

# ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

*Курочка В. Л., Лашкул З. В., Посний В. Ф., Авраменко В. С., Одринський В. А., Фершал Я. Ю., Бібик І. Г.*

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»*

Особисте страхування в усьому світі – один з найбільш дієвих інструментів вирішення соціальних проблем, а розвиток медичного страхування є одним із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я та підвищення якості медичного забезпечення населення.

**Ключові слова:** особисте страхування, добровільна форма медичного страхування, страхова компанія, медичний заклад.

Особисте страхування є однією із галузей страхування, воно пов'язане із особливою сферою процесу відтворення – з відтворенням робочої сили та зумовлене ризиковим характером діяльності людей різних професій, підвищеним ступенем ризику, пов'язаним із погіршенням довкілля, зростанням питомої ваги людей похилого віку в загальній кількості населення тощо. Особисте страхування проводиться з метою організації страхового захисту окремих громадян і членів їх родин на випадок виникнення різних подій, що відображаються на житті, здоров'ї та працездатності цих громадян.

Сучасне визначення особистого страхування міститься в Законі України «Про страхування» [1], відповідно до ст. 4 якого особисте страхування можна визначити як страхування майнових інтересів, що не суперечать законодавству України і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи. Як галузь страхування особисте страхування поділяється на такі підгалузі:

- страхування життя та пенсій;
- пенсійне страхування;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування.

Класифікація особистого страхування здійснюється також за іншими критеріями:

За обсягом ризику:

- страхування на випадок дожиття до певного віку або смерті;
- страхування на випадок інвалідності або недієздатності;
- страхування медичних витрат.

За видом об'єктів особистого страхування:

- страхування життя, яке передбачає обов'язок страховика здійснити страхові виплати у випадку смерті застрахованого, а також за дожиття застрахованого до певного віку чи до закінчення строку дії договору страхування;

– страхування здоров'я, яке передбачає обов'язок страховика здійснити страхові виплати в обумовлених розмірах у разі заподіяння шкоди здоров'ю застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або хвороби.

Для страхування властиві економічні відносини, змістом яких є перерозподіл доходів та коштів для накопичення лише з метою відшкодування матеріальних чи інших втрат (здоров'я, працездатності, тощо)

У ринковій економіці страхування виступає, з одного боку, засобом захисту бізнесу та благополуччя людей, а з іншого – видом підприємницької діяльності, що приносить прибуток.

Однією з найбільш важливих галузей сфери послуг є охорона здоров'я, а розвиток медичного страхування – одним із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я та підвищення якості медичного забезпечення населення.

Потужне тяжіння на сучасному етапі реформування охорони здоров'я до медичного страхування, зокрема, збільшення кількості осіб, що намагаються скористатись добровільним видом цього страхування, численні нормотворчі спроби, тенденції розвитку й удосконалення цієї сфери, що спрямовані на утвердження обов'язкового медичного страхування, породили, з одного боку, певний вакуум необхідних знань, а з іншого – прогалини в системному підході до цих процесів [2].

Досвід зарубіжних країн показує, що відповідні страхові фонди можуть стати вагомим джерелом фінансування, а механізм формування і витрачання цих коштів може забезпечити саме його адресність, тобто фінансування не загалом медичних закладів, а конкретних жителів. При цьому слід зазначити, що серед країн-членів Європейського союзу частка приватного медичного страхування загалом не перевищує 5% (за виключенням Нідерландів – 20,1% та Франції –

12,8%) [10].

Рекомендований перелік добровільних видів страхування наводиться у ст. 6 Закону України «Про страхування» [1], якою передбачено більше 20 видів добровільного страхування.

Обов'язкове медичне страхування поки що знаходиться на рівні проектів, а добровільне медичне страхування (ДМС) активно розвивається [7]. Більше 80 страхових компаній України уже отримали ліцензію на цей вид страхування (табл. 1).

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування вдається залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи цим якість медичних послуг [4].

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок своїх власних доходів.

Вже зараз в багатьох приватних компаніях та підприємствах прийнято пропонувати своїм співробітникам соціальний пакет до складу якого входить і страховий поліс ДМС, тобто створюються передумови для корпоративного страхування. При колективному (корпоративному) страхуванні страхувальником є підприємство, організація, установа, яка уклала договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо).

Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я [5]. Витрати на добровільне медичне страхування

працівників для цілей оподаткування податком на прибуток є витратами подвійного призначення (ст. 140 ПКУ). Тобто, джерелом фінансування таких витрат є лише прибуток підприємства.

Сума страхових внесків, сплачених підприємствами та організаціями за добровільне медичне страхування своїх працівників, вважається їх додатковим благом та підлягає оподаткуванню ПДФО (податок на доходи фізичних осіб). Оплата підприємствами чи організаціями страхового поліса для отримання страхових послуг працівником – це ще й дохід працівника у негрошовій формі, тому нарахування ПДФО на вартість страхового полісу здійснюється із застосуванням «натурального» коефіцієнта за формулою, наведеною у пункті 164.5 статті 164 ПКУ. Саме з цієї причини роботодавець має отримати згоду кожного свого працівника на страхування, в тому числі у випадку коли роботодавець сплачує вартість страхового полісу в повному обсязі.

Договори медичне страхування укладаються у груповому та індивідуальному порядку. Цей документ є гарантією отримання медичної допомоги в обсягах і на умовах, визначених чинним законодавством або правилами страхування.

Добровільна форма медичного страхування передбачає надання страхувальникові (застрахованому) ширшого права вибору лікарів-спеціалістів, а також установ для отримання необхідної допомоги; поліпшене утримання у стаціонарі, лікувально-відновлювальній установі; збільшений за строками післялікарняний патронаж та догляд на дому тощо [6].

Договір медичного страхування передбачає:

- 1) обсяги надання медичних послуг;
- 2) умови отримання медичної допомоги;
- 3) перелік страхових випадків та виключення з них;
- 3) якість послуг, що надаються;
- 4) тарифи, вид і розмір оплати;
- 5) порядок виставлення рахунків і контролю за звітністю;
- 6) територію і строки медичного обслуговування та інше.

Ринок добровільного медичного страхування слід розглядати як економічні відносини, що ви-

Таблиця 1

Основні показники ринку добровільного медстрахування в Україні за 2005–2010 рр.

| Роки | Страхові премії, млн. грн. | Страхові виплати, млн. грн. | Рівень виплат, % |
|------|----------------------------|-----------------------------|------------------|
| 2005 | 224                        | 150                         | 67               |
| 2006 | 344                        | 220                         | 64               |
| 2007 | 438                        | 315                         | 72               |
| 2008 | 727                        | 465                         | 64               |
| 2009 | 632                        | 550                         | 87               |
| 2010 | 824                        | 700                         | 85               |

Дані журналу Insurance TOP

никають при страховому захисті здоров'я між страховиками, медичними установами, страхувальниками, застрахованими особами, в яких у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється узгодження та реалізація їх економічних інтересів щодо надання та отримання послуг з медичного страхування [6].

В якості ринкових суб'єктів, інтереси яких є первинними, виступають не лише страховики і страхувальники, а й медичні установи. Хоча страхова компанія є виробником страхової послуги з ДМС, вона виступає в ролі посередника між своїм клієнтом і ЛПЗ, а медична послуга лікувального закладу є основою страхової послуги. Тобто, необхідне погодження та реалізація інтересів між страховою компанією та медичним закладом, між страхувальником та медичним закладом, між страхувальником та страховою компанією.

Аналіз співпраці медичних закладів та страхових компаній дозволяє зробити висновок, що лікувально-профілактичні установи повинні нести економічну відповідальність за ненадання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за угодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих. У разі порушення лікувально-профілактичним закладом медико-економічних стандартів страхова організація може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг. Не менш важливою проблемою є те, що сьогодні страхові компанії не мають достатньо реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг та важелів впливу на поліпшення якості обслуговування саме в закладах охорони здоров'я державної і комунальної форм власності. У зв'язку з цим розвиткові добровільного медичного страхування суттєво перешкоджає проблемний державний медичний сектор [3].

Основною вимогою до страхових компаній, що займаються ДМС, має бути забезпечення їх фінансової стабільності, яка визначається не тільки розміром основного капіталу та співвідношенням власних і залучених коштів. Фінансова стабільність страховика значною мірою залежить від надійності банків, із якими він має договірні відносини; структури розміщення вільних коштів; інвестиційної діяльності; наявності договорів перестраховування тощо [8].

Незважаючи на в цілому позитивні тенденції у розвитку добровільного медичного страхуван-

ня на теренах вітчизняного страхового ринку [7, 9], даний сегмент поки що є не досить розвиненим і потребує вирішення цілої низки проблем:

1) створення умов розвитку добровільного медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги понад обсяг державного фінансування галузі;

2) здійснення оподаткування сукупного доходу громадян у разі отримання страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування відповідно до бази та ставок, передбачених договорами обов'язкового медичного страхування;

3) забезпечення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, що виділятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування;

4) законодавче врегулювання питання щодо можливості внесення юридичними особами (роботодавцями) до складу собівартості продукції витрат за договорами добровільного медичного страхування на сплату страхових платежів на страхування своїх працівників;

5) підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їх ліцензування згідно з чітко встановленими критеріями;

6) підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;

7) забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми,

8) підвищення конкуренції серед страховиків, що спеціалізуються на даному виді страхування для зниження ціни купівлі страхового полісу;

9) підвищення страхової культури населення та медичних працівників.

За умови зваженого та професійного підходу до врегулювання зазначених проблем стане можливим створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в отриманні доступної і високоякісної медичної допомоги, зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети та долю тіньової медицини в системі медичного обслуговування, уникнути необґрунтованих витрат на надання зайвих медичних послуг та покращити фінансовий стан медичних установ.

## Література

1. Про страхування: Закон від 07.03.1996 р. № 85/96 – ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
2. Дячук І. Б., Сенюта І. Я., Терешко Х. Я., Фуртак І. І.; за заг. ред. Сенюти І. Я. Страхування в галузі охорони здоров'я: Навч. посібник Львів : Вид-во ЛЮБФ «Меди-

- цина і право», 2010. – 213 с.
3. Кісельов Є. М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є. М. Кісельов, С. В. Бурлаєнко, І. Г. Кірпа // Фінансові послуги. – 2009. – № 1. – С. 24–27.
  4. Котуза А. С. До питання втілення медичного страхування в Україні / А. С. Котуза, Н. К. Єжель, В. М. Гончаренко // Главный врач. – 2010. – № 5 (109). С. 28–33.
  5. Рудень В. В. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання / В. В. Рудень // Фінанси України. – 2007. – № 8. – С. 25–34.
  6. Нагайчук Н. Г. Суб'єктна складова добровільного медичного страхування / Н. Г. Нагайчук // Вісник КНТЕУ. – 2006. – № 1. – С. 64–69.
  7. Стецюк Т. І. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / Т. І. Стецюк // . – Наука й економіка. – 2009. – № 4 (16), Т. 1. – С. 143–147.
  8. Федоренко В. Г. Інвестиційний менеджмент: Навч. посіб. – К.: МАУП, 1999. – 184 с.
  9. Черешнюк Г. С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання / Г. С. Черешнюк, І. В. Сергета // Фінансові послуги. – 2006. – № 2. – С. 22–26
  10. Tomson S., Foubister T., Mossialos E. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. – ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010. – 241 с.

## ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

*Курочка В. Л., Лашкул З. В., Посный В. Ф., Авраменко В. С., Одринский В. А., Фершал Я. Ю., Бибик И. Г.*

*ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»*

Личное страхование во всем мире – один из наиболее действенных инструментов решения социальных проблем, а развитие медицинского страхования является одним из перспективных направлений решения проблем финансирования здравоохранения и повышение качества медицинского обеспечения населения.

**Ключевые слова:** личное страхование, добровольная форма медицинского страхования, страховая компания, медицинское заведение.

## PERSONAL INSURANCE. CURRENT STATUS OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

*Kurochka V. L., Lashkul Z. V., Posnyy V. F., Avramenko V. S., Odrinskiy V. A., Fershal Ya. Yu., Bibyk I. G.*

*State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»*

Personal insurance in the whole world – one of the most effective instruments of decision of social problems, and development of medical insurance is one of perspective directions of decision of problems of financing of health protection and upgrading medical providing of population.

**Keywords:** personal insurance, voluntarily form of medical insurance, insurance company, medical establishment.