**МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

Бути захищеними від ризику непередбачених витрат на лікування хвороб, які порушують нормальне гармонійне життя, — природне бажання кожної людини. Метою медичного страхування є забезпечення громадян страховим захистом на випадок непередбачуваних медичних витрат. Страхова компанія «ПЗУ Україна» пропонує широкий вибір програм медичного страхування, які не лише забезпечують сплату медичних послуг, але й гарантують якісне медичне обслуговування.

Договір страхування укладається за умови страхування сім’ї мінімум з трьох осіб. Застрахованими можуть бути особи, що постійно проживають в Україні, іноземні громадяни віком до 60 років. Договори страхування укладаються тільки в тих містах України, де страхова компанія може забезпечити якісну медичну допомогу.

**ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу.

Світовий досвід показує, що напрямки вирішення цієї проблеми можуть бути різні. Загалом вони відрізняються структурою джерел фінансування охорони здоров'я і організацією надання медичних послуг.

Фінансування охорони здоров'я може бути бюджетним, соціальним і приватним (Семенков A. P., Чернов А. Ю. Медицинское страхование.-М.: Финстатинформ, 1993.-С. 11).

Бюджетна система охорони здоров'я найвиразніше була представлена в республіках, які входили до СРСР. Соціальна система характерна для країн Західної Європи, а переважно приватна - для Сполучених Штатів Америки.

За бюджетної системи фінансування охорони здоров'я страхування або відсутнє зовсім, або є незначним. Бюджетна система фінансування передбачає використання коштів податкових надходжень до бюджету, але саме це й не сприяє стабільності фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Причому внески підприємців є переважаючим джерелом надходжень. Незважаючи на те, що внески сплачують одержувачі доходів, існують винятки, які стосуються пенсіонерів та осіб з низьким рівнем доходів.

Для соціальної системи характерне співіснування державних систем охорони здоров'я і приватних систем.

У різних країнах питання про співіснування базових державних і приватних систем вирішується по-різному. Наприклад, у ФРН передбачена можливість виходу певної категорії населення із державної системи та її участь у приватному страхуванні за умови контролю держави за його якістю. У Франції державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування, що спонукає населення брати участь у приватному страхуванні. У Великій Британії поряд із тим, що все населення застраховане державою, у випадках, коли державна система не влаштовує громадян, з метою поліпшення обслуговування вони мають змогу взяти участь у приватному страхуванні.

У США фінансування охорони здоров'я базується майже виключно на платній основі, але певна частина населення (пенсіонери, бідняки, інваліди) обслуговуються за державними програмами "Медікер" і "Медікейд".

Організація охорони здоров'я, яка забезпечує право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини. За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Страхова медицина базується на певних принципах, серед яких можна назвати забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення, гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як фізичних, так і юридичних осіб.

Важливіш елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно має певні переваги перед державними і приватними системами, а також відомчою медициною, забезпечує більшу доступність, якісність і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

Французькі страховики включають до поняття медичного страхування страхування від захворювань (для додаткового відшкодування витрат на медичне обслуговування і виплату допомог у разі непрацездатності (інвалідності); страхування від травматизму (тілесних пошкоджень) у результаті нещасних випадків (компенсація в разі смерті й інвалідності). При цьому страхові компанії віддають перевагу комплексному страхуванню від зазначених ризиків, оскільки це дозволяє їм уникнути збитковості і дає добрі результати. За величиною страхових премій страхування від захворювань посідає провідне місце на французькому ринку медичного страхування.

Фінансування медичних витрат включає витрати на оплату медичного обслуговування (вартість ліків, медикаментів, апаратури), а також виплату грошової допомоги у зв'язку із непрацездатністю. Остання група витрат включає в себе виплати з непрацездатності, спричиненої захворюванням, вагітністю, нещасними випадками на виробництві.

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того, наскільки глибоко і всебічно пророблено концепцію розвитку страхової медицини в країні.

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета проведення медичного страхування - забезпечення громадянам у разі виникнення страхового випадку одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

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

Принцип обов'язкового медичного страхування діє у Франції, Канаді, ФРН, Нідерландах, Швеції, Бельгії та інших країнах.

В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове державне страхування існує лише для військовослужбовців і поліцейських.

Обов'язкова форма використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна - у тих країнах, де поширені приватні страхові програми.

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані фізичними та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах:

загальності, державності, некомерційності (Страхование от А до Я / Под ред. Л. Й. Корчевской, К. Е. Турбиной. - М.: ИНФРА, 1996. - С. 540 - 541). Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни

незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування - це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток - це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування не може бути засобом збагачення, а є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування.

Для обов'язкового медичного страхування характерним є те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

Обов'язкове медичне страхування передбачає, що сплата страхових внесків може бути покладена як на підприємців, так і на працівників. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частка цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладається програма обов'язкового медичного обслуговування. Ця програма визначає обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися. Наприклад, базова програма обов'язкового медичного страхування громадян Російської Федерації включає в себе забезпечення медико-санітарної допомоги (швидка медична допомога, діагностика і лікування в амбулаторних умовах разом з невідкладною і долікарською допомогою) та стаціонарної допомоги.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.

Вибір форми медичного страхування в 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.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страхувальники, застраховані, страховики, лікувально-профілактичні установи. У разі більш централізованої системи медичного страхування до його суб'єктів належить і фонд охорони здоров'я.

До страхувальників у галузі обов'язкового медичного страхування належать юридичні особи і держава. Юридичні особи (підприємства, установи, організації) є страхувальниками для працюючого, а держава - для непрацюючого населення.

Застраховані - це фізичні особи, на користь яких укладаються договори страхування.

Страховики - це незалежні страхові компанії (організації), які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні компанії за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. 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.

Страхові медичні організації несуть відповідальність за необгрунтовану відмову укласти договір обов'язкового медичного страхування, несвоєчасне внесення платежів зі сплати послуг медичної установи, невиконання умов договору медичного страхування. Якщо страхова медична установа не відповідає обгрунтованим вимогам застрахованого, він має право розірвати договір з цією страховою медичною установою і укласти з іншою.

Головне призначення страхової медичної організації в системі обов'язкового медичного страхування полягає в тому, щоб при оплаті рахунків медичних установ контролювати якість наданих медичних послуг і їх відповідність медико-економічним стандартам.

Під якістю медичної допомоги слід розуміти виконання медичним персоналом професійних функцій, ефективне використання ресурсів, ступінь ризику для застрахованих (небезпека травми або захворювання внаслідок медичного втручання), задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Для контролю за якістю медичних послуг у страхових медичних організаціях створюються, як правило, спеціальні експертні комісії, які мають перевіряти в лікувально-профілактичних установах правильність установленого діагнозу, лікування тощо. Коли в результаті перевірки виявляться порушення з боку медичної установи, то до неї можуть бути застосовані певні санкції. Отже, страхові медичні організації захищають права та інтереси громадян при одержанні ними медичної допомоги згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. Крім того, страхова медична організація може замінити медичну установу, в якій обслуговується застрахований.

Страхова медична організація може бути створена в будь-якій організаційно-правовій формі. Однією з цих форм є акціонерна форма. Акціонерна форма організації страхової компанії дозволяє їй сконцентрувати в себе значні фінансові ресурси і забезпечує дієвий контроль за діяльністю страхових компаній та медичних установ. Водночас, у Західній Європі саме акціонерна форма створення медичних страхових компаній виявилась найбільш непопулярною, оскільки при проведенні діяльності у сфері охорони здоров'я важко розраховувати на сталі прибутки. У ФРН, навпаки, ця форма посідає значне місце як організаційна форма страхових медичних компаній. При цьому законодавство Німеччини зобов'язує страхові медичні установи значну частину прибутку передавати на користь клієнтів.

У ряді європейських країн важливе місце посідають компанії взаємного страхування. Особливість їх діяльності полягає в тому, що в них немає акціонерів, і прибуток вони розподіляють між тими, кого страхують.

У деяких країнах існують державні агентства, які є незалежними від держави у своїй управлінській структурі і офіційно несуть відповідальність за керівництво ухвалених державою базових систем охорони здоров'я.

Страхові медичні компанії здійснюють свою діяльність на основі договорів про співробітництво із медичними організаціями.

Лікувально-профілактичні установи як суб'єкти обов'язкового медичного страхування представляють собою ті медичні установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. Ліцензія представляє собою державний дозвіл медичній установі на здійснення нею певних видів діяльності і послуг за програмою обов'язкового медичного страхування. Ліцензію повинна мати будь-яка медична установа незалежно від форми власності. Крім того, вона має пройти акредитацію на відповідність установленим професійним стандартам.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної організації надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки (у межах програми обов'язкового медичного страхування). У договорі встановлюється обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат. За надання медичних послуг медичні організації одержують плату.

Медичні установи несуть відповідальність за відмову в наданні медичної допомоги застрахованій стороні, невідповідність медичних послуг за обсягом та якістю умовам договору зі страховою медичною організацією.

Медична допомога в системі медичного страхування може бути надана і самостійно практикуючими лікарями, які мають на це право.

Розрахунки з лікувально-профілактичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану застрахованим медичну допомогу чи послугу. Це забезпечує контроль за якістю медичної допомоги та використанням коштів, дає можливість створити економічні стимули для поліпшення обслуговування застрахованих громадян у медичних закладах.

Суб'єктом медичного страхування може бути й фонд охорони здоров'я, який створюється державою разом з іншими суб'єктами страхових відносин для здійснення контролю за діяльністю страхових компаній і медичних установ, використанням коштів і т. ін.

Система обов'язкового медичного страхування зобов'язує страхувальників укладати відповідні договори, згідно з якими вони мають право на одержання медичних послуг, перелік і обсяг яких установлюється програмою обов'язкового медичного страхування, у медичних установах, включених до системи обов'язкового медичного страхування. При укладанні договору страховик видає страхувальникові страховий договір, а застрахованому - страховий поліс, який має силу договору. У договорі обов'язкового медичного страхування визначається, що страхова організація бере на себе зобов'язання з оплати медичних та інших послуг, що їх було надано застрахованим згідно з програмою обов'язкового медичного страхування. У свою чергу, страхувальник зобов'язується сплачувати внески страховій організації. У договорі обумовлюються розмір, строки і порядок внесення страхових внесків, строк дії договору, відповідальність сторін у разі невиконання умов договору, а також порядок вирішення спорів. Страховий поліс обов'язкового медичного страхування підтверджує право громадянина на одержання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування.

**ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

Добровільне медичне страхування 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 страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.

Програми добровільного медичного страхування розрізняються між собою залежно від переліку медичних послуг (наприклад, у разі стаціонарного лікування або виклику лікаря додому); контингенту застрахованих (послуги дітям або дорослим); переліку лікувальних установ, що їх пропонує страхова компанія для виконання програми добровільного медичного страхування; від вартості надаваних послуг.

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування видів страхування, в яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова компанія здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової компанії настає в разі звернення страхувальника (застрахованого) до лікувально-профілактичної установи за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування.

Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування вдається залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи якість медичних послуг.

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані та лікувально-профілактичні установи.

Страховиками у сфері добровільного медичного страхування є незалежні страхові компанії (організації), які мають статус юридичної особи, ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування.

Страхувальниками в системі добровільного медичного страхування є дієздатні фізичні або юридичні особи. Страхувальники - фізичні особи мають право укладати договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб. Основними страхувальниками з добровільного медичного страхування є підприємства, які укладають договори колективного страхування на користь усіх своїх працівників або окремих професійних груп. Підприємства сплачують страхові внески із одержаного прибутку.

Застраховані - це фізичні особи, на користь яких укладаються договори страхування. Якщо фізична особа укладає договір страхування відносно себе самої, то страхувальник і застрахований є однією особою.

Лікувально-профілактичні установи - це медичні установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг у системі добровільного медичного страхування і пройшли акредитацію на відповідність їх діяльності встановленим стандартам за надання медичної допомоги і послуг. Страхові медичні організації укладають із лікувально-профілактичними установами договори про співробітництво

щодо надання медичної допомоги і лікування застрахованих за умовами договорів добровільного медичного страхування. Договір звичайно передбачає контроль за якістю надання застрахованим медичних послуг, відповідності останніх переліку, що гарантується програмою добровільного медичного страхування.

Добровільне медичне страхування провадиться в межах створених страхового медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. Для колективної форми страхування характерне те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

За строками укладання договору добровільне медичне страхування може бути коротко- або довгостроковим. (Може бути іноді й пожиттєвим.)

У медичному страхуванні страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії відповідного договору до медичної установи (з передбачених у договорі страхування) у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми або інших нещасних випадків з метою дістати консультативну, профілактичну або іншу допомогу, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договором страхування.

Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі заяви страхувальника. Факт укладання договору добровільного медичного страхування засвідчується страховим полісом. Як договір, так і поліс добровільного медичного страхування можуть мати типову форму, рекомендовану для використання страховикам.

Обов'язок страхової медичної організації полягає не лише в ознайомленні страхувальника (застрахованого) з правилами страхування, а й у тому, щоб додати правила страхування до страхового полісу. Водночас страхова організація може до страхового полісу додати витяг із правил страхування, які мають для застрахованого важливе значення, але до страхового полісу не ввійшли.

Договір добровільного медичного страхування включає в себе такі умови: найменування страхувальника, застрахованих, кількість застрахованих осіб, об'єкт страхування, обсяг страхової відповідальності (включаючи перелік медичних послуг згідно з програмою добровільного медичного страхування), страхову суму, строк дії договору страхування, порядок виплати страхового забезпечення, тарифні ставки. У договорі страхування визначається також розмір страхових внесків і порядок їх сплати, умови й строки вступу договору в силу, а також його припинення, порядок визначення і виплати страхового забезпечення, можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування, права та обов'язки сторін, інші умови.

Добровільна форма медичного страхування передбачає надання страхувальникові (застрахованому) ширшого права вибору лікарів-спеціалістів, а також установ для отримання необхідної допомоги; поліпшене утримання у стаціонарі, лікувально-відновлювальній установі; збільшений за строками післялікарняний патронаж та догляд на дому і т. ін.

Обсяг зобов'язань страховика за договором добровільного медичного страхування визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких у страховика виникає обов'язок провести страхову виплату.

При укладанні договору страхувальником обирається програма добровільного медичного страхування.

Страховою сумою в добровільному медичному страхуванні є граничний рівень страхового забезпечення, який визначається згідно з переліком і вартістю медичних послуг, передбачених договором страхування.

Страхові внески, що їх сплачує страхувальник, залежать від обраної програми добровільного медичного страхування, рівня страхового забезпечення за договором страхування, строку страхування, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором страхування. Чим ширший перелік подій, за які страхова компанія несе відповідальність, тим вищий розмір страхового внеску.

Договір добровільного медичного страхування включає перелік умов, за яких страховик має право не виконувати свої зобов'язання зі страхової виплати. Страховик управі не відшкодовувати медичній установі вартість послуг, наданих застрахованому, коли той звернувся до цієї установи у зв'язку з травматичними пошкодженнями, яких він зазнав у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи іншого розладу здоров'я внаслідок здійснення умисного злочину, у разі спроби самогубства або умисного завдання собі тілесних пошкоджень. Крім того, страховик має право відмовити в оплаті медичних послуг, якщо застрахованим одержані послуги, які не були передбачені договором страхування.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування мають установлюватися за згодою страховика та медичної установи, що надає відповідні послуги. Тарифна ставка розраховується страховиком на основі статистичних даних про звернення по медичну допомогу та тривалість лікування. Іноді тарифна ставка диференціюється залежно від статі, віку і стану здоров'я застрахованої особи.

Страхові внески за договором страхування можуть бути сплачені страхувальником одноразово за весь строк страхування або сплачуватися періодично протягом строку страхування готівкою, або бути перераховані на розрахунковий рахунок страховика безготівкове. Договір страхування вступає в дію у строки, установлені в ньому. Протягом часу дії договору страхувальник має право змінити умови страхування або достроково розірвати договір.

Послуги з добровільного медичного страхування можна поділити на види, які передбачають виплати, не пов'язані з вартістю лікування (страхування на випадок установлення діагнозу захворювання, страхування на випадок захворювання у зв'язку із травмою, страхування добових виплат і т. ін.), і види, які забезпечують компенсацію витрат на лікування (страхування витрат на перебування в лікарні; страхування хірургічних витрат, страхування витрат на післяопераційний догляд і т. ін.). Для застрахованих найбільший інтерес становлять види договорів, які гарантують не лише оплату, а й можливість дістати медичну допомогу.

Страхування витрат, які не пов'язані з лікуванням, є простішим, оскільки його здійснення не потребує узгодження з вартістю медичних витрат. Виплата за такими договорами може здійснюватися у вигляді певної страхової суми, обумовленої в договорі страхування, або у вигляді добових виплат. При здійсненні видів страхування, які передбачають відшкодування витрат на лікування застрахованого, постають значні труднощі, пов'язані з установленням обсягу відповідальності, розрахунком тарифних ставок, визначенням розміру страхової суми.

У разі втрати здоров'я застрахованим у зв'язку із захворюванням або нещасним випадком страхова компанія оплачує рахунки лікувального закладу, виходячи з фактичної кількості днів лікування застрахованого за встановленими у договорі щоденними нормативами вартості лікування.

Лікувально-профілактичні установи так само, як і при обов'язковому медичному страхуванні, повинні нести економічну відповідальність за надання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. У разі порушення лікувально-профілактичним закладом медико-економічних стандартів страхова організація може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг.

Як показує зарубіжний досвід, страхові компанії можуть пропонувати страхувальникам спеціалізовані та універсальні страхові поліси медичного страхування.

Універсальний поліс медичного страхування як страхові передбачає ТІ випадки (стан здоров'я), медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Як страхові можуть розглядатися випадки, котрі потребують виклику дільничного лікаря додому, якщо має місце нездужання, підвищення температури, гостре респіраторне захворювання та інше. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатися за згодою між страховиком і страхувальником з можливою участю клінічної обслуговуючої бази. Організація страхового захисту за універсальним полісом може полягати у зверненні до послуг сімейного лікаря. Таких лікарів готують спеціальні медичні установи.

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом СНІД і т. ін.). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або ті, що мають схильність до таких захворювань.

Якщо універсальні страхові поліси зорієнтовані на приватних осіб, то спеціалізовані медичні послуги часто надаються за колективними договорами страхування - фірми страхують своїх працівників від найбільш можливих професійних ризиків.

Для обслуговування клієнтів за спеціалізованими полісами страхова компанія укладає договір або з окремими профільними лікарями або зі спеціалізованими клініками. ^

На страховому ринку Російської Федерації запроваджено поліс глобального медичного страхування. Особливість цього полісу полягає в тому, що його власник дістає змогу лікуватися не лише в одному медичному центрі, а й де завгодно (навіть за кордоном). Глобальний поліс забезпечує можливість відвідувати й лікарів, що практикують приватне. Застрахований може самостійно вибрати клініку або лікаря, поставивши це до відома страхової медичної компанії. У такому разі розрахунки за надані послуги можуть виконуватися безпосередньо між медичною установою і страховою компанією. Проте розрахуватися з медичною установою може й сам застрахований, котрому страхова компанія згідно з договором страхування зобов'язується відшкодувати вартість лікування. Глобальний поліс медичного страхування не передбачає лікування, яке не було приписане лікарем, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; лікування з метою зміни маси тіла та хірургічне лікування ожиріння тощо.

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїздять за кордон, укласти договори страхування (асистанс) на випадок раптового захворювання, тілесних пошкоджень внаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. Головна мета "асистансу" - негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові моральної, медичної, а також технічної допомоги. Договір страхування може передбачати відповідальність страховика при потребі медичного транспортування хворого до найближчої або спеціалізованої лікарні; транспортування в країну проживання з медичним супроводом; репатріацію тіла застрахованого; дострокове повернення; екстрену стоматологічну допомогу; юридичну допомогу і т. ін. Проте поліс добровільного медичного страхування громадян, які виїздять за кордон, не передбачає відшкодування вартості медичних послуг з цілеспрямованого лікування за кордоном, з лікування від хвороб, які були страхувальникові (застрахованому) відомі на момент укладання договору страхування, з медичного обслуговування або лікування, що не є невідкладним.

Правила страхування громадян, які виїздять за кордон, не передбачають відшкодування витрат у разі лікування хронічних захворювань, стоматологічного протезування тощо.

При укладанні договору страхування страхові компанії звичайно встановлюють максимальний розмір страхової суми, яка може бути виплачена застрахованому у разі настання страхового випадку, і встановлюють розмір франшизи.

Досвід зарубіжних країн показує, що добровільне медичне страхування має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.