Харківський національний медичний університет



ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Методичні вказівки

для студентів до практичного заняття

на тему «***Основи медичного страхування***»

для підготовки студентів за спеціальностями:

– 7.12010001 «Лікарська справа»,

– 7.12010002 «Педіатрія»,

– 7.12010003 «Медично-профілактична справа».

Харків

2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я   
ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ’Я

ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Методичні вказівки

для студентів до практичного заняття

на тему «***Основи медичного страхування»***

для підготовки студентів за спеціальностями:

– 7.12010001 «Лікарська справа»,

– 7.12010002 «Педіатрія»,

– 7.12010003 «Медично-профілактична справа».

*Затверджено вченою радою*

*Харківського національного*

*медичного університету.*

*Протокол №7 від 16.06.2016 р.*

Харків

ХНМУ

2018

УДК 614.2:33.02

Економіка охорони здоров’я : методичні вказівки для студентів до практичного заняття на тему «Основи медичного страхування» для підготовки студентів 6-х курсів за спеціальностями 7.12010001 «Лікарська справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медично-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, В.І. Кравченко, І.А. Чухно, О.А. Мельниченко. – Харків : ХНМУ, 2018. – 26 с.

Укладачі: Огнєв В.А.

Кравченко В.І.

Чухно І.А.

Мельниченко О.А.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВИВЧЕННЮ ТЕМИ**

**Мета заняття:** ознайомити студентів з основами страхової медицини; оволодіти методикою визначення вартості страхового поліса при добровільному медичному страхуванні.

**Знати:**

* ***програмні питання:***

– сутність і зміст медичного страхування;

– види медичного страхування;

– місце і роль лікаря загальної практики в системі медичного страхування;

– суб’єкти та об’єкти ринку медичного страхування.

**Вміти:**

– організувати контроль якості медичних послуг в умовах страхової медицини;

– використовувати методику розрахунку страхового тарифу при добровільному медичному страхуванні;

– оперувати основними категоріями страхової медицини;

– визначати чинники, які впливають на розмір страхового тарифу;

– обраховувати розмір страхового тарифу при добровільному медичному страхуванні.

**Рекомендована література**

**Базова література**

1. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Таран В.В. та ін. Економіка охорони здоров’я : підручник / під ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця : Нова Книга, 2010. – 288 с.
2. Огнев В.В., Чухно И.А., Кравченко В.И., Веретельник Е.А. Экономика здравоохранения: теоретические материалы для подготовки к практическим занятиям для студентов медицинских и стоматологического факультетов (базовая подготовка). – Харьков : ХНМУ, 2016. – 85 с.
3. Ценообразование в здравоохранении. Экономика здравоохранения: методические указания для студентов к практическому занятию по теме для подготовки студентов по специальности 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002 «Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело» / сост. В.А. Огнев, В.И. Кравченко, И.А. Чухно, А.А. Мельниченко. – Харьков : ХНМУ, 2018. – 28 с.
4. Ціноутворення в охороні здоров’я. Економіка охорони здоров’я: методичні вказівки для студентів до практичного заняття для підготовки студентів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа» 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа», 7.12010005 «Стоматологія» / укл. В.А. Огнєв, В.І. Кравченко, І.А. Чухно, О.А. Мельниченко. – Харків : ХНМУ, 2018. – 30 с.
5. Шейман И.М., Шишкин С.В., Колосницина М.Г. Экономика здравоохранения. – Москва : Высшая школа экономики, 2009. – 480 с.

**Допоміжна література**

1. Агарков В.И., Грищенко С.В., Северин Г.К. и др. Теоретические основы экономики здравоохранения: учебное пособие для медицинских ВУЗов / под. ред. В.И. Агаркова. – Донецк : Ноулидж, 2010. – 267 с.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоро­в’я: навчально-методичний посібник. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – 134 с.
3. Економіка підприємства: підручник / [кол. авт.]; за заг. ред. С.Ф. Покропивного. 2-ге вид., перероб. та доп. – Київ : КНЕУ, 2005. – 528 с.
4. Каминская Т.М. Рынок медицинских услуг: Опыт теоретико-институ­ционального анализа. – Харьков : ИПП «Контраст», 2006. – 296 с.
5. Кэмпбелл Р. Макконнел, Стэнли Л. Брю. Экономикс: принципы, проблемы и політика / [пер. с анг.]. 11-го изд. – Киев : Демос, 1998. – 785 с.
6. Мочерный С.В., Некрасова В.В. Основы организации предпринимательской деятельности: учебник / под общ. ред. С.В. Мочерного. – Москва : Приориздат, 2004. – 544 с.
7. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. – Запоріжжя, 2008. – 296 с.

**Інформаційні ресурси**

1. Державна науково-педагогічна бібліотека України ім. В.О. Сухомлинського. – URL: [http://www.dnpb.gov.ua](http://www.dnpb.gov.ua/)
2. Держана служба статистики України. – URL: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)
3. Наукова бібліотека Харківського національного медичного університету. – URL: <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>
4. Національна бібліотека України ім. В.И. Вернадського. – URL: [http://www.nbuv.gov.ua](http://www.nbuv.gov.ua/)
5. Національна наукова медична бібліотека України. – URL: [http://www.library.gov.ua](http://www.library.gov.ua/)
6. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка. – URL: http://korolenko.kharkov.com
7. Національна медична бібліотека США. – URL: [http://www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov/)

**ОСНОВНИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ**

**МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ**

**1. Страхова медицина: сутність, основні принципи**

Соціальна допомога при захворюваннях, травматизмі та інвалідності, пов’язаними з виробничою діяльністю, виникла ще в Стародавній Греції та Римській імперії, де існували організації взаємодопомоги у рамках професійних гільдій (об’єднань). Ці організації займалися збором і виплатою коштів у разі виникнення необхідності надання такої допомоги. У Середньовіччі таким захистом займалися цехові та ремісничі союзи і (частково) церква.

Проте, як медичне страхування, соціальна допомога з’являється у другій половині XIX ст., коли організовується й активно проявляє себе профспілковий робітничий рух, розвивається промисловість, а разом з нею зростає захворюваність, травматизм, інвалідність як результат несприятливих умов праці, його складності, завищеної тривалості робочого дня. У багатьох європейських (особливо промислово розвинених) країнах створюються страхові лікарняні каси, на базі яких формується страхова медицина.

Державний характер страхова медицина набуває в Німеччині, коли канцлером (главою Уряду) був Отто фон Бісмарк. Там у 1883 р. було видано перший Закон про обов’язкове страхування робітників на випадок хвороби, у 1884 р. – Закон про страхування від нещасних випадків, а в 1889 р. – Закон про страхування на випадок старості та інвалідності. Система охорони здоров’я, що виникла на основі цих законів, отримала назву «система Бісмарка». Потім (з 1887 р. по 1910 р.) аналогічні закони було прийнято в Австрії, Голландії, Іспанії, Норвегії, Фінляндії, Франції та Швеції.

У Російській Імперії, частиною якої була і Україна, в 1912 р. було прийнято Закон про введення обов’язкового страхування від нещасних випадків і хвороб працюючого населення. Страхуванню підлягали не всі: з 13 млн працівників право на страховку мали лиши 2 млн. При цьому страхуванню не підлягали працюючі Сибіру та Середньої Азії, а 60 % витрат зі страхування оплачували самі працівники. Створені (відповідно до закону) лікарняні каси займалися страхуванням на випадок хвороби й видачею грошової допомоги; натомість організація медичної допомоги в їх обов’язки не входила. До початку 1916 р. таких кас налічувалося близько 2 тис. і зосереджені вони були переважно в Москві та Санкт-Петербурзі, тоді як незначне їх число – в Києві та Харкові.

Після революції (1917 р.) у зв’язку з введенням державної монополії на медичне обслуговування населення та державне фінансування всієї системи охорони здоров’я лікарняні каси було скасовано.

Як одна з форм загальнодержавного соціального захисту населення, **страхова медицина** представляє собою досить складну й мобільну систему ринкових відносин в сфері охорони здоров’я, засновану на методах страхування. Товаром тут є оплачувана, конкурентна, гарантована, якісна та достатня за обсягом медична послуга, яка надається застрахованій особі у разі загрози або ризику для її здоров’я. Покупцем цих послуг можуть бути держава, групи людей (колектив підприємства, установи різних форм власності), а також родина й окремі особи.

**Медичне страхування – форма соціального захисту населення в сфері охорони здоров’я з метою гарантування громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених страховою компанією коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів.**

При **платній медицині** цей вид соціального страхування є інструментом для покриття витрат на медичну допомогу; при **безкоштовній медицині** – додатковим джерелом фінансування медичних витрат; при **медичному страхуванні** інтересом застрахованої особи виступає можливість компенсації витрат на медичне обслуговування за рахунок коштів страховика.

**У більшості країн з розвиненою платною системою охороною здоров’я медичне страхування набуло широкого поширення. Основна його мета – максимальна доступність медичних послуг для широких верств населення і, по-можливості, повна компенсація витрат страхувальників.**

**За загальносвітовими стандартами медичне страхування покриває дві групи ризиків, що виникають у зв’язку зі захворюванням:**

– витрати на медичні послуги з відновлення здоров'я, реабілітації та догляду;

– втрату трудового доходу, викликаного неможливістю здійснення професійної трудової діяльності (як під час захворювання, так і після нього при настанні інвалідності).

Наприклад, у Німеччині в 2012 р. загальна сума страхових надходжень склала € 189,7 млрд., з яких громадський фонд здоров’я – € 174,5 млрд., федеральні (державні) субсидії – € 14,0 млрд. і внески до фонду – € 1,2 млрд., а страхові виплати розподілилися на: безпосередньо медичні витрати € 173,0 млрд., з яких оплата праці лікарів – € 28,3 млрд., ліки і лікувальні засоби – € 40,7 млрд.; пряма грошова допомога – € 9,2 млрд., інші видачі – € 7,5 млрд. (статистичний звіт про соціальну політику ФРН, 2013).

Перехід до страхової медицини не був випадковим. Він продиктований об’єктивною необхідністю забезпечення своєчасною, доступною для всього населення та особливо його працюючої частини, гарантованою та якісною медичною допомогою в індустріально розвинених капіталістичних країнах, а потім і в країнах з державним фінансуванням системи охорони здоров’я.

**ВООЗ визначає наступні причини цього переходу:**

– недостатність фінансування сфери охорони здоров’я;

– дефіцит кваліфікованої медичної допомоги;

– розквіт «тіньової» економіки в медицині;

– збільшення звернень за медичною допомогою при «безкоштовній» системі охорони здоров’я;

– зростання обсягу та вартості медичних послуг паралельно зі зростанням числа лікарів;

– надцентралізація і монополізація фінансування та управління системою охорони здоров’я.

Для вирішення чи хоча б послаблення впливу зазначених вище чинників на стан системи охорони здоров’я, **страхова медицина має будуватися на певних принципах**, як-от:

1. медичному страхуванню підлягає все населення: працююче й непрацююче. Охоплення застрахованих повинно бути всебічним і універсальним, що включає профілактику, лікування і реабілітацію;
2. усім застрахованим за даною програмою має бути забезпечена рівна медична допомога найвищого рівня. Тобто кожен її вид повинен бути наданий на основі медико-економічних стандартів, що включають певний обсяг і якість медичних послуг. Все, що виходить за рамки програми, має додатково оплачуватися самим пацієнтом, який попередньо повинен бути про це повідомлений;
3. страхова медицина заснована на високоефективних, перевірених медичних технологіях;
4. система обов’язкового медичного страхування базується на безповоротній основі. Застрахований і громадянин, який має страховий поліс, мають право на отримання медичної допомоги на всій території країни, незалежно від місця проживання, а також право вибору лікувального закладу й лікаря (у межах переліку лікувальних установ, з якими страхова компанія уклала договір);
5. кожен громадянин має право на добровільне медичне страхування на ті медичні послуги, які виходять за мінімальні межі, встановлені в обов’язковому медичному страхуванні;
6. страхова медицина не визнає дефіцитів. Хворому гарантується надання висококваліфікованої медичної допомоги. Завжди повинен бути резервний медичний персонал, ліки; інакше сам принцип суперечить своєму змісту;
7. страхова медицина вимагає високої медичної культури й професіоналізму. Кожен лікар повинен пройти ліцензування та отримати дозвіл на відповідний вид діяльності;
8. страхова медицина – внесок фінансів в систему охорони здоров’я, зміна менталітету медичного персоналу, пацієнтів. На перших етапах – це також отримання додаткових коштів для розвитку закладів охорони здоров’я та підвищення соціального статусу медпрацівників.

**Світовий досвід організації страхової медицини характеризується такими рисами:**

– свобода вибору для пацієнта;

– у більшості країн світу страхова медицина належить до сфери охорони здоров’я й доповнює державну систему охорони здоров’я;

– надання усім застрахованим незалежно від виду медичного страхування однакової за обсягом та якістю медичної допомоги;

– надання медичних послуг вищої категорії;

– висока рентабельність вкладених капіталів;

– впровадження сучасних форм управління;

– орієнтація на високоосвічене населення з достатньою медичною культурою;

– зацікавленість медичних працівників у впровадженні медичного страхування;

– орієнтація медпрацівників на ініціативність, комунікабельність, працьовитість;

– забезпечення відшкодування втрат застрахованому відповідно до договору страхування;

– орієнтація на конкретну потребу, що вимагає утримання певних резервів й обумовлює подорожчання полісів.

**Медичне страхування – система громадської охорони здоров’я, економічною основою якої є фінансування медичних витрат зі спеціальних страхових фондів.**

**Об’єкти медичного страхування:** страхові ризики, пов’язані з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку.

**Суб’єкти медичного страхування:** страхувальники, страховики, медичні установи (виробники медичних послуг), господарські суди (арбітражна служба).

**Страхувальники – юридичні особи (підприємства, організації, установи) та дієздатні громадяни, які укладають договір зі страховиком.** При обов’язковому медичному страхуванні страхувальниками виступають місцеві органи влади для непрацездатного населення, а роботодавці – для найманих працівників. При добровільному медичному страхуванні в ролі страхувальника виступають підприємства, благодійні організації, фонди, інші юридичні особи, сім’ї та окремі громадяни, які можуть сплатити страхові внески.

**Страховики – юридичні особи (страхові компанії, фонди, організації), які створені та функціонують відповідно до чинного законодавства країни для здійснення страхової діяльності, а також в установленому порядку отримали на це ліцензію.** Страхові організації мають право займатися медичним страхуванням тільки у тому випадку, якщо воно є їх основною діяльністю. Допускається об’єднання медичного страхування зі страхуванням цивільної відповідальності будь-яких осіб, діяльність яких створює підвищену небезпеку для здоров’я населення. Наприклад, автострахування.

**Виробники медичних послуг – медичні установи та їх співробітники, які уклали договори зі страховими компаніями щодо надання цих послуг, виконують замовлені послуги й виступають гарантом їхньої якості.** Такі установи мають право: видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованої особи; отримувати від страховика оплату вартості медичних послуг, наданих застрахованій особі згідно медико-економічним стандартам; на розгляд претензій комісіями за участю незалежних експертів (за вимогою). Заклади системи охорони здоров’я зобов’язані надавати застрахованій особі медичну допомогу та послуги відповідно до стандартів (протоколів) допомоги та послуг в обсягах, видах і формах, зазначених у програмі страхування; подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

**Господарські (арбітражні) суди, суди загальної юрисдикції** покликані вирішувати виробничі (в т.ч. економічні) суперечки й претензії між трьома ключовими суб’єктами страхового процесу: страхувальником, страховиком і виробником медичних послуг. Ця ланка виступає гарантом проходження страхового процесу відповідно до обумовлених страхувальником в договорі вимог до якості, своєчасності та обсягів надання медичних послуг.

**2. Види медичного страхування**

Медичне страхування може проводитися в обов’язковій і добровільній формах, яким відповідають такі види медичного страхування: обов’язкове й добровільне, колективне й індивідуальне медичне страхування.

**Обов’язкове медичне страхування** (ОМС) **– вид обов’язкового соціального страхування, що представляє собою систему створюваних державою правових, економічних та організаційних заходів, спрямованих на забезпечення (при настанні страхового випадку) гарантованого безкоштовного надання застрахованій особі медичної допомоги за рахунок коштів обов’язкового медичного страхування у межах територіальної програми ОМС і у випадках, встановлених законом, у межах базової програми ОМС.**

Введення обов’язкового медичного страхування, як правило, використовується в тих країнах, де велике значення має громадська охорона здоров’я. На принципах ОМС базуються системи охорони здоров’я Німеччини, Канади, Нідерландів, Франції та деяких інших країн.

Для ОМС характерно, що оплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і на визначений термін, а рівень страхового забезпечення – однаковий для всіх. За умовами обов’язкового страхування, роботодавці мають відраховувати зі своїх доходів страхові внески, які формують страховий фонд, з якого відшкодовується необхідний мінімальний рівень витрат на лікування застрахованих працівників у разі настання страхового випадку.

Застрахована особа зобов’язана не створювати свідомо ризик втрати свого здоров’я та здоров’я інших громадян, дотримуватися правил розпорядку ЛПЗ, в якому йому надають медичну послугу. Важливою особливістю цього виду страхування, що відрізняє його від інших є те, що це єдиний вид страхування, коли відшкодування втрат застрахованій особі при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичною послугою.

Страховим випадком в системі ОМС є подія, з настанням якої виникає необхідність фінансування медичних заходів, пов’язаних з профілактикою, діагностикою, лікуванням захворювань і побутових травм, а також у зв’язку з вагітністю та пологами в обсягах, передбачених державною програмою ОМС або його територіальними програмами.

**У рамках базової програми ОМС надаються:**

1. ***первинна медико-санітарна допомога, включаючи профілактичну допомогу;***
2. ***швидка медична допомога*** (за винятком спеціалізованої – санітарно-авіаційної);
3. ***спеціалізована медична допомога*** в таких випадках:

– інфекційні та паразитарні хвороби, за винятком захворювань, що передаються статевим шляхом, туберкульозу, ВІЛ-інфекції та синдрому набутого імунодефіциту;

– новоутворення;

– хвороби ендокринної системи;

– розлади харчування та порушення обміну речовин;

– хвороби нервової системи;

– хвороби крові, кровотворних органів;

– хвороби ока та його придаткового апарату;

– хвороби вуха та соскоподібного відростка;

– хвороби системи кровообігу;

– хвороби органів дихання;

– інші хвороби, які визначаються в кожній країні на кожен конкретний період загальнодержавними або територіальними органами управління охороною здоров’я.

Місцевий бюджет (для непрацюючих)

Бюджет (державні програми)

Національний фонд ОМС

% від фонду оплати праці

% від фонду оплати праці

Територіальний фонд ОМС

Територіальний фонд ОМС

Субсидії

Добровільні внески

Добровільні внески

Територіальний фонд ОМС

Прибуток від використання вільних коштів

Прибуток від використання вільних коштів

Застраховані особи

Медичний заклад

Страхова медична організація (страхувальник)

Рис. 1. Схема накопичення коштів і фінансування надання

медичної допомоги застрахованим при ОМС

Обов’язкове медичне страхування охоплює практично все населення й задовольняє основні першочергові проблеми й потреби в медичному обслуговуванні, але воно не може охопити весь обсяг ризиків і потреб. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.

**Добровільне медичне страхування (ДМС)** аналогічне обов’язковому й переслідує ту ж соціальну мету – надання громадянам можливості отримання медичної допомоги шляхом страхового фінансування. Проте ця загальна мета досягається двома системами різними засобами. По-перше, добровільне страхування засноване на комерційних відносинах, а обов’язкове – на соціальних. По-друге, хоча системи є страховими, ОМС базується на принципі страхової солідарності, а добровільне – на принципі страхової еквівалентності. За договором ДМС застрахований отримує ті види медичних послуг і в тому обсязі, які передбачені страховим полісом: договором між страхувальником та страховою компанією. По-третє, участь у програмах договору ДМС не регламентується державою й передбачає задоволення потреб у медичних послугах, виходячи з можливостей кожного окремого громадянина або колективу.

Добровільне приватне медичне страхування в більшій чи меншій мірі присутній майже у всіх країнах, займаючи провідні місця на багатьох національних страхових ринках. А в США система охорони здоров’я майже повністю заснована на добровільному страхуванні, за винятком особливо бідних верств населення.

**Соціально-економічне значення добровільного медичного страхування полягає в тому, що воно доповнює гарантії, надані в рамках державного фінансування та обов’язкового медичного страхування, до максимально можливих у сучасних умовах стандартів.** У першу чергу це стосується проведення дорогих видів лікування й діагностики; застосування найбільш сучасних технологій; забезпечення комфортних умов медичного обслуговування; здійснення тих видів лікування, які включені в сферу медичної допомоги за життєвими показаннями.

Таким чином, добровільне медичне страхування має **ряд переваг**, що дозволяють застрахованій особі бути більш впевненою у завтрашньому дні. Проте, як показав досвід зарубіжних країн, ДМС має і **ряд істотних недоліків**: цим видом страхування охоплено обмежене число видів медичної допомоги – як правило це економічно вигідні види, що гарантують отримання прибутку страховою компанією та медичним закладом; жорсткий вибір страхувальників за критеріями ймовірності настання страхових випадків і страхових виплат; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового стану роботодавця, велика частка адміністративно-управлінських витрат у вартості страхового поліса.

При обов’язковому медичному страхуванні обсяг страхового фонду, необхідного для виконання програм ОМС, визначає величину страхового внеску держави, роботодавців і працівників. Ця величина залежить від фонду заробітної плати роботодавця й доходу фізичної особи, а також питомим коефіцієнтом від них. Як правило цей коефіцієнт коливається у межах від 2 до 13 % від фонду заробітної плати, а його оплата розподіляється між роботодавцем і працівником, або державою й працівником, або роботодавцем і державою. Так, в Німеччині роботодавець і працівник оплачують по 6,5 %, в Японії – відповідно, 4,6 і 3,5 %; ці коефіцієнти встановлюються законодавчо в кожній країні

Тарифи добровільного медичного страхування повинні повністю компенсувати витрати страхової компанії на оплату медичної допомоги, відшкодувати накладні витрати й забезпечити прибуток страхової компанії та медичної установи. Розрахунок робочого страхового тарифу можна здійснити за такою спрощеною формулою:

де: ***Т*** – (tariff) тариф, внесок за одного застрахованого;

**Cprob** – (probable cost) ймовірні витрати на оплату медичних послуг, що включають витрати медичної установи та її прибуток;

**Cov** – (overhead cost) накладні витрати страхової компанії;

**Pr** – (profit) прибуток страхової компанії;

***Nip***– число застрахованих.

Страховий тариф (тарифна ставка) визначається з урахуванням брутто-ставки, нетто-ставки і навантаження.

**Брутто-ставка –** ставка, за якою укладається договір зі страховиком.

**Нетто-ставка –** ціна страхового ризику (вартість медичного обслуговування).

**Навантаження –** витрати страхової компанії по веденню страхової діяльності з урахуванням нормативу прибутку.

Страхові компанії укладають договори з медичними установами на основі договірних цін на медичні послуги. Нагадаємо, що ці ціни включають повну собівартість послуги та відповідні витрати (сервісні, посередницькі, маркетингові); прибуток, який визначається обома сторонами договору та відповідає їх інтересам.

**Договірні ціни – джерело фінансування робіт за прямими замовленнями підприємств, організацій в умовах діяльності закладів охорони здоров’я в системі добровільного медичного страхування.** Страхові тарифи при ДМС розраховуються страховиком на підставі відповідної статистики настання страхового випадку. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

Розглянемо ***приклад розрахунку страхового тарифу при добровільному медичному страхуванні*** за страховою програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги з урахуванням поправочних коефіцієнтів ступеня ризиків захворювань. Поправочні коефіцієнти представлені в табл. 1–4.

Таблиця 1

Тарифні ставки і покриття медичних програм

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Класи хвороб  (характеристика страхового  покриття медичного страхування) | | Тарифні ставки страхування за елементами  страхового покриття медичних програм  (в % від розміру страхової відповідальності) | | |
| Амбулаторно-поліклінічна допомога | Стаціонарна | Повна програма медичної  допомоги |
| 1 | Новоутворення | 1,05 | 0,304 | 1,354 |
| 2 | Хвороби ендокринної системи | 1,16 | 0,276 | 1,436 |
| 3 | Хвороби крові та кровотворних органів | 0,53 | 0,111 | 0,641 |
| 4 | Психічні розлади | 1,05 | 0,138 | 1,188 |
| 5 | Хвороби нервової системи | 1,05 | 0,160 | 1,210 |
| 6 | Хвороби системи кровообігу | 1,05 | 0,174 | 1,224 |
| 7 | Хвороби органів дихання | 1,05 | 0,228 | 1,278 |
| 8 | Хвороби органів травлення | 0,74 | 0,353 | 1,093 |
| 9 | Хвороби сечостатевої системи | 0,95 | 0,229 | 1,179 |
| 10 | Хвороби шкіри і підшкірно-жирової клітковини | 0,46 | 0,133 | 0,593 |
| 11 | Хвороби кістково-м’язової системи | 0,53 | 0,266 | 0,796 |
|  | Всі класи (повне покриття) | 10,04 | 2,538 | 12,578 |

Таблиця 2

Вартість медичної допомоги за різними програмами медичного страхування в об’єднаній міській лікарні

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Класи хвороб (характеристика страхового покриття медичного страхування) | | Вартість страхових програм | | |
| Амбулаторно-поліклінічна  допомога  застрахованим | Стаціонарна  медична  допомога  застрахованим | Повна  програма медичної допомоги |
| 1 | Новоутворення | 987,00 | 320,00 | 1307,00 |
| 2 | Хвороби ендокринної системи | 1090,00 | 260,00 | 1350,00 |
| 3 | Хвороби крові та кровотворних органів | 498,00 | 105,00 | 603,00 |
| 4 | Психічні розлади | 987,00 | 130,00 | 1117,00 |
| 5 | Хвороби нервової системи | 987,00 | 150,00 | 1137,00 |
| 6 | Хвороби системи кровообігу | 987,00 | 165,00 | 1152,00 |
| 7 | Хвороби органів дихання | 987,00 | 215,00 | 1202,00 |
| 8 | Хвороби органів травлення | 695,00 | 332,00 | 1027,00 |
| 9 | Хвороби сечостатевої системи | 892,00 | 215,00 | 1107,00 |
| 10 | Хвороби шкіри і підшкірно-жирової клітковини | 432,00 | 125,00 | 557,00 |
| 11 | Хвороби кістково-м’язової системи | 498,00 | 250,00 | 748,00 |
|  | Всі класи (повне покриття) | 9040,00 | 2267,00 | 11307,00 |

Таблиця 3

Базові тарифні ставки за видами призначення страхових виплат

залежно від віку застрахованого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вік застрахованої особи  (повних років) | Страховий тариф, % | |
| Для компенсації втрати  заробітку або інших доходів | Для компенсації витрат на отримання медичних послуг, лікарських засобів та ін. |
| 18–24 | 3,76 | 16,02 |
| 25–29 | 3,89 | 16,58 |
| 30–34 | 4,02 | 17,14 |
| 35–39 | 4,20 | 17,88 |
| 40–44 | 4,37 | 18,63 |
| 45–49 | 4,54 | 19,38 |
| 50–54 | 4,76 | 20,31 |
| 55–56 | 4,98 | 21,34 |

Таблиця 4

Поправочні коефіцієнти для врахування міри ризику захворювань у застрахованих

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чинник | Градація чинника | Попровочний коефіцієнт |
| Частота вживання алкоголю | Не вживає | 0,95 |
| 1 раз на місяць | 1,00 |
| 1 раз на тиждень | 1,05 |
| 3 рази на тиждень | 1,10 |
| щодня | 1,15 |
| Паління | не палить | 0,95 |
| 1 сигарета на тиждень | 1,00 |
| 1 сигарета на добу | 1,05 |
| 2–10 сигарет на добу | 1,10 |
| 11–20 сигарет на добу | 1,15 |
| Частота гострих простудних  захворювань (за останні 12 місяців) | відсутні | 0,90 |
| 1 раз | 0,95 |
| 2–3 рази | 1,00 |
| 4 рази | 1,10 |
| 5–12 раз | 1,30 |
| більше 12 раз | 1,35 |
| Випадки стаціонарного захворювання (за останні 12 місяців) | відсутні | 0,80 |
| 1 раз | 1,00 |
| більше 1 разу | 1,30 |
| Наявність хронічних захворювань у пацієнтів, які потребували лікування за останні 5 років | немає хронічних захворювань | 0,8 |
| 1 хронічне захворювання | 0,95 |
| 2 хронічних захворювання | 1,00 |
| 3 хронічних захворювання | 1,30 |
| 4 і більше | 1,80 |
| Загальна кількість днів непрацездатності по страховим випадкам (на протязі 12 місяців) | 0 | 0,80 |
| 5 | 1,00 |
| 10 | 1,20 |
| 20 | 1,60 |
| 30 | 2,00 |

До страхової компанії «Здоров’я» з метою укладення договору добровільного медичного страхування за повною програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги звернувся Сергєєв А.І., 38 років. За результатами експертної оцінки амбулаторної картки, опитування й комплексного медичного обстеження встановлено, що у нього хронічний бронхіт (останнє стаціонарне лікування в попередньому році), на протязі останніх 12 місяців він 3 рази був непрацездатним (у зв’язку з ГРЗ, всього 15 робочих днів). Курить 10 цигарок на день, алкогольні напої вживає не частіше 1 разу на тиждень. Необхідно визначити розмір страхового внеску в залежності від бажаного розміру страхового покриття і поправочних коефіцієнтів для обліку ризику захворювання.

**Алгоритм проведення розрахунку страхового внеску залежно від необхідного розміру покриття й поправочних коефіцієнтів для обліку рівня ризику захворювання у застрахованих складається з чотирьох етапів.**

**Етап 1.** Для визначення страхового внеску за страховою програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги використовуються затверджені спеціально уповноваженим органом виконавчої страхової діяльності в Україні (1997 р.) тарифні ставки (табл. 1). Так, за усіма класами хвороб страхові програми амбулаторно-поліклінічної допомоги становить 10,04 % від розміру страхової відповідальності. Для кожного класу хвороб відповідає 2 тарифи: один для розрахунку страхових внесків за програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги (колонка 3), інший – для розрахунку страхових внесків за програмою стаціонарної медичної допомоги (колонка 4). Сума цих двох тарифів складає тариф по повній програмі страхування для кожного класу окремо і за програмою в цілому. Дані для нашого клієнта за цим фактором заносимо в табл. 5, рядок 3.

Таблиця 5

Вихідні дані для розрахунку страхового внеску (ціни страхового поліса)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Фактори | Показник | Поправочний коефіцієнт |
| 1 | Вік клієнта | 38 | – |
| 2 | Базова тарифна ставка для даного віку, % (табл.4) | 17,88 | 1,1718 |
| 3 | Тарифна ставка покриття медичної програми, % | 10,04 | – |
| 4 | Частота вживання алкоголю (табл.3) | 1р./тиж. | 1,05 |
| 5 | Паління (табл.3) | 10 шт./день | 1,10 |
| 6 | Частота гострих простудних захворювань (за останні 12 місяців) | 3 | 1,00 |
| 7 | Частота стаціонарного лікування (за останні12 місяців) | 0 | 0,80 |
| 8 | Наявність хронічних захворювань, які потребували лікування за останні 5 років | 1 | 0,95 |
| 9 | Загальна кількість днів непрацездатності за страховими випадками (за останні 12 місяців) | 15 | 1,40 |

**Етап 2.** Згідно з «Правилами страхування...» в страховій компанії «Здоров’я» для обліку підвищеного ризику захворювань використовують поправочні коефіцієнти (страховик індивідуалізує технологію страхування з урахуванням стану здоров’я та ризиків конкретної особи) (табл. 2). З урахуванням даних експертної оцінки (опитування клієнта О.І. Сергєєва) встановлюємо його індивідуальні поправочні коефіцієнти і заносимо в табл. 5. А саме: базова тарифна ставка, яка враховує вік клієнта становить 17,88 (табл. 3), оскільки клієнт укладає договір на повну програму амбулаторно-поліклінічного обслуговування тарифна ставка страхування складе 10,04 % (табл. 1). Поправочні коефіцієнти (***К***), які враховують стан здоров’я беремо з табл. 3. Клієнт вживає алкоголь 1 раз на тиждень – ***Кас*** = 1,05, палить до 10 цигарок на день – ***Кsm*** = 1,10. За останні 12 місяців 3 рази хворів ГПЗ – ***Кarvd*** = 1,00, на стаціонарному лікуванні був у минулому році – ***Кtr*** = 0,80, хронічне захворювання одне – ***Кchr*** = 0,95, загальна кількість днів непрацездатності 15 – ***Кtd*** – як середній показник між 10 і 20 днями:

***(1,20 + 1,60) / 2 = 1,4***

Наявність несприятливих факторів у даного клієнта підвищують потребу в страховому захисті, тому базові тарифні ставки повинні бути скореговані з урахуванням ризиків страхової компанії. Перелік чинників ризику контролюється Державним комітетом у справах нагляду за страховою діяльністю в Україні. В інших країнах, де запроваджено ДМС і ОМС такий контроль здійснюють відповідні державні органи.

**Етап 3.** Розраховуємо вихідний індивідуальний страховий тариф (***Rcov.іnd –*** coverage rate individual), який визначається за формулою:

***Rcov.іnd = Rcov × Каc × Кsm × Кarvd × Кtr × Кchr × Кtd,***

де – ***Rcov*** – (coverage rate) тарифна ставка страхування, що враховує обсяг страхового покриття, %; ***Каc, Кsm, Кarvd, Кtr, Кchr, Кtd*** – поправочні коефіцієнти до базового страхового тарифу й тарифну ставку, що враховують, відповідно, частоту вживання алкоголю *(alcohol consumption)*, паління *(smoking)*, простудні захворювання *(acute respiratory viral diseases)*, стаціонарне лікування *(treatment)*, наявність хронічних захворювань *(chronic diseases)*, число днів непрацездатності *(temporary disability)*.

У нашому прикладі вихідний страховий тариф складе:

***Rcov.іnd***= 10,04 % ***×*** 1,05 ***×*** 1,10 ***×*** 1,00 ***×*** 0,80 ***×*** 0,95 ***×*** 1,40 =12,338 %.

Даний страховий тариф коригується на поправочний коефіцієнт, що враховує вік клієнта. Тоді вихідний тариф, скоригований на вік складе:

***Rcov.bas = Rcov.іnd × = 12,338 × (1+ ) = 12,338 × 1,1788 = 14,544 %,***

де ***Rba***s – (basic rate) базова тарифна ставка, яка враховує вік клієнта (табл.4), %.

**Етап 4.** Отже, страховий внесок (ціна страхового поліса ДМС) за повною програмою амбулаторно-поліклінічного обслуговування для Сергєєва О.І. складе 14,544 % від її вартості. Для визначення абсолютного значення страхового внеску необхідно вартість програми страхової медичної допомоги помножити на базовий вихідний страховий тариф. За даними розрахунку вартості цієї програми, виконаного міською клінічною лікарнею, яка є базою СК «Здоров’я», ***Rcov.bas*** і визначаємо абсолютне значення страхового внеску (IP – insurance premium):

де, IPC – (insurance program cost) вартість страхової програми.

Таким чином, вартість поліса, на повне амбулаторно-поліклінічне обслуговування Сергєєва О.І. складе ₴ 1314,78 на рік.

**3. Стан і перспективи розвитку страхової медицини в Україні**

**Державне соціальне страхування в Україні передбачає надання соціального захисту громадян у таких випадках:**

– матеріальне забезпечення у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності;

– втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин;

– старості та за інших випадків, передбачених Законом, здійснюється за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцем, громадянами, а також бюджетних та інших законних джерел.

Нині в Україні юридичні й фізичні особи сплачують внески на рахунки відповідних фондів на наступні **види обов’язкового державного соціального страхування (ОДСС)**:

– обов’язкове державне пенсійне страхування;

– у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням чи похованням;

– на випадок безробіття, від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності.

**За рахунок ОДСС застрахованим особи надаються такі види медико-соціальних послуг:**

а) ***у пенсійному страхуванні*** – медичні профілактично-реабілітаційні заходи;

б) ***у медичному страхуванні*** – діагностика та амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, надання готових лікарських засобів і виробів медичного призначення, забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції, захворювання (інфаркти, інсульти) або мають хронічні захворювання.

Однак обсяг і види наданих послуг за рахунок коштів цього страхування, що визначаються базовою та територіальними програмами та затверджуються законодавством, постійно зменшуються, а їх фінансування – скорочується.

Що ж стосується формування страхової медицини як складової інтегрованої системи охорони здоров’я, на яку перейшли й переходять розвинуті країни світу (в т.ч. США, Канада, Японія), Україна має пройти ще досить довгий шлях. Особливо, якщо врахувати стан матеріально-технічної, лабораторно-діагностичної, інфраструктурної, інформаційно-комунікативної баз, кадрового забезпечення нашої системи. Для того, щоб страхова медицина, яка, безумовно, не вирішує усіх проблем вітчизняної системи охорони здоров’я, але істотно покращує можливості їх вирішення, потрібно провести ґрунтовну й реальну реформу державної системи охорони здоров’я та вивести якість послуг на рівень, що відповідає сучасним світовим або хоча б європейським досягненням.

**На сьогодні в Україні пропонуються тільки три види медичних страхових полісів:**

– добровільне медичне страхування (ДМС);

– медичне страхування для виїзду за кордон (поліс туриста);

– корпоративна медична страховка.

Остання, по суті, є різновидом ДМС. Сенс її в тому, що роботодавець за згодою з співробітниками страхує їх, щоб із страхових коштів сплачувати лікарняні, лікування. Найбільш привабливими страхувальниками вважаються корпоративні клієнти з чисельністю персоналу 100–500 осіб. При цьому обсяг страхових премій за кожним договором повинен становити не менше ₴ 500 тис. Тільки за таких обставин збитковість ДМС сприймається страховиком як прийнятна (табл. 6).

За даними компанії «Страховий медіатор» в 2014 р. в 81 % соціальних пакетів корпорацій в Україні було включено медичне страхування. Найбільш популярними є поліси вартістю від 2000 до 3000 ₴/рік (37 %), хоча в місцях зосередження великих промислових гігантів абсолютна більшість складають програми ДМС вартістю до 1000 ₴/рік. Основним критерієм партнерства корпорацій зі страховими компаніями є цінова політика: поліси для рядових співробітників повинні бути якомога дешевше.

**Медична страховка – як правило, стандартний пакет страхових послуг, який може змінюватися за бажанням замовника (роботодавця).** Щоб підприємець (страхувальник) мав можливість знизити витрати на страхування своїх працівників, передбачено кілька варіантів. Один з них – пайова участь самого співробітника. У цьому випадку частина страхового внеску сплачується самим співробітником, або ця сума списується з його зарплати (за умови, що працівник згоден на це списання).

Таблиця 6

Приклади корпоративного ДМС співробітників компаній в Києві, 2016 р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страхова  компанія | Самий дешевий  поліс, ₴ /рік | Середньоціновий  поліс, ₴ /рік | VIP-поліс  ₴ /рік |
| Нафтогазстрах | Класик: 4790 ,  покриття ₴ 70 тис. | Еліт: 7090;  покриття ₴ 120 тис. | Еліт Плюс: 10200;  покриття ₴ 200 тис. |
| Провідна | Класик Плюс 7190;  покрита ₴ 160 тис. | Еліт: 8498;  покриття ₴ 200 тис. | VIP: 14510;  покриття ₴ 250 тис. |
| Unida | Стандарт: 3565,  покриття ₴ 75 тис. | Класик: 4255,  покриття ₴ 100 тис. | Еліт: 6210;  покриття ₴ 250 тис. |
| Страхова група "ТАС" | Стандарт: 3079,  покриття ₴ 75 тис. | Стандарт-1: 6186;  покриття ₴ 75 тис. | VIP: 12618;  покриття ₴ 250 тис. |

Ще один спосіб здешевити поліси корпоративного страхування – введення франшизи і субліміту.

**Франшиза – вартість медичних послуг, нижче якої медичну допомогу співробітник оплачує сам.** Наприклад, страховий поліс починає діяти, якщо вартість послуги становить понад ₴ 1000.

**Субліміт** на медикаменти передбачає, що страховка використовується для оплати послуг, якщо вартість необхідних медикаментів складе більше ₴ 2000.

Здешевлення полісу може досягатися за рахунок сегментування складу працівників: еліта, стандарт і базові поліси для рядових співробітників, допоміжного та обслуговуючого персоналу. Здешевити поліси також можна за рахунок виключення з нього стоматологічного обслуговування.

Формально поліс ДМС можна купити у будь-якого з великих страховиків України. Але якщо людина індивідуально захоче застрахувати здоров’я, страховики відмовлять йому у 98 % випадків. Саме таку частку в портфелях страховиків займає корпоративне медичне страхування. На роздріб доводиться менше 2 %. Основні причини відмови: 1) якщо рівень виплат з добровільного медичного страхування в цілому коливається в межах 70-80%, то в роздрібному сегменті він може досягати більше 150 % (через це, за твердженням страховиків, роздрібне ДМС для них не бізнес, а благодійність); 2) недовіра страховиків до приватних осіб, так як застрахуватися хочуть в основному ті, хто вже захворів та має хронічні захворювання.

**Умови розширення індивідуального добровільного медичного страхування:**

– можливість страхової компанії отримати достовірну інформацію про страхову історію та здоров’я клієнта;

– укладання початкового договору за завищеною ціною поліса і зі значними обмеженнями.

Середня ціна поліса ДМС для фізичної особи в столиці в 2016–2017 рр. коливалася в межах ₴ 6–8 тис., в регіонах України – трохи нижче. Вартість страхового поліса для виїзду за кордон залежить від країни (або країн), в які виїжджає турист або особа, яка отримала право на роботу в цій країні. У цих випадках медичне страхування є обов’язковим.

**Поліс передбачає такі послуги:**

– невідкладна медична допомога та компенсація витрат пов’язаних з хворобою;

– страхування від нещасного випадку;

– відшкодування збитків при скасуванні поїздки, що не залежить від страхувальника;

– страхування багажу;

– компенсація за заподіяння шкоди третім особам з необережності страхувальника (туриста).

Реформа охорони здоров’я України, про яку йдуть розмови на найвищих рівнях вже більше 20 років розпочата з прийняттям базового закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цим законом передбачається **введення трьох головних принципових змін в існуючій системі охорони здоров’я України**:

– оплата конкретних медичних послуг, що надаються лікувальним закладом конкретній людині;

– однаковий для всіх громадян обсяг медичних послуг, який фінансує держава;

– перехід на міжнародні протоколи діагностики та лікування, щоб всі могли проконтролювати якість цих послуг.

Станом на середину 2018 р. розроблений пакет законодавчих актів, щодо проведення реформи охорони здоров’я. Для її здійснення створюється Національна служба здоров’я України (на зразок Національної служби охорони здоров’я Великобританії). Запропонована реформа стосується, головним чином первинної ланки системи охорони здоров’я. Крім того, вона орієнтована в основному на міське населення з розвиненою інфраструктурою медичних установ і досить високим (за національними мірками) рівнем технічної, технологічної оснащеності та кадровому забезпеченні амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних медичних установ. А як в умовах реформи буде забезпечена доступність, своєчасність, якість медичного обслуговування сільського населення? Не розроблено чіткий і зрозумілий механізм фінансових відносин між первинною та вторинною ланками, всередині них. Як виділені в бюджеті фінансові кошти на громадянина будуть розподілятися між учасниками надання йому медичних послуг? Безумовно, охопити й передбачити все одночасно неможливо. По мірі практичної реалізації реформи проблемні питання знайдуть своє рішення. Але ділові, базові відносини, особливо фінансові повинні бути чітко визначені вже зараз. Головна мета – не втратити людини, громадянина України, заради якої (за заявами влади) здійснюється ця реформа. Відтак, у прийнятому Законі зберігається велика можливість для корупції і маніпулювання бюджетними коштами.

Реформа передбачає державне гарантування фінансового забезпечення мінімально необхідного обсягу медичних послуг. Частково вже в первинній ланці, в значно більшій мірі у вторинній ланці й повністю в третинній ланці оплату медичних послуг в тій чи іншій формі буде забезпечувати населення. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» обійшов стороною проблему комплексного, інтегрованого фінансування галузі та надзвичайно важливе його джерело – страхову медицину, що є неприпустимим, якщо ми реально бажаємо увійти в ЄС. Тому в найближчому майбутньому життя змусить приділити цій проблемі найсерйознішу увагу. Адже в сучасному світі в абсолютній більшості країн одним джерелом фінансування не обходяться. Тенденція до інтегрованої системи охорони здоров’я спостерігається практично повсюдно.

Для того, щоб охорона здоров’я України перейшла до реальної соціально-ринкової системи і в повній мірі стала гарантом отримання громадянами країни необхідної медичної допомоги своєчасно, доступно, якісно **необхідно**:

– створити нормативно-правову базу, розроблену на основі міжнародних стандартів;

– змінити ставлення до медичного страхування держави, населення, страховиків в плані надійності, гарантованості якості послуг, доступності, довіри населення й відповідальності як страховиків, так і медичних установ за виконані роботи та послуги, а держави – за захист прав страхувальників;

– істотно поліпшити регулювання ринку медичних послуг і підвищити рівень страхових виплат;

– розвивати структуру медичних установ, здатних надати якісні медичні послуги населенню в рамках страхової медицини;

– реформувати систему охорони здоров’я, зокрема її фінансування на основі переходу до інтегрованої системи, і забезпечити підвищення якості надаваних населенню медичних послуг;

– впровадити обов’язкове державне медичне страхування.

Здійснення цих та інших заходів дозволить в повній мірі реформувати систему охорони здоров’я України та підняти її до європейського рівня. Медичне страхування – одне з найбільш важливих напрямків соціального страхування, має набагато більше плюсів, ніж мінусів на користь його впровадження. У країнах Європи функціонує система, яка передбачає наявність обов’язкового медичного страхування і доповнюється певною мірою добровільним. Тому в плані проведення медичної реформи в Україні прийняття закону про обов’язкове та добровільне медичне страхування є виключно актуальним, бо без нього розмови про докорінне поліпшення системи охорони здоров’я в країні так і залишаться безплідними розмовами.

**Висновки**

1. Введення страхової медицини було об’єктивно обумовлено економічним, соціальним і політичним розвитком людства. Економічний розвиток зумовив підвищення інтенсивності праці, її складності, шкідливості умов праці та, як наслідок, появу нових, більш агресивних чинників ризику здоров’я. Соціальний розвиток і, зокрема, формування робітничого класу та його організацій (профспілок, партій) дало можливість організовано боротися за поліпшення умов праці, збереження свого здоров’я. Політичний розвиток призвів до розуміння державою своєї ролі і відповідальності за здоров’я населення й необхідності фінансової участі в організації системи медичної допомоги.

2. Медичне страхування є однією з форм соціального захисту населення в охороні здоров’я з метою гарантування загальної доступності, своєчасності та високої якості медичної допомоги, а також способом мобілізації фінансових коштів суспільства на розвиток охорони здоров’я.

3. Для ефективної організації та функціонування страхової медицини, слід дотримуватись таких принципів:

– охоплення всього населення медичним страхуванням;

– впровадження медико-економічних стандартів надання медичної допомоги та передових, перевірених медичних технологій;

– введення обов’язкового та добровільного медичного страхування;

– формування медичних резервів для забезпечення функціонування системи в екстрених умовах;

– висока культура і професіоналізм медичного персоналу;

– висока культура населення, що проявляється в розумінні й підтримці страхової медицини.

4. Введення обов’язкового медичного страхування передбачає гарантованість безкоштовного надання застрахованій особі медичної допомоги за рахунок загальнонаціональних або територіальних фондів. Добровільне медичне страхування ґрунтується на гарантованому наданні застрахованим особам висококваліфікованої допомоги за рахунок страхових фондів платників полісів ДМС на комерційній основі.

5. Введення обов’язкового медичного страхування не передбачає отримання прибутку страховою організацією, добровільне медичне страхування – страхування комерційне, а, отже, крім досягнення головної мети – якісне, своєчасне й гарантоване надання медичної допомоги застрахованим, воно має й іншу мету – отримання прибутку від своєї діяльності.

**ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ**

На підставі наведених у ситуаційних задачах даних необхідно визначити страховий тариф при добровільному медичному страхуванні за програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги. Розрахувати страховий внесок в залежності від необхідного розміру покриття і поправочних коефіцієнтів з урахуванням ступеня ризику захворювання у застрахованих.

Рішення

1. Визначити тарифну ставку за страховою програмою амбулаторно-поліклінічної допомоги, використовуючи тарифні ставки й покриття медичних програм (табл. 1). Тарифна ставка амбулаторно-поліклінічної допомоги по повній програмі (всі класи хвороб) – 10,04 % від розміру страхової відповідальності. Якщо договір укладається на отримання допомоги по окремих класах, тоді тарифна ставка визначається за формулою:

,

де – тарифна ставка і-го класу хвороб.

Наприклад. Клієнт укладає договір на чотири класи хвороб: новоутворення (1-й клас), хвороби крові та кровотворних органів (3-й клас), хвороби системи кровообігу (6-й клас) і хвороби органів травлення (8-й клас). Тоді тарифна ставка складе:

***Rcov* = 1,05 + 0,53 + 1,05 +0,74 = 3,37 %**

2. Визначити поправочні коефіцієнти для обліку підвищеного ризику захворювань, використовуючи дані про стан здоров’я і ризик захворювання з урахуванням несприятливих факторів конкретної застрахованої особи за таблицями 3 і 4. Дані занести в таблицю 5.

3. Розрахувати вихідний індивідуальний ***(Rcov.ind)*** і базовий ***(Rcov.bas)*** страхові тарифи.

***Rcov.ind = Rcov*** × ***= Rcov. × Каc*** × ***Кsm*** × ***Кardv*** × ***Кtr*** × ***Кchr*** × ***Кtd*** =

\_\_\_ × \_\_\_ × \_\_\_ × \_\_\_ × \_\_\_ × \_\_\_ × \_\_\_, %.

***Rcov.bas = Rcov.ind***  × ( , %.

4. Визначити абсолютне значення страхового внеску для клієнта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за програмою ДМС в міській клінічній лікарні (клінічна база СК «Здоров’я»).

***IP =IPC***

Висновок. Залежно від отриманого результату зробити висновок про доцільність укладення договору про добровільне медичне страхування даним клієнтом з позиції страхової компанії і з позиції клієнта.

**САМОСТІЙНА РОБОТА**

**Завдання для вирішення/обговорення:**

1. У чому проявляється, на Ваш погляд, об’єктивна необхідність впровадження страхової медицини в світовій практиці організації охорони здоров’я?

2. Одним з основоположних принципів страхової медицини є організація медичної допомоги на основі медико-економічних стандартів і протоколів. Поясніть необхідність саме такої організації.

3. Страхова медицина вимагає високої культури та професіоналізму медичного персоналу. Що це означає у вашому розумінні?

4. У чому Ви бачите переваги та недоліки ОМС і ДМС?

5. Який би Ви хотіли бачити страхову медицину в Україні? Що для цього необхідно зробити?

**КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ**

1. Коли і де страхова медицина набуває державного характеру?

2. Що являє собою страхова медицина? Що є товаром в цій медицині та які вимоги пред’являються до цього товару?

3. Що являє собою медичне страхування?

4. Які ризики за світовими стандартами покриває медичне страхування?

5. Перехід до страхової медицини був об’єктивно обумовлений. Які причини переходу до неї визначає ВООЗ в сучасних умовах?

6. Назвіть і розкрийте сутність основних принципів страхової медицини.

7. Назвіть основні риси страхової медицини, що склалися у світовій практиці.

8. Що і хто є об’єктом і суб’єктами медичного страхування?

9. Назвіть основні види медичного страхування, дайте їм визначення.

10. У чому полягає головне завдання ОМС?

11. Що є страховим випадком в ОМС?

12. Дайте визначення ДМС. Що є страховим випадком у цьому виді медичного страхування?

13. За рахунок яких джерел формується національний фонд ОМС? У чому його призначення?

14. За рахунок яких джерел формується територіальний фонд ОМС? Його головне призначення?

15. Що є загальним і в чому відмінність ОМС і ДМС?

16. У чому полягає соціально-економічне значення ДМС?

17. Визначте економічну сутність тарифів ДМС.

18. Що являють собою: вихідний індивідуальний страховий тариф; базовий індивідуальний страховий тариф; страховий внесок; абсолютне значення страхового внеску.

19. Які види медичного страхування існують в даний час в Україні?

20. Який з видів добровільного медичного страхування розвинений в найбільшій мірі і чому?

21. Чому страховим компаніям не вигідно укладати індивідуальні договори ДМС в Україні?

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Рекомендації по вивченню теми ….…………………………………………... | 3 |
| Основний теоретичний матеріал для підготовки до заняття ………..………. | 4 |
| 1. Страхова медицина: сутність, основні принципи …………..…….. | 4 |
| 1. Види медичного страхування …………………………………..…... | 9 |
| 1. Стан і перспективи розвитку страхової медицини в Україні ….…. | 17 |
| Практичне завдання …………………………………………………………... | 22 |
| Самостійна робота ……………………………………………………………. | 24 |
| Контрольні питання …………………………………………………………... | 24 |

*Навчальне видання*

**ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні вказівки для студентів

до практичного заняття на тему

«***Основи медичного страхування***»

для підготовки студентів 6-х курсів

за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа».

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | ***Огнєв Віктор Андрійович*** |
|  | ***Кравченко Валерій Іванович*** |
|  | ***Чухно Інна Анатоліївна*** |
|  | ***Мельниченко Олександр Анатолійович*** |

Відповідальний за випуск *В.А. Огнєв*

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,63.

Тираж 150 прим. Зам. № 17-33384.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Редакційно-видавничий відділ

ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022

izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, видавців і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.