

Співпраця закладів охорони здоров'я зі СТРАХОВИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ: сучасний стан в Україні



ЮРІЙ МОЧАЛОВ

доцент ДВНЗ
«Ужгородський
національний
університет»

Зважаючи на тривалу та системну кризу охорони здоров'я України, скорочення державного фінансування та відсутність концепції розвитку галузі, неприйняття складних політичних рішень та хронізацію проблеми, як заклади охорони здоров'я, так і пацієнти намагаються вирішувати свої проблеми самостійно. Через відсутність чіткої державної політики розвивається приватний сектор охорони здоров'я. Майже всі медичні заклади намагаються стати учасниками ринку добровільного медичного страхування як провайдери медичних послуг

НИНІ робота закладів охорони здоров'я та їх господарська діяльність є напрочуд складними щодо організації та оперативного менеджменту. Крім макроекономічних факторів, внутрішньогалузевої та міжгалузевої конкуренції, на діяльність закладів охорони здоров'я можуть негативно впливати:

- відсутність підтримки розвитку приватної медицини з боку держави;
- запутане та суперечливе податкове законодавство;

- потужний податковий прес;
- нормативна «зарегульованість» сфери охорони здоров'я;
- негативні тенденції у сфері бізнесу в Україні;
- складна економічна ситуація, індукована подіями на сході України, девальвацією національної валюти, ростом цін на енергоносії та комунальні послуги,
- корупція в державних структурах.

Утім, враховуючи показники роботи приватних медичних закладів України, зрозуміло, що попри негативні тенденції та вплив зазначених несприятливих факторів, приватний сектор охорони здоров'я в країні продовжує розвиватися.

Можна припустити, що приватний сектор охорони здоров'я в Україні розвивається внаслідок:

- системної та глибокої кризи державної (комунальної) охорони здоров'я;
- потреби населення в якісних медичних послугах;
- потреби лікарів та пацієнтів у впровадженні нових методик лікування та діагностики;
- ригідності та інертності бюджетних медичних закладів щодо власної модернізації та впровадження інноваційних технологій на виробництві;
- наявності інвестиційних проєктів певних фінансових організацій, вітчизняних та іноземних структур, окремих фізичних осіб;
- пасіонарності й активної позиції окремих представників медичних професійних спільнот та організаторів галузі охорони здоров'я;
- діяльності страхових організацій у сфері обслуговування договорів добровільного медичного страхування.

РОЛЬ СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В РОЗВИТКУ ПРИВАТНОГО СЕКТОРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Страхові організації в Україні, особливо учасники ринку добровільного медичного страхування, з кожним роком чинять все більш сильний вплив на галузь охорони здоров'я, внаслідок чого медичні заклади починають змінюватися і стають більш комплаєнтними до роботи на ринку приватних медичних послуг. На практиці вплив страхових організацій на галузь охорони здоров'я відбувається завдяки забезпеченню першими своїх ділових інтересів. Так, страхові організації:

- мають постійну потребу в закупівлі якісних і своєчасних медичних послуг;
- зацікавлені у швидкій взаємодії із провайдерами медичних послуг;
- зацікавлені в розширенні територій обслуговування власних клієнтів за договорами добровільного медичного страхування;
- зацікавлені в рівноправній співпраці зі своїми партнерами — закладами охорони здоров'я;
- мають потребу в надійних партнерах та у сприятливих умовах співпраці.

НАСЛІДКИ КРИЗИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Криза охорони здоров'я України триває довгий час і частково впливає на всі сектори економіки та сфери життя населення. До наслідків такої кризи можна віднести:

- негативні демографічні показники в країні;
- негативні показники захворюваності населення (особливо захворювання серцево-судинної системи, поширення онкологічних захворювань, дитяча захворюваність і дитяча смертність);
- незадовільний стан матеріально-технічної бази більшості закладів охорони здоров'я;
- неадекватну реформу охорони здоров'я;
- зростання цін на медикаменти;
- зменшення доступності медичної допомоги для населення;
- зростання обсягів неофіційних і прихованих платежів населення у медичній галузі.

Як правило, розуміння проблеми зумовлює прийняття рішень щодо її подолання. Таким рішенням і є розвиток приватного сектора охорони здоров'я та комерціалізація бюджетної охорони здоров'я.

Гальмування структурних реформ і накопичення проблем у галузі спричинили зниження якості медичного обслуговування. Така ситуація стала стимулом для розробки альтернативних напрямків розвитку галузі, зокрема проектів добровільного медичного страхування.

Впровадження добровільного медичного страхування в Україні, навіть не на всій території, без охоплення всього населення, продемонструвало, що:

- добровільне медичне страхування є своєрідним додатковим каналом (шунтом) в розвитку приватної медицини в Україні;
- добровільне медичне страхування сприяє офіційній комерціалізації роботи закладів охорони здоров'я;
- добровільне медичне страхування є локомотивом розвитку приватної медицини в багатьох регіонах України.

СУЧАСНИЙ СТАН У СФЕРІ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

В Україні за договорами добровільного медичного страхування (далі — ДМС) застраховані понад 700 тис. осіб, а якщо додати осіб, які є учасниками лікарняних кас, асистантських програм окремих медичних клінік, то кількість фізичних осіб, залучених до проектів ДМС та дотичних до нього проектів сягає 1 млн осіб. Утім, це лише 2,2 % населення країни.



Наразі в Україні працює 389 страхових організацій, з яких 58 компаній надають послуги страхування життя, а 331 компанія — інші види страхування.

За даними страховиків основну частку валових страхових премій — 99,6 % акумулюють 200 страхових організацій «non-Life». Пул страхових премій із проєктів медичного страхування (безперервне страхування здоров'я, страхування медичних витрат) у 2013 році склав 1 031,8 млн грн, у 2014 році — 1 200,8 млн грн, відповідно приріст становив 169,0 млн грн або 16,4 % від загального обсягу страхових премій.

БАЗА ПРОВАЙДЕРІВ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Зростання кількості продажів договорів добровільного медичного страхування зумовило розширення бази провайдерів медичних послуг, у яких обслуговуються особи за договорами страхування. До них належать:

- 25 обласних лікарень;
- 27 дитячих обласних лікарень;
- 390 міських лікарень;
- 88 дитячих міських лікарень;
- 14 міських лікарень швидкої медичної допомоги;
- 33 госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни;
- 122 спеціалізовані лікарні (у тому числі 23 інфекційні лікарні для дорослих, 6 інфекційних лікарень для дітей, 36 туберкульозних лікарень для дорослих, 3 туберкульозні лікарні для дітей, 3 офтальмологічні лікарні, 11 лікарень відновного лікування, 8 центрів боротьби зі СНІДом та 32 інших);
- 471 центральна районна лікарня;
- 101 районна лікарня;
- 104 дитячих лікарень;
- 88 пологових будинків;
- 17 клінік науково-дослідних інститутів і вищих медичних навчальних закладів;
- 84 психіатричні лікарні;
- 5 наркологічних лікарень;
- 7 лікарень «Хоспіс»;
- 2 госпрозрахункові лікарні;
- 1 лепрозорій;
- 4 інші лікарняні заклади.

До цього ж переліку варто додати окремі ЦПСМД та станції швидкої допомоги.

За останні 5 років (2009–2013 рр.) мережа лікарняних закладів системи МОЗ України значно (на 36,2 %) скоротилася (із 2487 до 1587 одиниць).

Водночас приватний сектор охорони здоров'я нараховує понад 12 тисяч ліцензій на медичну практику, які було видано Міністерством охорони здоров'я України приватним підприємствам. Нині понад 6,5 тисяч приватних медичних закладів України розміщують інформацію про себе в мережі Інтернет.

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

За даними досліджень компаній GFK-USM та Comcon Ukraine (щорічні дослідження стилю життя населення) ринок медичних послуг (офіційний і тінювий сектори разом) оцінюються в 5 млрд дол. США, відповідно, середньостатистичний мешканець України витрачає на медичне обслуговування від 100 до 400 дол. США на рік

За даними газети «Бізнес» на приватні медичні заклади припадає близько 20 % від ринку медичних послуг в Україні (згідно з іншими дослідженнями на приватну невідкладну допомогу припадає 25–30 % ринку). Основна частина приватної медицини (близько 85–90 % ринку) зосереджена в Києві. Приріст ринку приватних медичних послуг експертами оцінюється в 15–20 % на рік.

ПРОБЛЕМА ТІНІЗАЦІЇ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Так, нині відбувається непряма та часто неофіційна комерціалізація державного сектора медичних послуг. Це призводить до зростання обсягів неофіційних платежів у галузі, що супроводжується ризиками щодо якості надання допомоги, антиконкурентних дій.

За даними досліджень компаній GFK-USM та Comcon Ukraine (щорічні дослідження стилю життя населення) ринок медичних послуг (офіційний і тінювий сектори разом) оцінюються в 5 млрд дол. США, відповідно, середньостатистичний мешканець України витрачає на медичне обслуговування від 100 до 400 дол. США на рік. Отже, не всі напрямки розвитку приватних закладів є задіяними.

ПРОЕКТИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: СТАТИСТИКА

Обсяги коштів, що виділяються на добровільне медичне страхування, зростають з кожним роком. Основними операторами-страховиками, які пропонують договори добровільного медичного страхування, є 45 страхових організацій.

Найвагоміші гравці на ринку добровільного медичного страхування зазначені в таблиці 1 (за матеріалами сайту www.forinsurer.com).

ТАБЛИЦЯ 2

Показники роботи проектів добровільного медичного страхування 30-ти найбільших операторів за підсумками перших 3 кварталів 2014 року

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	НАФТОГАЗСТРАХ	272 307,9	148 046,1	54,37
2	ПРОВІДНА	130 588,6	93 776,8	71,81
3	УНІКА	90 782,5	68 573,3	75,54
4	ІНГО УКРАЇНА	66 835,7	69 031,0	103,28
5	ДНІПРІНМЕД	54 003,7	21 220,1	39,29
6	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	49 039,9	40 701,6	83,00
7	АЛЬФА-СТРАХУВАННЯ	46 264,0	31 746,7	68,62
8	АХА СТРАХУВАННЯ	38 149,0	19 684,0	51,60
9	ALLIANZ УКРАЇНА	37 966,3	20 457,4	53,88
10	ТАС СГ	35 438,0	20 034,5	56,53
11	ІЛЛІЧІВСЬКЕ	32 235,7	19 518,2	60,55
12	УПСК	30 057,2	9 106,6	30,30
13	АСКА	24 428,1	25 131,7	102,88
14	ІНТЕР-ПОЛІС	20 826,5	5 874,9	28,21
15	PZU УКРАЇНА	16 015,8	16 493,9	102,99
16	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	15 904,8	8 733,2	54,91
17	КРОНА	15 380,3	7 141,3	46,43
18	АСКО-ДОНБАС ПІВНІЧНИЙ	13 581,7	5 697,3	41,95
19	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	13 242,2	14 472,4	109,29
20	МЕГА-ПОЛІС	12 851,2	10 999,8	85,59
21	УНІВЕРСАЛЬНА	12 634,4	7 785,2	61,62
22	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	9 901,9	4 597,5	46,43
23	КРАЇНА	8 706,0	13 125,0	150,76
24	ВУСО	8 063,6	1 242,6	15,41
25	КИЇВ РЕ	5 161,9	1 955,5	37,88
26	ГЛОБУС	4 372,2	3 834,7	87,71
27	НОВА	4 276,4	2 925,7	68,42
28	ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	4 014,8	1 880,8	46,85
29	КНЯЖА	3 751,3	1 863,1	49,67
30	ОРАНТА	3 144,0	2 989,5	95,09

Суми коштів населення, що були зібрані та витрачені на обслуговування договорів добровільного медичного страхування п'ятьма операторами добровільного медичного страхування за підсумками 2014 року, наведені у таблиці 2.

ТАБЛИЦЯ 1

Показники зібраних страхових премій та виплачених відшкодувань за договорами добровільного медичного страхування п'яти найвагоміших гравців ринку

№	Назва страховика	Обсяг зібраних страхових премій, тис. грн	Обсяг виплачених страхових відшкодувань, тис. грн
1	НАФТОГАЗСТРАХ	325 258	194 970
2	ПРОВІДНА	158 546	131 335
3	УНІКА	113 611	97 102
4	ІНГО УКРАЇНА	75 970	86 999
5	УСГ	59 304	53 963

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РИНКУ

Для сучасного ринку добровільного медичного страхування характерні такі тенденції:

- 1) на тлі відчутного зниження обсягів премій страхування банківського, виробничого та транспортного секторів, сектор добровільного медичного страхування демонструє зростання;
- 2) зростання обсягів премій через підвищення вартості договорів добровільного медичного страхування та впровадження дорожчих програм страхування;
- 3) зростання обсягів виплат — через підвищення вартості медикаментів та медичних послуг;
- 4) формування комерціалізованого ринку, що суперечить ідеї медичного страхування, та поступове перетворення його на бізнес;
- 5) збільшення податкового пресу на страхові організації;
- 6) відсутність широко впроваджених профілактичних програм добровільного медичного страхування.
- 7) відсутність правового статусу учасників проектів добровільного медичного страхування.

ЗАКОНОДАВЧА РЕГУЛЯЦІЯ СПІВПРАЦІ СТРАХОВИКІВ ІЗ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Законодавча регуляція ринку добровільного медичного страхування не відповідає сучасним потребам активних учасників ринку. Спеціальні нормативні акти не розроблені, тому використовують загальну законодавчу базу, акти, що приймалися і затверджувалися в різний час і для регулювання відносин в інших сферах та галузях.

Так, до основних документів, що регулюють відносини у сфері добровільного медичного страхування, належать:

1. Закон України «Про страхування» від 7 березня 1996 р. № 85/96-ВР.

Зазначений Закон визначає такі види медичного страхування: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я); страхування здоров'я на випадок хвороби; страхування медичних витрат.

Водночас документом визначено перелік видів обов'язкового медичного страхування. В Україні здійснюються такі види обов'язкового страхування:

- 1) медичне страхування;
- 2) особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними службових обов'язків;
- 3) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини.

Працівникам страхових організацій та закладів охорони здоров'я (провайдерам медичних послуг) слід звернути увагу на норму Закону, яка регулює порядок розслідування страхового випадку у всіх видах страхування та частково визначає порядок обігу інформації під час врегулювання таких страхових випадків:

«Стаття 25. Порядок і умови здійснення страхових виплат та страхового відшкодування

<...>

У разі необхідності страховик або Моторне (транспортне) страхове бюро можуть робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також можуть самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

Підприємства, установи та організації зобов'язані надсилати відповіді страховикам та Моторному (транспортному) страховому бюро на запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, у тому числі й дані, що є комерційною таємницею. При цьому страховик та Моторне (транспортне) страхове бюро несуть відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України».

2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII.

Попри те що Закон є застарілим, це — основоположний нормативно-правовий акт для охорони здоров'я в Україні. Щодо медичного страхування Закон містить здебільшого низку декларативних і відсилкових норм.

Згідно з вказаним Законом держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення; страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян; питання організації медичного страхування населення і використання страхових коштів визначаються відповідним законодавством.

3. Закон України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI.

Закон містить окремі норми, які стосуються охорони здоров'я та можуть бути застосовані учасниками проектів добровільного медичного страхування на практиці.

«Стаття 7. Особливі вимоги до обробки персональних даних

1. Забороняється обробка персональних даних про расове або етнічне походження, політичні, релігійні або світоглядні переконання, членство в політичних партіях та професійних спілках, засудження до кримінального покарання, а також даних, що стосуються здоров'я, статевого життя, біометричних або генетичних даних.

2. Положення частини першої цієї статті не застосовується, якщо обробка персональних даних:

<...>

б) необхідна в цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг за умови, що такі дані обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я, на якого покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та на якого поширюється законодавство про лікарську таємницю».

Крім того, відносини у сфері добровільного медичного страхування на загальних підставах регулюють норми Закону України «Про підприємництво» від 7 лютого 1991 р. № 698-XII, окремі розділи та статті Цивільного, Господарського та Податкового кодексів України тощо.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ У СПІВПРАЦІ СТРАХОВИКІВ І МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

До проблем, що виникають під час співпраці страхових організацій і закладів охорони здоров'я, належать:

1. Вузька ніша ринку.

Більшість громадян не мають договорів ДМС. Це сприяє високій конкуренції серед страхових організацій, побудові складних взаємовідносин із страховими посередниками — брокерами, агенти агентами (як фізичні особами, так і юридичними). Для більшості громадян України такі послуги є недоступними.

2. Залежність взаємовідносин від державного і бюджетного секторів охорони здоров'я, про що свідчать такі факти:

- повний спектр послуг з медичного обслуговування населення у приватних медичних закладах переважно не надається;
- складна процедура взаємовідносин із фондами соціального страхування (наприклад, проблема із врегулюванням обігу листів непрацездатності для приватних медичних закладів);
- відокремлення від загальної системи охорони здоров'я для приватного закладу неможливе;
- відсутність налагодженого взаємозв'язку із системою загальної практики — сімейної медицини, тобто відсутність послідовності у супроводі пацієнта, якщо такий є застрахованою особою, і водночас приписаний до окремої амбулаторії загальної практики — сімейної медицини за загальним принципом.

3. Зростання цін на основні медичні послуги та медикаменти.

- зростання медикаментозної частини лікувально-діагностичного процесу становить більше 50 % на рік, це призводить до широкого застосування генериків, обмеження вибору медикаментів страховиком;
- зростання валових витрат більшості медичних закладів (багато засобів медичного призначення є імпортованими);
- зростання фондів оплати праці персоналу медичних закладів, індуковане рівнем інфляції в Україні;
- зростання цін на енергоносії та утримання приміщень приватних медичних закладів;
- явище медичної інфляції.

4. Штучне завищення цін на послуги провайдерів (є проблемою в окремих регіонах країни та в окремих спеціальностях медичної допомоги), зумовлене:

- монополією на ринку;
- відсутністю державного регулювання цін на медичні послуги;
- включенням у прайс додаткових послуг, які є непотрібними. Під час обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб спостерігаються такі явища, як поліпрагмазія та гіпердіагностика.

5. Різні темпи розвитку співпраці між страховиками та страховими організаціями. Така співпраця характерна для столиці та великих міст України, малі міста та депресивні регіони мають слабкий попит на такі послуги, що обмежує розвиток та створює диспаритет між столицею та провінцією — у цінах, якості послуг, можливостях для всіх учасників проектів добровільного медичного страхування.

6. Проблема якості медичної послуги залишається невирішеною і в медичному страхуванні. Це пов'язано з тим, що стандарти є відносними, вимоги до надання послуги відрізняються у всіх страховиків, окремі клініки мають власні внутрішні затверджені протоколи, які передбачають більш широке трактування мінімального обсягу обстежень і втручань у разі надання медичної допомоги, практикується масивне призначення медикаментів за показаннями та без них, включення до прайсу додаткових готельних та інформаційних послуг.

7. Відсутність профілактичного компоненту у програмах ДМС.



Більшість програм страхування спрямовані на лікування наявних захворювань, проте не приділяють належної уваги профілактиці. Складається враження, що і страховик, і медичний заклад зацікавлені в більш активному використанні лімітів страхових відшкодувань, що більше застрахована особа використає, то дорожчу програму страхування придбає.

Серед профілактичних заходів — здебільшого лише профілактичні огляди застрахованих осіб. Відсутня матеріальна зацікавленість застрахованих осіб у збереженні належного рівня свого здоров'я.

8. Страхове шахрайство з боку застрахованих осіб та медичних закладів:

- приписування додаткових послуг під час формування кінцевих звітів до страхових організацій;
- прийом інших осіб із витрачанням ліміту за договором застрахованої особи;
- зловживання програмами оздоровлення;
- приховування повних обставин настання страхового випадку застрахованою особою або медичним закладом.

9. Негативні аспекти в організації надання послуг:

- приховані платежі та комісії, пов'язані із залученням посередників;
- функціонування системи короткострокових полісів в амбулаторній медичній допомозі;
- корупційна складова в роботі із закладами охорони здоров'я;
- побудова особливих агентських взаємовідносин із працівниками кадрових служб великих компаній, які купують програми добровільного медичного страхування для власних співробітників, керівництвом медичних закладів, які є пріоритетними в обслуговуванні застрахованих осіб.

Отже, попри нерівномірний розвиток добровільного медичного страхування в Україні та невелику кількість застрахованих осіб, сектор добровільного медичного страхування став значущим важелем економіки, який вже впливає на систему охорони здоров'я. Фактично добровільне страхування готує галузь до введення загальнообов'язкового медичного страхування населення, тому ігнорувати проблеми в цій сфері просто неможливо. ■