

**ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В БАГАТОКАНАЛЬНІЙ
БЮДЖЕТНО-СТРАХОВІЙ МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1. Концептуальні засади добровільного (приватного) медичного страхування.....	6
2. Роль добровільного медичного страхування в системі медичного страхування громадян різних країн.....	10
3. Дослідження ринку добровільного медичного страхування в Україні.....	13
4. Добровільне медичне страхування в багатоканальній бюджетно-страховій моделі фінансування охорони здоров'я.....	16
ВИСНОВКИ.....	23
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	25
АНОТАЦІЯ.....	28

ВСТУП

Актуальність дослідження. Конституцією України визначено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Кожен громадянин нашої країни має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Стратегією сталого розвитку "Україна - 2020", схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 року N 5/2015, передбачено, що одним із пріоритетних напрямків розвитку країни є реалізація реформи системи охорони здоров'я.

У відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» громадянам нашої країни має бути забезпечений доступ до медичного обслуговування гідного європейської держави, шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі обов'язкового державного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті.

Суттєвим кроком на шляху реформування системи охорони здоров'я України постає розробка законопроекту про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні № 9163 від 04.10.2018, який передбачає впровадження в Україні багатоканальної бюджетно-страхової моделі фінансування охорони здоров'я, суттєве місце в якій має належати добровільному медичному страхуванню.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні знаходиться на початковому етапі свого розвитку, для якого характерні такі ознаки: нерозвиненість інфраструктури страхового ринку; невелика частка населення країни застраховано по програмах ДМС; недосконалість законодавчої бази добровільного медичного страхування.

При впровадженні в Україні бюджетно-страхової медицини та багатоканального фінансування охорони здоров'я необхідно вирішити важливі проблемні питання щодо визначення концептуальних засад добровільного медичного страхування та його місця при запровадженні загальнообов'язкового медичного страхування.

В Україні основні проблеми теорії та практики добровільного медичного страхування досліджували вчені Баєва О.В., Безугла В.О., Камінська Т.М., Костенко Т.А., Радиш Я.Ф., Стоколук В.В., Заволока Л.О., Стеценко В.Ю. та інші. Серед зарубіжних науковців необхідно назвати Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H., Docteur E, Oxley H., Lewalle H., Roman-Urrestarazu A., Thomson S, Busse R, Crivelli L., та інших фахівців.

Віддаючи належне дослідженням вчених у цій сфері, слід зауважити, що у вітчизняній літературі бракує ґрунтовних досліджень, які стосуються комплексних проблем ролі добровільного медичного страхування при впровадженні в країні бюджетно-страхової медицини і наукових розробок, орієнтованих на практичне застосування та узагальнення нагромадженого досвіду. При цьому є очевидним, що наукові доробки зарубіжних вчених не можуть бути адекватно реалізовані на вітчизняному підґрунті, оскільки базуються на засадах, які не повною мірою відповідають вітчизняним реаліям фінансування охорони здоров'я.

Мета конкурсної роботи полягає в дослідженні теоретичних засад добровільного медичного страхування та розробці практичних рекомендацій щодо підвищення його ролі в забезпеченні соціального захисту громадян при впровадженні в країні бюджетно-страхової медицини.

Відповідно до поставленої мети визначено коло **основних завдань**, спрямованих на її досягнення:

- вивчити та узагальнити теоретичні підходи до визначення сутності добровільного медичного страхування;

- дослідити сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні та визначити тенденції його розвитку;
- з'ясувати місце добровільного медичного страхування у багатоканальній системі фінансування охорони здоров'я;
- обґрунтувати концептуальні основи впровадження в Україні бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я ;
- розкрити особливості та взаємозв'язок рівнів надання медичних послуг, програм медичного забезпечення та джерел фінансування охорони здоров'я України;
- узагальнити зарубіжний досвід організації добровільного медичного страхування, з метою його практичного використання в Україні.

Об'єктом дослідження є медичне страхування в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є діалектичний метод пізнання. Для формування теоретичних положень і висновків був використаний абстрактно-логічний метод і метод спостереження. Для аналізу системи багатоканального фінансування системи охорони здоров'я, дослідження розвитку добровільного медичного страхування в Україні та зарубіжних країнах використано структурний метод, метод порівняння, аналізу і синтезу, логічний підхід, графічні методи і прийоми.

Інформаційною базою дослідження слугувала спеціальна наукова література з соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, законодавчі і нормативні акти з питань медичного страхування, статистичні дані інформаційно-аналітичних видань, звітні дані окремих страхових компаній.

1. Концептуальні засади добровільного (приватного) медичного страхування

У відповідності до чинного законодавства України визначено два види добровільного медичного страхування, на які страховики можуть отримати ліцензію [1]:

1. Страхування здоров'я на випадок хвороби.
2. Безперервне страхування здоров'я.

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається в договорі страхування. Договір страхування може укладатися стосовно якоїсь однієї хвороби або цілого ряду хвороб. Наприклад, це можуть бути різні інфекційні хвороби, хвороби серцево-судинної системи, систем дихання.

Безперервне страхування здоров'я передбачає отримання консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої та іншої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого програмами медичного страхування [3].

Класифікацію добровільного медичного страхування (ДМС) представлено на рис.1.

Добровільне медичне страхування може бути поворотним та безповоротним [11].

Безповоротне добровільне медичне страхування – це страхування, при якому вартість договору страхування розраховується окремо для кожного застрахованого після медичного огляду та визначення стану здоров'я. Якщо сума витрат на лікування перевищує договірну, додаткові витрати здійснюються на рахунок страхової організації.

Поворотне добровільне медичне страхування – це страхування, при якому сума договору страхування є середньостатистичною. Якщо сума витрат на лікування виявиться нижчою, то кошти, що залишились, повертаються застрахованому, за виключенням суми страхового ризику.



Рис.1 Класифікація Добровільного медичного страхування
[розроблено за матеріалами 3,4,5].

Страховий продукт в системі добровільного медичного страхування - це набір страхових програм, за якими страхувальникові надаються медичні послуги, у разі укладення договору страхування. Страховий продукт визначає взаємні зобов'язання страховика і страхувальника [9].

Програма добровільного медичного страхування – це визначений в страховому договорі набір опцій, вартість яких залежить від виду та обсягу медичної допомоги, рівня сервісного обслуговування та об'єму ризиків.

Опція – пакет медичних послуг, які надаються страхувальнику у відповідності до укладеної страхової угоди.

Співвідношення дефініцій «Страховий продукт», «Програма добровільного медичного страхування» та «Опція» представлено на рис.2.

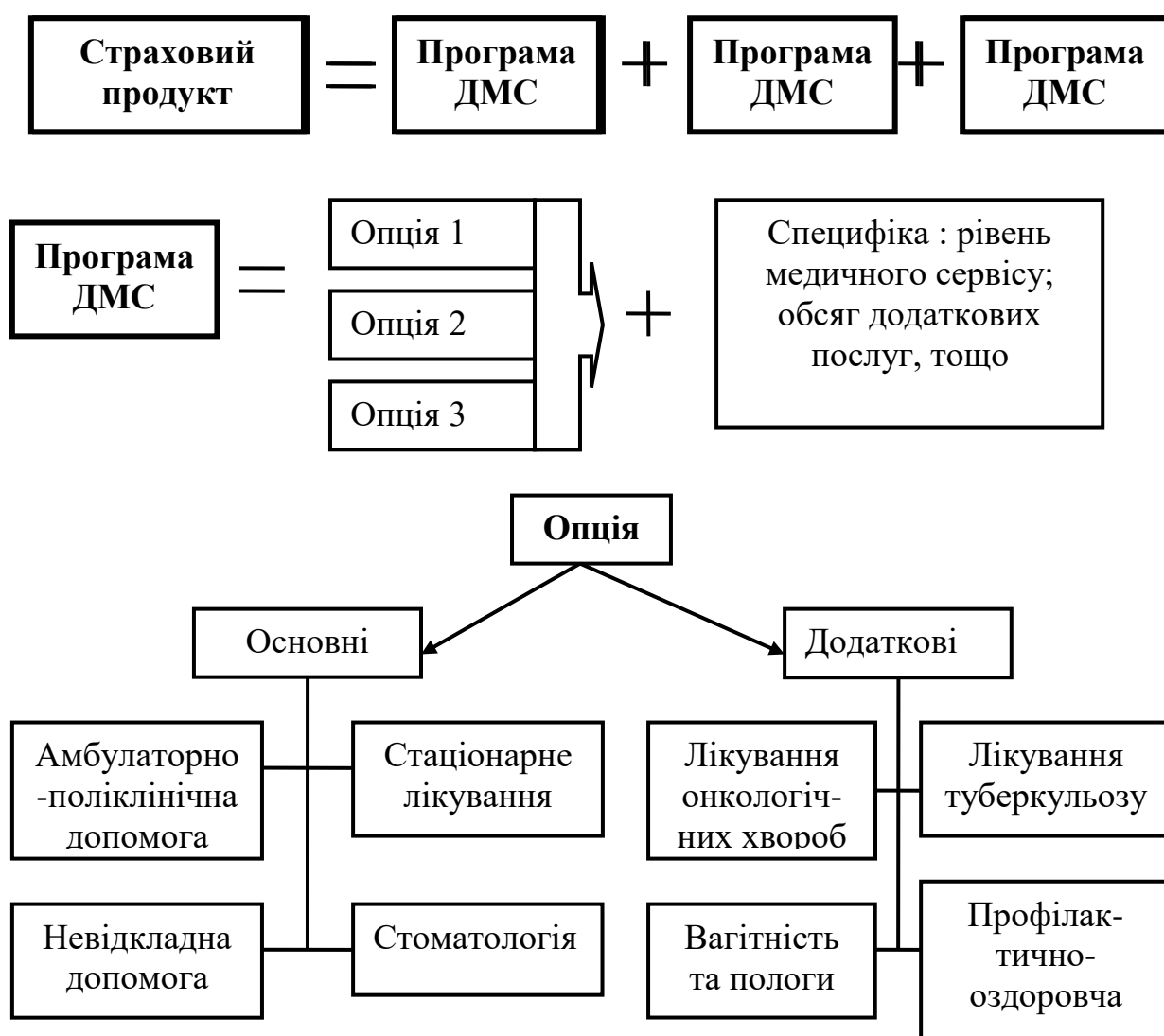


Рис.2 Співвідношення дефініцій «Страховий продукт», «Програма добровільного медичного страхування» та «Опція» [розроблено автором]

Наприклад, Страхова компанія «Еталон» пропонує програми, які складаються з основних та додаткових спеціалізованих опцій. До основних опцій медичного страхування належать опції: амбулаторно-поліклінічна допомога; стаціонарне лікування; невідкладна допомога; стоматологія. До додаткових опцій медичного страхування страхової компанії «Еталон» належать: лікування онкологічних хвороб; лікування туберкульозу; вагітність та пологи; профілактично-оздоровча програма [19].

За обраними клієнтом спеціалізованих опцій страхова компанія формує програму ДМС.

Крім набору спеціалізованих опцій кожна програма ДМС передбачає врахування чинників, які обумовлюють її вартість та визначають обсяг медичної допомоги, медичного сервісу (транспортування до лікарні в спеціалізованому автомобілі; медичний асистанс; консультативно-організаційний супровід, тощо).

Обсяг медичної допомоги за кожною з обраних спеціалізованих опцій та рівень медичного сервісу залежить від класу страхування. Програми ДМС за різними класами страхування диференціюються за:

- лікувально-профілактичними закладами в яких передбачається надання медичної допомоги;
- рівнем медичного сервісу в ЛПЗ (наприклад, перебування в 1-місній палаті стаціонару);
- розміри ліміту витрат по кожній спеціалізованій опції;
- відсоток оплати вартості медичної допомоги;
- кваліфікацією лікарів, які будуть надавати медичну допомогу;

Один з лідерів на ринку добровільного медичного страхування - Страхова компанія «Провідна» пропонує програми за 6 класами страхування: Стандарт; Стандарт +; Класик; Класик+; Еліт; ВІП [18].

Основною умовою добровільного медичного страхування є укладання Договору між Страховиком та Страхувальником.

2. Роль добровільного медичного страхування в системі медичного страхування громадян різних країн

В країнах, в яких діє обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування проводиться за типом додаткового або доповнюючого страхування.

Додатковий тип страхування - страхування, що надає додаткове покриття для медичних послуг або догляду за хворими, які повністю або частково виключені з базової програми обов'язкового медичного страхування. Цей тип страхування також передбачає більш прискорений доступ до надання медичної допомоги [11].

Доповнюючий тип страхування або розширювальне страхування - це страхування, що додатково покриває прискорений доступ до надавача медичної допомоги або розширений набір медичних послуг [11].

Додаткове ДМС повністю або частково покриває послуги, виключені з базової програми державного обов'язкового медичного страхування (ОМС). Цей тип страхування доступний для громадян більшості країн ЄС, хоча й у різних формах. Страхуванням цього типу охоплено більш ніж 30% населення Данії, майже половина населення Ірландії, 74% населення Словенії та понад 90% населення Франції [17].

Як правило, додаткове страхування являє собою спільні платежі на медикаменти, видатки на послуги лікарів і допоміжного медичного персоналу первинної медико-санітарної допомоги, лікарів-фахівців вторинної лікувально-профілактичної допомоги, а також видатки на послуги, виключені з пакета базової програми державного ОМС. При цьому рівні компенсації можуть бути різними та залежати як від країни, так і від вибраного страхового пакету.

Додатковий тип ДМС розширює споживчий вибір і традиційно гарантує прискорений доступ або розширений вибір медичних послуг, а в деяких випадках підвищує можливості вибору між надавачами медичної допомоги та медичних послуг. Цим видом приватного медичного страхування

охоплено біля 10% населення західноєвропейських країн та менше 2% населення країн Центральної та Східної Європи [14].

Замісний тип добровільного медичного страхування служить альтернативою державному страхуванню та забезпечує страхове покриття громадян, що вийшли з державної системи страхування. Доступ до цього типу добровільного медичного страхування визначається переважно розміром доходу застрахованого. Як правило, цей тип страхування обирають громадяни з доходом 100000 дол. і вище. В країнах ЄС це 10% населення. В замісному добровільному медичному страхуванні розцінки на медичну допомогу та медичні послуги приблизно на 1/3 вище, ніж вартість базової програми державного ОМС. До 2006 р. в Німеччині та Нідерландах найбільша частка видатків на медичне обслуговування припадала на замісне приватне медичне страхування [12].

В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я спостерігається тенденція до розширення кола медичних послуг, які пропонує додаткове та доповнююче ДМС. Особи, які страхуються, можуть обирати серед великої кількості страхових пакетів, що відрізняються за такими показниками як рівень покриття, механізм оплати, тип компенсації, ступінь розподілу витрат шляхом спільних платежів, франшиз та встановлення межі видатків.

Межа між що доповнюючим й додатковим ДМС не завжди виразна; ці дві форми можуть частково перекриватися. Ринок замісного ДМС передбачає більш активне державне втручання. Ринок доповнюючого та додаткового ДМС менше регулюється державою.

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.

Міжнародний досвід формування національних систем медичного страхування показує на необхідність законодавчого забезпечення варіантів добровільного медичного страхування, як доповнення до системи охорони здоров'я, що фінансується державою. При цьому доцільно враховувати такі позиції:

На першому етапі розробляється система охорони здоров'я, що фінансується державою або система обов'язкового медичного страхування, з наступним впровадженням добровільного (приватного) медичного страхування. Якщо спочатку впроваджується приватне страхування, то на долю державної системи охорони здоров'я або системи ОМС залишаються категорії осіб, які мають проблеми із здоров'ям та потребують високоякісного лікування або категорії громадян, які не можуть стати абонентами ДМС через брак коштів (безробітні, інваліди, пенсіонери). Таким чином система ОМС буде позбавлена фінансових надходжень з видатків роботодавців та заробітних плат працюючого населення [3].

Система ДМС законодавчо має бути обмежена у видах медичної допомоги та інших перевагах, які надає громадянам система обов'язкового медичного страхування. Якщо окремі громадяни будуть мати право не бути абонентами ОМС та отримувати таку ж медичну допомогу через систему ДМС, то державній системі ОМС залишиться «фінансовий тягар» забезпечення медичною допомогою нездорового та незаможного населення. Така ситуація неминуче викличе брак фінансових ресурсів для забезпечення державного соціального медичного страхування. В переважній більшості країн ЄС законодавчо закріплено розмежування базової програми ОМС та програм ДМС. Яким чином цей зарубіжний довід враховано при плануванні реформування системи фінансування охорони здоров'я України висвітлено в 4 розділі роботи.

3. Дослідження ринку добровільного медичного страхування України

Ринок добровільного медичного страхування в Україні знаходиться на початковому етапі свого розвитку і ще остаточно не сформувався. Для ринку ДМС характерні такі ознаки: нерозвиненість інфраструктури страхового ринку; невелика частка населення країни (менше 5%) застраховано по програмах ДМС; 90% населення, застрахованого по програмах ДМС, корпоративні клієнти; недосконалість законодавчої бази ДМС, в т.ч. податкове законодавство не передбачає пільг на медичне страхування персоналу організацій; недовіра до ДМС серед населення країни; високі страхові тарифи при низьких доходах населення; низький рівень конкуренції на страховому ринку ДМС; висока концентрація страхового ринку: на частку ТОП-10 страхових компаній припадає близько 70% валових страхових платежів по ДМС; низька зацікавленість суб'єктів системи охорони здоров'я в розвитку страхової медицини.

Порівняльна характеристика добровільного (приватного) медичного страхування між Україною та країнами ОСЕР наведено в таблиці 1.

Табл.1

Порівняльна характеристика приватного медичного страхування між Україною та країнами ОСЕР [розроблено за матеріалами 13].

Країна	Модель системи ОЗ	Частка населення в приватному медичному страхуванні (%)	Частка приватного медичного страхування в сукупних видатках на охорону здоров'я (%)	Приватне медичне страхування (% ВВП)
Франція	Бісмарка	86	12,8	1,2
США	Приватне страхування	70,3	34,8	4,59
Канада	Беверіджа	70	11,2	1,03
Австралія	Беверіджа	44	7,1	0,65
Німеччина	Бісмарка	10	12,5	1,34
Україна	Семашко	1	0,25	0,01

На сьогодні на страховому ринку України присутнє біля 100 страхових компаній, які надають послуги з добровільного медичного страхування. Рейтинг Meds страхових компаній України з добровільного медичного страхування станом на 2018 рік наведено в таблиці 2.

Табл.2

Рейтинг страхових компаній України з добровільного медичного страхування (станом на липень 2018 р.) [розроблено за матеріалами 10].

Рейтинг Meds	Страхова компанія	Сума страхових виплат	Сума страхових платежів	Приріст страхових платежів	Рівень виплат %
4.24	ТЕКОМ	10204.2	12763.2	-49.91	79.95
4.08	Альфа Страхування	33976.8	36629.2	55.60	92.76
3.76	ТАС СГ	12610.7	22182.1	27.74	56.85
3.36	Мега-Поліс	7633.3	8532.8	6.70	89.46
2.96	Країна	21343.4	30916.1	-6.54	69.04
2.84	Нефтегазстрах	45676.3	61903.9	-1.34	73.79
2.76	Українська страхова група	18796.4	27774.1	7.42	67.68
2.6	Універсальна	6024.6	10483.5	75.54	57.47
2.56	ІНГО Україна	24995.4	38018.2	35.77	65.75
2.52	PZU Україна	25353.8	44864.6	27.81	56.51

В останні два роки спотерігається позитивна тенденція на ринку України. За попередніми оцінками, за дев'ять місяців 2018 року загальна сума премій по ньому перевищила 2,4 млрд грн – це на 21% більше, ніж за три квартали 2017 року[10].

Основний попит на ринку ДМС формують:

1. Великі компанії, «дочки» провідних європейських і міжнародних холдингів, для яких поліс ДМС є невід'ємним атрибутом соціального пакету співробітників.

2. Великі промислові підприємства: металургійні заводи, гірничо-збагачувальні комбінати, енергетичні компанії тощо. Для цієї категорії клієнтів поліс медичного страхування – важливий елемент іміджу соціально відповідальної компанії, яка піклується про здоров'я працівників та їхніх родин.
3. Компанії в галузях з високою конкуренцією за кваліфікований персонал: телеком-сектор, фінансові установи, агробізнес, фармацевтичні компанії, ІТ-сфери.

В 2017-18 роках спостерігається тенденція на ринку ДМС з'явилась нова категорія страхувальників: малий бізнес, команди підприємців і незалежних фахівців, які працюють в форматі тимчасового проекту[10].

Основними драйверами ринку добровільного медичного страхування в Україні виступають:

- впровадження світового та європейського досвіду HR-менеджменту, який поступово стає еталоном для української бізнес-спільноти. Масштабними подіями на ринку ДМС є зобов'язання з медичного обслуговування всього міста (Лебедин на Сумщині, Коростишів на Житомирщині, Берегово на Закарпатті) або страхування 26 000 співробітників компанії «Нова пошта» в СК «УНІКА»[20];
- реформа охорони здоров'я, в очікуванні змін у фінансуванні галузі та впровадженні обов'язкового медичного страхування роботодавці більше цікавляться питаннями, пов'язаними з оплатою лікування співробітників.

Висока частка корпоративних абонентів на ринку добровільного медичного страхування обумовлюється рівнем зацікавленості обох суб'єктів медичного страхування: страховиків і страхувальників. Страховики більш зацікавлені в медичному страхуванні колективів підприємств та організацій, а не окремих громадян. При страхуванні корпоративних абонентів легше спрогнозувати кількість звернень за медичною допомогою, тобто майбутній рівень страхових виплат.

4. Добровільне медичне страхування в багатоканальній бюджетно-страховій моделі фінансування охорони здоров'я

Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні № 9163 від 04.10.2018 передбачає впровадження в Україні багатоканальної бюджетно-страхової моделі фінансування охорони здоров'я, яка включає:

- державне медичне забезпечення;
- загальнообов'язкове медичне страхування;
- добровільне страхування;
- інші форми фінансування охорони здоров'я, не заборонені законодавством України [2]

Багатоканальна бюджетно- страхова система фінансування має забезпечити надання медичних послуг на всіх рівнях: життєзабезпечуючому; здоров'язберігаючому та рівні додаткового попиту.

Життєзабезпечуючий рівень надання медичної допомоги – забезпечується Базовою програмою за принципами та механізмами визначеними чинним законодавством.

Здоров'язберігаючий рівень надання медичної допомоги – забезпечується частково Базовою програмою та Програмою загальнообов'язкового медичного страхування на принципах та умовах чинного законодавства.

Рівень додаткового попиту – медичні послуги, що надаються понад Життєзабезпечуючий та Здоров'язберігаючий рівні надання медичної допомоги, і можуть включати надання додаткових медичних послуг та послуг з обслуговування.

Співвідношення рівнів надання медичних послуг, програм медичного забезпечення та джерел фінансування представлено на рис. 3.



Рис.3 Співвідношення рівнів надання медичних послуг, програм медичного забезпечення та джерел фінансування охорони здоров'я України [розроблено за 3]

Держава бере на себе зобов'язання з надання медичної допомоги громадянам в рамках Програми державних гарантій, яка складається з двох програм: базової програми та програми страхування.

Базовою програмою встановлюється перелік медичних послуг, що гарантовано надаються населенню на життєзабезпечуючому рівні та, частково, на здоров'язберігаючому рівні.

Програма страхування встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги, забезпечення ліками та засобами медичного призначення та оплати медичних послуг за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового медичного страхування.

Для забезпечення надання медичної допомоги понад Програми державних гарантій можуть залучатись кошти добровільного медичного страхування, після укладання відповідних договорів.

Таким чином, добровільне медичне страхування в багатоканальній бюджетно-страховій системі фінансування охорони здоров'я має за мету забезпечити застрахованих громадян медичними послугами, які не входять до переліку Програми державних гарантій.

При вивченні питання багатоканального фінансування охорони здоров'я доцільно було б проаналізувати досвід Німеччини, яка є однією з перших країн де було запроваджене медичне страхування. В країні існує два види страхування: обов'язкове (державне) й добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я в Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6% ВВП [15]. Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси. В цих касах страхується близько 90% населення країни. Менше ніж 10% населення Німеччини мають приватні медичні страховки й відповідні внески в державні лікарняні каси не здійснюють[7].

Для України досвід медичного страхування Німеччини вбачається недоречним, так як громадяни з великими та середнім доходом будуть страхувати своє здоров'я в системі добровільного медичного страхування. За такої ситуації Фонд загальнообов'язкового медичного страхування буде мати постійний брак у коштах.

При формуванні багатоканального фінансування системи охорони здоров'я Україні доцільно було б врахувати досвід Великобританії із приватного медичного страхування.

Приватним медичним страхуванням в Великобританії охоплено більше 7, 2 млн. осіб або 13% всього населення. Як правило, це особи з доходом вище середнього: 65% застрахованих мають річний дохід понад 70 тис. ф. ст., при середньому доході в країні 25 тис. ф. ст. та 36 тис.ф.с. в Лондоні. Більше половини з них застрахована в рамках колективного приватного медичного страхування.

Клієнти приватних страхових медичних компаній оплачують медичні послуги як за системою приватного медичного страхування, так і за рахунок NHS оскільки вони платять державі загальні податки. Державні лікарні, які є провайдерами державного медичного страхування створюють ліжка для приватних пацієнтів і беруть плату за них. Проте більшість застрахованих в рамках приватного медичного страхування все ж таки роблять свій вибір в бік лікування в приватних лікарнях[16].

Як і у Великобританії, у переважній більшості країн ЄС законодавчо закріплено розмежування базової програми обов'язкового медичного страхування та програм добровільного медичного страхування.

На мою думку, у законопроект «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» мають бути внесені відповідні поправки щодо законодавчого розмежування у видах медичної допомоги, які надаються громадянам за Програмою державних гарантій та за програмами добровільного медичного страхування.

Крім того, доцільно законодавчо закріпити тезу про те, що при укладанні договорів з добровільного медичного страхування, застрахований має мати поліс з загальнообов'язкового медичного страхування.

Аналізуючі досвід країн ЄС варто звернути увагу на певні недоліки з надання медичної допомоги громадянам за рахунок обов'язкового медичного страхування. До таких негативів можна віднести так звані «листи очікування» на отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, планових оперативних втручань, тощо. Для запобігання

таких ситуацій в Україні, варто врахувати досвід координації обов'язкового медичного страхування та приватного медичного страхування в Франції.

У порівнянні з іншими країнами ЄС у Франції спостерігається найбільший відсоток охоплення населення приватним медичним страхуванням, однак страхове покриття на 65% забезпечується за рахунок спільних платежів.

Оскільки для отримання медичної допомоги за державним соціальним медичним страхуванням у Франції існують «листи очікування», більшість громадян намагаються отримати поліс приватного медичного страхування на додаткові або доповнюючі медичні послуги. Доповнюючі страхові поліси мають 92% осіб, які проживають у Франції [14].

Вартість доповнючого приватного медичного полісу становить 20 євро/місяць за студентським варіантом з мінімальним набором медичних послуг до 100 євро/місяць за медичними полісами, які включають протезування, оплату палат в госпіталі або пологовій клініці, тощо. Більшість французьких підприємств пропонують своїм працівникам придбати доповнюючі страхові поліси на пільгових цінах.

Приватне медичне страхування у Франції здійснюється тільки тими страховими компаніями, які отримали спеціальний дозвіл на це відповідно до законодавства Франції. Страхові компанії діють у відповідності до Страхового кодексу та підпорядковані страховій дирекції міністерства економічних і фінансових справ.

Покриття вартості лікування забезпечує повне або часткове покриття витрат застрахованого за програмою приватного медичного страхування. Це можуть бути програми, що включають витрати, які не забезпечуються державним соціальним страхуванням. Наприклад, додаткова плата за приватну палату, окрема лікарняна плата, що перевищує звичайні виплати, тощо [3].

Крім вищезазначених, існує ще низка проблем з якими можуть зустрітись страхові компанії, які працюють на ринку добровільного медичного страхування.

За думкою Камінської Т.М. сучасні страхові компанії України, що продають поліси добровільного медичного страхування, теж поки ще не дуже готові до участі в обов'язковому медичному страхуванні [6].

Таким чином, при впровадженні в Україні бюджетно-страхової медицини та багатоканального фінансування охорони здоров'я необхідно вирішити такі важливі проблемні питання:

1. Збереження конкурентного середовища на ринку добровільного медичного страхування при впровадженні загальнообов'язкового медичного страхування.

2. Забезпечення умов для повноцінного розвитку додаткового та доповнюючого добровільного медичного страхування, яке доповнює Програму державних гарантій та забезпечує високу якість медичної допомоги у державі.

Вбачається за необхідне вирішити низку організаційних та правових проблемних питань, з врахуванням зарубіжного досвіду, що дозволить забезпечити високу якість страхових послуг :

- вдосконалити економічний механізм державного регулювання якості медичного обслуговування, за рахунок додаткового рівня медичних послуг;
- внести відповідні поправки при розгляді у Верховній раді законопроекту «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні». А саме:
 - розмежувати види медичної допомоги, які надаються громадянам за Програмою державних гарантій та за програмами добровільного медичного страхування;
 - законодавчо закріпити тезу про те, що при укладанні договорів з добровільного медичного страхування,

застрахований має мати поліс з загальнообов'язкового медичного страхування.

- удосконалення системи страхування здоров'я на основі світового досвіду з використання змішаного виду медичного страхування в Україні;
- забезпечити конкурентоспроможність добровільного медичного страхування в країні, що буде сприяти надходженню іноземних інвестицій в сферу охорони здоров'я та систему страхування.

ВИСНОВКИ

1. Добровільне медичне страхування – це один з видів особистого страхування, який забезпечує можливість повної або часткової виплати коштів за отримання консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого укладеним договором та Правилами страхування.
2. В країнах, в яких діє обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування проводиться за типом додаткового або доповнюючого страхування, за якими забезпечуються додаткове покриття прискореного доступу до надавача медичної допомоги або розширений набір медичних послуг. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я спостерігається тенденція до розширення кола медичних послуг, які пропонує додаткове та доповнює добровільне медичне страхування.
3. Ринок добровільного медичного страхування в Україні знаходиться на початковому етапі свого розвитку, для якого характерні такі ознаки: нерозвиненість інфраструктури страхового ринку; невелика частка населення країни застраховано по програмах ДМС; недосконалість законодавчої бази добровільного медичного страхування.
4. Держава бере на себе зобов'язання з надання медичної допомоги громадянам в рамках Програми державних гарантій, яка складається з двох програм: базової програми та програми страхування. Для забезпечення надання медичної допомоги понад цих програм можуть залучатись кошти добровільного медичного страхування.
5. Концепція формування системи добровільного медичного страхування як типу доповнюючого страхування при впровадженні в країні бюджетно-страхової моделі фінансування охорони здоров'я вимагає внесення відповідних поправок у законопроект, істотного вдосконалення нормативно-правової бази її забезпечення та регулювання.

6. При впровадженні в Україні бюджетно-страхової медицини та багатоканального фінансування охорони здоров'я необхідно вирішити важливі проблемні питання щодо збереження конкурентного середовища на ринку добровільного медичного страхування; забезпечення умов для повноцінного розвитку додаткового та доповнюючого типів добровільного медичного страхування, яке доповнює Програму державних гарантій та забезпечує високу якість медичної допомоги у державі.
7. Вбачається за необхідне вирішити низку організаційних, законодавчих та нормативно-правових проблемних питань, з врахуванням зарубіжного досвіду, що дозволить забезпечити високу якість страхових послуг :
- вдосконалити економічний механізм державного регулювання якості медичного обслуговування;
 - внести відповідні поправки у законопроект «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» щодо розмежування видів медичної допомоги, які надаються громадянам за Програмою державних гарантій та за програмами добровільного медичного страхування; законодавчо закріпити обов'язковість загальнообов'язкового медичного страхування громадян при укладанні договорів з добровільного медичного страхування;
 - забезпечити конкурентоспроможність добровільного медичного страхування в країні, з метою сприяння надходження іноземних інвестицій в сферу охорони здоров'я та систему страхування.

Список використаної літератури:

1. Закон України «Про страхування» N 86/96-ВР від 07.03.96 // Відомості Верховної Ради України, 1996, N 18 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>
2. Проект Закону про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні № 9163 від 04.10.2018 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64744
3. Баєва О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб./О.В.Баєва.- К.: ВД "Персонал", 2013.-432 с.
4. Базилевич В. Д. Страхова справа. 6-те вид. К.: Знання.-2008.- 351 с.
5. Безугла В.О. Соціальне страхування : навч. посібник / В.О. Безугла, Д.М. Загірняк, Л.В. Шаповал . – К. : ЦУЛ, 2011 . – 584 с.
6. Камінська Т.М. Щодо альтернативних моделей обов'язкового медичного страхування в Україні// Економічна теорія та право.- 2017.- № 2 (29).- С. 14-22
7. Костенко Т.А., Стоколюк В.В., Заволока Л.О. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду// Young Scientist.- 2018.- № 5 (57).- С. 721-725
8. Кучеренко В.З., Берестов Л.А., Мартынчик С.А., Тимчинский Д.Л., Мартынчик Е.А. Природа и особенности рынка добровольного медицинского страхования в странах Европейского союза [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=503&offset=40&theme=15>
9. Мальцева В. В. Страховий продукт: визначення, структура та характеристики якості// Економічний вісник Донбасу.-2014.- № 1 (35).- С.93-98
10. Рейтинг страхових компаній по медичному страхуванню в 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://meds.com.ua/rating/>

11. Стеценко В.Ю. Добровільне медичне страхування як об'єкт правового регулювання/ В.Ю. Стеценко//Часопис Київського університету права.- 2009.-№3.- С. 156-160
12. Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification// Health Policy. 2013.- №113.- P.258–269. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002285?via%3Dihub>
13. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: lessons from the reform experience Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2003 (OECD Health Working Paper 9). . [Електронний ресурс]. – Режим доступу:www.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf [accessed 12 August 2013].
14. Lewalle Henri A look at private health care insurance in the European Union// Revue française des affaires sociales.- 2006.- № 6-7.-P.133-157 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-133.htm>
15. Roman-Urrestarazu A. Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation and conflict/ Andres Roman-Urrestarazu, Justin C. Yang, Stefanie Ettelt, Inna Thalmann, Valeska Seguel Ravest and Carol Brayne // International Journal for Equity in Health.- 2018.- №17.-P.112 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0831-z>
16. Thomson S, Busse R, Crivelli L, van de Ven W, Van de Voorde C. Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison// Journal of European Social Policy 2013;109:209–25. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0958928706068271>
17. Thomson S. Private health insurance in the European Union/ Sarah Thomson and Elias Mossialos// 2009 LSE Health and Social Care London

School of Economics and Political Science [Електронний ресурс]. –

Режим доступу:

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4216&langId=en>

18. Сайт Страхової компанії «ПРОВІДНА»// [Електронний ресурс]. –

Режим доступу: <https://providna.ua/company/pro-providnu>

19. Сайт Страхової компанії «Еталон» [Електронний ресурс]. – Режим

доступу: <https://mall.com.ua/files/uploads/shops/Страховая%20компания>

20. Сайт компанії «Нова пошта» [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<https://novaposhta.ua/news/rubric/2/id/4970>

АНОТАЦІЯ

Актуальність теми дослідження обумовлена відсутністю в вітчизняній літературі ґрунтовних досліджень, які стосуються комплексних проблем ролі добровільного медичного страхування при впровадженні в країні бюджетно-страхової медицини і наукових розробок, орієнтованих на практичне застосування та узагальнення нагромадженого зарубіжного досвіду. При цьому є очевидним, що наукові доробки зарубіжних вчених не можуть бути адекватно реалізовані на вітчизняному підґрунті, оскільки базуються на засадах, які не повною мірою відповідають вітчизняним реаліям фінансування охорони здоров'я.

Мета конкурсної роботи полягає в дослідженні теоретичних засад добровільного медичного страхування та розробці практичних рекомендацій щодо підвищення його ролі в забезпеченні соціального захисту громадян при впровадженні в країні бюджетно-страхової медицини.

Відповідно до поставленої мети визначено коло **основних завдань**, спрямованих на її досягнення:

- вивчити та узагальнити теоретичні підходи до визначення сутності добровільного медичного страхування;
- дослідити сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні та визначити тенденції його розвитку;
- з'ясувати місце добровільного медичного страхування у багатоканальній системі фінансування охорони здоров'я;
- обґрунтувати концептуальні основи впровадження в Україні бюджетно-страхової системи фінансування охорони здоров'я ;
- розкрити особливості та взаємозв'язок рівнів надання медичних послуг, програм медичного забезпечення та джерел фінансування охорони здоров'я України;
- узагальнити зарубіжний досвід організації добровільного медичного страхування, з метою його практичного використання в Україні.

Об'єктом дослідження є медичне страхування в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є діалектичний метод пізнання. Для формування теоретичних положень і висновків був використаний абстрактно-логічний метод і метод спостереження. Для аналізу системи багатоканального фінансування системи охорони здоров'я, дослідження розвитку добровільного медичного страхування в Україні та зарубіжних країнах використано структурний метод, метод порівняння, аналізу і синтезу, логічний підхід, графічні методи і прийоми.

Конкурсну роботу присвячено визначенню концептуальних засад добровільного медичного страхування в системі багатоканального фінансування галузі та аналізу зарубіжного досвіду розвитку доповнюючого приватного медичного страхування в країнах з обов'язковим медичним страхуванням.

Визначено, що добровільне медичне страхування є одним з видів особистого страхування, який забезпечує можливість повної або часткової виплати коштів за отримання консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого укладеним договором та Правилами страхування.

Доведено, що в країнах, в яких діє обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування проводиться за типом додаткового або доповнюючого страхування, за якими забезпечуються додаткове покриття прискореного доступу до надавача медичної допомоги або розширений набір медичних послуг. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я спостерігається тенденція до розширення кола медичних послуг, які пропонує додаткове та доповнююче добровільне медичне страхування.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні знаходиться на початковому етапі свого розвитку, для якого характерні такі ознаки: нерозвиненість інфраструктури страхового ринку; невелика частка населення країни застраховано по програмах ДМС; недосконалість законодавчої бази добровільного медичного страхування.

Обґрунтовано, що концепція формування системи добровільного медичного страхування як типу доповнюючого страхування при впровадженні в країні бюджетно-страхової моделі фінансування охорони здоров'я вимагає внесення відповідних поправок у законопроект, істотного вдосконалення нормативно-правової бази її забезпечення та регулювання.