**УКРАЇНА**

**ТЕТІЇВСЬКА МІСЬКА РАДА**

**ТЕТІЇВСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**ЧОТИРНАДЦЯТА СЕСІЯ СЬОМОГО СКЛИКАННЯ**

 **РІШЕННЯ**

 м Тетіїв

**Про затвердження Програми впровадження**

**добровільного медичного страхування**

**працівників бюджетної сфери**

**Тетіївської ОТГ на 2019-2020 роки**

Метою впровадження добровільного медичного страхування працівників бюджетної сфери Тетіївської ОТГ є зниження фінансових ризиків працівника, пов'язаних з організацією і отриманням медичної допомоги, скорочення кількості днів непрацездатності за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання, додатковий стимул до збереження робочого місця і підвищення якості роботи, забезпечення додаткового фінансування медичних закладів всіх рівнів на законних та прозорих принципах, керуючись статтею п.22 ст.26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» , міська рада

**В И Р І Ш И Л А:**

1. Затвердити Програму впровадження добровільного медичного страхування працівників бюджетної сфери Тетіївської ОТГ на 2019-2020 роки (додається).

2. Фінансовому управлінню виконавчого комітету Тетіївської міської ради при формуванні міського бюджету на відповідні роки передбачити кошти на витрати пов’язані з реалізацією даної Програми.

3. Контроль за виконанням даного рішення покласти на постійні комісії міської ради з питань планування, бюджету, фінансів та соціально-

економічного розвитку, питань соціального захисту, охорони здоров"я, освіти, культури, молоді і спорту

 Міський голова Р.В. Майструк

 21.12.2018 р.

 № 443- 14-VII

 Начальник юридичного відділу Н.М. Складена

 Додаток

                                                                    до рішення 14 сесії міської ради

                                                        7 скликання від 21.12.2018р.

                                  №   443 -14-VII

**Програма впровадження добровільного медичного страхування працівників бюджетної сфери**

**Тетіївської міської об’єднаної громади**

 **на 2019-2020 роки**

1. **ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

В Україні згідно з Законом України «Про страхування» від 7 березня 1996 року запроваджено добровільне медичне страхування.

Добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності та регулюється законом «Про страхування».

 Добровільне страхування здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком, в якому визначаються конкретні умови страхування, предметом якого є надання застрахованій стороні послуг, що сприяють охороні здоров'я, розширюють можливості і умови отримання профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної допомоги в обсязі, передбаченому договором, за рахунок коштів страхових медичних компаній, сформованих із добровільних страхових внесків та організаційних заходів по залученню лікувально - оздоровчої бази.

Зміст добровільних страхових програм визначається ситуацією в охороні здоров'я, що склалася з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги та обсягом рівня гарантованої медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування.

 Під добровільним медичним страхуванням у вузькому значенні слова розуміють страхування, що забезпечує оплату медичних послуг, переважно пов'язаних з лікуванням.

Перевага медичного страхування полягає в його прогнозованості: кожен працівник вкладає невеликі суми коштів у медичну страховку для того, щоб бути впевненим, що при хворобі всі або переважна більшість медичних витрат будуть оплачені. Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет, тому що завдяки ньому більше, ніж вартість страховки, на медицину за рік не витратиш.

Більшість українців не мають довіри до вітчизняної системи охорони здоров’я та втратили надію на гарантоване Конституцією України - безкоштовне медичне обслуговування. Унікальність української системи охорони здоров’я, що відрізняє її від багатьох європейських країн, полягає в тому, що Конституція України формально передбачає безмежні гарантії забезпечення всіх громадян безоплатною медичною допомогою у державних та комунальних закладах охорони здоров’я. Однак забезпечити дотримання таких необмежених гарантій у цій сфері майже неможливо. В умовах коли система загальнодержавного фінансування забезпечує заклади охорони здоров’я лише на 15% - 30% від загальної потреби, тобто забезпечення покриває лише т. зв. захищені статті витрат (рис. 1), громадяни нашої держави вимушені з власної кишені покривати 100 % медикаментозного забезпечення, здійснювати так звані «благодійні внески» на користь лікувально-профілактичних закладів. І, незважаючи на фактично платну послугу для пацієнта, вимушені отримувати медичні послуги, що надаються на базі застарілої інфраструктури без гарантій якості та поважного ставлення до прав та гідності пацієнта.



*Рис 1. Середньозважена структура вартості медичних послуг в стаціонарних медичних закладах.*

Така організація системи охорони здоров’я не лише порушує конституційні права людини на ефективну, доступну та першочергово якісну медичну допомогу, а істотно знижує рівень здоров’я та тривалість життя українців, до того ж, перешкоджає економічному розвитку й соціальній згуртованості суспільства, а також не створює умов для оновлення лікувальної медичної бази та належних умов праці із заохоченням роботи лікарів.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров’я, а також дослідження специфіки існуючої на сьогоднішній день моделі системи охорони здоров’я України свідчать, що єдиним ефективним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей та спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров’я.

Програма добровільного медичного страхування населення (працюючих) забезпечує доступ до якісних медичних послуг, тим самим забезпечивши додаткове фінансування медичних закладів всіх рівнів на законних, цивілізованих та прозорих принципах.

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ ТА ПРОБЛЕМИ, НА РОЗВ'ЯЗАННЯ ЯКОЇ НАПРАВЛЕНА ПРОГРАМА**

Пошук шляхів подолання двох основних проблем системи охорони здоров'я України — недостатності фінансових коштів і низької якості медичного забезпечення населення спонукає до переходу до системи, що базується на страхуванні здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країн світу.

Основні терміни:

* програма добровільного медичного страхування це – додаток до Договору добровільного медичного страхування, в якому зазначені: перелік медичних послуг, які можуть-бути надані вразі необхідності; перелік медичних закладів, залучених до обслуговування договору страхування та загальна страхова сума на одного Застрахованого;
* страхова медицина — це надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин в галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентоспроможна гарантована якісна і достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я, а «покупцем» її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності) або фізичні особи, які знаходяться в умовах ризику для здоров'я;
* медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини. В Україні ще не прийнято закону про медичне страхування, хоча в Законі «Про страхування» (додаток 9) воно назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. (Очікується, що обов'язкове медичне страхування в Україні набуде ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі «багатий платить за бідного, здоровий — за хворого, молодий — за особу похилого віку»).

Суб'єктами добровільного медичного страхування відповідно до даної Програми є:

* страхувальники — окремі дієздатні громадяни, працівники бюджетних галузей ;

 — страховики — страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;

 медичні установи - лікувально-профілактичні заклади, які надають допомогу згідно укладеного договору страхування, які мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності;

-страховий випадок — подія, передбачена договором страхування та законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов’язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі;

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

- колективне страхування – це страхування, при якому може укладатися договір на страхування за рахунок коштів підприємства всіх працівників або їх групи;

- страховий платіж (внесок) — грошова сума, що її сплачує юридична або фізична особа, яка укладає угоду страхування і яка являє собою своєрідну плату за ризик, який бере на себе страхова компанія. Зазвичай страхова премія встановлюється як відсоток від суми угоди страхування, тобто тієї суми, яку страхова компанія сплатить особі у разі настання страхового випадку;

- страховий тариф — ставка страхової премії з одиниці страхової суми або вартість об’єкта страхування за певний період страхування;

- обсяг медичної допомоги це – обґрунтоване надання медичної допомоги відповідно до життєвих показників Застрахованої особи, яка надана згідно призначень профільного лікаря та погоджена зі страховиком, або зумовлена невідкладним станом;

 Програма впровадження медичного страхування працівників бюджетних галузей Тетіївської об’єднаної територіальної громади на 2019-2020 роки (далі-Програма) спрямована на реалізацію Концепції розвитку добровільного медичного страхування громаді, дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб працівників бюджетної сфери та комунальних підприємств Тетіївської ОТГ в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги.

1. **МЕТА ПРОГРАМИ**

Основна мета впровадження медичного страхування в закладах – це гарантувати працівникам (застрахованим особам) при виникненні страхового випадку оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансувати профілактичні заходи.

 Забезпечення більшої доступності, якості і повноти задоволення потреб населення в наданні медичних послуг, що є ефективнішою формою порівняно з бюджетним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Мета медичного страхування посадових осіб та службовців, а також працівників установ, закладів, організацій, підприємств бюджетної сфери:

- захист здоров'я і працездатності;

- зниження фінансових проблем працівника, пов'язаних з організацією і отриманням медичної допомоги;

- скорочення кількості днів непрацездатності за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання;

- додатковий стимул до збереження робочого місця і підвищення якості роботи.

**4. ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ТА СПОСОБІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ, СТРОКИ ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ**

Форма страхування ґрунтується на таких засадах:

* визначення переліку головних розпорядників і одержувачів бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету, працівники яких підлягають добровільному медичному страхуванню та визначення механізму, яким забезпечується його реалізація.
* суцільне охоплення медичним страхуванням всіх бюджетних установ, закладів та організацій Тетіївської ОТГ.

Програма дозволить бюджетній установі, комунальному закладу, організації чи підприємству делегувати безпосередньо страховій компанії, визначеній шляхом проведення тендерних процедур, реалізацію цілого ряду питань, що стосуються соціального захисту своїх працівників, пов'язаних з їх захворюваннями.

Наслідком подібної «спеціалізації» питань організації виробничих та соціальних процесів в бюджетній та комунальній сфері приведе до мінімального відволікання керівництва на їх рішення, при повному контролі та впливу безпосередньо на реалізацію даних питань через механізм страхування.

Відповідно до Програми при настанні страхового випадку, яким є захворювання, страхова компанія організує застрахованим особам та оплачує:

- ургентну (швидку) медичну допомогу;

- стаціонарне лікування;

- амбулаторно-поліклінічне лікування.

 Застрахованій особі, яка підлягає отриманню медичного страхування, надається рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги, незалежно від величини фактично виплачених сум страхового внеску.

Реформування медичної галузі є одним з яскравих прикладів реалізації реформ в Україні. Оскільки медична галузь потребує суттєвих змін, медична реформа передбачає перехід фінансування від утримання медичних закладів до фінансування за фактично надані медичні послуги. В умовах недостатнього фінансування медичних закладів, держава  гарантує повну оплату за екстрену, первинну та паліативну медичну допомогу, а також часткову оплату за вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Запропонована модель добровільного медичного страхування є єдиним цивілізованим та прозорим механізмом захисту населення в системі взаєморозрахунків з медичними закладами.

В умовах недостатнього державного фінансування медичних закладів, існують різні тіньові механізми по стягненню грошових коштів з пацієнтів: лікарняні каси, благодійні внески, стягування готівки та інші. Об’єднує ці механізми, абсолютна відсутність будь-якого контролю за цільовим використанням отриманих грошових коштів, до того ж інтереси пацієнта взагалі не беруться до уваги. А також не врегульованим залишається питання про облік надання медичної допомоги та її якість. Із 100% загальної потреби у фінансуванні, згідно розрахованих тарифів, державою забезпечено лише 35-40%, мінімум 60% вартості медичної послуги покладається на кінцевого пацієнта.

Програма спрямована на запровадження ефективного механізму добровільного медичного страхування населення (працівників бюджетної сфери), в якому медичне страхування буде інструментом, що направлений першочергово на покращення якості надання медичного обслуговування для застрахованих осіб. Пріоритетом є забезпечення населення (працюючих) страховим захистом на випадок хвороби та непередбачуваних медичних витрат. Також слід врахувати, що цей механізм збільшить надходження коштів до медичних закладів, що в свою чергу поліпшить рівень якості надання медичної допомоги.

**4. ПЕРЕЛІК ЗАВДАНЬ ТА ЗАХОДІВ ПРОГРАМИ**

 Основними завданнями Програми є:

1. захист здоров'я і працездатності посадових осіб та службовців, а також працівників установ, закладів та організацій бюджетної сфери;
2. скорочення кількості днів непрацездатності працівників за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання;
3. додатковий стимул для працівників до збереження робочого місця і підвищення якості роботи.

При впровадженні колективного страхування відповідно до Програми страхувальниками є виконавчі органи Тетіївської міської ради (управління, відділи - (отримувачі) розпорядники бюджетних коштів), а також бюджетні заклади, установи та організації, що укладають договір із страховиком, визначеним на конкурсних засадах, про страхування посадових осіб та службовців, а також працівників, що перебувають у їх штаті.

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

Договір добровільного медичного страхування включає в себе такі умови:

- найменування страхувальника, кількість застрахованих осіб та 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.

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.

**План заходів та етапи реалізації Програми впровадження медичного страхування працівників бюджетних галузей Тетіївської ОТГ**

**на 2019- 2020 роки.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Найменування заходу | Виконавці  | Термінвиконання |
| 1 |  Визначення кола бюджетних установ, одержувачів бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету, працівники яких підлягають медичному страхуванню | Виконавчий комітет міської ради, управління та відділи Тетіївської міської ради, одержувачі бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету | Січень 2019 |
| 2. | Вивчення питання щодо потреби працівників бюджетної у добровільному медичному страхуванні | Виконавчий комітет міської ради, управління та відділи Тетіївської міської ради, одержувачі бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету | Січень 2019 |
| 3. | Визначення умов проведення тендерної процедури на закупівлю послуги добровільного медичного страхування та подача заявок на проведення торгів  | Тендерні комітети підприємств, установ, організацій бюджетної  | Січень 2019 |
| 4. | Оголошення та проходження тендерної процедури | Тендерні комітети підприємств, установ, організацій бюджетної  | Січень-Лютий 2019 |
| 5. | Укладення договорів закупівлі послуги добровільного медичного страхування | Керівники підприємств, установ, організацій бюджетної сфери, страхові компанії - переможці процедури закупівлі | Лютий-Березень 2019 |
| 6. | Видача страхових полісів застрахованим особам | Страхові компанії - переможці процедури закупівлі | Лютий-Березень 2019 |
| 7. | Моніторинг страхових випадків та якості послуг, наданих страховими компаніями-переможцями тендеру | Виконавчий комітет міської ради, управління та відділи Тетіївської міської ради, сектор охорони здоров’я | 2019-2020 |
| 8. | Проведення тренінгів, семінарів та роз’яснювальна робота серед застрахованих осіб та страхувальників (після пункту 5 переможці зобов’язуються провести роз’яснювальні роботи серед застрахованих) | Страхові компанії - переможці процедури закупівлі | 2019-2020 |

1. **ОБСЯГИ ТА ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМИ**.

Фінансове забезпечення реалізації Програми буде здійснюватись за рахунок коштів міського бюджету, в межах кошторису та інших коштів не заборонені чинним законодавством України.

Програма передбачає фінансування мінімальної базової програми добровільного медичного страхування на користь застрахованого працівника, запропонованою страховою компанією, яка буде переможницею процедури закупівлі. За бажанням застрахованої особи отримати більш повну дорожчу програму страхування, страхова компанія надає можливість за власні кошти застрахованої особи сплатити різницю між вартістю бажаної програми та суми гарантованої Програмою й отримувати більший обсяг послуг та страхового покриття.

**7. ТЕРМІН РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ.**

Виконання Програми передбачається здійснити упродовж 2019 – 2020 років.

1. **КОНТРОЛЬ ЗА ХОДОМ ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ**

В реалізації програми беруть участь управління та відділи виконавчого комітету Тетіївської міської ради – головні розпорядники і одержувачі бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету.

Контроль за виконанням Програми здійснюють міська рада, виконавчий комітет міської ради. Відповідальні виконавці у процесі виконання Програми забезпечують цільове та ефективне використання бюджетних коштів протягом усього строку реалізації відповідної програми у межах визначених бюджетних призначень.

Головні розпорядники та одержувачі бюджетних коштів, які отримують заробітну плату з міського бюджету, в межах своїх повноважень здійснюють оцінку ефективності програми, що передбачає заходи з моніторингу, аналізу та контролю за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів.

 Секретар ради С.М. Денисюк