страхові платежі, сплачувані фізичними та юридичними особами, мусять мати форму податку. При цьому потрібно впровадити обов’язковий жорсткий контроль з боку держави, безприбутковість такого страхування, що дасть змогу планування медичної допомоги завдяки стабільності надходження коштів.

Такий підхід до впровадження медичного страхування в Україні повинен основуватися на таких принципах: загальності, державності, некомерційності.

Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров’я, місця проживання, рівня особистого прибутку мають право на одержання медичних послуг.

Принцип державності означає, що кошти обов’язкового медичного страхування – це державна власність. При цьому держава забезпечує сталість системи обов’язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, безробітних, пенсіонерів, дітей, інвалідів).

Принцип некомерційності такого страхування виходить із його призначення – соціального захисту населення. Тобто, його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток, якщо він буде, має бути ще одним джерелом фінансових резервів системи такого страхування, а не джерелом забезпечення.

Коли такі принципи будуть покладені у підвалини медичного страхування, то працездатність такої системи базуватиметься на чітко розрахованих розмірах внесків страхувальників у встановлений час та у потрібному об’ємі, щоб рівень медичного забезпечення був однаковий для всіх застрахованих.

Сплата страхових внесків має бути покладена взагалі на підприємців (роботодавців) та частково (залежно від економічних умов в країні) – на працівників. За умови обов’язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Тим більше, що вони це робили й роблять, відраховуючи начислення на заробітну плату своїх працівників у фонд соцстраху. Тільки ці відрахування потрібно перерозподілити на відрахування у персоніфіковані фонди пенсійного забезпечення населення і фонди медичного страхування, які треба створити. І такими фондами повинна керувати держава.

Частки таких фондів можуть створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих, але це повинно бути як вже наголошувалось, при персоналії рахунків в таких фондах. Тоді працюючі ще з таких коштів, в обов’язковій черзі, отримуватимуть й начислення на свої вклади (дивіденди).

Із коштів, створених таким чином фондів, відбувається виплата додаткової пенсії та відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі втрати ними здоров’я і непрацездатного населення. В основу такого обслуговування закладається спеціальна програма, яка враховує обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма повинна охоплювати мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину і така система має охоплювати все населення і задовольняти основні першочергові потреби в мінімальному забезпеченні медико-санітарної допомоги: швидкій медичній допомозі, діагностуванні й лікуванні в амбулаторних умовах разом з невідкладною долікарською допомогою поширених захворювань та стаціонарної допомоги тим, хто має потребу. Така система не може охопити весь обсяг ризиків у медичній галузі. Тому незадовільнений страховий інтерес в цьому реалізується організацією ще й добровільного медичного страхування.

Вибір форми медичного страхування, як це вже зазначалось, у кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров’я і рівень медичного обслуговування.

Добровільне медичне страхування, як правило, є доповненням до обов’язкового. У рамках добровільного медичного страхування передбачається оплата медичних послуг понад програму обов’язкового медичного страхування.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити застрахованому гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов’язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка не входить в програму обов’язкового медичного страхування. Кожна страхова компанія, яка займається таким видом страхування і має на це ліцензію, розробляє свої програми добровільного медичного страхування, які розрізняються між собою залежно від переліку медичних послуг; контингенту застрахованих; переліку лікувальних закладів, що їх пропонує страхова компанія для виконання програми добровільного медичного страхування; від вартості надаваних послуг.

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування таких видів страхування, за яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова компанія здійснює у вигляді фіксованої страхової суми, добових або вартості необхідного лікування в межах страхової суми.

Медичне страхування як основу спеціалізації страхової компанії важко поєднати з іншими галузями страхової діяльності, оскільки страхування здоров’я громадян – дуже специфічний предмет діяльності. При проведенні медичного страхування страховикові необхідно мати справу з багатьма людьми, які страхуються, повсякденно вирішувати з клієнтами питання з приводу настання страхових випадків і виплати значних за обсягом страхових забезпечень.

Головне призначення страхової організації у медичному страхуванні полягає в контролі якості надання медичних послуг медичними закладами і їх відповідність медико-економічним стандартам. Тобто, виконання медичним персоналом професійних функцій, ефективне використання ресурсів, ступінь ризику внаслідок медичного втручання (небезпеку травми або побічне захворювання, тощо), задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Для контролю за цими параметрами у спеціалізованих страхових компаніях створюється, як правило, спеціальні експертні комісії, які перевіряють працю лікувально-профілактичних установ (персоналу) на предмет правильності установлення діагнозу, лікування, реабілітації тощо. Якщо в результаті перевірки виявляється порушення з боку медичних установ, то до них застосовуються певні санкції. Отже, страхові компанії, які спеціалізуються на медичному страхуванні, в основу своєї діяльності покладають захист прав та інтересів громадян при одержанні ними медичної допомоги згідно з програмами обов’язкового чи добровільного медичного страхування. При цьому, страхова компанія в цивілізованих країнах має важелі замінити органи нагляду міністерств за медичними установами, в якій обслуговується застрахований. Таке обов’язково вписується в договір страхування. У договорі також встановлюється обсяг лікувально – діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат. У свою чергу, страхувальник зобов’язується сплачувати внески страховій організації в обумовлених розмірах, строках і порядку внесення. Також в договорі такого страхування прописується строк дії договору, відповідальність сторін у разі невиконання умов договору, а також порядок вирішення спорів. Факт укладення договору медичного страхування засвідчується страховим полісом – юридично-економічним документом.

Обов’язком страхової медичної організації є додання до полісу ще й правил страхування чи витяг із правил страхування тих положень, які мають для застрахованого важливе значення, але до страхового полісу які не ввійшли в зв’язку з обмеженою площею документа.

Як показує зарубіжний досвід, страхові компанії успішно пропонують страхувальникам спеціалізовані та універсальні страхові поліси медичного страхування.

Універсальний поліс медичного страхування застосовується у тих випадках (стан здоров’я), медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а також визначатися за згодою між страховиком і страхувальником з можливою участю клінічної обслуговуючої бази.

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров’я (вагітність, пологи, інфекційні захворювання і ін.). Спеціалізовані медичні поліси найбільш корисні для осіб, які вже захворіли, або тим, які мають схильність чи ризик до таких захворювань.

Такі види страхування з наданням універсального чи спеціального страхового полісу притаманне, як правило, добровільній формі медичного страхування. Яскравим прикладом у цьому є надання страхового захисту на випадок раптового захворювання, тілесних пошкоджень внаслідок нещасного випадку чи смерті застрахованого під час перебування громадянина за кордоном. Такий страховий продукт (страхова послуга) у всьому світі має назву «асистанс». Головна мета асистансу – негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові моральної, медичної, а також технічної допомоги (транспортування хворого до найближчої спеціалізованої лікарні; транспортування у країну проживання з медичним супроводом; репатріацію тіла застрахованого; дострокове повернення; екстрену стоматологічну допомогу; юридичну допомогу і ін.).

Тарифи на медичні та інші послуги медичного страхування установлюються у обов’язковому медичному страхуванні законодавчими актами (страхові суми теж), у добровільному медичному страхуванні – за згодою сторін, учасників такого процесу: – страхувальник – страхова компанія – медична установа.

Тарифна ставка розраховується на основі статистичних даних про звернення по медичну допомогу, тривалість лікування та показників економічної ситуації країни і диференціюються залежно від статі, віку і стану здоров’я застрахованої особи.

**Задача 1**

Розрахувати розмір частини страхової премії, поверненої страхувальникові при достроковому припиненні дії договору страхування; розмір страхової премії при збільшенні страхової суми; розмір страхової премії при зменшенні страхової суми. Термін дії договорів 1 рік. Якщо:

Розмір страхової премії П1 – 110 грн.,

Розмір повної страхової премії П2 –:

* збільшення страхової суми – 140 грн.,
* зменшення страхової суми – 100 грн.

Значення повних місяців в залежності від змін у договорі страхування N-4міс

Термін дії договору в місяцях – 6,

К1, К2 – 0,70

Термін дії договору в місяцях – 12,

К1, К2 – 1,00

**Розв’язання:**

**Розмір частини страхової премії, поверненої страхувальникові при достроковому припиненні дії договору страхування = 110: 12 х 4 х 0,6 = 22 грн.**

**Розмір страхової премії при збільшенні страхової суми = 140: 12 х 4 х 0,6 = 28 грн.**

**Розмір страхової премії при зменшенні страхової суми = 100: 12 х 4 х 0,6 = 20 грн.**

**Задача 2**

Розрахувати суму страхового відшкодування для страхування майна з використанням системи пропорційної відповідальності, якщо:

Вартісна оцінка об’єкта страхування – 4200 грн.,

Страхова сума за договором – 4000 грн.,

Фактична сума збитків – 3500 грн.

Розв’язання:

Сума страхового відшкодування = (3500\*4000)/4200=3333,33 грн.

**Задача 3**

Розрахувати суми першого та другого ризику при страхуванні домашнього майна, якщо:

Вартість домашнього майна – 24000 грн.,

Страхова сума за договором страхування – 18000 грн.,

Сума завданих збитків – 16000 грн.

За результатами розрахунків зробити висновки.

**Розв’язання:**

Страхування домашнього майна може здійснюватися за принципом першого ризику. Це означає, що страхове відшкодування виплачується за знищення (викрадення або пошкодження) майна в розмірі суми збитку, але не вищої за страхову суму. Тобто, якщо майно має вартість 24000 грн., але було застраховане тільки на суму у 18000 грн., то при знищенні цього майна, наприклад пожежею, на 16000 грн., страхувальник одержить 16000 грн., за все майно, що згоріло. Це говорить про те, що чим ближче страхова сума за договором страхування до справжньої вартості домашнього майна, тим більше гарантій щодо повного відшкодування збитку. Тому власникові майна доцільно страхувати його не в частковій, а в повній вартості.

А от коли страхування буде проведено за пропорційною системою відповідальності, то з даних цього прикладу, страховик відшкодовує тільки свою частку відповідальності в такому збитку. Тобто тільки 75% (8000 грн.). Тому що його частка відповідальності по всьому майну дорівнює 75% [18000: 24000 100%]. Про це теж треба пам’ятати при укладенні договору страхування. Правда різниці буде складатись в умовах страхування і в розмірах тарифів. При системі першого ризику – значення тарифу на страхування більше.

**Задача 4**

Власне утримання цедента за договором ексцедента суми становить 20 тис. грн. Ексцедентний договір складається з 4 ліній (часток). Клієнт має намір укласти договір страхування на суму 200 тис. грн. Який розмір ризику може прийняти цемент.

**Розв’язання:**

З аналізу статистичних даних страховик визначає: щоб бути платоспроможним по цих об’єктах, треба резервувати 50000 грн., що й буде страховою сумою у цьому випадку: (200000 грн.: 4 об’єкти = 50000 грн. = страхова сума). Тоді страхова премія (страховий платіж) з кожного об’єкта буде становити: 12,5 тис. грн. [50000: 4], а страховий тариф (зворотна дія): 25% х [12500: 50000 х 100%]. Тому 50000 грн. – розмір ризику, який може прийняти на себе цедент.