



Як показує зарубіжний досвід, страхові організації можуть пропонувати страхувальникам універсальні та спеціалізовані страхові поліси медичного страхування.

Універсальний поліс медичного страхування передбачає ті випадки (стан здоров'я), медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатися за згодою між страховиком і страхувальником з можливою участю клінічної обслуговуючої бази.

Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан організму (вагітність і т. ін.). Спеціалізовані медичні поліси здебільшого укладають особи, які вже захворіли, або ті, що мають схильність до певних захворювань.

Якщо універсальні страхові поліси зорієнтовані на приватних осіб, то спеціалізовані медичні поліси часто надаються за колективними договорами страхування — підприємства та організації страхують своїх працівників від найбільш можливих професійних ризиків. Для обслуговування клієнтів за спеціалізованими полісами страхова компанія укладає договір або з окремими профільними лікарями, або зі спеціалізованими клініками. При цьому з метою дотримання гарантій прав пацієнтів, підвищення відповідальності за виконання зобов'язань як з боку страховика, так і з боку лікувальної установи вважаємо за доцільним проведення конкурсу серед закладів охорони здоров'я і укладання відповідних багатосторонніх договорів (лікувальна установа, страховик та застрахований). Такий конкурс, на нашу думку, повинен здійснюватись як у сфері обов'язкового, так і добровільного медичного страхування. Це забезпечуватиме відкритість та прозорість відбору медичних закладів, можливість всебічного вивчення всіх показників діяльності претендентів, а також прийняття на цій основі обґрунтованого рішення. У зв'язку з цим виникає необхідність законодавчого закріплення умов та порядку проведення конкурсу, визначенні переліку критеріїв, за якими здійснюватиметься оцінка та вибір суб'єктів надання медичних послуг.

Договори обов'язкового або добровільного медичного страхування мають ряд особливостей, пов'язаних з його формою, умовами, порядком укладення. Це обумовлено тим, що правовідносини у сфері добровільного страхування суб'єктами такої діяльності розробляються "Правила добровільного медичного страхування" окремих страхових компаній.

Договір обов'язкового або добровільного медичного страхування повинен містити:

- відомості про особу, яка приймає участь у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- термін дії договору;
- розмір та порядок сплати страхових внесків;
- умови набуття застрахованою особою права на медичні послуги відповідно до цього Закону;
- умови розірвання договору;
- права та обов'язки сторін, відповідальність сторін за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- умови щодо порядку контролю за якістю наданої медичної допомоги.

Договір обов'язково повинен набирати чинності з дня його підписання.

На законодавчому рівні необхідно імперативно визначити і питання пов'язані з проблемою формування вичерпного переліку медичних послуг у конкретному договорі страхування, формуванням конкретної програми страхування, яка додається до договору та порядком звернення застрахованої особи до страховика у випадку настання страхової події. Необхідно визначити і порядок підтвердження конкретних витрат на лікувальний процес, понесених застрахованою особою.

До роботи в системі загальнообов'язкового медичного страхування залучаються заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності, акредитовані та ліцензовані в установлені законом порядку. Однак практично приватні медичні заклади у більшій мірі, ніж державні або комунальні, йдуть на укладення договорів добровільного медичного страхування.

В Україні розмір страхових внесків для роботодавців і застрахованих працюючих осіб встановлюється у відсотках до фактичних витрат на оплату праці та інших виплат