

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

МАНЖОСОВА Олена Вікторівна - кандидат юридичних наук, доцент кафедри спеціально-правових дисциплін Чернівецького факультету Національного університету «Одеська юридична академія»

Статтєй определяются отдельные аспекты добровольного медицинского страхования в Украине. Исследование характерных особенностей этой системы страхования позволит усовершенствовать существующую в Украине систему охраны здоровья и выяснит дополнительные возможности добровольного страхования наряду с системой обязательного медицинского страхования, введение которой на сегодня в Украине необходимо.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, програма добровільного медичного страхування, функції та принципи добровільного медичного страхування, договір добровільного медичного страхування, договір асистансу.

Конституція України серед значної кількості соціальних прав особи проголошує право на охорону здоров'я та на медичну допомогу. На жаль, нинішній стан забезпечення реалізації прав людини на медичну допомогу в Україні є далеким від стандартів провідних демократичних держав. Значна частина населення України вимушена частково або повністю оплачувати отримані медичні послуги з власної кишені. Одним із суттєвих факторів незадовільного стану в цій галузі є відсутність в нашій державі законодавчо закріпленого механізму загальнообов'язкового державного страхування, який потенційно здатний вирішити значну кількість існуючих проблем. Система загальнообов'язкового державного страхування, яка успішно працює в багатьох розвинених країнах, в Україні на даний момент

проходить етап законопроектної роботи і є несформованою. Недостатність фінансування національної медицини вимагає віднайдення шляхів альтернативного забезпечення і гарантування права особи на надання якісних медичних послуг. Вирішенням існуючої проблеми може стати розвиток добровільного медичного страхування (далі – ДМС).

Пошук можливих шляхів вирішення вказаних проблем на сьогоднішній день активно досліджується науковцями різних галузей права, в тому числі і правниками, серед яких слід відзначити М.В. Айвазову, В.О. Галай, О.М. Голяченко, Д.В. Карамішева, П.Є. Лівака О.Г. Рогову, І.Я. Сенюту, Р.О. Стефанчука, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко та інших.

Добровільне медичне страхування, як і обов'язкове, має на меті забезпечення права на надання медичної допомоги на основі страхового фінансування, але реалізація поставленої мети досягається різними засобами. Так, добровільне страхування здійснюється на комерційній основі, відноситься до особистого страхування та є ефективним доповненням бюджетного фінансування або системи обов'язкового медичного страхування. Добровільне страхування діє на основі еквівалентності, тобто обсяг надання медичних послуг залежить від страхових внесків і здатне забезпечити індивідуальні потреби конкретних осіб.

До переваг добровільного медичного страхування можна віднести: можливість

мінімізації витрат на оплату медичної допомоги; можливість отримання більш кваліфікованої медичної допомоги в більш комфортних умовах; наявність незалежного експертного контролю за строками, якістю та обсягами за наданням медичних послуг представниками страховика.

В країнах Європейської спільноти добровільне медичне страхування поділяється на три види:

1. Страхування, що є заміною системи державного страхування, передбаченої чинним законодавством, і забезпечує страхування осіб, які не охоплені цією системою.

2. Страхування, що дає можливість додаткового покриття тих медичних послуг, які не охоплюються державною системою страхування.

3. Страхування, яке покриває витрати на прискорений доступ або ширше коло медичних послуг.

Як свідчить проведений аналіз, нормативно-правова база добровільного медичного страхування перебуває у стадії становлення. Існуючі законодавчі акти не охоплюють усієї множини суспільних відносин, що виникають у процесі здійснення ДМС. Не визначено місце і обов'язкового медичного страхування (ОМС) в системі страхового захисту громадян та перелік медичних послуг, що надаються в рамках гарантованого обсягу; не регламентовано склад суб'єктів ДМС із закріпленням їх прав та обов'язків. Така недосконалість чинної нормативно-правової бази, що регулює відносини у сфері надання медичних послуг та страхування, ставить суб'єктів ДМС у нерівні умови.

Окремі положення щодо ДМС містяться в нормах Закону України «Про страхування» від 7.03.1996 р. [2], стаття 6 якого, зокрема, визначає, що добровільне страхування – це страхування, яке здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком, також визначає медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) серед інших видів страхування.

Вказаним законом передбачено, що загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно, а конкретні умови

страхування визначаються при укладенні договору страхування.

З економічної точки зору, медичне страхування є механізмом компенсації особам витрат, пов'язаних з настанням страхового випадку (хвороби чи нещасного випадку) і зверненням застрахованої особи за отриманням медичної допомоги.

Предметом ДМС є витрати на необхідне медичне обслуговування застрахованої особи у випадку її хвороби чи нещасного випадку. Як свідчить практика, страхові компанії оцінивши рівень сучасної медицини та проаналізувавши потреби споживачів страхових послуг, розробляють Правила страхування та складають конкретні програми ДМС. Медична програма страхування є невід'ємним додатком до договору страхування, в якій визначається конкретний варіант медичної допомоги. Програми є різними – залежно від переліку медичних послуг та медичних закладів, контингенту застрахованих осіб, а також відрізняються вартістю, на яку впливають усі вищезазначені чинники [4, с.140]. Медична програма страхування може бути змінена під час дії договору страхування за згодою страховика при умові внесення страхувальником додаткових страхових платежів.

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

До специфічних функцій добровільного медичного страхування можна віднести: компенсаційну, превентивну та стимулюючу, яка знаходить відображення в необхідності використання лікувальним закладом методів лікування, що мають найбільший ефект при адекватних затратах та стимулювання застрахованої особи до не створення ризиків для погіршення здоров'я.

На відміну від обов'язкового медичного страхування, що здійснюється на основі принципу страхової солідарності, добро-

вільне медичне страхування базується на принципі страхової еквівалентності, а отже, застрахована особа отримує ті види медичних послуг і в таких розмірах, за які були сплачені страхові внески.

Об'єктом ДМС є майнові інтереси страховика та застрахованої особи, пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги за настання страхового випадку, під яким розуміють звернення застрахованої особи до медичної установи за наданням медичної допомоги, яка передбачена договором (страховим полісом).

Суб'єктами ДМС є страхові компанії, страхувальники, застраховані особи, лікувально-профілактичні заклади. Взаємовідносини між цими особами базуються на основі укладених договорів: договором між страховиком та страхувальником (застрахованою особою) та договором між страховиком та лікувально-профілактичною установою про надання медичної допомоги. Договір страхування визначається нормами Цивільного кодексу України [1] та Закону України «Про страхування», як письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Обов'язковими елементами договору страхування є: назва документа; назва та інші реквізити страховика; прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження; прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або назва вигодонабувача та його адреса; предмет договору страхування; розмір страхової суми; перелік страхових випадків; розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати; страховий тариф; строк дії договору; порядок зміни і припинення дії договору; умови здійснення страхової виплати; причини відмови у страховій виплаті; права та обов'язки сторін

і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору; інші умови за згодою сторін.

Невід'ємними складовими договору ДМС мають також бути: медичні програми страхування, що обираються страхувальниками; перелік закладів охорони здоров'я, до яких має звертатись застрахована особа за отриманням медичної допомоги; індивідуальні страхові тарифи для кожної застрахованої особи, визначені або за результатами перед страхового медичного обстеження, або іншим чином за умовами договору страхування; розрахунок страхових платежів для кожної застрахованої особи, виходячи зі складу медичних програм страхування [5, с. 184].

Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника, а факт укладення договору засвідчується страховим полісом. Як свідчить зарубіжний досвід, страхові організації можуть пропонувати страхувальникам універсальні та спеціалізовані страхові поліси медичного страхування. Універсальний поліс, як страхові, передбачає ті випадки, медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультації лікарів вузьких спеціальностей. Як страхові можуть розглядатись випадки, котрі потребують виклику дільничного лікаря додому, якщо має місце нездужання, підвищення температури, гостре респіраторне захворювання.

Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатись за згодою між страховиком та страхувальником з можливою участю клінічної обслуговуючої бази. Організація страхового захисту за універсальним полісом може полягати у зверненні до послуг сімейного лікаря.

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатись медичними послугами вузькопрофільних спеціалістів-медиків або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом ВІА/СНІД тощо). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або мають схильність до певних захворювань.

Отже, якщо універсальні страхові поліси зорієнтовані на приватних осіб, то спеціалізовані часто надаються за колективними договорами страхування, у випадках, коли підприємства та організації страхують своїх працівників від найбільш можливих професійних ризиків [3, с.123].

Зміст договору медичного страхування зумовлюється видом та методами необхідної медичної допомоги і визначається кожним страховиком самостійно, відповідно до отриманої ліцензії. Зважаючи на це, виділяють основні види медичного страхування та додаткові (опції). До основних відносять страхування витрат на амбулаторне та стаціонарне лікування, тобто гарантується компенсація витрат на основне лікування по життєвих показниках. Додаткові види покривають супутні лікуванню витрати та витрати на спеціалізовану медичну допомогу (протезування, стоматологія тощо).

В залежності від обсягу виділяють: повне страхування медичних витрат, яке гарантує відшкодування витрат як на амбулаторне, так і стаціонарне лікування; часткове – гарантує відшкодування витрат або на амбулаторне лікування, або на стаціонарне, або на надання спеціалізованого лікування за вибором застрахованої особи. Виділяють також можливість страхування тільки за одним ризиком.

Страхове відшкодування по договорах добровільного медичного страхування може визначатись: твердою сумою, в межах якої сплачується річний обсяг медичних витрат застрахованої особи; переліком страхових випадків, щодо яких гарантується повне відшкодування вартості лікування; переліком витрат на надання медичних послуг з обмеженням відповідальності страховика щодо кожного виду.

Договір добровільного медичного страхування, як правило, включає перелік умов, за яких страховик має право не виконувати прийняте на себе зобов'язання по виплаті страхової суми. Так, наприклад, страховик вправі відшкодувати медичній установі вартість послуг, наданих застрахованому у випадках його звернення в зв'язку з травмою, отриманою в стані ал-

когольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, внаслідок здійснення умисного злочину, при спробі самогубства чи умисного заподіяння собі тілесних ушкоджень тощо.

До договору про надання медичних послуг застосовуються загальні норми визначені ЦК України для договорів про надання послуг.

Різновидом договору медичного страхування є договір страхування осіб, які виїжджають за кордон на випадок захворювання, тілесних ушкоджень – так званий договір асистансу. Головною метою таких договорів є швидке реагування на надзвичайну ситуацію. В договорі, як правило, передбачаються обов'язки страховика по транспортуванню застрахованої особи до найближчої або спеціалізованої лікарні та надання невідкладної медичної допомоги; транспортування в країну проживання з медичним супроводом; екстренну стоматологічну допомогу та інше [3, с.121]. В той же час такі договори не передбачають обов'язку страховика по відшкодуванню вартості цілеспрямованих медичних послуг за кордоном; відшкодування витрат на лікування захворювань відомих на момент укладення договору та хронічних захворювань; відшкодування витрат на лікування хвороб, що не є невідкладним (наприклад стоматологічне протезування) тощо.

Безпосереднім обслуговуванням клієнтів за кордоном займаються асистуючі компанії – це організації, які здійснюють цілодобову координацію надання допомоги застрахованим особам при настанні страхового випадку.

Отже, зважаючи на те, що на даний момент українська держава через брак фінансових можливостей не може в повному обсязі забезпечити реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичне забезпечення, а система обов'язкового медичного страхування є нерегульованою та не забезпеченою діючою нормативною базою зростає соціальна значимість добровільного медичного страхування, кошти якого можуть бути додатковими джерелами фінансування.

АНОТАЦІЯ

Статтею визначені окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні. Дослідження характерних особливостей цієї системи страхування дозволить удосконалити існуючу в Україні систему охорони здоров'я та з'ясувати додаткові можливості добровільного страхування поряд із системою загальнообов'язкового медичного страхування, запровадження якої в Україні є на сьогодні необхідним.

SUMMARY

Article is considered specific aspects medical insurance in Ukraine. Investigation of the characteristics of the insurance system would improve the existing protection system in Ukraine, Health Protection and find additional opportunities for voluntary insurance, along with a system of compulsory health insurance, the introduction of that today in Ukraine it is necessary.

Література

1. Цивільний кодекс України від 16. 01. 2003р. № 435-IV // Відомості Верховної Ради України, 2003, № № 40-44, ст. 356 .
2. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР // Відомості Верховної Ради України.- 1996.- № 18.- ст. 78.
3. Безугла В.О., Загірняк Д.М., Шаповал Л.П. Соціальне страхування. Навч. по-

сіб. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 208 с.

4. Внукова Н.М., Кузьминчук Н.В. Соціальне страхування: Кредитно-модульний курс: Навч посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 412 с.

5. Яворська Т.В. Страхові послуги: навчальний посібник / Львівський ун-т ім. І Франка. Економічний факультет. – К.: Знання, 2008. – 350 с.