

МЕДИЧНЕ

СТРАХУВАННЯ

Що таке медичне страхування?

- **Медичне страхування** — тип страхування від ризику витрат, пов'язаних із отриманням медичної допомоги. У більшості країн є формою соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я.
- Державний регулятор на ринку фінансових послуг України з 01 липня 2020 року - *Національний банк України.*

Сутність медичного страхування

При виникненні страхового випадку страховик гарантує оплату медичної допомоги, за рахунок накопичених страхувальниками коштів. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг, при виникненні страхового випадку (порушення здоров'я), за наявності договору зі страховою медичною організацією (страховиком). Остання несе витрати з оплати випадку надання медичної допомоги (ризик), з моменту сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду. *Забезпечує право громадян які працюють, і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування та матеріальне забезпечення, у випадку захворювання та в інших випадках.*

Метою медичного страхування є:

- **захист здоров'я і працездатності** співробітників підприємства;
- **зниження фінансових проблем** роботодавця і співробітників, пов'язаних з організацією і наданням медичної допомоги;
- **скорочення кількості днів непрацездатності** співробітників за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання;
- **додатковий стимул для співробітників** до збереження робочого місця і підвищення якості роботи.

Задачі медичного страхування

- охорона здоров'я населення;
- забезпечення відтворення населення;
- розвиток сфери медичного обслуговування;
- фінансування системи охорони здоров'я, поліпшення її матеріальної бази;
- перерозподіл коштів, що йдуть на оплату медичних послуг між різними групами населення

Форми медичного страхування

В світовій практиці розрізняють дві основні форми медичного страхування:

- обов'язкове медичне страхування;
- добровільне медичне страхування.

Доцільність медичного страхування

Програми медичного страхування дозволять підприємству делегувати безпосередньо страховій компанії реалізацію цілого ряду питань, які стосуються **соціального захисту своїх робітників**, що *пов'язані з їх захворюваннями та нещасними випадками*. Подібна «спеціалізація» питань організації виробничих та соціальних процесів на підприємстві приводить до мінімального відволікання керівництва на їх рішення, при повному контролі та впливу безпосередньо на реалізацію даних питань через механізм страхування.

Соціальний аспект, який також можна враховувати, полягає в тому, що медичне страхування сприймається робітниками як **додаткове соціальне благо** та **перевага роботи** на конкретному підприємстві.

Переваги щодо отримання медичного страхування

- забезпечення більшої доступності, якості і повноти щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, що є ефективнішою формою порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я;
- у разі порушення лікувально-профілактичним закладом стандартів медичних послуг страхова компанія може частково або повністю не оплачувати вартість таких послуг;
- з медичною установою за фактом надання застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг) повністю або частково (в залежності від умов договору медичного страхування) розраховується страхова компанія;
- оформлення лікарняних листів і довідок, виклик лікаря додому, амбулаторне обслуговування, аналізи;
- виклик невідкладної швидкої допомоги, направлення пацієнта в спеціалізовані медичні установи;
- стоматологічні послуги належної якості.

Основна мета добровільного медичного страхування –

- гарантувати громадянам (застрахованим особам), при виникненні страхового випадку, **оплату вартості медичної допомоги** (медичних послуг), за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних медичних послуг.

Страхова виплата від страхової компанії може бути здійснена наступними способами:

- виплата безпосередньо *страхувальнику* у вигляді повної або частини суми;
- виплата *медичному закладу* повної або частини суми вартості лікування застрахованого.

Перелік послуг, які можуть бути надані застрахованому при настанні страхового випадку включає:

- ургентна (швидка) медична допомога;
- амбулаторно-поліклінічне лікування;
- стаціонарне лікування;
- стоматологія (додаткова опція договору).

Особливості обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні

В Україні, у порівнянні з розвиненими країнами світу, *низький рівень витрат на медицину*. Основним джерелом фінансування на даний час є *державний та місцевий бюджет*.

В 2016 та 2017 роках Верховною Радою зареєстровано декілька законопроектів Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування. В 2020 році питання впровадження загальнообов'язкового державного медичного соціального страхування наразі більш актуалізоване.

Особливості добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні

- ДМС є частиною особистого страхування;
- ДМС є важливим ринковим компонентом та ефективним доповненням до системи соціального забезпечення, в тому числі Обов'язкового загальнодержавного медичного страхування;
- у ДМС застосовується принцип страхової солідарності, який визначається тим, що застрахована особа отримує ті види медичної допомоги та у тих розмірах, за які було сплачено страховий платіж;
- програми ДМС можуть обиратися за бажанням страхувальника, та реалізують потреби кожного окремого громадянина.

Заходи, яких необхідно вжити, для поліпшення нормативно-методичної бази ДМС

- забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування;
- створення умов розвитку ДМС як ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування;
- посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на ДМС;

- законодавче врегулювання питання щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) включення витрат на сплату страхових платежів за договорами ДМС своїх працівників до складу собівартості продукції;
- підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі ДМС, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко встановлених критеріїв;
- забезпечення надходження коштів у систему ДМС, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;
- забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі ДМС, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

Вищенаведена система заходів, спрямована на реалізацію Концепції розвитку ДМС в Україні, дозволить:

- створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги;
- суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети;
- зменшити долю тіньової медицини в системі медичного забезпечення;
- уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку;
- підвищити фінансовий стан працівників медичних установ.

Сьогоднішній стан справ охорони здоров'я потребує реформування, відпрацювання та впровадження ефективних програм, які б враховували інтереси всіх зацікавлених сторін та забезпечили:

- достатнє фінансування закладів охорони здоров'я;
- гідну матеріальну винагороду медичних працівників (лікарів);
- достатній обсяг медичних послуг та на гідному рівні всім громадянам України.

Перевага медичного страхування полягає в його прогнозованості: кожен громадянин вкладає невеликі суми коштів у медичну страховку для того, щоб бути впевненим, що при хворобі всі, або переважна більшість, медичних витрат будуть оплачені. Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет, тому що завдяки йому більше ніж вартість страховки на медицину за рік не витратиш.

Огляд ринку медичного страхування в Україні

- Медичне страхування досі не стало затребуваною послугою. Позитивні тенденції є, але вони незначні в порівнянні з потенціалом і реальними можливостями цього ринку.
- Згідно опитування, проведеного у 2019 році, за свій рахунок лікується 72,6 % населення України, 16,8 % займаються самолікуванням і 4,7 % мають страховий поліс.
- За перші 7 місяців 2019 року ціна поліса добровільного медичного страхування (ДМС) виросла, в середньому, на 2,5-8%. В цілому, індивідуальним страхуванням здоров'я громадян в Україні в 2019 році, як і роком раніше, займається обмежена кількість компаній — зі старожилів цього ринку можна виділити компанії «Інго Україна», «Уніка», «Альфа Страхування» і «Провідна».

«Програми страхування, які передбачають лікування критичних захворювань (онкологія, кардіо- та нейрохірургічні хвороби, що вимагають хірургічних втручань або трансплантації) в зарубіжних клініках, в липні 2019 року пропонують чотири компанії: СК „Альфа Страхування“, СК „Інго Україна“, СК „ARX“ і СК» Країна «. Вартість поліса — від 120—300 євро на рік, а страхова сума встановлена на рівні 500 тис.-2 млн євро».

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування в Україні відображає такі показники діяльності, як:

- рівень попиту на послуги;
- величину страхових виплат і швидкість їх здійснення;
- ступінь відповідальності компанії перед страховиком;
- рівень професіоналізму персоналу.

- Ухвалення реформи охорони здоров'я в Україні передбачає перехід медичних послуг на новий рівень, включаючи покриття обслуговування за рахунок страхування.
- Добровільне медичне страхування, незважаючи на невеликий обсяг в загальній кількості страхових полісів, впевнено набирає обертів. Незалежний інформаційний ресурс MEDS опублікував рейтинг компаній з медичного страхування в 2019 році.
- У трійку лідерів увійшли Альфа Страхування, АХА Страхування і ТАС СГ, зробивши виплат на суму 101622, 117382 і 37728 тисяч гривень.

Договір добровільного медичного страхування			« 12 .01.00 »	
від				12 .01.00
СТРАХОВИК	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО « »			ідентифікаційний код
в особі	Прізвище, ініціали		на підставі	Назва документу, номер, дата видачі
адреса	, м. Київ,		сайт	http://www.
телефон	(095) ; (093) ; (097)		e-mail	
(вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора)				
СТРАХУВАЛЬНИК	Прізвище, ініціали		дата народження	ідентифікаційний код
на підставі	Назва документу, номер, дата видачі			
адреса	Індекс, область, район, населений пункт, вул., буд., кв.			моб. телефон:

ЧАСТИНА 1 «СПЕЦІАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ»

1. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ	1.1. Прізвище, ініціали	дата народження	Обрана Програма страхування
	1.2. Прізвище, ініціали	дата народження	Обрана Програма страхування
	1.3. Прізвище, ініціали	дата народження	Обрана Програма страхування
	1.4. Прізвище, ініціали	дата народження	Обрана Програма страхування
	1.5. Прізвище, ініціали	дата народження	Обрана Програма страхування

2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ та СТРАХОВІ РИЗИКИ

2.1. Страховим ризиком є ймовірність захворювання, що передбачений умовами Договору під час дії Договору.

2.2. Страхові випадки:

2.2.1. звернення Застрахованої особи до медичного закладу, що запропонований Страховиком/ Асистуючою компанією з приводу гострого захворювання/стану, що передбачено обраною Програмою страхування за отриманням медичної допомоги та додаткових послуг, внаслідок якого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Асистуючій компанії/ медичному закладу /Застрахованій особі/Вигодонабувачу;

2.2.2. Страховим випадком визнається гостре захворювання/стан, що прямо визначені у Програмі страхування, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування і призвело до надання медичної допомоги, що передбачена обраною Програмою страхування.

2.3. Перелік базових Медичних закладів для надання медичної допомоги:

в Україні:

За кордоном: Ізраїль - мережа медичних клінік , Дитячий медичний центр , група клінік ; Європа – група Клінік , інші країни - Медичний центр .

3. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВА ПРЕМІЯ			
3.1. Назва Програм страхування:	Базова	Оптимальна	Віп
3.2. Страхова сума на одну Застраховану особу за Програмою, €:	300 000,00	500 000,00	1 000 000,00
3.3. Перелік захворювань/станів, що покриваються в межах відповідних програм.	Онкологія (злоякісні новоутворення)	Онкологія (злоякісні новоутворення)	Онкологія (злоякісні новоутворення)
	-	Кардіохірургія	Кардіохірургія
	-	-	Трансплантація життєво важливих органів
	-	-	Нейрохірургія
			Реабілітація
3.4. Страхова премія за Програмою, €:			
3.4.1. страхова премія за Програмою на 1 Застраховану особу віком від 0-18р., €:	35,00	70,00	150,00
3.4.2. страхова премія за Програмою на 1 Застраховану особу віком від 19-45 р., €:	80,00	180,00	350,00
3.4.3. страхова премія за Програмою на 1 Застраховану особу віком від 46-50 р., €:	130,00	250,00	520,00
3.4.4. страхова премія за Програмою на 1 Застраховану особу віком від 51-64 р., €:	295,00	495,00	1 200,00
3.5. Загальна страхова премія за Договором становить, €:			
3.5.1. Страхова премія сплачується Страховиком Страхувальником в гривнях за офіційним курсом НБУ на дату укладання Договору, при продовженні дії Договору на новий період страхування страхова премія у гривнях оплачується за курсом НБУ на дату оплати премії.			

4. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ	Nsn/n	Сума до сплати, грн.	Термін сплати (включно)
---	-------	----------------------	-------------------------

5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ з 00 годин 00 хвилин до 24 години 00 хвилин

5.1. В будь-якому разі Договір вступає в дію не раніше 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою надходження страхової премії в повному на поточний рахунок Страховика.

5.2. Якщо жодна із Сторін за 30 календарних днів до дати закінчення строку дії Договору не заявляє (письмово) про намір припинення дії Договору або зміни умов Договору, дія Договору продовжується на наступний рік за умови сплати Страхувальником Страховикові частини страхової премії в розмірі зазначеному у п.3.4 Договору, з врахуванням віку Застрахованої особи на дату початку нового періоду страхування. Страховий платіж за новий період страхування повинен бути сплаченим до дати закінчення поточного періоду дії Договору. При цьому, наступний строк дії Договору починається з наступного дня після закінчення попереднього строку. Такий же порядок продовження строку Договору передбачається для кожного наступного періоду його дії. Максимальний строк дії Договору становить 20 років.

6. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ Україна

7. Договір викладено на 8 (восьми) сторінках. Договір складається з Частини 1 «Спеціальні умови страхування» та Частини 2 «Загальні умови страхування», що не діють одна без одної. Невід'ємною частиною цього Договору є: Заява на страхування, що заповнюється окремо для кожної із Застрахованих осіб.

ПІДПИСИ СТОРІН:

СТРАХОВИК		СТРАХУВАЛЬНИК	
№ рахунку			Перевірте, будь ласка, коректність Ваших контактів. ЦЕ ВАЖЛИВО.
в банку	МФО		
Прізвище, ініціали, підпис, печатка		Прізвище, ініціали, підпис, печатка	
Ваш персональний консультант		код	

Зразок договору добровільного медичного страхування