

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

ДІЯЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

до практичних занять та самостійної роботи студентів VI
курсу з дисципліни
«Загальна практика - сімейна медицина»

Запоріжжя

2017

УДК 614.252-084(075.8)

М 69

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від «25» травня 2017 р.)
та рекомендовано для використання в освітньому процесі.*

Автор:

Н. С. Михайловська - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики - сімейної медицини ЗДМУ.

Рецензенти:

В. В. Сиволап - д.мед.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими ЗДМУ;

В. Г. Дейнега - д.мед.н., професор кафедри сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО ЗДМУ, заслужений діяч науки і техніки України.

Михайловська Н. С.

М69 Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практич. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 109 с.

У навчально-методичному посібнику наведені загальні питання діяльності сімейного лікаря в умовах страхової медицини, форми медичного страхування, моделі страхової медицини в країнах світу тощо. Навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», напряму 1201 «Медицина», спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами VI курсу 1,2 медичного факультетів під час підготовки до практичних занять з відповідних тем.

© Н. С. Михайловська, 2017

© Запорізький державний медичний університет, 2017

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Тематичний план практичних занять, самостійної роботи.....	5
Актуальність теми, мета навчання, основні учбові цілі, матеріали для самопідготовки.....	7
Принципи і види медичного страхування.....	9
Організаційні основи форм медичного страхування.....	22
Обов'язкове медичне страхування.....	28
Добровільне медичне страхування.....	30
Страхові медичні організації.....	37
Поняття страхової медицини. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини.....	45
Моделі страхової медицини в країнах світу	55
Контрольні питання.....	65
Ситуаційні задачі для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань студентів	67
Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань студентів.....	70
Додатки.....	78
Рекомендована література.....	107

ПЕРЕДМОВА

Важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Розвиток страхової медицини — один із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я. Нині питання страхової медицини є дуже актуальними. 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.

Медичне страхування — система, при якій надання медичної допомоги буде здійснюватись на принципах страхування, коли захворювання сприймається як страховий випадок. За допомогою системи страхової медицини вирішуються численні питання гарантованості доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я. Медичне страхування є формою соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, воно пов'язане з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування

У навчальному посібнику наведені загальні питання, принципи і види медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини.

Необхідність створення такого посібника зумовлена відсутністю підручників та методичних матеріалів, які б цілком відповідали основним розділам програми з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина».

Навчальний посібник може бути рекомендований для студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації при вивченні відповідної теми, інтернам, лікарям загальної практики – сімейної медицини та лікарям будь-якої спеціальності.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

З ДИСЦИПЛІНИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

для студентів VI курсу I, II медичного факультету ЗДМУ

Модуль 1: «Організаційні аспекти системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної медицини в системі охорони здоров'я».

№ з/п	Назва теми	К-сть годин
1	Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення. Організація роботи сімейного лікаря. Основи інформаційного забезпечення ЦПМСД, амбулаторій сімейного лікаря. Електронні системи обліку пацієнтів. Телемедицина в практиці сімейного лікаря.	6
2	Принципи і види медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини. Концепція та основні відмінності паліативної медичної допомоги. Основні принципи та методи паліативної допомоги. Порядок надання хоспісної допомоги в амбулаторних умовах. Ведення пацієнтів на термінальних стадіях захворювань в практиці сімейного лікаря, взаємодія зі спеціалістами.	6
3	Медико-соціальні аспекти здоров'я населення. Впровадження імунопрофілактики. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря. Скринінгові програми обстеження. Стратифікація ризику, контроль факторів ризику основних неінфекційних захворювань. Принципи надання реабілітаційної допомоги за К. Гутенбруннером	6
4	Управління хронічними неінфекційними захворюваннями. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основній серцево-судинній патології. Методика виконання і оцінювання ЕКГ.	6
5	Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях дихальної та сечовидільної системи. Методика виконання пікфлоуметрії.	6
6	Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних ендокринологічних та шлунково-кишкових захворюваннях.	6
7	Організація та надання невідкладної медичної допомоги в практиці сімейного лікаря. Надання невідкладної допомоги сімейним лікарем у випадку раптової смерті, судомах та втраті свідомості на догоспітальному етапі. Підсумковий модульний контроль. Захист індивідуальних робіт.	4
	<i>Всього</i>	40

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

<i>№</i>	<i>Тема</i>	<i>Кількість годин</i>	<i>Вид контролю</i>
1	Підготовка до практичних занять, теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок	10	Поточний контроль на практичних заняттях
2	Підготовка та написання програми ведення в амбулаторних умовах хворих із найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів. Особливості соматичної патології при вагітності.	10	-„-“
3	Етичні та деонтологічні принципи діяльності сімейного лікаря. Комунікація з пацієнтом, лідерські якості сімейного лікаря. Освітні програми для пацієнтів.	7	-„-“
4	Розробка моделі профілактичних програм, в т.ч. складання індивідуального графіку щеплення. Скринінг основних хронічних неінфекційних захворювань. Посиндромний підхід (загальні ознаки небезпеки, кашель, розлади дихання, діарея, проблеми з вухом, проблеми з горлом, лихоманка, анемія, наявність дуже тяжкого захворювання та місцевої бактеріальної інфекції, жовтяниця, оцінка вигодовування) для ведення найбільш поширених патологічних станів у дітей до 5-ти років.	10	-„-“
5	Індивідуальна робота: доповідь на клінічних конференціях баз кафедри.	3	-„-“
6	Розробка алгоритмів із надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі в практиці сімейного лікаря. Надання невідкладної допомоги сімейним лікарем при пожежах, укусах, електротравмах, утопленнях, дії низьких та високих температур, гострому больовому синдрому.	10	-„-“
7	Разом	50	

ДІЯЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

I. Актуальність теми

Важливою підгалуззю особистого страхування є медичне страхування. За даними МОЗ України, переведення системи охорони здоров'я на страхову модель розпочнеться вже у 2017 році і триватиме три роки. Трансформація стартує з запуску сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки української системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, ЦПМСД).

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Воно здійснюється на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком. Мета такого страхування — забезпечити громадянам у разі настання страхового випадку одним медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних заходів.

Суть медичного страхування — сплативши одноразовий страховий внесок, значно менший, ніж вартість усіх медичних послуг, громадяни мають змогу протягом року безкоштовно користуватися комплексом медичних послуг кваліфікованих спеціалістів у клініках з платним обслуговуванням.

II. Мета навчання

Засвоїти основні принципи і види медичного страхування, опанувати практичні навички: складання плану ведення пацієнтів в умовах страхової медицини.

III. Основні учбові цілі

Знати:

- світовий досвід медичного страхування і можливість застосування його в нашій країні;

- існуючі проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні;
- правові і організаційні засади страхової медицини;
- порядок медичного страхування.
- структуру страхового поліса в ПМСД.
- права пацієнта на вільний вибір лікаря в умовах медичного страхування.
- організацію роботи лікаря в державних і недержавних закладах охорони здоров'я.
- організацію контролю якості при різних видах страхування.

Вміти:

- Інтерпретувати поняття «медичне страхування», « страхова медицина» - цілі та мета.
- Визначити складові медичного страхування та знати обов'язки та права суб'єктів страхування.
- Засвоїти діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини в Україні.

IV. Матеріали для самопідготовки

Питання, що підлягають самостійному вивченню

- Основи, принципи страхової медицини.
- Визначення понять «медичне страхування» та « страхова медицина».
- Визначення мети страхової медицини і медичного страхування в Україні.
- Основні завдання медичного страхування.
- Основні типи медичного страхування.
- Основні форми медичного страхування.
- Основні права та обов'язки страховика.
- Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування.
- Суб'єкти системи медичного страхування, їх обов'язки.
- Визначити поняття «медичний поліс» та охарактеризувати його основні функції.

- Посередницькі організаційні та управлінські структури медичного страхування (страхові організації, фонди, каси).
- Моделі страхової медицини у країнах світу та перспективи їх розвитку в Україні.

V. Методичні вказівки до роботи на практичному занятті

На початку заняття проводиться тестовий контроль вихідного рівня знань, далі опитування за темою заняття. Студентам пропонується також вирішити клінічні задачі і заповнити відповідну документацію сімейного лікаря. Заслуховується реферативна доповідь за темою заняття з відповідною презентацією. При завершенні заняття проводиться заключний тестовий контроль знань студентів. Викладач відповідає на питання, що виникли в процесі заняття.

VI. Зміст теми

ПРИНЦИПИ І ВИДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

За досвідом розвинених європейських країн одним з ключових механізмів балансу між потребами громадян в якісних та доступних медичних послугах і можливостями їх забезпечення за рахунок державного фінансування є перехід до моделі страхової медицини.

Медичне страхування - форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я.

Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно забезпечує більшу доступність, якість і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я [5].

Страхова медицина – це система організації фінансування охорони здоров'я за допомогою коштів, що накопичуються у резервах спеціалізованих страхових компаній, які здійснюють медичне страхування. Завдяки страховій медицині забезпечується економічна і соціальна

захищеність середньої і малозабезпечених верств населення, гарантованість їх прав на медичну допомогу.

Мета медичного страхування - гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги, а також:

- залучення в охорону здоров'я додаткових фінансових коштів, у тому числі і на профілактичні заходи.
- захист здоров'я і працездатності співробітників підприємства;
- зниження фінансових проблем роботодавця і співробітників, пов'язаних з організацією і наданням медичної допомоги;
- скорочення кількості днів непрацездатності співробітників за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання;
- додатковий стимул для співробітників до збереження робочого місця і підвищення якості роботи [2].

Принципи медичного страхування [4]

принцип	характеристика
Добровільне медичне страхування	
Добровільність	Страховик і клієнт самостійно, на добровільній основі, приймають рішення про необхідність і можливість укладання договору страхування, а також добровільно беруть на себе відповідальність за дотримання умов договору
Доступність	Будь-яка фізична або юридична особа має можливість укласти договір добровільного медичного страхування зі страховою компанією, яка надає такі послуги
Обов'язкове медичне страхування	
Загальність	Кожен громадянин, незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу, має право на отримання медичних послуг, включених до

	програм обов'язкового медичного страхування
Державність	Кошти обов'язкового медичного страхування є власністю держави, що виступає страховиком для не- працюючого населення і здійснює контроль за збором, перерозподілом і використанням коштів фондів обов'язкового медичного страхування, забезпечує фінансову стійкість системи обов'язкового медичного страхування, гарантує виконання зобов'язань перед застрахованими особами
Некомерційний характер	Весь прибуток від операцій з обов'язкового медичного страхування спрямовується на збільшення фінансових резервів
Обов'язковість	Місцеві органи виконавчої влади і юридичні особи повинні здійснювати відрахування у встановленому розмірі в територіальний фонд обов'язкового медичного страхування в певному порядку, а також нести адміністративну відповідальність за порушення умов сплати страхових платежів

Перелік послуг страхової компанії в разі настання страхової події:

- ургентна (швидка) медична допомога;
- стаціонарне лікування;
- амбулаторно-поліклінічне лікування.

Об'єкт та суб'єкти системи медичного страхування

1. Об'єктом обов'язкового медичного страхування є страховий ризик пов'язаний з витратами на надання необхідного обсягу медичних послуг, відшкодування шкоди, пов'язаної з втратою застрахованими особами заробітної плати або відповідної її частини під час виконання трудових обов'язків, з ушкодженням здоров'я, а також виникнення обставин, внаслідок яких застрахована особа або члени її сім'ї можуть втратити тимчасово засоби

існування та потребувати матеріального забезпечення у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (включаючи догляд за хворою дитиною, дитиною — інвалідом, хворим членом сім'ї), вагітністю та пологами, із смертю застрахованої особи або членів її сім'ї, а також необхідністю надання соціальних послуг [2].

2. Суб'єктами солідарної системи є:

- застраховані особи, а в окремих випадках, визначених цим Законом,
- члени їхніх сімей та інші особи;
- страхувальники;
- Фонд медичного страхування;
- уповноважений банк;

3. Суб'єктами системи накопичувального медичного страхування є:

- застраховані особи, від імені та на користь яких здійснюється накопичення та інвестування страхових коштів;
- підприємства, установи, організації та фізичні особи, що здійснюють перерахування внесків до системи накопичувального медичного страхування;
- Накопичувальний страховий фонд;
- юридичні особи, які здійснюють адміністративне управління Накопичувальним страховим фондом та управління їх страховими активами;
- зберігач;*
- страхові організації, що надають послуги медичного страхування;
- інші суб'єкти системи накопичувального медичного страхування, які можуть бути визначені законами України [3].

* зберігач — банк, який здійснює свою діяльність відповідно до законодавства про банки і банківську діяльність та відповідає вимогам цього Закону щодо зберігання та обслуговування коштів Накопичувального фонду медичного страхування;

Право на отримання страхових виплат та страхові випадки

1. Право на отримання страхових виплат із солідарної системи мають громадяни України, які застраховані згідно із цим Законом.

2. Особи, які добровільно сплачували страхові внески в порядку та розмірах, встановлених цим Законом, до солідарної системи та/або накопичувальної системи медичного страхування.

3. Іноземці та особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах, мають право на отримання страхових виплат із системи загальнообов'язкового медичного страхування [3].

Основні завдання медичного страхування:

1. Оплата за виконану роботу медичним закладам, соціальним установам і приватним лікарям згідно з угодою через страхові організації, які формуються за рахунок грошових внесків громадян, підприємств, органів влади.

2. Посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню.

3. Контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними закладами та окремими лікарями.

Важливою особливістю, яка відрізняє медичне страхування від інших видів страхування, є те, що це єдиний вид страхування, за якого відшкодування збитків застрахованому в разі виникнення страхового випадку здійснюється в основному не грошима, а медичними послугами [1].

При медичному страхуванні *страховими випадками* є захворювання, травми, преморбідні та патологічні стани, деякі природні фізіологічні процеси (вагітність, пологи, клімакс тощо), що призводять до фактів:

- отримання медичних послуг;

- тимчасової або стійкої, часткової чи повної втрати працездатності та/чи соціальної активності;

- незапланованих витрат на зміну умов, стилю та способу життя з метою оздоровлення, включаючи кардинальні зміни місця проживання, праці, характеру харчування, відпочинку тощо.

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з порушенням стану здоров'я застрахованої особи, а саме — витрати на отримання медичної допомоги або медичних послуг, зумовлених хворобою та втратою працездатності застрахованої особи. Отже, об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян [3].

Суб'єктами медичного страхування є: 1) страховик; 2) страхувальник; 3) органи державної влади та місцевого самоврядування; 4) застраховані особи; 5) медичні заклади; 6) сімейні лікарі; 7) асистувальні організації.

В основу соціального страхування покладено принципи автономності та самоуправління його суб'єктів, їхня взаємодія на добровільній основі. Суб'єкти соціального страхування відповідають тільки за свої зобов'язання, крім тих, які можуть бути визначені умовами договорів, що укладаються, або спеціальними положеннями, що встановлені законодавством. Важливою ознакою демократичності системи соціального страхування є принцип організаційного самоуправління, відносна незалежність від державного управління, що передбачає розподіл владних функцій між суб'єктами системи [2].

Страховиками є юридичні особи (страхові організації, компанії, фонди), які створені та функціонують відповідно до чинного законодавства України для здійснення страхової діяльності, а також отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення цієї діяльності. Страховиком може бути фонд охорони здоров'я, який створюється державою.

Страхова установа може бути створена у будь-якій організаційно-правовій формі. Однією з цих форм є акціонерна. Акціонерна форма організації страхової компанії дозволяє їй сконцентрувати значні фінансові

ресурси і забезпечити дієвий контроль за діяльністю страхових компаній та медичних закладів. У деяких європейських країнах важливе місце посідають компанії взаємного страхування. Особливість їхньої діяльності полягає в тому, що в них немає акціонерів, а прибуток вони розподіляють між тими, кого страхують [2].

Страхові заклади мають право займатися медичним страхуванням тільки в тому випадку, коли воно є їхньою основною діяльністю. Допускається поєднання медичного страхування зі страхуванням громадської відповідальності медичних працівників і закладів, громадської відповідальності будь-яких юридичних осіб, діяльність яких створює підвищену небезпеку для здоров'я населення, а також з іншими видами страхової, інвестиційної та кредитної діяльності.

Страхові медичні компанії за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян.

Під час проведення медичного страхування страховиків необхідно мати справу з багатьма людьми, які страхуються, вирішувати з клієнтами питання з приводу виникнення страхових випадків і виплати значних за обсягом страхових забезпечень [1].

Страховики мають право:

1. В установленому порядку отримувати від органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, лікувально-профілактичними закладами, організацій, фізичних осіб інформацію, документи та матеріали, необхідні для виконання покладених на них обов'язків.

2. Вимагати від страхувальників своєчасної сплати страхових внесків, здійснювати контроль за сплатою страхових внесків і дотриманням законодавства у сфері медичного страхування.

3. Здійснювати перевірку органами медичного контролю страховика діяльності медичних закладів щодо виконання умов надання медичної допомоги застрахованим особам на належному рівні.

4. У судовому порядку вимагати та отримувати регресні відшкодування збитків, яких зазнав страховику разі заподіяння шкоди здоров'ю застрахованим особам третьою стороною, застосовувати інші стягнення, передбачені законом.

5. Брати участь у формуванні цінової політики та подавати пропозиції щодо розвитку системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) [2].

Страховики зобов'язані:

1. Укладати договори зі страхувальником та видавати страхові медичні поліси застрахованим.

2. Укладати договори з медичними закладами на надання медичних послуг з обов'язкового і добровільного медичного страхування.

3. Своєчасно проводити розрахунки з медичними закладами за надану ними медичну допомогу застрахованим особам.

4. Захищати інтереси застрахованих, здійснювати контроль за вчасністю, якістю, достатністю та доцільністю медичної допомоги, яка надається застрахованим особам.

5. Безоплатно надавати застрахованим особам і страхувальникам консультації з питань ОМС.

Страховик відшкодовує витрати з надання медичної допомоги за страховою програмою в повному обсязі. Розрахунок відшкодування проводиться на підставі кошторису витрат, який надає медичний заклад. Кошторис витрат складається на надання кожної конкретної медичної допомоги, на кожну застраховану особу. Витрати мають бути аргументованими та документально підтвердженими. Кошторис витрат за поточний місяць медичний заклад подає страховику в першу декаду наступного місяця.

У разі, якщо страховик не згодний із розміром заявлених медичним закладом витрат, він відшкодовує такі витрати та подає позов до господарського (третейського) суду з метою корегування розміру витрат на надання медичної допомоги. У випадку, якщо медичний заклад надав недоброякісну медичну допомогу або надав допомогу в неповному обсязі (що було підтверджено в судовому порядку), страхова медична організація має право частково або повністю не відшкодовувати витрати за надання медичних послуг [2,3].

У будь-якому випадку страховик зобов'язується організувати і фінансувати надання застрахованим особам медичних послуг певного переліку та відповідної якості в обсязі страхових медичних програм (лікувальних, діагностичних, профілактичних тощо), обраних застрахованими особами і страхувальником. Право на отримання медичних послуг мають тільки ті особи, на користь яких укладено договір страхування.

Страхувальники — юридичні особи та дієздатні фізичні особи. Юридичні особи укладають з вибраним ними страховиком договір страхування і сплачують внески за громадян, але громадяни мають право, за бажанням, самостійно укласти договір з будь-яким страховиком.

Страхувальник має право:

- Брати участь у всіх видах медичного страхування.
- Вибирати страховика, призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування) і змінювати їх до настання страхового випадку при укладанні угод страхування.
- Отримувати консультації про порядок та умови сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань обов'язкового медичного страхування.
- Здійснювати контроль за виконанням умов договору медичного страхування.

- Захищати права та законні інтереси застрахованих таким страхувальником осіб, у тому числі в суді, у разі згоди на це такої застрахованої особи [1,2].

Страхувальник зобов'язаний:

- Укласти договір зі страховиками, згідно з яким застраховані особи мають право на одержання медичних послуг.

- Сплачувати страхові внески в розмірах та порядку, що встановлені угодою та законодавством.

- Надавати на вимогу застрахованої особи відомості про сплачені страхові внески.

- Надавати страховикам інформацію про здоров'я, умови праці та побуту контингентів населення, які підлягають страхуванню.

- Вживати залежних від нього заходів щодо усунення несприятливих факторів впливу на здоров'я застрахованих осіб.

Найважливішим суб'єктом медичного страхування є застраховані особи [3].

Застраховані особи — це фізичні особи, на користь яких укладаються договори страхування, а їхні життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

Застрахована особа має право на:

- Обов'язкове та добровільне медичне страхування.
- Вільний вибір страхової медичної організації, медичного закладу та лікаря відповідно до угоди про обов'язкове та добровільне медичне страхування.

- Отримання медичної допомоги відповідно до угоди за якістю та обсягом на всій території країни, у тому числі й за межами постійного місця проживання.

- Отримання у страховика безкоштовних консультацій про порядок та умови надання медичної допомоги, сплату страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань медичного страхування.

- Подання позову страхувальнику, страховій медичній організації, медичному закладу, у тому числі на матеріальне відшкодування збитків.

- За будь-якого виду медичного страхування пацієнт має право на вільний вибір сімейного лікаря, незважаючи на те, що за ним закріплюється певна територія [3].

Застрахована особа зобов'язана:

- Укласти договір ОМС, отримати страховий медичний сертифікат (страхову медичну картку) та пред'являти його в разі звернення по медичну допомогу.

- Піклуватись про власне здоров'я, дотримуватися профілактичних рекомендацій.

- Проходити профілактичні медичні огляди та щеплення в передбачених чинним законодавством випадках.

- Вірогідно інформувати страховика про зміни стану здоров'я та можливі наявні ризики щодо його погіршення.

- Свідомо не створювати ризику для власного здоров'я.

Медичними закладами як суб'єктами медичного страхування є ті з них, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг: ЛПЗ, науково-дослідні інститути, медичні університети, інші заклади, що надають різні види медичної допомоги, у тому числі й приватної форми власності [1].

Медичні заклади мають право:

- Видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих.

- Укладати угоди зі страховими медичними організаціями на предмет надання медичної допомоги за програмами обов'язкового та добровільного медичного страхування.

- Отримувати відповідну оплату медичних послуг, які надано застрахованим особам.

Медичні заклади зобов'язані:

- Мати ліцензію на медичну практику та акредитаційний сертифікат.
- Надавати застрахованому медичну допомогу та послуги згідно зі стандартами в обсягах, видах і формах, зазначених у програмі страхування.
- Подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування. Обом формам властиві свої переваги та недоліки. Однак, обов'язкове медичне страхування має суттєву перевагу для національних систем охорони здоров'я — воно забезпечує регулярність надходження грошових коштів, створюючи тим самим можливість планувати медичну допомогу [5].

Список використаних джерел

1. Сімейна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1 : Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.

2. Методична розробка семінарського заняття для лікарів-інтернів 1-го року навчання, заочного циклу, на тему: Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини / уклад. С. В. Білецький. - Чернівці : БДМУ, 2014. – 17 с.

3. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної

медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 227 с.

4. Новосад Я. С. Сутність, принципи та правові основи медичного страхування в Україні / Я. С. Новосад // Наук. вісн. Херсон. держ. у-ту. Сер. : Економічні науки. - 2014. - Вип. 7(5). - С. 60-63.

5. Реформа фінансування медицини: що нас чекає в 2017 році? – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161002_a.html

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ФОРМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Перші форми медичного (лікарняного) страхування виникли в кінці ХІХ століття в Англії та Німеччині, де утворилися перші лікарняні каси. Ці каси утворювалися із внесків роботодавців та робітників, керували ними, відповідно, представники адміністрації підприємства і профспілки. Каси надавали своїм членам грошову допомогу (часткове відшкодування трудового доходу, не отриманого під час хвороби), пенсію сім'ї (у разі смерті робітника), компенсації породіллям, вартість медичних та лікарських послуг.

Медичне страхування може проводитися в обов'язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування [3].

Основні відмінності обов'язкової і добровільної форм медичного страхування

Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, *мають форму податку*. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується *безпробутовістю*. Ця форма організації страхового фонду дає змогу *планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю*.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких **принципах**: загальності, державності, некомерційності.

Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг [3].

Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування – це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів).

Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення [1].

Для обов'язкового медичного страхування характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих.

Обов'язкове медичне страхування передбачає, що **сплата страхових внесків** може бути покладена як на підприємців, так і на працівників. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування.

Джерела фінансування. За умов обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частка кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я [2].

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються *програма обов'язкового медичного обслуговування*. Ця програма визначає обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані, медичні установи. У разі більш централізованої системи медичного страхування до його суб'єктів належить і фонд охорони здоров'я.

До страхувальників у галузі обов'язкового медичного страхування належать юридичні особи і держава. Юридичні особи (підприємства, установи, організації) є страхувальниками для працюючого, а держава - для непрацюючого населення [3].

Страховики – це незалежні страхові організації(компанії), які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні організації за рахунок сформованих страхових фондів *здійснюють* оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. Медичне страхування як основу спеціалізації страховика важко поєднати з іншими видами страхової діяльності, зважаючи на його специфічність. При проведенні медичного страхування страховикові необхідно мати справу з багатьма клієнтами, які страхуються, повсякденно вирішувати з ними питання з приводу настання страхових випадків і виплати значних за обсягом страхових сум.

Страхові медичні організації *несуть відповідальність* за необґрунтовану відмову укласти договір обов'язкового медичного страхування, несвоєчасне внесення платежів зі сплати послуг медичної установи, невиконання умов договору медичного страхування. Якщо страхова медична організація не відповідає обґрунтованим вимогам

застрахованого, він має право розірвати з нею договір страхування й укласти його з іншою страховою медичною організацією [2].

Головне призначення страхової медичної організаціїв системі обов'язкового медичного страхування полягає в тому, щоб *при оплаті рахунків медичних установ контролювати якість наданих медичних послуг і їх відповідність медико-економічним стандартам.*

Для контролю за якістю медичних послуг у страхових медичних організаціях, як правило, створюються *спеціальні експертні комісії*, які мають перевіряти в медичних установах правильність установленого діагнозу, лікування тощо. Коли в результаті перевірки виявляться порушення з боку медичної установи, то до неї можуть бути застосовані певні санкції.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування. **Добровільне** медичне страхування в умовах відсутності нормативно-правової бази, необхідної для запровадження **загальнообов'язкового державного соціального** медичного страхування, відіграє допоміжну роль у забезпеченні населення медичною допомогою [3].

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. Ним передбачається оплата медичних послуг понад програму обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування видів страхування, в яких **відповідальність страховика** виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова компанія здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добових. Поява

добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені [1].

Джерела фінансування. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я. Розміри страхових внесків по добровільному медичному страхуванню встановлюються страховими медичними організаціями самостійно (на основі договорів) і залежать від якості страхованих ризиків, правил страхування, прийнятих конкретним страховиком, вартості медичних і інших послуг, числа застрахованих і т. п. [2]

Обов'язкове Медичне Страхування (ОМС)

Основною ціллю обов'язкового медичного страхування є капіталізація страхових внесків і надання за рахунок акумульованих коштів медичної допомоги всім категоріям громадян на законодавчо встановлених умовах та в гарантованих обсягах. Воно є найважливішим елементом системи соціального захисту населення в частині охорони здоров'я. На жаль, механізм обов'язкового медичного страхування в Україні на сьогодні законодавчо не врегульований. Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна — там, де поширені приватні страхові програми. Принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах [2].

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах: загальності, державності, некомерційності. Принцип загальності полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Принцип державності означає, що кошти обов'язкового медичного страхування — це державна власність. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний

характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток — це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

Для обов'язкового медичного страхування характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих [2].

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих. Частина кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються програми обов'язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися [1].

Принципи організації ОМС:

1. Всезагальність - всі громадяни країни незалежно від віку, статі, стану здоров'я, національності, місця проживання, рівня доходу, соціального становища і т. ін. мають право на отримання гарантованого державою рівня медичних послуг.

2. Некомерційний характер - отримані під час здійснення ОМС прибутки спрямовуються не туди, де вони швидше та інтенсивніше

приростають, а власне на розширення страхових резервів для здійснення ОМС.

3. **Обов'язковість** сплати страхових внесків до фонду ОМС всіма юридичними особами та працюючими громадянами. Для непрацюючих осіб джерелом внесків до фонду ОМС є загальнодержавні фонди соціального страхування.

4. **Забезпечення державою доступності** медичної допомоги всім громадянам на визначеному законодавством рівні завдяки здійсненню контролю за збиранням, перерозподілом та використанням коштів фонду ОМС.

5. **Встановлення законодавством розміру** страхових платежів з ОМС, обсягу і порядку їх сплати.

6. **Незалежність рівня** страхового забезпечення від обсягу індивідуальних внесків застрахованого [3].

Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування.

Медичне страхування, яке провадиться в обов'язковій формі, набуває рис соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Добровільне медичне страхування (ДМС)

Добровільне медичне страхування присутнє майже в усіх країнах світу. Це пояснюють тим, що державних асигнувань на розвиток медицини недостатньо для фінансування (на рівні сучасних медичних стандартів) системи надання населенню медичної допомоги. З економічної точки зору

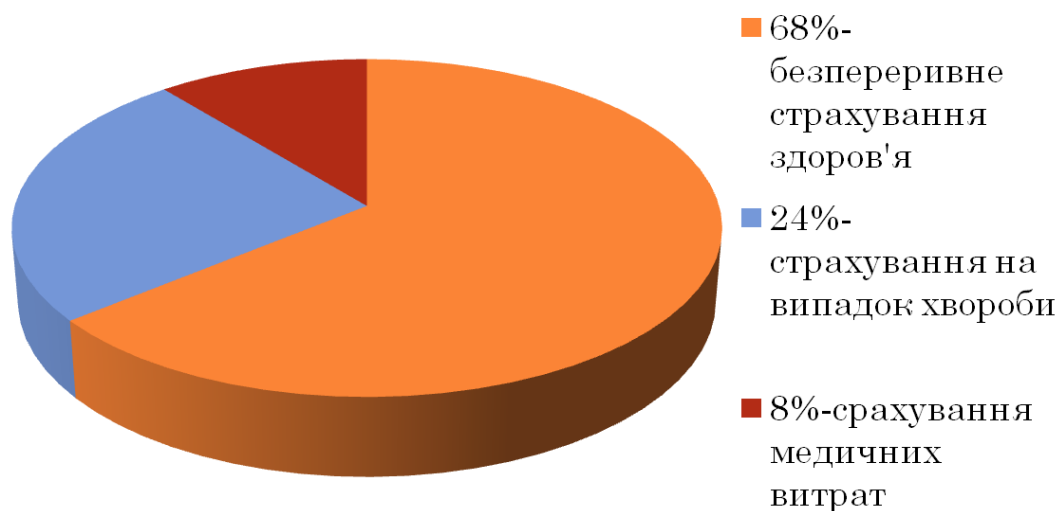
добровільне медичне страхування є механізмом компенсації громадянам витрат та збитків, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку. За загальносвітовими стандартами медичне страхування покриває такі групи ризиків, які виникають у зв'язку із захворюванням:

— затрати на медичні послуги з відновлення здоров'я, реабілітації чи догляду;

— втрата трудового доходу, викликана неможливістю здійснення трудової діяльності як під час захворювання, так і після настання інвалідності.

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси застрахованих, пов'язані зі здоров'ям, які не суперечать законодавству України [3].

Добровільне медичне страхування станом на 2014р.



В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише щодо осіб окремих професій.

Види добровільного медичного страхування

Види ДМС розрізняють залежно від:

- наслідків хвороби як економічного, так і медико-реабілітаційного характеру;
- обсягу страхового покриття; типу страхового тарифу;
- ступеня доповнення системи ОМС.

Також слід виділяти основні та додаткові види (опціони) медичного страхування (це залежить від політики страхової компанії) [2].

До першого належить страхування витрат на амбулаторне і стаціонарне медичне обслуговування. Ці гарантії компенсують витрати на основне лікування, необхідне по життєвих показниках. До другого належать види страхування, що покривають витрати на супутні лікувальні послуги або спеціалізовану медичну допомогу (стоматологію, родопоміч, протезування та деякі інші). Залежно від обсягу страхового покриття розрізняють:

- повне страхування медичних витрат;
- часткове страхування медичних витрат;
- страхування витрат тільки по одному ризику. Повне медичне страхування дає гарантію покриття витрат як на амбулаторне, так і на стаціонарне лікування. На відміну від повного часткове страхування покриває витрати або на амбулаторне лікування, або на стаціонарне, або на спеціалізоване лікування (стоматологія, санаторно-курортне лікування, родопоміч і т.п.) на вибір страхувальника.

Обов'язкове медичне страхування поки що знаходиться на рівні проектів, а добровільне медичне страхування активно розвивається. Більше 50 страхових компаній уже отримали ліцензію на цей вид страхування [1].

Послуги, які надають страхові компанії з медичного страхування, можна поділити на 4 основні категорії:

- 1) програма "Поліклініка";
- 2) програма "Стаціонар";
- 3) "Невідкладна і швидка допомога";
- 4) "Стоматологія".

Деякі компанії пропонують й інші види послуг: медичне обслуговування на дім, безоплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон, пільгове страхування для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей і вагітних жінок.

Багато страхових програм, які відрізняються як за кількістю наданих послуг, так і за цілями чи їх комбінацією, дають можливість вибрати поліс, виходячи із наявних потреб і фінансових можливостей. Крім цього, майже кожна компанія пропонує знижки (інколи в розмірі до 25 %) при страхуванні колективів, а також для своїх клієнтів, з якими вона працює за інших видів страхування або для постійних клієнтів за медичного страхування [3].

Добровільною формою охоплені й ті види страхування, згідно з якими відповідальність страхової компанії настає у разі звернення страхувальника до лікувально-профілактичної установи за одержанням медичної допомоги або послуг відповідно до умов договору страхування. Виплата має вигляд компенсації вартості необхідного лікування.

Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені.

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 якість медичних послуг [3].

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я [2].

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

- страхувальники — окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди;
- страховики — страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;
- медичні установи, що надають допомогу на засоби медичного страхування і також мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності.

Страхові фонди добровільного медичного страхування утворюються за рахунок:

- добровільних страхових внесків підприємств та організацій;
- добровільних страхових внесків різних груп населення;
- добровільних внесків окремих громадян.

Добровільне медичне страхування проводиться в межах створених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним.

При індивідуальному страхуванні страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів.

При колективному страхуванні страхувальником, зазвичай, є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Страхові організації укладають угоди з профілактично-лікувальними закладами про надання ними допомоги застрахованим за певну плату, яку зобов'язується гарантувати страховик [2,3].

За строками укладання договору добровільне медичне страхування може бути коротко- або довгостроковим.

Страховий поліс з добровільного медичного страхування зумовлює обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо. Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості та поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Договір з добровільного медичного страхування може передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;
- поліпшення умов отримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;
- продовження тривалості після лікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- розвиток системи сімейного лікаря;
- страхування виплат з тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат;
- участь у цільовому фінансуванні технічного переозброєння й нового будівництва лікувально-профілактичних установ, підприємств з виробництва медичного устаткування, ліків з правом першочергового отримання послуг або продукції цих підприємств та організацій [3].

Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі заяви страхувальника. Факт укладання договору добровільного медичного страхування засвідчується страховим полісом. Як договір, так і поліс добровільного медичного страхування можуть мати типову форму, рекомендовану для використання страховикам.

Договір добровільного медичного страхування включає в себе такі умови: найменування страхувальника, кількість застрахованих осіб, об'єкт

страхування, обсяг страхової відповідальності, страхову суму, строк дії договору страхування, порядок виплати страхового забезпечення, тарифні ставки. У договорі страхування визначається також розмір страхових внесків і порядок їх сплати, умови й строки вступу договору в силу, а також його припинення, порядок визначення і виплати страхового забезпечення, можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування, права та обов'язки сторін, інші умови [1].

Обсяг зобов'язань страховика за договором добровільного медичного страхування визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких у страховика виникає обов'язок провести страхову виплату.

Страхові внески, що їх сплачує страхувальник, залежать від обраної програми добровільного медичного страхування, рівня страхового забезпечення за договором страхування, строку страхування, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором страхування.

Договір добровільного медичного страхування включає перелік умов, за яких страховик має право не виконувати свої зобов'язання зі страхової виплати. Крім того, страховик має право відмовити в оплаті медичних послуг, якщо застрахованим одержані послуги, які не були передбачені договором страхування.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування мають установлюватися за згодою страховика та медичної установи, що надає відповідні послуги. Тарифна ставка розраховується страховиком на основі статистичних даних про звернення по медичну допомогу та тривалість лікування. Іноді тарифна ставка диференціюється залежно від статі, віку та стану здоров'я застрахованої особи [3].

Розміри страхових внесків установлюються на договірній основі страховиком та страхувальником з урахуванням оцінки вірогідності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо. Договір страхування вступає в дію у строки, встановлені в ньому. Протягом часу дії договору страхувальник має право змінити умови страхування або достроково розірвати договір.

Лікувально-профілактичні установи так само, як і при обов'язковому медичному страхуванні, повинні нести економічну відповідальність за надання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. У разі порушення лікувально-профілактичним закладом медико-економічних стандартів страхова організація може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг [1].

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом СНІД тощо).

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїждять за кордон, укласти договори страхування на випадок захворювання, тілесних пошкоджень унаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. Договір страхування може передбачати відповідальність страховика при потребі медичного транспортування хворого до найближчої або спеціалізованої лікарні; транспортування в країну проживання з медичним супроводом; репатріацію тіла застрахованого; дострокове повернення; екстрену стоматологічну допомогу; юридичну допомогу та ін.

Правила страхування громадян, які виїждять за кордон, не передбачають відшкодування витрат у разі лікування хронічних захворювань, стоматологічного протезування.

При укладанні договору страхування страхові компанії звичайно встановлюють максимальний розмір страхової суми, яка може бути виплачена застрахованому у разі настання страхового випадку, і встановлюють розмір франшизи [2].

Медичне страхування здійснюється через "Assistans" — організацію надання допомоги. Поліс медичного страхування "Assistans" гарантує за кордоном не тільки медичну допомогу з відшкодуванням витрат на

госпіталізацію та лікування, а й повернення на батьківщину хворого чи загиблого та осіб, що його супроводжують.

Асистанс-компанії працюють за угодами зі страховими компаніями. Приймавши виклик застрахованого, вони зобов'язані (за необхідністю) доставити його у відповідний лікувальний заклад, передати кваліфікованому медичному персоналу та контролювати процес надання допомоги [2].

Однією з міжнародних незалежних асистанських компаній є CORIS, яка забезпечує різноманітний сервіс для українських громадян, які подорожують за кордоном. CORIS має 45 представницьких офісів — диспетчерських пунктів, розташованих у найбільш відвідуваних нашими співвітчизниками країнах, а також потужну мережу кореспондентів, які обслуговують клієнтів страхових компаній у 135 країнах світу. Штаб-квартира асистанської компанії CORIS знаходиться у Франції.

CORIS надає різноманітні послуги медичного, технічного, юридичного та бізнес-асистансу, цілодобово здійснює моніторинг при регулюванні страхових подій, що відбуваються з клієнтами українських страхових компаній за кордоном, а також здійснює асистанс на території України для застрахованих клієнтів іноземних страхових компаній, які подорожують Україною. Це якісно новий сервіс, при якому клієнту гарантують не просто безкоштовне лікування за рахунок страхової компанії, а й забезпечують медичне обслуговування високого класу [2].

Список використаних джерел

1. Сімейна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1 : Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.

2. Методична розробка семінарського заняття для лікарів-інтернів 1-го року навчання, заочного циклу, на тему: Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини / уклад. С. В. Білецький. - Чернівці : БДМУ, 2014. – 17 с.

3. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної

медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 227 с.

СТРАХОВІ МЕДИЧНІ ОРГАНІЗАЦІЇ

Страховими медичними організаціями виступають юридичні особи, які є самостійними суб'єктами господарювання, з будь-якими, передбаченими законодавством України формами власності, що мають необхідний для здійснення медичного страхування статутний фонд, ліцензію на цей вид страхування і організовують свою діяльність відповідно до законодавства України.

Ліцензія видається окремо на кожен вид медичного страхування (обов'язкового і добровільного) [2].

Основним завданням страхової медичної організації, що здійснює обов'язкове медичне страхування, є проведення обов'язкового медичного страхування шляхом оплати медичної допомоги, що надається відповідно до територіальної програми обов'язкового медичного страхування і договорів обов'язкового медичного страхування, здійснення контролю за об'ємом, термінами і якістю медичних послуг.

Страхова медична організація має право :

- а) вільно вибирати медичні установи для надання медичної допомоги і послуг з договорів медичного страхування;
- б) брати участь в ліцензуванні і акредитації медичних установ;
- в) встановлювати розмір страхових внесків по добровільному медичному страхуванню;
- г) брати участь у визначенні тарифів на медичні послуги;
- д) пред'являти в судовому порядку позов медичній установі або (і) медичному працівникові на матеріальне відшкодування фізичної чи (і) моральної шкоди, заподіяної застрахованому з їх вини.

- е) здійснювати повернення частини страхових внесків страхувальникові або застрахованому, якщо це передбачено договором медичного страхування;
- ж) контролювати об'єм, терміни і якість медичної допомоги відповідно до умов договору [2].

Страхова медична організація зобов'язана:

- а) здійснювати діяльність по медичному страхуванню на некомерційній основі;
- б) укладати договори з медичними установами про надання медичної допомоги застрахованим обов'язковим медичним страхуванням;
- в) створювати в установленому порядку страхові резерви;
- г) захищати інтереси застрахованих;
- д) видавати усім застрахованим страхові медичні поліси.

Страхові резерви, що утворюються страховою медичною організацією, не підлягають вилученню в відповідні бюджети.

До витрат страхової медичної організації по обов'язковому медичному страхуванню відносяться:

- оплата медичних послуг на основі пред'явлених медичною установою документів;
- відрахування в резерв фінансування попереджувальних заходів по обов'язковому медичному страхуванню;
- відрахування до фонду оплати праці працівників страхової медичної організації (по нормативу, встановленому територіальним фондом обов'язкового медичного страхування);
- витрати на ведення справи по обов'язковому медичному страхуванню;
- інші витрати т.ч., пов'язані з інвестуванням засобів резервів.

Медичними установами в системі медичного страхування є: лікувально- профілактичні, що мають ліцензії і сертифікати установи, науково-дослідницькі і медичні інститути, інші установи, що надають медичну допомогу населенню [2].

Договір медичного страхування - угода, відповідно до якої страхова медична організація зобов'язується організувати і фінансувати надання застрахованому контингенту медичної допомоги певного об'єму і якості або інших послуг, передбачених програмами обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Договір медичного страхування повинен містити:

- найменування сторін;
- терміни дії договору;
- чисельність застрахованих;
- розмір, терміни і порядок внесення страхових внесків;
- перелік медичних послуг, що відповідають територіальним програмам обов'язкового або добровільного медичного страхування;
- права, обов'язки, відповідальність і інші умови, що не суперечать законам України.

Договір на надання лікувально- профілактичній допомоги (медичних послуг) - це угода, за якою медична установа зобов'язується надавати застрахованому контингенту медичну допомогу визначеного об'єму і якості в конкретні терміни у рамках програм медичного страхування [1].

Договір між страховою медичною організацією і медичною установою повинен містити:

- найменування сторін;
- чисельність застрахованих;
- види лікувально- профілактичної допомоги (медичних послуг);
- вартість робіт і порядок розрахунків;
- порядок контролю якості медичної допомоги і використання страхових засобів;
- відповідальність сторін і що не інші умови, що не суперечать законодавству України.

Страховими медичними організаціями виступають юридичні особи, які є самостійними суб'єктами господарювання, з будь-якими,

передбаченими законодавством України формами власності, що мають необхідний для здійснення медичного страхування статутний фонд, ліцензію на цей вид страхування і організують свою діяльність відповідно до законодавства України [3].

Основним завданням страхової медичної організації, що здійснює обов'язкове медичне страхування, є проведення обов'язкового медичного страхування шляхом оплати медичної допомоги, що надається відповідно до територіальної програми обов'язкового медичного страхування і договорів обов'язкового медичного страхування, здійснення контролю за об'ємом, термінами і якістю медичних послуг [4].

Страхова медична організація має право:

- а) вільно вибирати медичні установи для надання медичної допомоги і послуг з договорів медичного страхування;
- б) брати участь в ліцензуванні і акредитації медичних установ;
- в) встановлювати розмір страхових внесків по добровільному медичному страхуванню;
- г) брати участь у визначенні тарифів на медичні послуги;
- д) пред'являти в судовому порядку позов медичній установі або (і) медичному працівникові на матеріальне відшкодування фізичної чи (і) моральної шкоди, заподіяної застрахованому з їх вини;
- є) здійснювати повернення частини страхових внесків страхувальникові або застрахованому, якщо це передбачено договором медичного страхування;
- ж) контролювати об'єм, терміни і якість медичної допомоги відповідно до умов договору [2].

Страхова медична організація зобов'язана:

- а) здійснювати діяльність по медичному страхуванню на некомерційній основі;
- б) укладати договори з медичними установами про надання медичної допомоги застрахованим обов'язковим медичним страхуванням;
- в) створювати в установленому порядку страхові резерви;

г) захищати інтереси застрахованих;

д) видавати усім застрахованим страхові медичні поліси.

Страхові резерви, що утворюються страховою медичною організацією, не підлягають вилученню в відповідні бюджети.

Фонди обов'язкового медичного страхування - самостійна державна некомерційна фінансово-кредитна установа - призначені для акумуляції фінансових коштів на обов'язкове медичне страхування, забезпечення фінансової стабільності державної системи обов'язкового медичного страхування і вирівнювання фінансових ресурсів на його проведення.

Страховий медичний поліс - іменний документ, що видається страховою медичною організацією громадянину і що засвідчує укладення між ними договору про обов'язкове або добровільне медичне страхування. У полісі вказується номер договору страхування, термін його дії і амбулаторно-поліклінічні медичні установи, де громадянин отримуватиме медичну допомогу.

При звільненні працюючого громадянина з постійного місця роботи адміністрація підприємства, установи, організації зобов'язана отримати у нього страховий медичний поліс і повернути в страхову медичну організацію, що видала цей поліс [4].

У разі порушень медичною установою умов договору страхова медична організація має право частково або повністю не відшкодувати витрати по наданню медичних послуг.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної установи надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні терміни (у межах програми обов'язкового медичного страхування). У договорі встановлюються обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат.

Розрахунки з медичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану застрахованим медичну допомогу чи послугу. Це забезпечує контроль за якістю медичної допомоги та

використанням коштів, дає можливість створити економічні стимули для поліпшення обслуговування застрахованих громадян у медичних закладах. За надання медичних послуг медичні організації одержують плату [1].

Медичні установи несуть відповідальність за відмову в наданні медичної допомоги застрахованій стороні, невідповідність медичних послуг за обсягом та якістю умовам договору зі страховою медичною організацією. Медична допомога в системі медичного страхування може бути надана і самостійно практикуючими лікарями, які мають на це право [3].

Структура медичного страхування

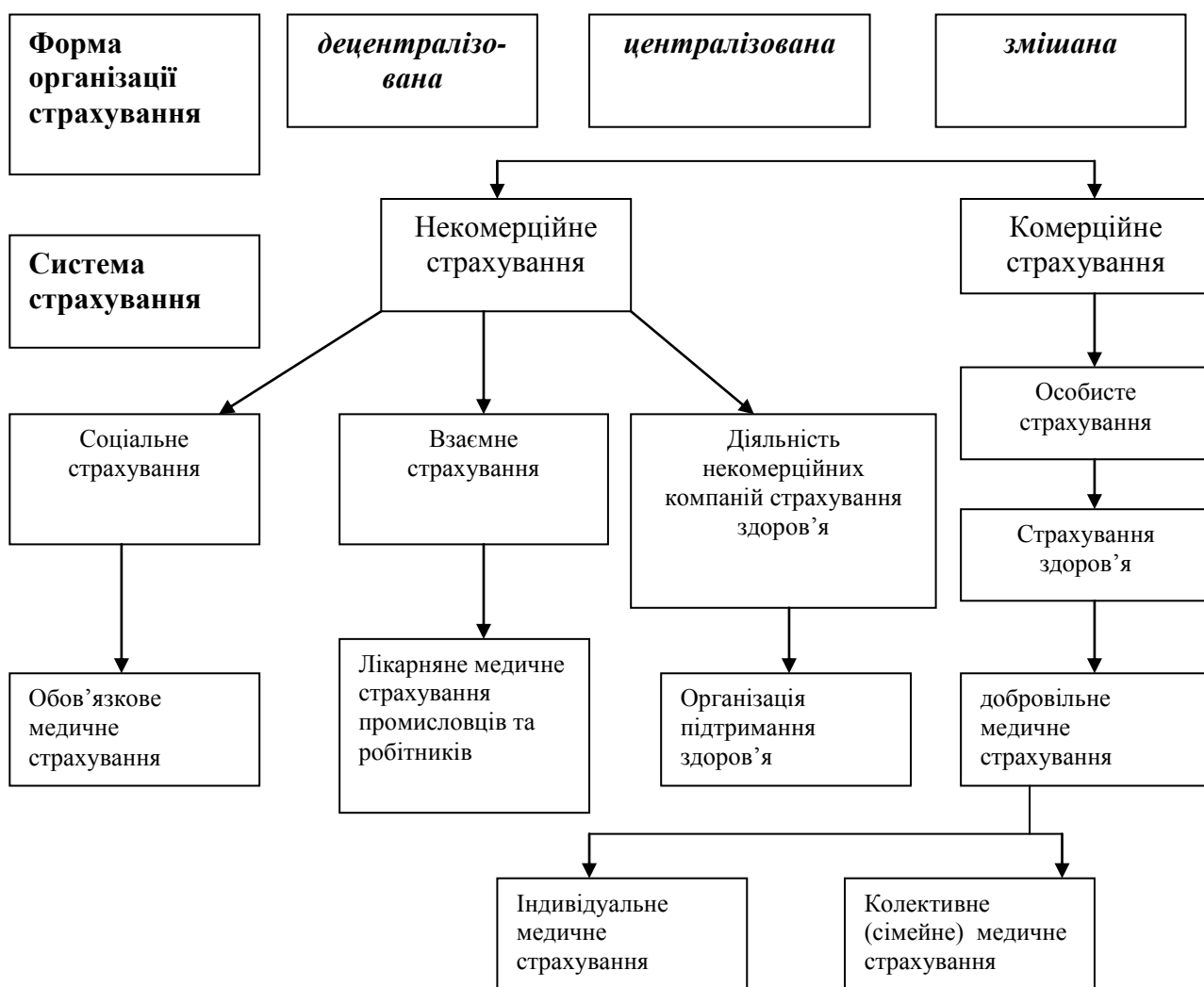


СХЕМА ОБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СВІТІ



ВИДИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКІ ПЕРЕДБАЧЕНІ МІНІМАЛЬНИМ СТРАХОВИМ ПАКЕТОМ ДЛЯ:



В УКРАЇНІ
заплановано з 2017 р.

У ГРУЗІЇ
діє з 2013 р.

У МОЛДОВІ
діє з 2004 р.

✓ Швидка невідкладна допомога

✓ Щеплення

✓ Невідкладні хірургічні операції

✓ Аналізи (найпростіші)

✓ Лікування онкологічних захворювань

✓ Пологи

Лікування:
ВІЛ та психічних захворювань, діабету

Консультація терапевта

Лікування хвороб:
крові і кровообігу, нервової системи, психічних, інфекційних, ендокринної системи, органів дихальної системи, дерматологічних, венеричних і ВІЛ, органів травлення, органів слуху і зору

Обов'язкове державне медичне страхування – вид страхування, завдяки якому держава гарантує громадянам отримання певного обсягу медичних послуг

- медичні послуги, однакові для цих країн
- медичні послуги, які відрізняються в цих країнах



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Сімейна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1 : Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.
2. Методична розробка семінарського заняття для лікарів-інтернів 1-го року навчання, заочного циклу, на тему: Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини / уклад. С. В. Білецький. - Чернівці : БДМУ, 2014. – 17 с.
3. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 227 с.
4. Публікації МОЗ України. Медичне страхування. - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

ПОНЯТТЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

ДІЯЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Страхова медицина – це форма організації охорони здоров'я, яка передбачає обов'язкове державне страхування від хвороб у поєднанні з приватною лікарською практикою і приватними медичними установами. Така система організації медицини дозволяє поставити оплату праці медперсоналу і доходи лікувальних установ в безпосередню залежність від якості лікування і діагностики. І при цьому, з фінансової точки зору, отримання якісної медичної допомоги доступне абсолютній більшості громадян.

Слід відрізнити медичне страхування від страхової медицини. *Медичне страхування* – це вид страхування, що має своїм об'єктом майнові інтереси громадян, пов'язані зі здоров'ям застрахованої особи, наданням медичної допомоги населенню. *Страхова медицина* - метод фінансування охорони здоров'я. Вона охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку кадрів, медичне обслуговування громадян. Фінансування витрат здійснюється через систему медичного страхування як складової страхової медицини [3].

Мета страхової медицини – гарантувати громадянам право на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів, незалежно від соціального статусу і місця проживання застрахованого.

Страхова медицина має такі особливості:

- властива більшості країн світу;
- існує на рівні з державною та приватною системами охорони здоров'я;

- надання всім залученим до системи медичного страхування однакової за обсягом та якістю необхідної медичної допомоги – принцип солідарності (платять всі, а одержує той, хто її потребує на даний момент);

- висока кваліфікація спеціалістів, які надають медичні послуги;
- базується на прозорих, довірливих стосунках між учасниками;
- гарантує свободу вибору для пацієнта лікувального закладу чи лікаря;
- зосереджує населення на власну відповідальність на своє здоров'я;
- орієнтує медичних працівників на комунікабельність, ініціативність, працьовитість, ввічливість, постійне підвищення професійного рівня та поліпшення власного соціального становища [1].

Запровадження страхової медицини - це не тільки і не стільки зміна кількості джерел фінансування (державний бюджет + відрахування підприємств, організацій + оплата медичних послуг приватними особами у формі додаткових послуг чи страхування здоров'я), скільки перехід на нові форми організації та управління в системі охорони здоров'я (колективний підряд, бригадна форма, оренда, приватна практика), оплата праці (згідно зі стандартами надання медичної допомоги та оцінкою якості проведеного лікувально-діагностичного процесу) за обсяг виконаної роботи, зміни пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну) і високу якість медичних послуг та їх відповідності соціальним гарантіям страхового поліса, вільного вибору лікаря і лікувально-профілактичного закладу пацієнтом, боротьби за пацієнта та ін. [3].

Серед негативних тенденцій, котрі впливають на розвиток страхового ринку України слід визначити:

1. Відсутність чітко розміркованої та професійно розробленої програми будівництва страхового ринку, прийнятої на державному рівні.
2. Відсутність належної законодавчої та нормативної бази для досконалого виконання страхових операцій.

3. Відсутність інституту страхових брокерів, як невід'ємної частини страхового ринку, для поліпшення якості страхових послуг та професійного захисту інтересів страхувальників та страховиків.

4. Інвестиційні можливості страховиків використовуються недостатньо;

5. Відсутність законодавчої бази для проведення страхової посередницької діяльності [5].

Основні небезпеки в сучасній системі медичного обслуговування населення



Заміщення безоплатної медичної допомоги – платною та втрата соціальної функції суспільних коштів призводить до:

- незадоволення громадян в зв'язку із зниження доступності та якості медичної допомоги
- соціальне виключення людей неспроможних заплатити
- втрата керованості системи охорони здоров'я через значну поширеність тіньового фінансування і корупцію
- викривлення економічних стимулів всередині системи стимулює неефективне використання суспільних ресурсів

- опір розпорядників фінансів та недовіра громадян до змін [2].

Нейтралізація можливого негативного ставлення роботодавців і органів місцевого самоврядування

- Інформування і роз’яснення позитивного впливу моделі соціального медичного страхування
- Розподіл відповідальності за медичне обслуговування населення між органами місцевого самоврядування та квазі-державними структурами (Фонд ЗОСДМС)
- Розширення бази нарахування внесків на ЗОСДМС за межі фонду оплати праці та включення до цієї бази всіх типів доходів (пенсії, субсидії, дивіденди, нерухомість) – соціальний “податок на багатство”

Покриття вартості медичних послуг за програмою соціального страхування



Медичні працівники і галузь охорони здоров'я

- У різних категорій медичних працівників – різне відношення до медичного страхування.

- Звичайні лікарі, особливо первинної ланки, пов'язують зі страхуванням перспективу підвищення оплати і покращення умов праці.
- Дилема галузі: неформальна економіка охорони здоров'я з класичним золотим законом бюрократії та метод “асфальтування стежок” – керівники закладів охорони здоров'я і медичні чиновники не в захваті від правил, що будуть запроваджені при введенні ЗОДСМС.
- Керівники закладів охорони здоров'я не бажають змінювати систему утримання закладів на систему виконання державного замовлення в умовах контрактів з посередником – фондом ЗОДСМС [5].

Ефективна публічна політика



Етапи впровадження страхової медицини

Перший етап. Вибір лікаря Кожна родина повинна обрати, до якого сімейного лікаря (терапевта, педіатра) вона звертатиметься за медичною послугою. З обраним лікарем укладають відповідну угоду. Варто зазначити, що вибір не обмежують принципом «як земля за колгоспом». У перший рік за потреби лікаря можна замінити на іншого [6].

ВАЖЛИВО! Скасовується територіальна прив'язка громадян при зверненні до лікарів за місцем реєстрації. Сільським жителям зробити свій вибір простіше, оскільки найчастіше на периферії працює не так багато фахівців. А ось перед жителями міст стоїть складніше завдання, адже конкуренція серед лікарів велика.

Другий етап. Укладення договорів із лікарем або з поліклінікою, де він працює, держава укладає договір. Гроші лікарю платитимуть на підставі угод, укладених між лікарем і пацієнтом, тобто за кожного пацієнта. Зрозуміло, що запровадження моделі медичного страхування повинно мати нормативне підґрунтя [6].

Нормативне забезпечення До нормативного забезпечення ввійдуть кілька складових.

Розроблення стандарту первинної допомоги Триває розроблення стандарту первинної допомоги — переліку медичних послуг, якими держава гарантовано забезпечує пацієнта, коли той укладає угоду з лікарем. До речі, законодавством нині не розтлумачено поняття «медична послуга». Це мають врахувати розробники стандарту. Цей стандарт зі зрозумілими і лікареві, і пацієнтові правилами та обов'язками ухвалює МОЗ.

До завдань сімейного лікаря входитимуть:

раннє виявлення ризиків для здоров'я людини;
лікування всього, що може зробити лікар без спеціалізованого обладнання;

координація лікування пацієнта в складніших випадках.

Визначення тарифів на медичні послуги У тарифі за кожного пацієнта враховуватимуть коефіцієнти ризику за статтю та віком (новонароджені, діти, жінки репродуктивного віку, пенсіонери). Оскільки роботи з такими пацієнтами більше, то й тариф за них буде суттєво вищим. Приміром, коефіцієнт на дітей до року буде вдвічі вищим за коефіцієнт контрольної групи чоловіків 18-39 років. Передбачається, що вартість медичних послуг варіюватиме також залежно від регіону. У лікарів, які

працюють в гірських районах, оплата буде вищою. У середньому сімейний лікар отримуватиме 210 грн. за одного пацієнта — річний тариф. Поки не озвучено механізму визначення вартості тарифу. Однак наголошено, що тариф за пацієнтів сформований так, аби покривати усі середньостатистичні ситуації, з якими до сімейного лікаря звертаються пацієнти [6].

Укладення контрактів з постачальниками медичних послуг

Постачальниками медичних послуг можуть бути як державні, так і приватні медичні установи. Нині законодавство передбачає, що первинну медичну допомогу надають тільки центри первинної медико-санітарної допомоги й, відповідно, через них проходять усі кошти. З часу запровадження реформи на повну силу, з'явиться конкуренція на рівні постачальників медичної допомоги, тобто лікарень. Передбачається, що від Уряду подадуть до Парламенту пакет документів, що включає зміни до Бюджетного кодексу України (не виключено, і до Податкового кодексу України, адже певна частина грошей залишатиметься на рівні місцевих бюджетів) та деяких постанов КМУ, аби узаконити нові правила фінансування наданої первинної медичної допомоги [6].

Система страхової медицини вимагає нових форм управління закладами охорони здоров'я та організації роботи лікаря.

При розгляді співвідношення між первинною амбулаторно-поліклінічною і стаціонарною допомогою віддаються безумовні переваги первинній ланці і в її особі, лікарю загальної практики (сімейному лікарю).

Перехід від утримання медичних закладів до оплати за об'ємом і якістю їх роботи примушує керівників аналізувати ефективність використання існуючої потужності та кадрового потенціалу, впроваджувати сучасні, ресурсозберігаючі технології. Оплата регулюється тарифною згодою, яка підписується в результаті переговорів між фондом ОМС і тими, хто надає медичні послуги (медичні заклади, органи ООЗ). При цьому найбільший розвиток отримують ті види допомоги, які реально мають запит у пацієнтів [2].

Право пацієнта вибирати заклад і лікуючого лікаря ставить у більш вигідне положення ті лікарні і поліклініки, де допомога здійснюється найкращим чином і з найкращими результатами.

Головні лікарі можуть стати повноцінними розпорядниками кредитів, отримавши право самостійно приймати рішення про порядок і напрямок використання зароблених коштів ОМС [2,3].

Окремими суб'єктами медичного страхування можуть виступати сімейні лікарі.

Сімейний лікар встановлює первинний діагноз, направляє пацієнта на обстеження та подальше лікування до медичних закладів чи інших спеціалістів для отримання медичної допомоги. У більшості випадків направлення від сімейного лікаря дає можливість застрахованим лікуватися за страховою програмою.

Сімейний лікар має право.

1. Укладати договори на надання медичних послуг у рамках програм обов'язкового і добровільного медичного страхування з місцевими органами державної влади, страховими компаніями в установленому порядку, а також з окремими фізичними особами.

2. Одержувати плату за медичні послуги, не передбачені умовами контракту, на основі додаткової угоди.

3. Купувати, володіти, користуватися і розпоряджатися на правах власності або повного господарського утримання майна лікарської амбулаторії на основі умов угоди (контракту з власником майна).

4. Проводити у встановленому порядку експертизу якості надання медичної допомоги пацієнту іншими спеціалістами.

5. Бути членом різних громадських і професійних організацій [1].

Сімейний лікар зобов'язаний :

1. Мати сертифікат спеціаліста за фахом «Загальна практика - сімейна медицина», вчасно проходити атестацію.

2. У разі ведення приватної медичної практики одержати ліцензію на неї.

3. Надавати застрахованому медичну допомогу відповідно до стандартів, зазначених у програмі страхування.

4. Подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим.

5. Контролювати роботу підпорядкованого йому середнього і молодшого медичного персоналу.

Загалом сімейний лікар здійснює свою діяльність виключно за умови проходження атестацій з одержанням відповідної категорії (вища, перша, друга), яку проходить не рідше ніж 1 раз на 5 років. Атестацію проводять атестаційні комісії МОЗ чи обласних управлінь охорони здоров'я.

Сімейний лікар може набувати статусу юридичної особи, самостійно господарюючого суб'єкта і працювати на контрактній основі зі страховою організацією або місцевими органами державної влади. За такої умови їм теж необхідно одержати ліцензію на медичну практику [1].

Список використаних джерел

1. Сімейна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1 : Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.

2. Методична розробка семінарського заняття для лікарів-інтернів 1-го року навчання, заочного циклу, на тему: Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини / уклад. С. В. Білецький. - Чернівці : БДМУ, 2014. – 17 с.

3. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2014. – 227 с.

4. Публікації МОЗ України. Страхова медицина. Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

5. Страховая медицина в Украине: старт в 2017 году – замминистра

РИА Новости Украина. - Режим доступу: <http://rian.com.ua/interview/20160907/1015875209.html>

6. Український варіант медичного страхування: перше знайомство. -
Режим доступу: <http://www.gbb.com.ua/article/418-qqq-16-m10-31-10-2016-ukranskiy-varant-medichnogo-strahuvannya-pershe-znayomstvo>

МОДЕЛІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В КРАЇНАХ СВІТУ

Медичне страхування як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я представляє собою гарантії забезпечення медичною допомогою за будь яких обставин, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. Фінансування охорони здоров'я здійснюють зазвичай у змішаній формі. В різних країнах світу залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (страхово-бюджетною) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу [5].

Усередині будь-якої групи країн з порівнянним рівнем розвитку не існує прямої залежності між витратами на медичну допомогу і рівнем здоров'я населення. Сімка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і ряд інших) виглядає так: Японія, Німеччина, США, Великобританія, Франція, Канада, Нідерланди [4].

На першому місці стоїть Японія. Вона посідає останнє місце по частці витрат на охорону здоров'я у ВВП і забезпеченості населення лікарями. Одне із перших місць посідають США, але дитяча смертність і очікувана тривалість життя чоловіків в США найбільш несприятливі. Таким чином, напрошується висновок, що якщо країна переборола злидні, то для неї немає

готової відповіді на запитання: чи треба витратити на медицину більше, ніж уже витрачається [3].

У США не існує обов'язкового медичного страхування всього населення. Витрати на лікування, що покриваються приватними страховими компаніями і державою, наприкінці 90-х рр. XX ст. оцінювалися в 70% від загальної суми медичних витрат населення, рівної 440 млрд. дол., у тому числі на частку приватних страхових компаній понад 30 % цієї суми.

Працюючих по найму страхують роботодавці. Обов'язкове медичне страхування здійснюється двома видами страхових компаній: діючих на безприбутковій і прибутковій основі. Більшість американців одержують медичну страховку від своєї роботи або від роботи свого чоловіка чи дружини. Такий вид страхування називається колективним і є найдешевшим. У багатьох випадках роботодавець оплачує тільки частину витрат. Деякі роботодавці пропонують кілька планів на вибір, в інших фірмах працівникам пропонується тільки один страховий план. Якщо роботодавець не пропонує колективне страхування або запропоноване страхування покриває мало послуг, то існує можливість придбання індивідуального плану [2].

Основними позитивними рисами охорони здоров'я США є висока якість медичного обслуговування і широкий вибір лікарів і лікарень. Однак проблема медичної допомоги – одна із найгостріших у США. Витрати на медицину складають астрономічну суму, але при цьому багато громадян США не мають коштів на візит до лікаря і придбання ліків. Наприклад, вартість послуг терапевта у середньому по країні складає 120 дол. США [1].

Системи охорони здоров'я країн Західної Європи традиційно поділяють на дві групи: створені за “бевериджською” та “бісмарківською” моделями. Першу систему (так звану бюджетну) запропонував В. Беверидж у 1942 р. у Великій Британії. Ця система полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує. Така система домінує в

багатьох розвинутих країнах і запроваджена в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії та інших країнах. До її переваг можна віднести загальну доступність медичного обслуговування, контроль з боку держави за витратами, справедливість розподілу засобів.

За основу другої системи було прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. За нею медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств у спеціальні фонди, які створюються за професійною або територіальною ознакою. Страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Управління цими фондами здійснюють представники застрахованих [2].

Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, або охоплені різноманітними державними соціальними програмами, або застраховані в приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення у Німеччині, Швейцарії та Франції [1].

В різних країнах залежно від особливостей розвитку охорони здоров'я віддається перевага тій чи іншій формі медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування існує у Франції, Канаді, Німеччині, Голландії, Швеції, Бельгії та інших країнах. Разом з тим, наприклад, в Ізраїлі та Швейцарії переважає добровільне медичне страхування, а обов'язкове державне страхування поширюється тільки на військовослужбовців та поліцейських.

Головні принципи світової страхової медицини в світі [3]:

- 1) у більшості країн світу система страхової медицини доповнює державну систему охорони здоров'я;
- 2) забезпечує всім, хто залучений в ту чи іншу систему медичного страхування, однакову і необхідну медичну допомогу;
- 3) страхова медицина — це медицина вільного вибору для пацієнта;
- 4) медична допомога найвищої кваліфікації;
- 5) найбільш прибутковим місцем вкладання капіталу за кордоном є медичне страхування;

- б) система страхової медицини вимагає нових форм управління;
- 7) застосовується в тих країнах, де населення високоосвічене і має високу медичну культуру;
- 8) запровадження системи медичного страхування обстоюють переважно медичні працівники, які вбачають у цьому поліпшення свого соціального становище;
- 9) система медичного страхування добирає медичних працівників гідних, слухняних, комунікабельних, ініціативних, працьовитих, ввічливих;
- 10) за будь-яких обставин застрахованому забезпечується медична допомога при ризику здоров'я, від якого він застрахований;
- 11) система медичного страхування базується на конкретній потребі, що вимагає утримувати певні резерви і тому вона є дорожчою.

Запровадження страхової медицини — це не тільки і не стільки зміна кількості джерел фінансування (державний бюджет + відрахування підприємств, організацій + оплата медичних послуг приватними особами у формі додаткових послуг чи страхування здоров'я), скільки перехід на нові форми організації та управління в системі охорони здоров'я (колективний підряд, бригадна форма, оренда, приватна практика), оплати праці (згідно зі стандартами надання медичної допомоги та оцінкою якості проведеного лікувально-діагностичного процесу) за обсяг виконаної роботи, зміни пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну) і високу якість медичних послуг та їх відповідності соціальним гарантіям страхового поліса, вільного вибору лікаря і лікувально-профілактичного закладу пацієнтом, боротьби за пацієнта та багато чого іншого [1].

Для цього вже сьогодні необхідні посередницькі організаційні та управлінські структури (страхові організації, фонди, каси), спеціально підготовлений медичний персонал та більш відповідальне ставлення до свого здоров'я застрахованих. Якщо в сучасній економіці системи охорони здоров'я все ще дискутується питання про те, чи можливо кваліфікувати діяльність

галузі медичного забезпечення як якість товару, то для страхової медицини це є безумовним фактором [2].

НІМЕЧЧИНА		
Добровільне страхування	Обов'язкове страхування	Особливості страхуванн
<p>Система державного медичного страхування гарантує однаковий для всіх застрахованих осіб, визначений законодавством, основний рівень медичного обслуговування, незалежно від розміру заробітку чи віку застрахованої особи</p> <p>Застрахована у приватній лікарняній касі особа може самостійно визначати умови та обсяг медичного страхування</p> <p>Внески до приватних лікарняних кас залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках — також і від ступеня ризику захворювання застрахованої особи</p> <p>Обсяг медичного обслуговування та розмір відшкодування</p>	<p>Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Тобто, кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з вільно обраних ними державних лікарняних кас. За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю працівники сільського і лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо.</p> <p>Держава визначає</p>	<p>Є однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування; уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я, лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями.</p>

<p>витрат при страхуванні у приватних лікарняних касах визначаються у кожному конкретному випадку індивідуально.</p>	<p>ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам значні функції в управлінні системою з наданням їм прав представляти інтереси застрахованих та інтереси медичних працівників.</p>	
ФРАНЦІЯ		
<p>Існує мережа добровільного страхування і місцеві фонди соціальної допомоги. За рахунок останніх отримують медичне обслуговування незастраховані французи, число яких не перевищує 2%. У випадку отримання страхового поліса у приватній страховій компанії, вона, як і будь-яка страхова каса, оплачує госпітальні</p>	<p>Існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація - Національна страхова організація, яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й обіймає 78% населення.</p>	<p>У Франції існують фермерські страхові компанії, але і вони, у цілому, підпорядковані загальним правилам, встановленим урядом. Ці фермерські та інші професійні страхові каси обіймають 12% населення</p>

<p>затрати та рахунки пацієнта за прийом лікарів. Перелік додаткових послуг варіюється та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями.</p>		
ВЕЛИКОБРИТАНІЯ		
<p>Добровільним медичним страхуванням в Англії займаються різні страхові компанії. Ведучу роль серед них займає страхова асоціація "БУЛА", виникла в результаті об'єднання невеликих страхових організацій. Прибуток, що отримується від страхових операцій "БУЛА" практично йде на розширення та модернізацію сітки комерційних медичних закладів. Ця сітка використовується як у рамках страхових програм, так і поза ними. Прибуток від комерційної діяльності медичних закладів у</p>	<p>Обов'язкове страхування охоплює практично всіх осіб, працюючих та службовців по договору найму за невеликим винятком. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я за винятком непрацюючих жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування по добровільним програмам. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою.</p>	<p>Страхові програми добровільного медичного страхування розгалужуються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я.</p>

<p>свою чергу підтримує медичне страхування, забезпечуючи фінансову стабільність "БУЛА".</p>		
ШВЕЦІЯ		
<p>Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Плата стягується лише за деякі види амбулаторного обслуговування, але вона завжди була невелика, що практично зняло будь-які фінансові обмеження доступу до медичних служб</p>	<p>Всезагальне обов'язкове медичне страхування було введено в 1955 році і обіймало всіх громадян віком до 16 років. Національна система соціального страхування - загальна й обов'язкова для всього населення країни. Особливо медичне та стоматологічне страхування є його невід'ємною частиною. Управління всією системою здійснюється 26 регіональними бюро соціального страхування.</p>	<p>Лікарняне обслуговування, яке в Швеції розвинене найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Приватна практика в Швеції ніколи не заборонялася, але попит на неї невеликий і відмічається тільки серед найбільш забезпечених жителів великих міст.</p>
США		
<p>Серед приватних страхових компаній у США найбільш розповсюджені та відомі дві некомерційні страхові компанії: "Блу крос" та "Блу шилд".</p>	<p>В США існує дві урядові програми, які знаходяться на державному фінансуванні - це "Медікер" (для медичної допомоги літнім - після</p>	<p>У США біля 90 % американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внески більше за 10 % сімейних</p>

<p>Вони проводять добровільне медичне страхування, що забезпечує оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для клієнтів, які проживають в даному районі. Сьогодні діють чисельні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги.</p>	<p>65 років) і "Медікейд" (для безробітних, незаможних і деяких груп інвалідів).</p>	<p>прибутків Прихильність до ринку і приватного медичного страхування на контрактній основі, орієнтація медичної допомоги на оптимальний об'єм при мінімальних витратах пов'язана з наявністю в країні переважно "імігрантського" населення, з його роз'єднанням, корпоративністю профспілок.</p>
---	--	---

Розглянувши різні системи медичного страхування зарубіжних країн світу, очевидним є той факт, що кожна розглянута нами країна має певний, особливий вид страхування незважаючи на те, що у Європі переважають три основні моделі медичного страхування. Тому висновок наступний: немає універсальної моделі, яка б підходила усім країнам. Держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування і забезпечити реалізацію та контроль за нею. Звичайно, це не виключає можливості і потреби її реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування дозволить країні розвиватися далі. Українську систему охорони здоров'я потрібно адаптувати до сучасних економічних умов і до нашої ментальності.

Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві і сфері охорони здоров'я зокрема. Досвід країн Європейського Союзу, а також країн Центральної і Східної Європи засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я

можна успішно вдосконалювати як в рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Якщо говорити про майбутнє, ідеальна модель для України – це бюджетно-страхова медицина. Це означає, наприклад, те, що онкологію, СНІД, невідкладну медичну допомогу, допомогу при пологах, охорону материнства і дитинства фінансує державний бюджет, а решта коштів надходить з Фонду обов'язкового медичного соціального страхування [1,5].

Список використаних джерел

1. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу. // Фінанси України. – 2003. – № 7. – 130 с.
2. Зарубіжний досвід розвитку медичного страхування та можливості його використання в Україні. - Режим доступу: <http://naub.oa.edu.ua/2010/zarubizhnyj-dosvid-rozvytku-medychnoho-strahuvannya-ta-mozhlyvosti-joho-vykorystannya-v-ukrajini/>
3. Машина Н. І. Міжнародне страхування: навч. посіб. – Київ.: Центр навчальної літератури, 2006. – 504 с
4. Самоєнкова О. В. Соціальна статистика: навч. посіб. / О. В. Самоєнкова, Ю. О. Ольвінська. - Одеса: ОДЕУ, 2009. – 102 с.
5. Філіпенко, А. В. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу / А. В. Філіпенко, Ю. О. Ольвінська // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень : матер. конф. - Одеса, ОНЕУ. - С. 91- 97.

Контрольні питання

1. Що таке медичне страхування?
2. Яка мета медичного страхування?
3. В яких видах здійснюється медичне страхування?
4. Що забезпечує обов'язкове медичне страхування?
5. Яким чином формуються кошти на обов'язкове медичне страхування?
6. Що включає поняття "соціальне страхування" ?
7. Яким чином і в якому об'ємі формуються кошти на соціальне страхування?
8. Що забезпечує добровільне медичне страхування?
9. Ким і залежно від яких фактів визначаються розміри страхових внесків при добровільному медичному страхуванні?
10. Хто відноситься до суб'єктів медичного страхування?
11. Які права матимуть громадяни України в системі обов'язкового медичного страхування?
12. Які обов'язки покладаються на страхувальника?
13. Чи вся система охорони здоров'я фінансується за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування?
14. Між якими суб'єктами медичного страхування укладається договір?
15. Що являє собою договір між страховою медичною організацією і страхувальником?
16. Що повинен включати в себе договір між страховою медичною організацією і страхувальником?
17. Якими є взаємовідносини страхувальника і страхової медичної організації при обов'язковому медичному страхуванні?
18. Що представляє собою договір між страховою медичною організацією і медичною установою?

19. Що повинен включати договір між страховою медичною організацією і медичною установою?
20. Які основні зобов'язання сторін визначає договір між страховою медичною організацією і територіальним фондом обов'язкового медичного страхування?
21. Що повинен містити договір між страховою медичною організацією і фондом обов'язкового медичного страхування?
22. Що таке страхова медична організація?
23. Яке основне завдання страхової медичної організації при здійсненні обов'язкового медичного страхування?
24. Якими правами володіє страхова медична організація?
25. Які обов'язки страхової медичної організації?
26. Що включають витрати страхової медичної організації по обов'язковому медичному страхуванню?
27. Які медичні установи можуть бути суб'єктами медичного страхування?
28. Що таке фонд обов'язкового медичного страхування?
29. Для яких цілей створюються фонди обов'язкового медичного страхування?
30. Що таке страховий медичний поліс?
31. Які обов'язки покладаються на громадянина відносно страхового медичного полісу?
32. Які обов'язки покладаються на страхувальника при звільненні працівника?
33. Як відповідальність покладається на суб'єкти медичного страхування?
34. Фінансування яких закладів охорони здоров'я повинен взяти на себе державний бюджет?
35. Чим відрізняється сімейний лікар від дільничного?
36. Особливості роботи сімейного лікаря в умовах функціонування страхової медицини?

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ І САМОКОРЕКЦІЇ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Задача 1. Що гарантує страховий медичний поліс в умовах обов'язкового медичного страхування і де його може отримати працюючий і непрацюючий пенсіонер?

- визначте, яке право підтверджує поліс;
- визначте, який обсяг безоплатної чи платної медичної допомоги гарантує поліс;
- визначте, на яку територію поширюється дія поліса;
- визначте, в якій організації може отримати поліс працююча особа;
- визначте, в якій установі може отримати поліс непрацюючий пенсіонер.

Еталон розв'язання задачі 1

Страховий медичний поліс — документ, який підтверджує право власника на надання йому медичної допомоги у межах програми обов'язкового (добровільного) медичного страхування, а саме:

- поліс гарантує отримання безоплатної медичної допомоги у межах базової програми;
- дія поліса поширюється на територію України;
- особа, яка працює, отримує поліс за місцем роботи;
- пенсіонер, який не працює, може отримати поліс у страховій компанії, яка проводить страхування непрацюючих осіб у районі проживання пенсіонера.

Задача 2. Порядок надання медичної допомоги в разі відсутності поліса.

- перерахувати випадки та умови надання медичної допомоги без поліса;
- вказати дії лікувально-профілактичних закладів чи медичних працівників у разі звернення до них за медичною допомогою осіб без поліса.

Еталон розв'язання задачі 2

Медичну допомогу без поліса можуть надати при ургентних станах. Якщо пацієнт не може назвати страхову медичну організацію, лікувально-профілактичний заклад має уточнити ці питання з фондом обов'язкового медичного страхування.

Задача 3. Втрата та припинення дії поліса:

- вкажіть, куди потрібно звернутися при втраті поліса;
- дії страхової компанії у разі звернення до неї з приводу втрати поліса;
- механізм відновлення поліса;
- за яких умов припиняється дія поліса;
- дії страхової компанії у разі призупинення дії поліса.

Еталон розв'язання задачі 3

При втраті страхового медичного поліса застрахований повинен особисто чи через представника страхувальника повідомити про це страхову медичну організацію, яка зобов'язана видати дублікат поліса за плату в сумі 10 % від мінімального розміру оплати праці. Втрачений поліс вважається недійсним, про що страховик, непізніше п'яти днів після отримання повідомлення про втрату, повідомляє зацікавлені медичні організації і страховий фонд.

Визначити правильні (п) чи неправильні (н) є твердження:

1. Медичне страхування – це страхування на випадок утрати здоров'я тільки у зв'язку з хворобою та нещасним випадком.

2. Соціальне медичне страхування діє на умовах солідарності та принципу багатий платить за бідного, здоровий – за хворого, молодий – за старого.

3. За формою проведення медичне страхування може бути тільки добровільним.

4. Ключовими принципами програм добровільного медичного страхування є принципи достатності страхового захисту та оптимальності їх ціни.

5. Поліс категорії В подорожуючого за кордон включає тільки візит третьої особи у випадку перебування в лікарні понад 10 діб; дострокове повернення застрахованої особи у випадку смерті найближчих родичів (чоловік, дружина, діти, батьки); евакуацію дітей.

Еталони відповідей: вірно/не вірно. 1.Н; 2.В; 3.Н; 4.Н; 5.Н.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ І САМОКОРЕКЦІЇ ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

1. В залежності від способу фінансування необхідно виділяти наступні системи фінансування сфери охорони здоров'я?
 - A. державну і соціальну;
 - B. соціальну і приватну;
 - C. приватну і державну;**
 - D. державну, приватну і соціальну.

2. За формою проведення медичне страхування класифікується на?
 - A. обов'язкове та індивідуальне;
 - B. добровільне та колективне;
 - C. обов'язкове і добровільне;**
 - D. індивідуальне та колективне.

3. У разі реалізації страхувальником принципу добровільності програма медичного страхування обирається?
 - A. страхувальником самостійно;
 - B. страхувальником за погодженням із страховою компанією;
 - C. страховою компанією;
 - D. вірна відповідь відсутня.**

4. Що є страховим випадком у добровільному медичному страхуванні?
 - A. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до страхової компанії із заявою про нещасний випадок;
 - B. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я за**

умови, що симптоми захворювання відповідають переліченим у договорі випадкам, що вважаються страховими

- C. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я, що погіршилось внаслідок самолікування;
- D. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я, що погіршилось внаслідок інтоксикації організму від зловживання алкоголем.

5. Хто є страхувальниками у обов'язковому медичному страхуванні?

- A. тільки фізичні особи;
- B. тільки юридичні особи;**
- C. держава, фізичні і юридичні особи ;
- D. держава, дієздатні громадяни, підприємства.

6. Яка система фінансування охорони здоров'я населення є головною в Україні?

- A. приватна;
- B. державна;
- C. соціальна;**
- D. змішана.

7. Асистанс – це?

- A. страхові агенти в медичному страхуванні;
- B. особлива концепція, що пов'язана з розвитком специфічного посередництва у медичному страхуванні;**
- C. розслідування питань щодо страхового випадку у медичному страхуванні;
- D. договір добровільного медичного страхування.

8. Хто є суб'єктами добровільного медичного страхування?

- A. страхові компанії, які мають відповідну ліцензію, страхувальники фізичні та юридичні особи, медичні заклади незалежно від форми власності;**
- B. страхові компанії, які мають відповідну ліцензію, страхувальники фізичні особи, медичні заклади незалежно від форми власності;
- C. страхові компанії, які мають відповідну ліцензію, страхувальники юридичні особи, медичні заклади незалежно від форми власності;
- D. страхові компанії, які мають відповідну ліцензію, страхувальники фізичні та юридичні особи.

9. Яка з нижче наведених нижче видів допомоги буде покриватись полісом категорії А?

- A. репатріація у випадку смерті;
- B. передача термінових повідомлень;
- C. евакуація дітей;**
- D. евакуація пасажирів у країну проживання.

10. За який період часу необхідно повідомити асистанську компанію про страховий випадок?

- A. 24 години;**
- B. 12 годин;
- C. 48 годин;
- D. 62 години.

11. Мета страхової медицини полягає в:

- A. гарантуванні громадян при виникненні страхового випадку на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів;**
- B. контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм соціальними закладами;
- C. розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди.

12. Страховик - це:

- A. установа, організація, органи місцевої виконавчої влади, які забезпечують страхування бенефіціара;
- B. особа, на яку поширюється медичне страхування;
- C. юридична організація, яка бере на себе фінансовий ризик витрат на медичну допомогу застрахованому;
- D. юридична особа, яка функціонує для здійснення страхової діяльності;**
- E. коли застрахований сам сплачує свої страхові внески.

13. Суб'єктами системи медичного страхування є:

- A. страхова організація, фонд, лікарняні каси;
- B. страховик, страхувальник, застрахований, медичний заклад;**
- C. система медичного страхування суб'єктів немає;
- D. установа, організація, органи місцевої виконавчої влади;

14. Основними завданнями медичного страхування є:

- A. Забезпечення громадян медичною допомогою за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.
- B. Оплата за виконану роботу соціальними установами медичним закладам та приватним лікарям.

С. Посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм надання медичної допомоги населенню.

Д. Контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними закладами і окремим лікарями.

Е. Усі перелічені завдання.

15. Для обов'язкового медичного страхування характерним є:

А. Комерційний характер

В. Приватний вид страхування

С. Визначання правил страхування страховими організаціями.

Д. Встановлення тарифів на страхування за єдиною, затвердженою державою методикою.

Е. Використання прибутків для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності.

16. Для добровільного медичного страхування характерним є:

А. Некомерційний характер.

В. Обов'язковість для всіх громадян.

С. Здійснення державними страховими організаціями.

Д. Встановлення тарифів на страхування за єдиною затвердженою державою методикою.

Е. Залежність обсягу медичної допомоги від певної, обраної програми страхування та розміру страхового внеску.

17. Фізична або юридична особа, яка сплачує грошові (страхові) внески та має, за законом або на основі договору, одержувати грошову суму при настанні страхового випадку:

А. страхувальник;

В. страховик;

- С. застрахований;
- Д. страховий агент;
- Е. страховий брокер.

18. Організація (юридична особа), що проводить страхування, що приймає на себе зобов'язання відшкодувати збиток або виплатити страхову суму, а також питання створення і витрати страхового фонду:

- А. страхувальник;
- В. страховик;**
- С. застрахований;
- Д. страховий агент;
- Е. страховий брокер.

19. Фізична особа, життя, здоров'я і працездатність якого виступають об'єктом страхового захисту:

- А. страхувальник;
- В. страховик;
- С. застрахований;**
- Д. страховий агент;
- Е. страховий брокер.

20. Фізична особа, яка заключає договір страхування від імені страховика за комісійне відшкодування, позаштатний співробітник.

- А. страхувальник;
- В. страховик;
- С. застрахований;
- Д. страховий агент;**
- Е. страховий брокер.

21. Плата страхувальника за договір страхування:

A.страховий внесок;

B.страхова сума;

C.страховий тариф;

D.франшиза;

E. все перелічене.

22. Сума збитків, яка не підлягає відшкодуванню:

A.страховий внесок;

B.страхова сума;

C.страховий тариф;

D.франшиза;

E. все перелічене.

23. Підлягають медичному страхуванню:

A.діти;

B.працевдатні працюючі;

C.працевдатні непрацюючі;

D.пенсіонери;

E. всі перелічені.

24. На добровільне страхування не приймаються особи, які знаходяться на обліку в:

A. наркологічному диспансері;

B. психоневрологічному диспансері;

C. туберкульозному диспансері;

D. шкірно-венерологічному диспансері;

E. всі перелічені.

25. Грошова сума, яку виплачує страховик в разі настання страхового випадку, є:

А. страховий внесок (страхова премія);

В. страхове відшкодування;

С. страховий тариф;

Д. франшиза;

Е. все перелічене.

26. Сімейний лікар зобов'язаний:

А. Мати сертифікат спеціаліста за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», вчасно проходити атестацію

В. У разі ведення приватної медичної практики мати ліцензію на неї

С. Надавати застрахованому якісну медичну допомогу відповідно до стандартів

Д. Надавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим

Е. Усі перелічені зобов'язання

27. Сімейний лікар має проходити атестацію з одержанням відповідної категорії не раніше, як раз на:

А. 3 роки

В. 4 роки

С. 5 років

Д. 7 років

Е. Немає часових вимог

28. Фіксований метод оплати плати сімейних лікарів – це:

А. Оплата за тарифними ставками заробітної плати

В. Оплата за кожну детальну медичну послугу

С. Фінансування за нормативом на 1 особу

Д. Поєднання вищезгаданих методів

ЗАКОН УКРАЇНИ
ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ
СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Цей Закон визначає правові та економічні принципи а також організаційні та фінансові механізми здійснення обов'язкового державного медичного страхування в Україні.

Розділ I.
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

- медична допомога в системі загальнообов'язкового медичного страхування (далі — медична допомога) — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;
- медична послуга — послідовно визначені дії або комплекс дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовується як основа визначення їх обсягу та вартості;
- медичне обслуговування в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі — медичне обслуговування) — діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію, акредитовані в установленому законом порядку та акредитовані в Уповноваженому органі, що надають медичні послуги за програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування;
- безоплатна медична послуга — медична послуга, що надається пацієнтам — застрахованим особам без попередньої, поточної або наступної оплати пацієнтами надання такої послуги;
- обсяг медичних послуг — перелік медичних послуг з визначенням їх кількісних, вартісних та якісних показників;
- програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі — «Програма страхування») — складова частина державних гарантій згідно Конституції України на безоплатне отримання фізичними особами у державних та комунальних медичних закладах медичної допомоги (медичних послуг) на умовах і у порядку, встановленому цим Законом;
- страхувальники — особи, які відповідно до цього Закону уклали із страховиком договори загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
- застрахована особа — громадянин України, постійно проживаюча на території України особа без громадянства, іноземний громадянин, що підлягає страхуванню відповідно до цього Закону, та на користь якої укладено договір про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування.

- здоров'язберігаючий рівень надання медичної допомоги — це рівень надання медичної допомоги, який включає медичну допомогу, спрямовану на збереження здоров'я пацієнтів, лікування захворювань, травм та інших станів, що загрожують здоров'ю та/або працездатності пацієнта (рівень первинної, вторинної та третинної спеціалізованої медичної допомоги);
- клінічний протокол — уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;
- служба асистансу страховика — структурний або відокремлений підрозділ страховика, що виконує спеціалізовані координаційні, організаційні, консультативно-диспетчерські, транспортні та інші функції, забезпечує взаємодію між закладами охорони здоров'я, страховиком та застрахованими особами з метою отримання застрахованою особою медичних послуг, а також координує дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку;
- нормативні витрати на ведення справи — частина страхового платежу, що не спрямовується на формування страхових резервів, та є доходом страховика від здійснення загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
- розмір коливань збитковості загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування — показник, що характеризує максимальне відхилення рівня страхових виплат. Рівень страхових виплат розраховується як співвідношення страхових виплат до страхових платежів за заданий період. Рівень виплат та межа розміру коливань збитковості в загальнообов'язковому соціальному медичному страхуванні встановлюється Уповноваженим органом.

Інші терміни вживаються у значенні, наведеному у Законах України «Про страхування», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Стаття 2. Поняття і мета загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування — це вид обов'язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування.

2. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення тощо у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховика та коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування), що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел.

3. Метою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

- 1) встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування;
- 2) забезпечення рівних прав громадян на одержання безоплатної медичної допомоги належного обсягу та якості;
- 3) підвищення якості надання медичної допомоги, сприяння ефективному розвитку системи охорони здоров'я та створення умов для її належного використання;
- 4) створення умов для розвитку ринкових відносин в системі охорони здоров'я.

Стаття 3. Законодавство України у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Відносини у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування регулюються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про ліцензування видів господарської діяльності», цим Законом, іншими законами України і нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до них.

2. Якщо норми цього Закону передбачають інше, ніж положення актів цивільного законодавства України, то застосовуються норми цього Закону.

3. Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України у сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування, то застосовуються правила міжнародного договору.

Стаття 4. Принципи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування здійснюється на таких принципах:

- 1) законодавчого визначення умов і порядку здійснення загальнообов'язкового медичного соціального страхування;
- 2) солідарності;
- 3) соціальної рівності;
- 4) субсидування;
- 5) цільового використання коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 6) встановлення договірних відносин між страхувальниками, страховиком, закладами охорони здоров'я та застрахованими особами;
- 7) конкуренції між закладами охорони здоров'я, які отримують кошти відповідно до обсягів та якості наданої медичної допомоги (медичних послуг);
- 8) установлення державних гарантій для реалізації застрахованими особами своїх прав на отримання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг);
- 9) відповідності встановленим медико-економічним стандартам надання медичної допомоги в разі настання страхового випадку;
- 10) відповідальності суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування за вчинені правопорушення;
- 11) безоплатності надання застрахованим особам медичних послуг при настанні страхового випадку в обсязі та на умовах, передбачених Програмою страхування на всій території України;
- 12) обов'язковості сплати страхувальниками страхових внесків за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, на умовах і в розмірах, передбачених законодавством;
- 13) встановлення державних гарантій дотримання прав застрахованих осіб на отримання медичних послуг за програмою страхування не залежно від фінансового стану страховика, з яким було укладено договір страхування;
- 14) стійкості фінансової системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що забезпечується на основі еквівалентності страхового забезпечення грошовим коштом системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування;
- 15) забезпечення доступності та належної якості безоплатної медичної допомоги застрахованими особами;
- 16) паритетності представництва суб'єктів та учасників системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в управлінні загальнообов'язковим соціальним медичним страхуванням.

Розділ II.
СУБ'ЄКТИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ

Стаття 5. Суб'єкти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування і учасники загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

1. Суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

- 1) застраховані особи,
- 2) страхувальники,
- 3) страховик,
- 4) заклади охорони здоров'я,
- 5) Фонд загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

2. Учасниками загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

- 1) Уповноважений орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування,
- 2) об'єднання страхувальників,
- 3) об'єднання застрахованих осіб,
- 4) об'єднання закладів охорони здоров'я.

Стаття 6. Застраховані особи

1. Особами, що підлягають страхуванню згідно цього Закону є:

- 1) працюючі на умовах трудового договору (контракту) громадяни, в тому числі керівники організацій, з єдиним учасником (засновником), який є керівником;
- 2) засновники (учасники) господарських товариств (крім публічних акціонерних товариств), якщо вони не застраховані як особи, визначені п. 1 ч. 2 цієї статті;
- 3) працюючі за цивільно — правовими договорами на виконання робіт (послуг), по договорам авторського замовлення, а також автори творів, які отримують виплати або іншу винагороду за договорами відчуження виключних прав на твори науки, літератури, мистецтва, видавницькими ліцензійними договорами, ліцензійними договорами на інші права;
- 4) фізичні особи — підприємці, в тому числі ті, які обрали спрощену систему оподаткування;
- 5) особи, які провадять незалежну професійну діяльність, а саме: наукову, літературну, артистичну, художню, освітню або викладацьку, а також медичну, юридичну практику, в тому числі адвокатську, нотаріальну діяльність, або особи, які провадять релігійну (місіонерську) діяльність, іншу подібну діяльність та отримують дохід від цієї діяльності, члени фермерських господарств;
- 6) військовослужбовці Збройних Сил України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ, Національної гвардії, Державної прикордонної служби, особи начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ, інших збройних формувань в разі, якщо вони утворені згідно законодавства;
- 7) непрацюючі пенсіонери;
- 8) непрацюючі інваліди та інші особи, що утримуються або отримують допомогу за рахунок фондів загальнообов'язкового соціального страхування;
- 9) діти віком до 16 років;
- 10) учні та студенти, які навчаються на очній формі в середніх та вищих навчальних закладах;
- 11) безробітні громадяни, зареєстровані відповідно до законодавства;
- 12) один з батьків (опікун) при догляді за дитиною до 3-х років;
- 13) інші непрацюючі громадяни не вказані в пунктах 7-12 частини 1 статті 6 цього Закону.

2. Застраховані особи мають право отримання медичних послуг, ліків, засобів медичного призначення, наданих їм, за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування, у разі настання страхового випадку в межах та на умовах Програми загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

3. Не підлягають загальнообов'язковому соціальному медичному страхуванню:

1) іноземці та особи без громадянства, що перебувають в Україні, надання медичної допомоги для яких регулюється спеціальним законодавством.

4. Інші особи, які не зазначені в частині 2 цієї статті та перебувають в Україні на законних підставах, можуть отримувати в Україні медичну допомогу за загальнообов'язковим соціальним медичним страхуванням за власним бажанням добровільно уклавши договір загальнообов'язкового соціального медичного страхування у встановленому цим законом порядку.

5. Громадяни України, які працюють за межами України та не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають, можуть укласти договори за загальнообов'язковим соціальним медичним страхуванням в Україні тільки за умови подання документів про країну перебування та характер роботи, яка буде виконуватись. В залежності від зазначених обставин такому громадянину може бути відмовлено в укладанні договору.

Стаття 7. Страхувальники

1. Страхувальниками визнаються юридичні особи, фізичні особи-підприємці та дієздатні фізичні особи, які відповідно до закону уклали із страховиками договори загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

2. Відповідно до цього Закону особами, що зобов'язані укласти договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування визнаються:

1) роботодавці:

підприємства, установи та організації, інші юридичні особи, утворені відповідно до законодавства України, незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання, які використовують працю фізичних осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, чи за цивільно-правовими договорами (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою — підприємцем, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, відповідно до відомостей з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців), у тому числі філії, представництва, відділення та інші відокремлені підрозділи зазначених підприємств, установ і організацій, інших юридичних осіб, які мають окремий баланс і самостійно ведуть розрахунки із застрахованими особами;

фізичні особи — підприємці, які використовують працю інших осіб на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством про працю, чи за цивільно-правовим договором (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою — підприємцем, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, відповідно до відомостей з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців);

дипломатичні представництва і консульські установи України, філії, представництва, інші відокремлені підрозділи підприємств, установ та організацій (у тому числі міжнародні), утворені відповідно до законодавства України, які мають окремий баланс і самостійно здійснюють розрахунки із застрахованими особами;

дипломатичні представництва і консульські установи іноземних держав, філії, представництва та інші відокремлені підрозділи іноземних підприємств, установ та організацій (у тому числі міжнародні), розташовані на території України;

інвестор (оператор) за угодою про розподіл продукції (у тому числі постійне представництво інвестора-нерезидента), що використовує працю фізичних осіб, найнятих на роботу в Україні на умовах трудового договору (контракту) або на інших умовах, передбачених законодавством, чи за цивільно-правовими договорами (крім цивільно-правового договору, укладеного з фізичною особою — підприємцем в Україні, якщо виконувані роботи (надавані послуги) відповідають видам діяльності, зазначеним у витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців);

- щодо осіб, визначених п. 1 ч. 1 ст. 6 цього Закону;
- 2) фізичні особи — підприємці, які не використовують працю інших осіб — щодо себе;
- 3) військові частини та органи, які виплачують грошове забезпечення військовослужбовцям (в тому числі військовослужбовцям строкової військової служби), особам рядового і начальницького складу; особам, які проходять строкову військову службу у Збройних Силах України, інших утворених відповідно до закону військових формуваннях, Службі безпеки України, органах Міністерства внутрішніх справ України та службі в органах і підрозділах цивільного захисту — щодо осіб, визначених п. 6 ч. 1 ст. 6 цього Закону;
- 4) особи, які провадять незалежну професійну діяльність, а саме наукову, літературну, артистичну, художню, освітню або викладацьку, а також медичну, юридичну практику, в тому числі адвокатську, нотаріальну діяльність, або особи, які провадять релігійну (місіонерську) діяльність, іншу подібну діяльність та отримують дохід від цієї діяльності, члени фермерського господарства, особистого селянського господарства, якщо вони не є найманими працівниками — щодо себе;
- 5) приватні підприємства, господарські товариства — щодо осіб, визначених п. 2 ч.1 ст. 6 цього Закону;
- 6) Органи місцевого самоврядування — щодо осіб, визначених п. 7-13 ч.1 ст. 6 цього Закону;
- 7) фізичні особи, які є страхувальниками відповідно до ч. 4 ст. 6 цього Закону — щодо себе.

Стаття 8. Страховик

1. Страховиком в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є Фонд загальнообов'язкового соціального медичного страхування з відділеннями у областях та місті Києві, який створюється відповідно до цього Закону. Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є організацією публічного права — юридичною особою, що створюється з метою захисту прав і законних інтересів застрахованих осіб та закладів охорони здоров'я шляхом накопичення коштів Фонду та здійснення за їх рахунок виплат за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування у випадках та в порядку, визначеному цим Законом, положенням про обіг коштів у системі загальнообов'язкового соціального медичного страхування, іншими нормативно-правовими актами.
2. Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування створюється Уповноваженим органом.
3. Фонд є неприбутковою установою. Кошти, отримані внаслідок діяльності Фонду використовуються виключно за напрямками, визначеними статтею 36 цього закону.
4. Положення про Фонд затверджує Кабінет Міністрів України.

Стаття 9. Заклади охорони здоров'я — суб'єкти системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування

1. Заклади охорони здоров'я, можуть стати суб'єктами системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування за умови проходження акредитації в Уповноваженому органі за процедурою, визначеною цим законом і положенням про акредитацію та укладання відповідного договору із страховиком.
2. Заклад охорони здоров'я має право на отримання оплати за надані медичні послуги застрахованим особам за рахунок страхових виплат з загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування після проходження акредитації в Уповноваженому органі.
3. Заклади охорони здоров'я надають медичну допомогу (медичні послуги) відповідно до стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів та медико-економічних стандартів.

4. Заклади охорони здоров'я ведуть окремий облік коштів, отриманих як страхові виплати за медичні послуги надані застрахованим особам.

Стаття 10. Уповноважений орган

1. Уповноважений орган є центральним органом державної влади, що формує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Розділ III.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СУБ'ЄКТІВ ОБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Стаття 11. Права та обов'язки Застрахованої особи

1. Застрахована особа має право:

- 1) безоплатно, за рахунок коштів обов'язкового державного соціального медичного страхування, отримувати медичну допомогу та медичні послуги в закладах охорони здоров'я України на умовах та в обсязі, визначених Програмою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 2) вільного вибору лікаря для отримання первинної медичної допомоги в межах відповідної територіальної одиниці;
- 3) на спеціалізовану та кваліфіковану медичну допомогу, яка за медичною доцільністю може надаватися за межами територіальної одиниці;
- 4) на отримання у страховика та в Уповноваженому органі консультацій про порядок та умови надання медичної допомоги, сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 6) брати участь в управлінні загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням шляхом участі у об'єднаннях застрахованих осіб особисто або через своїх представників.

2. Застрахована особа зобов'язана:

- 1) додержуватися вимог законодавства України в сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 2) піклуватись про своє здоров'я, свідомо не створювати ризику для свого здоров'я;
- 3) проходити профілактичні медичні огляди та щеплення у передбачених Програмою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, випадках;
- 4) отримати свідоцтво про обов'язкове медичне страхування і пред'являти його при зверненні по медичну допомогу;
- 5) виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством.

3. Особи, визначені статтею 6 цього Закону, отримують свідоцтво обов'язкове медичне страхування у територіальному представництві страховика відповідно до реєстрації.

Стаття 12. Права та обов'язки страхувальника

1. Страхувальник має право:

- 1) отримувати консультації про порядок та умови сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 2) отримувати інформацію, щодо надання медичних послуг, передбачених Програмою страхування згідно з договором загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, якщо надання такої інформації не суперечить чинному законодавству або не є медичною таємницею;
- 3) будь-яким не забороненим законом способом захищати права та законні інтереси застрахованих таким страхувальником осіб;
- 4) брати участь в управлінні обов'язковим медичним страхуванням шляхом участі об'єднаннях страхувальників особисто або через своїх представників.

2. Страхувальник зобов'язаний:

- 1) сплачувати страхові внески в розмірах та порядку, встановленим законодавством;
- 2) надавати на вимогу застрахованої особи відомості про сплачені страхові внески;

3) на вимогу страховика надавати відомості про застрахованих осіб, сплачені за таких застрахованих страхові платежі, а також всю наявну інформацію про отримання застрахованими особами медичної допомоги та медичних послуг;

4) виконувати інші обов'язки, що встановлені чинним законодавством, договорами страхування, рішеннями Уповноваженого органу.

3. Особи, визначені статтею 7 цього Закону для набуття статусу страхувальників, зобов'язані укласти договори загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Стаття 13. Права та обов'язки страховика.

1. Страховик має право:

1) в установленому порядку безоплатно отримувати від органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, фізичних осіб інформацію, документи та матеріали, необхідні для виконання покладених на нього обов'язків;

2) здійснювати перевірку правильності нарахування і повноти сплати страхувальниками страхових внесків та одержувати необхідні документи та пояснення;

3) вимагати від страхувальників своєчасної сплати страхових внесків, здійснювати контроль за сплатою страхових внесків на загальнообов'язкове соціальне медичне страхування та виконання договору про загальнообов'язкове соціальне медичного страхування;

4) при виявленні порушень законодавства у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування посадовими особами страхувальників та/або медичних установ, звертатися до уповноважених органів державної влади з заявами про притягнення таких осіб до відповідальності;

5) здійснювати перевірку діяльності закладів охорони здоров'я щодо виконання умов надання медичної допомоги (медичних послуг) застрахованим особам, згідно Програмами обов'язкового медичного страхування та договорів про надання медичних послуг;

6) отримувати від медичних закладів інформацію про застрахованих осіб та надані їм медичні послуги, в тому числі інформацію яка складає медичну таємницю.

7) реалізовувати право вимоги до осіб, відповідальних за завдання шкоди здоров'ю застрахованих осіб або до осіб, що мають компенсувати такі витрати відповідно до законодавства — у межах здійснених страхових виплат;

8) відмовляти в оплаті медичних послуг, які не входять у Програму загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та не обумовлені договором про надання медичних послуг із закладом охорони здоров'я;

9) брати участь у розробці Програм загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, формуванні цінової політики загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

10) подавати пропозиції щодо розвитку системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

2. Страховик зобов'язаний:

1) укладати Договори загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування зі страхувальниками. Відмова в укладанні договору загальнообов'язкового соціального медичного страхування не допускається.

2) укласти договори з закладами охорони здоров'я з метою забезпечення надання медичних послуг застрахованим особам на всій території України (з урахуванням особливостей, встановлених цим Законом та Програмою страхування).

3) своєчасно, у встановлені договором строки, здійснювати страхові виплати закладам охорони здоров'я.

4) контролювати нарахування та своєчасне надходження страхових внесків.

5) здійснювати контроль за якістю, достатністю та доцільністю медичної допомоги (медичних послуг), яка надається застрахованим особам за Програмою страхування.

6) сприяти захисту, інтересів застрахованих осіб відповідно до законодавства;

- 7) надавати застрахованим особам і страхувальникам консультації з питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 8) надавати Уповноваженому органу відомості, передбачені цим Законом, іншими нормативно-правовими актами, в тому числі звітність, інші дані, необхідні для розробки Програми страхування, здійснення аналізу її ефективності;
- 9) не розголошувати відомості про стан здоров'я застрахованих осіб, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, інші відомості, одержані з документів про медичне обстеження, що стали відомі страховику внаслідок укладання або виконання договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування окрім випадків, передбачених законодавством. Не вважається розголошенням надання таких відомостей компетентним органам державної влади й місцевого самоврядування, розміщення відомостей в Єдиній інформаційній системі, а також надання суду на вимогу суду або коли надання таких відомостей необхідне для захисту інтересів страховика.
- 10) формувати страхові резерви відповідно до вимог цього закону;
- 11) вести облік застрахованих осіб, страхувальників, коштів страхових резервів, страхових виплат, інших відомостей відповідно до цього закону та порядку, затверджені Уповноваженим органом.
- 12) виконувати інші обов'язки, що встановлені законодавством, договорами страхування, рішеннями Уповноваженого органу та саморегульованої організації;

Стаття 14. Права та обов'язки закладів охорони здоров'я

1. Заклади охорони здоров'я мають право:

- 1) отримувати страхові виплати від страховика за надання медичної допомоги (медичних послуг) застрахованим особам згідно Програмами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 2) самостійно використовувати кошти страхових виплат за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування для забезпечення надання медичної допомоги застрахованим особам відповідно до вимог цього закону, Програми страхування, нормативно-правових актів Уповноваженого органу;
- 3) брати участь у розробці та підготовці Програми страхування, вносити пропозиції щодо формування та впровадження цінової політики загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування — через об'єднання закладів охорони здоров'я;
- 4) отримувати компенсацію збитків, завданих іншими суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування внаслідок порушення договору або закону.

2. Заклади охорони здоров'я зобов'язані:

- 1) укласти договір із страховиком про надання медичних послуг відповідно до Програми страхування. Відмова страховику, який має ліцензію на здійснення загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що звернувся для укладання договору не допускається окрім випадків, передбачених цим законом;
- 2) надавати медичні послуги застрахованим особам відповідно до стандартів, в обсязі та на умовах, передбачених цим законом, Програмою страхування та договором про надання медичних послуг;
- 3) у разі неможливості надання застрахованим особам медичної допомоги в межах власної компетенції, залучати відповідних фахівців або направляти їх для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в інші заклади охорони здоров'я, повідомивши про це страховика в порядку, встановленому Уповноваженим органом;
- 4) вести облік, встановлений цим законом, іншими нормативно-правовими актами та договором про надання медичних послуг, в Єдиній інформаційній системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, виконувати інші умови договору;
- 5) вживати заходів, спрямованих на удосконалення надання медичної допомоги, підвищення її якості;

- 6) сприяти роботі страховика та забезпечувати доступ його фахівців до здійснення контролю за наданням медичної допомоги (медичної послуги), передбаченого цим законом;
 - 7) відшкодувати збитки, завдані іншим суб'єктам загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
 - 8) вчасно надавати інформацію страховику, щодо змін умов медичного обслуговування застрахованих осіб;
 - 9) виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством, договорами про надання медичних послуг, рішеннями Уповноваженого органу.
3. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я в обов'язковому порядку беруть участь у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та підключенні до Єдиної інформаційної системи.
 4. Приватні заклади охорони здоров'я можуть брати добровільну участь в системі загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Розділ IV.

ПРОГРАМА ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ. ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Стаття 15. Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі — Програма страхування) встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги (медичних послуг) та її оплати за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
2. Програма страхування визначає перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, що надаються закладами охорони здоров'я застрахованим особам за рахунок страхових виплат, здійснених страховиками.
3. Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування повинна містити:
 - 1) перелік страхових ризиків (визначення груп захворювань, травм або їх наслідків, за якими медична допомога застрахованим особам надається за кошти страхових виплат за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування);
 - 2) типи закладів охорони здоров'я;
 - 3) види надання медичної допомоги;
 - 4) перелік страхових випадків;
 - 5) перелік виключень зі страхових випадків;
 - 6) застосування франшизи;
 - 7) визначення обсягів, методів та строків лікування, профілактичних та реабілітаційних заходів, що забезпечуються Програмою страхування;
 - 8) перелік критеріїв визначення якості наданих послуг;
 - 9) порядок здійснення контролю страховиком за наданням медичної допомоги (медичних послуг) та її якістю;
 - 10) дії застрахованої особи при настанні страхового випадку;
 - 11) перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, порядок обміну документами між суб'єктами;
 - 12) порядок і умови здійснення страхової виплати, строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;
 - 13) підстави для відмови у здійсненні страхової виплати;
 - 14) умови та порядок припинення дії договору страхування;
 - 15) права та обов'язки сторін.

4. Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування може містити: перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, які компенсуються за рахунок коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування частково.

Стаття 16. Порядок затвердження Програми страхування

1. Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування розробляється на 3 роки Уповноваженим органом спільно за участі страховика та об'єднань інших суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування й подається на затвердження Кабінету Міністрів України до першого червня відповідного року.

Зміни до Програми загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування можуть вноситись щорічно до першого червня.

Програма загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування або зміни до неї затверджується Кабінетом Міністрів України не пізніше першого серпня.

Стаття 17. Страховий випадок

1. Страховий випадок — подія, з настанням якої виникає право застрахованої особи на отримання медичної допомоги (медичних послуг), передбачених Програмою та договором загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Стаття 18. Договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування — це письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату застрахованій або іншій особі, шляхом оплати отриманих медичних послуг при наданні медичної допомоги за Програмою страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором страхування та цим законом строки і виконувати інші умови договору.

2. Договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування укладається за типовою формою, що затверджується Уповноваженим органом. Сторони не можуть відступити від типової форми та врегулювати відносини з загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування на власний розсуд.

3. Договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування укладається у двох примірниках — для страховика та страхувальника. За бажанням застрахованої особи їй може бути виданий засвідчений витяг з договору — копія договору за виключенням відомостей про інших застрахованих осіб.

4. Укладання договору може підтверджуватися страховим свідоцтвом — картки з носієм інформації в електронному вигляді, що емітується Уповноваженим органом, видається страховиком застрахованій особі та містить відомості про таку особу (прізвище, ім'я, по-батькові, ПІН, інші відомості, передбачені нормативно-правовими актами), а також забезпечує фіксацію випадків звернення застрахованої особи до закладів охорони здоров'я для отримання медичних послуг, фактів отримання таких послуг та вартості наданих послуг.

5. Особи, визначені п. 1 ч. 2 статті 7 цього закону зобов'язані укласти договори страхування щодо осіб, зазначених у п. 1 ч. 2 ст. 6 не пізніше дня укладання трудового договору з такою особою.

6. Договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування повинен містити:

- 1) назву документа;
- 2) адресу територіального відділення страховика;
- 3) прізвище, ім'я, по батькові або назву страхувальника та адресу страхувальника;

- 4) перелік застрахованих осіб, їхні прізвища, ім'я, по батькові, дату народження, адресу реєстрації, згоду на укладання щодо них договору страхування;
- 5) зазначення предмета договору страхування;
- 6) програму страхування;
- 7) перелік страхових ризиків, страхових випадків;
- 8) розміри страхового платежу по кожній застрахованій особі, строки їх сплати;
- 9) строк дії договору;
- 10) порядок зміни і припинення дії договору;
- 11) умови здійснення страхової виплати;
- 12) причини відмови у страховій виплаті;
- 13) права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- 14) підписи сторін.

7. Страховик не може відмовити в укладанні договору страхувальнику, який звернувся до нього з відповідною заявою.

Стаття 19. Особливості укладання договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування щодо окремих категорій застрахованих

1. Укладання договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування щодо осіб, які працюють за сумісництвом, здійснюється роботодавцем за основним місцем роботи.

2. Укладання договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування щодо осіб, які виконують роботи (надають послуги) за цивільно-правовими договорами, та не є суб'єктами підприємницької діяльності здійснюється замовником робіт (послуг) — роботодавцем — щодо виконавця на термін не менше 3 місяців з одноразовою сплатою страхового внеску за весь період дії договору.

Стаття 20. Припинення договору загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії;
- 2) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим зі спливом 60 (шестидесяти) календарних днів з останнього дня кінцевого строку сплати платежу, якщо інше не обумовлено типовим договором для окремих категорій страхувальників;
- 3) ліквідації страхувальника — юридичної особи або смерті страхувальника — фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених цим Законом;
- 4) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- 5) смертю застрахованої особи;
- 6) в інших випадках, передбачених законодавством України.

2. Дію договору страхування щодо застрахованої особи може бути достроково припинено за обґрунтованою вимогою такої застрахованої особи, якщо ця вимога мотивована систематичним (два та більше разів) порушенням страховиком умов договору страхування, що зафіксовано Уповноваженим органом.

3. При простроченні сплати страхового платежу страхувальником за застраховану(-их) особу(-іб) більш ніж на 15 днів, страховик зобов'язаний направити страхувальнику вимогу про сплату страхового платежу та повідомити Уповноважений орган про прострочення з оплати.

5. У випадку, якщо договір укладено стосовно двох та більше осіб, дія договору припиняється:

- 1) у випадку, передбаченому пункті 2 частини першої цієї статті — щодо особи, за яку не сплачено страховий платіж;

- 2) у випадку, передбаченому пунктом 6 частини першої цієї статті — щодо особи яка померла;
 - 3) у випадку, передбаченому частиною другою цієї статті — щодо особи яка подала заяву про припинення договору.
6. У разі дострокового припинення дії договору страхування, перерахунок страхових платежів за строк, що залишився до закінчення періоду, за який сплачено платіж, не здійснюється, сплачені страхові платежі не повертаються.

Стаття 21. Наслідки втрати страхувальником прав юридичної особи

1. Якщо страхувальник — юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки страхувальника переходять до правонаступника.
2. У випадку відсутності правонаступника дія договору припиняється.

Стаття 22. Договір про надання медичних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням

1. Договір про надання медичних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням (далі — Договір про надання медичних послуг) укладається між страховиком та закладом охорони здоров'я та визначає їх взаємні права і обов'язки, а також — обов'язки перед застрахованою особою (пацієнтом) та страхувальником в процесі надання послуг застрахованим особам (пацієнтам) за рахунок коштів страхових виплат.
2. Договір про надання медичних послуг укладається за типовою формою, що затверджується Уповноваженим органом. Сторони не можуть відступити від типової форми та врегулювати відносини з загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування на власний розсуд.
3. Договір про надання медичних послуг повинен містити:
 - 1) назву документа;
 - 2) адресу територіального відділення страховика;
 - 3) назву та адресу закладу охорони здоров'я, відомості про його ліцензію та акредитацію;
 - 4) перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку;
 - 5) умови, за яких страховик здійснює виплату страхового відшкодування за договором загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування на рахунок закладу охорони здоров'я;
 - 6) порядок здійснення страховиком медико-економічного контролю, медико-економічної експертизи та експертизи якості медичної допомоги;
 - 7) програму страхування;
 - 8) строк дії договору;
 - 9) порядок зміни і припинення дії договору;
 - 10) підстави для відмови у страховій виплаті, відстрочення такої виплати;
 - 11) розрахунки сторін за результатами медико-економічного контролю, медико-економічної експертизи та експертизи якості медичної допомоги;
 - 12) права та обов'язки сторін;
 - 13) порядок інформаційного обміну між сторонами;
 - 14) відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
 - 15) підписи сторін.

Стаття 23. Укладання договору про надання медичних послуг

1. Договір про надання медичних послуг укладається закладом охорони здоров'я з страховиком.
2. Відмова державного чи комунального закладу охорони здоров'я або приватного закладу охорони здоров'я, який прийняв рішення про добровільну участь в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та отримав акредитацію від укладання договору зі страховиком не допускається крім випадків, коли договір зі страховиком було припинено з підстав, визначених пунктом 3 частини першої статті 20 цього Закону.

Стаття 24. Припинення договору про надання медичних послуг

1. Договір про надання медичних послуг припиняється:

- 1) за згодою сторін;
 - 2) у зв'язку з закінченням строку дії;
 - 3) внаслідок односторонньої відмови від договору закладу охорони здоров'я у випадку систематичного порушення страховиком обов'язків щодо здійснення страхових виплат. Систематичним вважається порушення, якщо воно відбулося два чи більше рази протягом календарного року, зафіксовано у рішеннях Уповноваженого органу, що не були скасовані або у рішенні суду;
 - 4) внаслідок односторонньої відмови від договору страховика у випадку систематичного порушення закладом охорони здоров'я обов'язків, передбачених Програмою страхування та договором страхування. Систематичним вважається порушення, якщо воно має ознаки, визначені у пункті 3 частини першої цієї статті;
 - 5) у випадку ліквідації закладу охорони здоров'я;
 - 6) в інших випадках, передбачених законодавством України.
2. Припинення договору про надання медичних послуг не звільняє сторони від обов'язку щодо проведення розрахунків за вже надані послуги.

Розділ V.

КОШТИ СИСТЕМИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

Стаття 25. Кошти системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

1. Кошти системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування складають:

- 1) асигнування передбачені у державному бюджеті України для фінансування медичного обслуговування населення на відповідний рік;
- 2) страхові внески страхувальників;
- 3) кошти страхових резервів;
- 2) кошти Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 3) кошти страхових виплат, перераховані закладам охорони здоров'я.

2. Страховики та заклади охорони здоров'я ведуть окремих облік коштів та фінансових операцій в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Стаття 26. Страховий платіж

1. Розмір страхового платежу встановлюється Верховною Радою України за поданням Кабінету Міністрів України щороку у законі про Державний бюджет України на відповідний рік з урахуванням пропозицій Уповноваженого органу на підставі затвердженої Програми страхування або доповнень та змін до неї не пізніше першого вересня поточного року.

2. У випадку, якщо Верховною Радою України у поточному році не було ухвалено рішення про встановлення розміру страхового платежу на відповідний рік, у наступному році сплачується страховий платіж, встановлений на поточний рік.

3. Розмір страхового платежу на наступний період розраховується актуарно на підставі статистики страхових виплат за попередні роки та має забезпечувати стійкість фінансової системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування за рахунок еквівалентності коштів страхових резервів щорічним витратам на страхові виплати.

4. Страховий платіж за осіб, визначених у пунктах 8 — 13 частини першої статті 6 цього Закону встановлюється у розмірі 50% страхового платежу за осіб, визначених у пункті 1 частини першої статті 6 цього Закону.

Стаття 27. Порядок та строки сплати страхових платежів

1. Страхові платежі нараховуються і сплачуються щомісячно, виключно в грошовій формі шляхом переказу на поточні рахунки страховика.

2. Страхувальники сплачують страхові платежі у строки, визначені договором страхування, однак не пізніше:

1) особи, визначені у пунктах 1 — 5 частини другої статті 7 цього Закону — 7 числа місяця, що передує періоду, за який сплачується страховий платіж, алене пізніше оплати першої частини заробітної плати застрахованим особам за місяць, що передує періоду, за який сплачується страховий платіж.

2) особи, визначені у пунктах 5 — 6 частини другої статті 7 цього Закону — 10 числа місяця, що передує періоду, за який сплачується страховий платіж

3. Сплачені Страхувальником страхові платежі за договором загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування зменшують фінансовий результат до оподаткування Страхувальника — платника платку на прибуток на умовах, визначених Податковим кодексом України.

Стаття 28. Формування страхових резервів загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Нормативні витрати на ведення справи.

1. Страховик формує та веде облік резервів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування на підставі Методики формування страхових резервів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що затверджується Уповноваженим органом спільно з Уповноваженим органом.

2. В системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування створюються такі страхові резерви:

1) резерв поточних страхових виплат;

2) запасний резерв страхових виплат;

3) резерв для превентивних заходів;

4) резерв катастроф.

5) інші резерви, передбачені Методикою формування страхових резервів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (надалі — Методика).

3. Джерелами формування коштів страхових резервів є:

1) страхові платежі;

2) доходи від розміщення коштів резервів (тимчасово вільні кошти);

3) кошти, отримані Страховиком внаслідок сплати неустойки, штрафів, пені закладами охорони здоров'я у випадку порушення умов договору про надання медичних послуг;

4) кошти, отримані внаслідок реалізації права вимоги до осіб, винних у заподанні шкоди застрахованим особам.

4. Обсяги, у яких грошові кошти, зазначені у пунктах 2 — 4 частини четвертої цієї статті спрямовуються на формування страхових резервів, визначаються Методикою.

5. На формування всіх страхових резервів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування спрямовується 95% кожного одержаного страхового платежу та 95% коштів, отриманих з державного бюджету.

6. Нормативні витрати на ведення справи страховика при здійсненні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування складає 5% страхового платежу.

7. При перевищенні у поточному періоді граничної межі розміру коливань збитковості, затвердженої Уповноваженим органом страховик зобов'язаний за рахунок власних коштів додатково сформувати запасний резерв страхових виплат у розмірі та у строки, визначені Методикою формування страхових резервів загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Стаття 29. Розміщення коштів страхових резервів загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

1. Кошти страхових резервів повинні розміщуватися у державних банках України та мають бути представлені активами таких категорій:

- 1) грошові кошти на поточному рахунку;
- 2) банківські вклади (депозити);
- 3) валютні вкладення згідно закону.

2. Обмеження щодо мінімальних та максимальних обсягів активів кожної категорії, встановлюються Уповноваженим органом.

3. Типові форми договорів розрахункових, депозитних та інших рахунків затверджуються Уповноваженим органом спільно з Національним банком України.

4. Звернення стягнення на кошти страхового резерву для задоволення інших вимог аніж щодо стягнення страхових виплат за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування не допускається.

5. Резерв поточних страхових виплат (оплати медичних послуг) та запасний резерв страхових виплат (запасний резерв оплати медичних послуг) формуються виключно у грошовій формі, кошти резерву розміщуються на банківських рахунках відповідно до частини другої цієї статті.

7. Уповноважений орган здійснює контроль за рахунками, на яких розміщені кошти страхового резерву на умовах, встановлених положенням про обіг коштів у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що затверджується Уповноваженим органом спільно з Національним банком України. Положенням запроваджується механізм контролю, що унеможливує використання коштів страхового резерву з іншою метою, аніж здійснення страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Стаття 30. Порядок розміщення та використання коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Кошти Фонду розміщуються на рахунках Фонду, у державних банках.

2. Кошти Фонду можуть бути використані виключно на:

- 1) здійснення страхових виплат;
- 2) фінансове забезпечення функціонування та удосконалення Інформаційної системи — у розмірі не більше 1% від усіх надходжень;
- 3) забезпечення поточної діяльності Фонду, утримання його апарату, розвитку його матеріально-технічної бази — у розмірі не більше 10% від усіх надходжень.

Стаття 31. Порядок здійснення страхових виплат

1. Страховик визнає випадок страховим та здійснює страхову виплату закладу охорони здоров'я після отримання необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, перелік яких визначається договором про надання медичних послуг, Програмою страхування та законодавством.

2. Строки здійснення виплат встановлюються договором страхування та договором про надання медичних послуг. Договором про надання медичних послуг може бути передбачений порядок авансування витрат на медичні послуги застрахованим особам з подальшим зарахуванням таких коштів та коштів страхових виплат.

3. Страхові виплати, що здійснюються за рахунок коштів страхового резерву перераховуються виключно на умовах, встановлених положенням про обіг коштів у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що затверджується Уповноваженим органом спільно з Національним банком України.

4. За несвоєчасне здійснення страхових виплат з вини страховика страховик несе відповідальність згідно цього закону, інших актів законодавства, а також договору про надання медичних послуг.

5. Сплата будь-яких фінансових санкцій за рахунок коштів страхових резервів не допускається.

6. Страхові виплати за рахунок коштів запасного резерву страхових виплат (запасний резерв оплати медичних послуг), резерву катастроф (резерв для превентивних заходів),

інвестиційного резерву чи інших резервів, передбачених Методикою формування страхових резервів резерв здійснюються страховиком виключно у випадку вичерпання коштів резерву поточних страхових виплат (оплати медичних послуг).

Стаття 32. Напрямки використання коштів страхових виплат загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Страхові виплати за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування можуть спрямовуватися закладами охорони здоров'я на покриття витрат в межах, визначених Програмою страхування відповідно до затвердженої Уповноваженим органом структури тарифу медичної послуги.

Стаття 33. Право вимоги страховика

1. Страховику належить право вимоги до осіб, відповідальних за завдання шкоди здоров'ю застрахованих осіб, а також до осіб, що мають компенсувати такі витрати відповідно до законодавства — у межах здійснених страхових виплат.

Розділ VI.

УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЬ У СФЕРІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

Стаття 34. Державний нагляд та контроль в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

1. Державний нагляд за дотриманням вимог законодавства в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування здійснюють центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетентності.

2. Державний нагляд та контроль за додержанням вимог законодавства у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування здійснюється шляхом:

1) ліцензування господарської діяльності з медичної практики та акредитації закладів охорони здоров'я;

2) контролю за укладанням договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, своєчасністю, достовірністю, повнотою нарахування та сплати страхових платежів страхувальниками;

3) здійснення контролю за цільовим та ефективним використанням коштів страхового резерву та страхових виплат, в тому числі шляхом проведення перевірок діяльності страховика та закладів охорони здоров'я;

3. Страховик в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування не відповідає за зобов'язаннями держави.

4. Держава в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування відповідає за зобов'язаннями страховика виключно в межах коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

5. Держава гарантує дотримання і захист майнових та інших прав і законних інтересів суб'єктів загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Втручання в діяльність суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з боку державних органів забороняється. Не вважається втручанням в діяльність суб'єктів дії органів державної влади, передбачені законодавством.

Стаття 35. Уповноважений орган

1. Основним органом, що здійснює державний нагляд, контроль та управління в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є Уповноважений орган.

2. Основними функціями Уповноваженого органу є:

1) ведення єдиних державних реєстрів:

а) закладів охорони здоров'я,

б) застрахованих осіб,

в) страхувальників;

- 2) ведення єдиної інформаційної бази даних страхових виплат та наданих медичних послуг;
- 3) акредитація закладів охорони здоров'я на роботу в системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 4) проведення перевірок страховика та закладів охорони здоров'я в межах своєї компетенції на предмет дотримання законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування;
- 5) розроблення нормативних та методичних документів з загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування у сфері, що віднесена цим Законом до компетенції Уповноваженого органу;
- 7) прийняття у межах своєї компетенції нормативно-правових актів з питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- 8) затвердження структури тарифу медичної послуги;
- 9) здійснення контролю за платоспроможністю страховика відповідно до взятих ним страхових зобов'язань перед страхувальниками та застрахованими особами;
- 10) здійснення контролю (пруденційного нагляду) за формуванням та використанням резервів страховика;
- 11) розрахунок та встановлення граничної межі розміру коливань збитковості та доведення її до відома страховика;
- 12) забезпечення проведення дослідницько-методологічної роботи з питань страхової і посередницької діяльності у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, підвищення ефективності державного нагляду та управління в сфері цієї діяльності;
- 13) встановлення правил формування, обліку і розміщення страхових резервів та показників звітності;
- 14) проведення і координація у визначеному законодавством порядку навчання, підготовки і перепідготовки кадрів та встановлення кваліфікаційних вимог до посадових осіб та медичних спеціалістів страховика, вимог до закладів охорони здоров'я та медичних експертів;
- 15) участь у міжнародному співробітництві у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, вивчення, узагальнення, поширення світового досвіду, організація виконання міжнародних договорів України з цих питань;
- 16) здійснення організаційно-методичного забезпечення проведення актуарних розрахунків.
- 17) забезпечення функціонування єдиної інформаційної системи.

3. Уповноважений орган може здійснювати інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань.

Стаття 36. Права уповноваженого органу

1. Уповноважений орган має право:

- 1) одержувати в установленому порядку від страховика, страхувальників та закладів охорони здоров'я відомості та звітність щодо їх діяльності, інші відомості, необхідні для виконання покладених на нього завдань;
- 2) проводити перевірки щодо правильності застосування страховиком та закладами охорони здоров'я законодавства про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування, зокрема у випадку надходження інформації від страховика, закладів охорони здоров'я або застрахованих осіб про вчинені правопорушення;
- 3) здійснювати акредитацію закладів охорони здоров'я на умовах визначених цим законом та положенням про акредитацію та скасовувати її у випадках, передбачених цим законом;
- 4) видавати розпорядження, рішення, інші акти індивідуальної дії суб'єктам загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування про усунення виявлених порушень вимог законодавства про загальнообов'язкове соціальне медичне

страхування, а у разі їх невиконання — накладати штрафи та/або скасовувати акредитацію;

5) організувати атестацію медичних експертів, скасовувати дію атестатів у випадках, передбачених положенням про атестацію;

6) одержувати в установленому порядку від всіх суб'єктів загальнообов'язкового соціального медичне страхування, а також медичних експертів документи та інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань, у тому числі інформацію, віднесену до конференційної;

7) зупиняти операції з перерахування коштів в системі загальнообов'язкового соціального медичне страхування у випадку виникнення підозри щодо правомірності таких перерахувань в порядку та на умовах, визначених Положенням про обіг коштів у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

8) здійснювати контроль за достовірністю та повнотою інформації, що надається суб'єктами загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

11) одержувати безоплатно від органів виконавчої влади та місцевого самоврядування інформацію та статистичну звітність, отримувати доступ до реєстрів, баз даних, інших відомостей, необхідних для виконання покладених на нього завдань.

Стаття 37. Акредитація закладів охорони здоров'я

1. Акредитація закладів охорони здоров'я — це механізм визначення можливості закладів охорони здоров'я надавати медичні послуги та отримувати компенсацію їх вартості за рахунок коштів страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

2. Обов'язковими умовами проходження акредитації є:

1) наявність ліцензії на медичну практику;

2) наявність договору про надання медичних послуг, укладеного зі страховиком;

3) наявність матеріально-технічної бази, що дозволяє підключитися та працювати у Єдиній інформаційній системі загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я зобов'язані привести свою матеріально-технічну базу у відповідність до вимог цього закону, інших нормативно-правових актів, що регулюють здійснення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування у термін, передбачений цим законом.

3. Для проходження акредитації в Уповноваженому органі заклад охорони здоров'я подає:

1) заяву за формою, встановленою Уповноваженим органом;

2) засвідчену копію ліцензії на медичну практику;

3) інформацію про договори, укладені зі страховиками за формою, встановленою Уповноваженим органом;

4) декларацію про наявність матеріально-технічної бази, що дозволяє підключитися та працювати у Єдиній інформаційній системі загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

4. При проведенні акредитації представники Уповноваженого органу мають право відвідати заклад охорони здоров'я з метою перевірки наданих відомостей.

5. Рішення про акредитацію або відмову в проведенні акредитації ухвалюється Уповноваженим органом не пізніше 10 робочих днів з дня надходження заяви.

6. Підставами для відмови у проведенні акредитації є надання неповного або недостовірного пакету документів.

7. Рішення про відмову в проведенні акредитації повідомляється закладу охорони здоров'я в письмовій формі з зазначенням всіх причин такої відмови.

8. Заклад охорони здоров'я, що отримав відмову в проведенні акредитації, має право звернутися з повторною заявою після усунення всіх недоліків.

9. За надання недостовірної інформації Уповноваженому органу заклад охорони здоров'я несе відповідальність, передбачену законодавством.

Розділ VII.

ОРГАНІЗАЦІЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ОБМІНУ У СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ, СТРАХОВЕ СВДОЦТВО

Стаття 38. Єдина інформаційна система загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

1. Для забезпечення ефективного, прозорого та оперативного функціонування системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування створюється Єдина інформаційна система загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі — Інформаційна система).

2. Інформаційна система забезпечує:

1) автоматизований облік:

а) закладів охорони здоров'я;

б) страхувальників;

в) застрахованих осіб;

г) сплачених страхових платежів;

г) звернень застрахованих осіб за отриманням медичних послуг та наданих медичних послуг, що підпадають під дію договору з загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

д) страхових виплат;

е) рахунків медичних закладів, відкритих для отримання коштів страхових виплат, рух коштів за рахунками;

є) напрямків використання коштів страхових виплат закладами охорони здоров'я;

ж) рахунків, відкритих страховиками для отримання страхових платежів та розміщення коштів страхових резервів, рух коштів за рахунками, залишки на рахунках.

2) формування та подання банку електронних платіжних документів з підписами уповноважених осіб страховика та Уповноваженого органу на:

а) перерахування страхового відшкодування закладу охорони здоров'я;

б) перерахування частини страхового платежу, що належить страховику (нормативних витрат на ведення справи) з рахунків, відкритих для отримання страхових платежів на інші рахунки страховика.

3. Інформаційна система існує в електронній формі.

4. Володільцем Інформаційної системи є Уповноважений орган.

5. Уповноважений орган забезпечує безперебійне функціонування Інформаційної системи та збереження інформації, що міститься у ній.

6. Для розробки, запровадження, та забезпечення Єдиної інформаційної системи можуть залучатися кошти саморегулювальної організації страховика, Фонду гарантування загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, інших суб'єктів та учасників загальнообов'язкового соціального медичного страхування, а також кошти з інших не заборонених законом джерел.

Стаття 39. Реєстри в Інформаційній системі

1. Відомості про заклади охорони здоров'я, страхувальників та застрахованих осіб існують в Інформаційній системі у вигляді відповідних реєстрів.

2. Положення про реєстр закладів охорони здоров'я, реєстр страхувальників та реєстр застрахованих осіб затверджуються Уповноваженим органом та визначають: перелік відомостей, що містяться у реєстрах, порядок внесення змін та доповнень до реєстрів права та обов'язки суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування щодо подання відомостей до реєстрів, перелік таких відомостей.

3. Уповноважений орган забезпечує оприлюднення реєстру закладів охорони здоров'я на своєму веб-сайті.

4. Пенсійний фонд на запит Уповноваженого органу безоплатно передає йому наступні відомості з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування:

- 1) прізвище, ім'я, по-батькові застрахованої особи
- 2) дата народження;
- 3) стать;
- 4) громадянство;
- 5) номер телефону (за наявності);
- 6) ідентифікаційний номер (крім осіб, які через релігійні або інші переконання відмовилися від ідентифікаційного номера);
- 7) рік, за який внесені відомості;
- 8) іншу інформацію, необхідну для виконання Уповноваженим органом своїх функцій.

5. Пенсійний фонд на запит Уповноваженого органу безоплатно передає йому наступні відомості з реєстру страхувальників Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування:

- 1) податковий номер юридичних осіб (ідентифікаційний номер фізичних осіб — платників податків) або інформацію, що особа, через релігійні або інші переконання відмовилися від ідентифікаційного номера та мають у паспорті відмітку або відповідний запис у безконтактному електронному носії паспорта громадянина України про наявність у них права здійснювати будь-які платежі без ідентифікаційного номера;
 - 2) найменування (для фізичних осіб — підприємців та фізичних осіб, які використовують найману працю, — прізвище, ім'я, по батькові);
 - 3) місцезнаходження (для юридичної особи) та місце реєстрації місця проживання або місце фактичного проживання (для фізичної особи);
 - 4) форма власності;
 - 5) кількість працівників на дату подання звітності та осіб, які виконують роботи (надають послуги) за цивільно-правовими договорами;
 - 6) іншу інформацію, наявну у реєстрі.
6. Міністерства та відомства, центральної органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування зобов'язані безоплатно надавати на запит Уповноваженого органу відомості, необхідні для виконання ним своїх повноважень.
7. Уповноважений орган забезпечує ведення реєстрів як невід'ємної складової частини Інформаційної системи, своєчасне оновлення відомостей у реєстрах, а також захист конфіденційної інформації, що не підлягає оприлюдненню відповідно до цього Закону.

Стаття 40. Страхове свідоцтво

1. Страхове свідоцтво видається кожній застрахованій особі страховиком на підтвердження укладання щодо неї договору загальнообов'язкового державного соціального страхування.

2. Страхове свідоцтво існує у вигляді картки з носієм інформації в електронному вигляді, що забезпечує зберігання та передачу до Інформаційної системи відомостей:

- 1) про застраховану особу:
 - а) прізвище, ім'я, по-батькові застрахованої особи;
 - б) дата народження;
 - в) стать;
 - г) громадянство;
 - г) номер телефону (за наявності);
 - д) ідентифікаційний номер (крім осіб, які через релігійні або інші переконання відмовилися від ідентифікаційного номера);
- 2) про договір страхування:
 - а) дата та номер договору;
 - б) дата останньої оплати страхового платежу;
 - в) чинність договору страхування;
- 3) про звернення за отриманням медичної послуги:
 - а) дата звернення
 - б) заклад охорони здоров'я, до якого звернулася особа;

- 4) інших відомостей, визначених Уповноваженим органом.
3. Уповноважений орган організує розробку та впровадження програмно-технічного комплексу, який забезпечує інформаційний обмін між Уповноваженим органом, страховиками, закладами охорони здоров'я, в тому числі за допомогою страхового свідоцтва.
4. Вимоги щодо форми, зовнішнього вигляду, інформації, що містить, технічних характеристик, порядку виготовлення та видачі страхового свідоцтва затверджуються Уповноваженим органом.

Розділ VIII.

СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ОБСЯГІВ, ТЕРМІНІВ, ЯКОСТІ ТА УМОВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ) ПО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ СОЦІАЛЬНОМУ СТРАХУВАННЮ

Стаття 41. Організація контролю обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг.

1. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в обсягах та на умовах, встановлених Програмою страхування та договором про надання медичних послуг за загальнообов'язковим соціальним страхуванням, здійснюється відповідно до порядку організації та проведення контролю обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг, що затверджується Уповноваженим органом.
2. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичних послуг здійснюється шляхом проведення медико-економічного контролю, медико-економічної експертизи та експертизи якості медичної допомоги.

Стаття 42. Медико-економічний контроль

1. Медико-економічний контроль — процедура встановлення відповідності відомостей про обсяги наданих медичних послуг застрахованим особам умовам договорів на надання медичних послуг та Положенню про структуру тарифу медичної послуги.
2. Медико-економічний контроль здійснюється: страховиком при ухваленні рішення про здійснення страхової виплати чи про відмову у її здійсненні; Уповноваженим органом в межах його повноважень при здійсненні страхової виплати.

Стаття 43. Медико-економічна експертиза

1. Медико-економічна експертиза — це процедура встановлення відповідності фактичних термінів надання медичних послуг та обсягу пред'явлених до оплати медичних послуг записів у первинній медичній документації і обліково-звітної документації закладу охорони здоров'я.
2. Медико-економічна експертиза може проводитися:
- 1) фахівцем-експертом страховика, який має стаж роботи за лікарською спеціальністю не менше п'яти років і які пройшов відповідне навчання з питань експертної діяльності в сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
 - 2) незалежним експертом, який має стаж роботи за лікарською спеціальністю не менше п'яти років і який пройшов відповідне навчання з питань експертної діяльності в сфері обов'язкового медичного страхування та включений до Реєстру незалежних експертів в сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
1. Порядок проведення медико-економічної експертизи, вимоги до підготовки експертів, порядок ведення Реєстру незалежних експертів в сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування, а також випадки, коли проведення медико-економічної експертизи незалежним експертом є обов'язковим, визначаються Уповноваженим органом.
2. Уповноважений орган може призначити медико-економічну експертизу будь-якому експерту з числа наявних у Реєстрі незалежних експертів в сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування у випадку виникнення обґрунтованих

сумнівів в відповідності фактичних термінів надання медичних послуг обсягу послуг, пред'явлених до оплати.

3. Заклад охорони здоров'я не має права перешкоджати доступу експертів до матеріалів, необхідних для проведення медико-економічної експертизи, експертизи якості медичної допомоги, і зобов'язаний надавати експертам запитовану ними інформацію.

Стаття 44. Експертиза якості медичної допомоги

1. Експертиза якості медичної допомоги — це процедура виявлення порушень при наданні медичної допомоги, в тому числі оцінка своєчасності її надання, правильності вибору методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, ступеня досягнення запланованого результату.

2. Експертиза якості медичних послуг проводиться експертом якості медичних послуг, включеним до Реєстру незалежних експертів якості медичних послуг. Експертом якості медичних послуг є лікар — фахівець, який має вищу освіту, свідоцтво про акредитацію фахівця або сертифікат фахівця, стаж роботи за відповідною лікарською спеціальністю не менше 10 років і пройшов підготовку з питань експертної діяльності в сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування за програмою, затвердженою Уповноваженим органом.

3. Страховик, Уповноважений орган або заклад охорони здоров'я мають право замовити експертизу якості медичних послуг будь-якому експерту, включеному до Реєстру незалежних експертів якості медичних послуг. Підставою для замовлення експертизи якості медичних послуг Уповноваженим органом є і тому числі надходження скарги від застрахованої особи на якість або обсяг наданих медичних послуг.

4. Порядок проведення експертизи якості медичних послуг, вимоги до підготовки експертів, порядок ведення Реєстру незалежних експертів якості медичних послуг, визначаються Уповноваженим органом.

5. Заклад охорони здоров'я не має права перешкоджати доступу експертів до матеріалів, необхідних для проведення медико-економічної експертизи, експертизи якості медичної допомоги, і зобов'язана надавати експертам запитовану ними інформацію.

Стаття 45. Наслідки виявлення порушень за результатами медико-економічного контролю

1. За результатами контролю обсягів, термінів, якості та умов надання медичної допомоги застосовуються заходи, передбачені умовами договору про надання медичних послуг, цим законом та іншими актами законодавства.

2. Спори, що виникають між суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, вирішуються в порядку, передбаченому укладеним між ними договором та законодавством.

Розділ ІХ.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Стаття 46. Загальні засади відповідальності за порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

1. Особи, винні в порушенні законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, несуть відповідальність, передбачену цим Законом та іншими нормативно-правовими актами.

2. Посадові, інші фізичні особи винні в порушенні законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову або кримінальну відповідальність згідно з законодавством.

3. Особи, що порушили умови договорів страхування, про надання медичних послуг, несуть відповідальність, передбачену такими договорами.

Стаття 47. Відповідальність страховика за порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

1. За неподання, несвоєчасне подання або подання завідомо недостовірної інформації Уповноваженому органу — у розмірі 2000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
2. За ухилення від виконання або несвоєчасне виконання розпорядження, рішення іншого акту індивідуальної дії Уповноваженого органу про усунення порушень при здійсненні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування — у розмірі 5000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.
3. Сплата штрафу не звільняє страховика від обов'язку усунути порушення.
4. Штрафи, передбачені частиною першою цієї статті, накладаються Уповноваженим органом.
5. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій може бути оскаржено в суді.
6. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій є виконавчим документом.

Стаття 48. Відповідальність осіб, які зобов'язані укласти договори загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, страхувальників за порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

1. Особи, визначені пунктами 1 — 6 частини першої статті 7 цього закону, які не уклали договори загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування щодо осіб, які мають бути застрахованими відповідно до цього закону, сплачують штраф у розмірі суми всіх страхових платежів, які підлягали б сплаті за застрахованих осіб з моменту, коли договори страхування мали бути укладені до дати виявлення правопорушення.
2. Страхувальники, які не сплатили страхові платежі за застрахованих осіб в порядку, передбаченому укладеними договорами страхування, сплачують штраф у розмірі суми всіх несплачених страхових платежів.
3. За неподання, несвоєчасне подання або подання завідомо недостовірної інформації на запит Уповноваженого органу особи, визначені пунктами 1 — 6 частини першої статті 7 цього Закону, а також страхувальники сплачують штраф у розмірі 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
4. Сплата штрафу, передбаченого частиною третьою цієї статті не звільняє від обов'язку усунути порушення.
5. Штрафи, передбачені частиною першою цієї статті, накладаються уповноваженим органом.
6. Штрафи, передбачені частинами першою — другою цієї статті, накладаються органом, до компетенції якого віднесено здійснення контролю за наявністю договорів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та своєчасністю сплати страхових платежів.
7. Рішення про застосування штрафних санкцій може бути оскаржено в суді.
8. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій є виконавчим документом.

Стаття 49. Відповідальність закладів охорони здоров'я за порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

1. За неподання, несвоєчасне подання або подання завідомо недостовірної інформації Уповноваженому органу заклади охорони здоров'я сплачують штраф у розмірі 10000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
2. Сплата штрафу, передбаченого частиною третьою цієї статті, не звільняє від обов'язку усунути порушення.
3. Штрафи, передбачені частиною першою цієї статті, накладаються Уповноваженим органом.
4. Рішення про застосування штрафних санкцій може бути оскаржено в суді.

5. Рішення Уповноваженого органу про застосування штрафних санкцій є виконавчим документом.

Розділ X. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набирає чинності з 1 січня 2018 року.

2. Кабінету Міністрів України:

1) у місячний строк з дня опублікування цього Закону підготувати та затвердити Положення про Уповноважений орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;

2) разом із проектом Закону України про Державний бюджет України на 2018 рік подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо встановлення розміру страхового платежу на відповідний бюджетний період.

3. Уповноваженому органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, протягом шести місяців з дня свого утворення:

1) розробити та затвердити нормативно-правові акти, передбачені цим Законом, інші нормативно-правові акти, ухвалення яких віднесено до компетенції Уповноваженого органу, необхідні для виконання цього Закону.

2) забезпечити розробку та функціонування Єдиної інформаційної системи.

4. Кабінету Міністрів України, Національному банку України, Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, та Національній комісії з цінних паперів та фондового ринку протягом року з дня опублікування цього Закону:

1) підготувати і подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність із цим Законом;

2) привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

3) забезпечити прийняття актів, необхідних для реалізації цього Закону;

4) забезпечити приведення міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів у відповідність з цим Законом.

5. Державним та комунальним закладам охорони здоров'я:

1) впродовж одного року з дня набуття чинності Положенням про акредитацію закладів охорони здоров'я пройти акредитацію в Уповноваженому органі.

6. Місцевим громадам, що мають у власності заклади охорони здоров'я, що є суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, впродовж одного року з дня набуття чинності цим Законом вжити заходів щодо приведення матеріально-технічної бази таких закладів у відповідність до вимог цього Закону, інших нормативно-правових актів, що регулюють здійснення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

6. Внести зміни до таких законодавчих актів України:

1) Частину сьому статті 7 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (Відомості Верховної Ради України, 2011 р., № 2-3, ст. 11 із наступними змінами) доповнити новим реченням такого змісту:

«Не нараховується не утримується єдиний внесок зі страхових платежів та страхових виплат за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.»

2) У Законі України «Про страхування» (Відомості Верховної Ради України, 2002 р., № 7, ст. 50 із наступними змінами):

Пункт 1) частини першої статті 7 викласти в такій редакції:

«1) загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»;

статтю 31 доповнити частиною 16 наступного змісту:

«Кошти резервів загальнообов'язкового соціального медичного страхування не можуть використовуватися страховиком для погашення будь-яких зобов'язань, крім тих, що відповідають прийнятим зобов'язанням за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування.».

У зв'язку з цим частини шістнадцяту - двадцять четверту вважати відповідно частинами сімнадцятою - двадцять п'ятою.

3) Доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення (Відомості Верховної Ради УРСР, 1984 р., додаток до № 51, ст. 1122) новою статтею 165^б такого змісту:

«Стаття 165^б. Порушення законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування

Порушення обов'язків щодо укладання договорів загальнообов'язкового соціального медичного страхування особами, які зобов'язані укласти такі договори відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», - тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу — підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Ті самі дії, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за правопорушення, зазначене у частині першій цієї статті, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу — підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від сорока до шістдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Несплата або несвоєчасна сплата страхових платежів за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу — підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від сорока до вісімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною третьою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі ж порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності, фізичну особу — підприємця або особу, яка забезпечує себе роботою самостійно, від двадцяти до тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Порушення встановленого порядку використання та здійснення операцій з коштами системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування -

тягне за собою накладення штрафу на посадових осіб від ста до ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Дії, передбачені частиною п'ятою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за такі ж порушення, -

тягнуть за собою накладення штрафу на посадових осіб від ста до ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.».

5) Частину другу статті 7 Закону України «Про захист персональних даних» (Відомості Верховної Ради України, 2010 р., № 34, ст. 481) доповнити новим пунктом 9 такого змісту:

«9) здійснюється страховиком, який уклав договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування суб'єкта персональних даних».

б) частину першу статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) після абзацу четвертого доповнити новим абзацом п'ятим такого змісту:

«медична послуга — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на надання медичної допомоги, забезпечення ліками та засобами медичного призначення, який здійснюється закладами охорони здоров'я та має вартісну оцінку»; «.

У зв'язку з цим абзаци п'ятий — одинадцятий вважати відповідно абзацами шостим — дванадцятим.

Голова верховної ради України

Додаток 2

Словник термінів, що використовуються в страховій медицині

Агенти страхові - громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності (укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування).

Агентська угода - договір між страховим агентом (брокером) і страховою компанією про аквізиційно-посередницькі дії, що здійснюються від імені і за дорученням страхової компанії.

Добровільне медичне страхування – форма страхування, що виникає на основі добровільної угоди між страховиком і страхувальником.

Договір страхування - письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якого укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу, тощо, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та інші умови договору.

Застрахований – фізична особа, на користь якої здійснюється страхування.

Об'єкт медичного страхування – життя і здоров'я громадян.

Обов'язкове медичне страхування – форма страхування, яка здійснюється за умовами і порядком, передбаченими законодавством і базовою програмою обов'язкового медичного страхування.

Ліміт страхування - максимальна грошова сума, на яку можна застрахувати матеріальні цінності, життя чи здоров'я.

Складові суб'єкти медичного страхування – страховик, страхувальник, застрахований та надавачі медичної допомоги.

Соціальне страхування - гарантована державою система заходів державного забезпечення трудящих і членів їх сімей у старості, при хворобах, втраті працездатності, підтримки материнства і дитинства, а також охорони здоров'я членів суспільства.

Страховики – юридичні особи, цільові страхові фонди, які здійснюють керівництво та управління окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, провадять збір та акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та здійснюють інші функції згідно з затвердженим статутом.

Страховальник – роботодавець та застраховані особи, якщо інше не передбачене законами України.

Страховий випадок – подія, з настанням якої виникає право застрахованої особи та/або членів її сім'ї на отримання матеріального забезпечення або соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням. **Страховим випадком є:**

1) звернення застрахованої особи за медичною допомогою з подальшою організацією й наданням медичних послуг;

2) нещасний випадок на виробництві або професійне захворювання, що спричинили застрахованому професійно зумовлену фізичну чи психічну травму;

3) професійне захворювання у разі його встановлення чи виявлення в період, коли особа, яка потерпіла, не перебувала у трудових відносинах з підприємством, на якому вона захворіла;

4) тимчасова непрацездатність внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві;

5) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю догляду за хворою дитиною;

6) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю догляду за хворим членом сім'ї;

7) тимчасова непрацездатність пов'язана з доглядом за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною;

8) тимчасова непрацездатність пов'язана з карантинном, накладеним органами санітарно-епідеміологічної служби;

9) тимчасове переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу;

10) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю протезування з поміщенням у стаціонар протезно-ортопедичного підприємства;

11) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю санаторно — курортного лікування

Страховий ризик – обставини, внаслідок яких громадяни та/або члени їх сімей можуть втратити тимчасово або назавжди засоби до існування і потребують матеріальної підтримки або соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням.

Страховий платіж – плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику, згідно з договором про страхування.

Страховий стаж – період (строк), протягом якого особа підлягає страхуванню за певним видом і за який сплачено страхові внески.

Страховий медичний поліс – документ, що видається страховою організацією (страховиком) на ім'я страхувальника і засвідчує угоду про страхування.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Сімейна медицина: У 5 т. Т. 1. Внутрішні хвороби: у 2 кн. 2. Хвороби органів травлення. Хвороби нирок і сечовивідних шляхів. Хвороби органів кровотворення. Експертиза працездатності при патології внутрішніх органів / під ред. В. Г. Передерія, Є. Х. Заремби.- К. : Здоров'я, 2006.- 568 с.

2. Сімейна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1 : Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.

3. Викторова И. А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике: учебное пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 143 с.

4. Сиволап В.Д. Класифікації терапевтичних захворювань: навч. посіб. / В. Д. Сиволап., В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська [та ін.]. –Запоріжжя : ЗДМУ, 2006. – 204 с.

5. Чухрієнко Н.Д. Алгоритми виконання практичних навичок лікарями загальної практики на обладнанні амбулаторій : навч. посіб. / Н. Д. Чухрієнко [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2010. – 203 с.

6. Кривенко В. І. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмій з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики : навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. / В. І. Кривенко [та ін.]. – Запоріжжя, 2011. – 359 с.

7. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики - сімейної медицини : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ за ред.: Ю. В. Вороненка, Г. І. Лисенка. - К. : Гармонія, 2011 - Т. 1 / Н. Г. Гойда, М. В. Голубчиков, Л. Ф. Матюха [та ін.]. - 2011. - 344 с.

8. Гиріна О. М. Сімейна медицина: у 3-х кн. Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини (Світовий досвід): довідник / за ред. В.Ф. Москаленка, О.М. Гиріної. К.: Медицина, 2007. - 392 с.

Додаткова

1. Вітенко І. С. Сімейна медицина : психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих / І. С. Вітенко, О. С. Чабан, О.О. Бусль. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 186 с.
2. Внутрішня медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. У 3 т. Т. 1 / К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева [та ін.]; за ред. К.М. Амосової. - К. : Медицина, 2008. - 1056 с.
3. Екстрена терапевтична допомога в умовах надзвичайних ситуацій : навч. посіб. / В. Д. Сиволап [та ін.]. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2003. - 188 с.
4. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики – сімейної медицини / за ред. Ю. В.Вороненка, Г. І. Лисенка. – Т. 2. - Київ, 2012. – 256 с.
5. Захворювання органів дихання в практиці сімейного лікаря : навч. посіб. / В. М. Ждан [та ін.]. – Полтава, 2008. – 252 с.
6. Зозуля І.С. Практичні навички з медицини невідкладних станів: навчальний посібник / І.С. Зозуля [та ін.]. / під ред. І. С. Зозуля. – К., 2008. – 165 с.
7. Іпатов А. В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні.-Дніпропетровськ : Пороги, 2000. – 262 с.
8. Кардіологія сімейного лікаря: навчальний посібник / В. М. Ждан [та ін.]. – Полтава, 2006. – 257 с.
9. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / за ред. В. М. Лехан. - 2-е вид., доп. і перероб. - Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕС, 2002. – 367 с.
10. Перша лікарська допомога при невідкладних станах: навч. посіб. / В. М. Жебель [та ін.]. – Вінниця: Діло, 2005. – 80 с.
11. Поліклінічна справа і сімейний лікар / за ред. Є. Я. Склярова, І. О. Мартинюка, Б. Б. Лемішка. - К. : Здоров'я, 2003. - 636 с.
12. Практикум з внутрішньої медицини : навч. посіб. / В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2009. – 100 с.

13. Техніка лікарських маніпуляцій в терапевтичній практиці : навч. посіб. / В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2008 р. – 138 с.

14. Хвистюк О. М. Обсяги профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи лікаря загальної практики - сімейного лікаря / О. М. Хвистюк, Б. А. Рогожин, А. Ф. Короп. - Харків, 2005.