

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я СЬОГОДНІ

Незважаючи на брак нормативного забезпечення, нестабільність бази оподаткування, більшість лікувально-профілактичних закладів та страхових організацій спільно виробили ряд механізмів та способів, що дають можливість налагодити в окремих регіонах достатньо ефективну і взаємовигідну співпрацю у сфері добровільного медичного страхування. Проведення медичної реформи теоретично має створити передумови для запровадження добровільного медичного страхування у всій країні. Але навіть за відсутності підтримки держави ефективний менеджер лікувального закладу може успішно впровадити страхову медицину в окремо взятій установі



Юрій Мочалов

провідний фахівець
відділу по роботі
з лікувально-
профілактичними
закладами ПАТ
«Акціонерна
страхова компанія
«ІНГО Україна»,
канд. мед. наук

Позиції медичного закладу і страхової організації в добровільному медичному страхуванні

Надання медико-санітарної допомоги населенню є основною метою діяльності лікувально-профілактичних закладів (установ) усіх форм власності, відомчого та невідомчого підпорядкування, всіх форм організації та рівня надання медичної допомоги.

Від часу утворення України як незалежної держави рівень бюджетного фінансування галузі, показники її функціонування в плані

повноти охоплення населення програмами профілактики і лікування захворювань, матеріально-технічного і кадрового забезпечення не відповідають ані потребам галузі, ані потребам населення України.

Про необхідність проведення масштабних реформ медичної галузі і запровадження в країні системи обов'язкового медичного страхування протягом тривалого часу ведуться дискусії практично на всіх рівнях —

починаючи від трудових колективів лікувально-профілактичних закладів і завершуючи громадськими організаціями та урядовими кабінетами. Медична реформа стартувала, але про її результати, ефективність і доцільність говорити ще надто рано.

Стосовно запровадження обов'язкового медичного страхування, то з огляду на позитивний досвід функціонування таких інституцій в країнах світу і окремих країнах СНД, періодично лунають заклики до впровадження такої системи в Україні від уряду, працівників системи охорони здоров'я та громадських організацій, проте поки що немає одностай-

ної думки щодо конструкції, економічного підґрунтя для функціонування, форми і методів впровадження обов'язкового медичного страхування.

У Верховній Раді України зареєстровано та розглянуто низку законопроектів, метою яких була підтримка і організація сфери фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, але єдиного нормативно-правового акта, який би регулював медичне страхування (як добровільне, так і обов'язкове) так і не прийнято.

■ СУЧАСНА СИТУАЦІЯ В ГАЛУЗІ

У сучасних економічних та політичних умовах робота державних, комунальних, відомчих та приватних лікувально-профілактичних установ і закладів регулюється значною кількістю законів та підзаконних нормативно-правових актів, які час від часу суперечать один одному, в ряді випадків є неактуальними або такими, які неможливо виконати в сучасних умовах.

З огляду на потребу в додаткових джерелах фінансування для власної діяльності, лікувально-профілактичні заклади дедалі частіше ведуть роботу зі страховими організаціями, фактично негласно впроваджуючи систему добровільного медичного страхування населення. Так, із приватними страховими організаціями успішно співпрацюють відомчі лікувально-профілактичні заклади — Служби безпеки України,

Надання медичної допомоги застрахованій особі в лікувально-профілактичному закладі за так званим сервісним договором ускладнюється необхідністю постійного повідомлення до страхової організації (асистантської компанії) результатів обстежень, призначень у режимі онлайн

Міністерства оборони, Державної прикордонної служби, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства інфраструктури, окремі медико-санітарні частини великих промислових підприємств і комплексів, а також значна кількість державних і комунальних закладів охорони здоров'я — науково-дослідні інститути Національної академії медичних наук України, клініки медичних університетів.

Як свідчить досвід, робота з приватними страховими організаціями у зазначених вище закладах і установах головним чином ведеться у трьох формах — надання медичних послуг (допомоги) за плату, отримання благодійної допомоги (пожертв) від страхових організацій, а також прийом додаткових до бюджетного фінансування коштів (медикаментів, розхідних матеріалів та інших матеріальних цінностей) за дорученням для конкретно визначених груп застрахованих осіб, які звертаються до лікувально-профілактичних закладів за медичною допомогою (послугами).

З приводу співпраці бюджетних (а також неприбуткових) лікувально-профілактичних закладів із приватними страховими організаціями немає одностайної думки та виробленого ставлення у фіскальних органів, державних органів фінансового контролю, державної казначейської служби та адміністрацій самих закладів. Врешті-решт, і у самих лікувально-профілактичних закладів часто немає повної інформації щодо прав і обов'язків у відносинах зі страховими організаціями.

Тому часто перше зіткнення інтересів двох партнерів з обслуговування застрахованих осіб може призвести до розриву договірних відносин і припинення співпраці зі страховими організаціями взагалі. В такій ситуації в умовному програші залишаються обидві сторони конфлікту: лікувально-профілактичний заклад не отримує додаткових надходжень коштів понад передбачені державним бюджетом, страхова організація змушена звертатися до приватних медичних закладів, що збільшує збитковість страхових продуктів, і сам пацієнт (застрахована особа), який не отримує своєчасно необхідну допомогу або отримує її за вищу ціну, яка згодом збільшить для нього величину страхової премії за договором добровільного медичного страхування.

Лікувально-профілактичний заклад має призначити окремих співробітників для організації медичних послуг для застрахованих осіб та для підготовки звітної і розрахункової документації до страхової організації

■ МОЖЛИВІ ВАРІАНТИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ СПІВПРАЦІ

Робота з обслуговування пацієнтів, застрахованих за договорами добровільного медичного страхування, іноді супроводжується виникненням

конфліктних ситуацій. Ще на етапі підписання договору про співпрацю із страховиком може поставати питання щодо ціноутворення такого договору, оскільки запровадження платних медичних послуг у бюджетному лікувально-профілактичному закладі потребує проведення деяких організаційних заходів і погодження в багатьох інстанціях.

Крім того, надання медичної допомоги застрахованій особі в лікувально-профілактичному закладі за так званим сервісним договором ускладнюється необхідністю постійного повідомлення до страхової організації (асистантської компанії) результатів обстежень, призначень у режимі онлайн. Як свідчить практика, застраховані за договорами добровільного медичного страхування особи часто мають завищені або навіть

схиблені вимоги щодо сервісу, собівартість якого іноді може перевищувати суму сплачених такими особами страхових внесків.

Лікувально-профілактичний заклад має призначити окремих співробітників для організації медичних послуг для застрахованих осіб та для підготовки звітної і розрахункової документації до страхової організації. Це збільшує виробниче навантаження на персонал лікувально-профілактичного закладу і також може створювати зайве напруження у відносинах двох контрагентів за договором.

Лікувально-профілактичний заклад зобов'язаний брати у пацієнта згоду на передання даних, які стосуються його особи, причини і факту звернення до лікувально-профілактичного закладу, до страхової організації

Процедура виконання сервісного договору потребує чіткого дотримання законодавства України на всіх її етапах. Вже під час організації послуги постає питання захисту персональних даних пацієнта. Також відбувається обмін інформацією, яка може становити медичну (лікарську) таємницю і може містити дані про особисте та інтимне життя пацієнта.

Враховуючи вимоги чинного законодавства України, лікувально-профілактичний заклад зобов'язаний брати у пацієнта згоду на передання даних, які стосуються його особи, причини і факту звернення до лікувально-профілактичного закладу, до страхової організації.

З іншого боку, сервісний договір, укладений між страховою організацією і лікувально-профілактичним закладом, має містити пункти щодо забезпечення збереження лікарської (медичної) таємниці та процедури збору, передання, обробки, кодування, використання і знищення інформації та відомостей, що становлять персональні дані пацієнтів.

Про необхідність дотримання особливого режиму зберігання вищезазначених даних необхідно попереджати всіх посадових і службових осіб, які беруть участь в обслуговуванні застрахованих осіб.

Наступним складним питанням, яке може виникати під час обслуговування застрахованих за договорами добровільного медичного страхування осіб, є забезпечення медикаментами лікувально-діагностичного

процесу. У випадку надання амбулаторно-поліклінічної допомоги таке питання може вирішуватися самостійно застрахованою особою або за участю страхової (асистантської) компанії. Якщо ж страховий випадок полягає у стаціонарному лікуванні застрахованої особи, то можна спрогнозувати виникнення конфліктних ситуацій.

Перший варіант — це обмеження вибору медикаментів, зумовлене наявними в договорі добровільного медичного страхування лімітами видів обстеження, медикаментів, діагнозів і патологічних станів, які не підлягають страховому відшкодуванню.

Стосовно забезпечення стаціонарних страхових випадків медикаментами можливо передбачити повне їх забезпечення лікувально-профілактичним закладом, що є майже ідеальним варіантом з позиції виконання всіх норм такого процесу. Але такий варіант водночас складно виконати з огляду на те, що забезпечення бюджетних і неприбуткових лікувально-профілактичних закладів лікарськими засобами та виробами медичного призначення здійснюється згідно з вимогами законодавства про державні закупівлі, і, враховуючи неоптимальність бюджетного фінансування, можливі перебої з постачанням медикаментів та дефектури в асортименті провайдера такої послуги.

Інший варіант — придбання медикаментів самим пацієнтом — є незручним для того ж пацієнта і його родини. Такі медикаменти найчастіше зберігаються у пацієнта в тумбочці у палаті ЛПЗ, що є порушенням правил зберігання лікарських засобів. Цей варіант потребує додаткового оформлення пакета документів на відшкодування вартості придбаних медикаментів, який збиратиме сам пацієнт або його представники — додаткову виписку з історії хвороби, копії листів призначень, копії установчих документів аптечного закладу, в якому були самостійно придбані медикаменти. Потім зазначений пакет документів передається до страхової організації, яка надає компенсацію застрахованій особі. Останній варіант також збільшує навантаження і на самого страховика.

Як альтернатива, медикаменти можуть бути доставлені іншим провайдером за дорученням страховика. Не варто забувати про те, що при самостійному придбанні медикаментів зростає ризик лікування неякісними медикаментами, до того ж середньому медичному персоналу складно проконтролювати прийом медикаментів хворим.

Найкращим, компромісним, вирішенням вищеописаного питання може бути придбання самим лікувально-профілактичним закладом

Процедура забезпечення медикаментами може ускладнюватися при постачанні на замовлення страховика біологічних препаратів (вакцин), які потребують вибору особливого постачальника, дотримання «холодового ланцюга» тощо

медикаментів за рахунок наданих страховиком сум для виконання особливих доручень. Такі медикаменти можуть постачатися окремими обраними постачальниками за дорученням страхової компанії і оприбутковуватися закладом позабалансово, за вищеописаним способом.

Процедура забезпечення медикаментами може ускладнюватися при постачанні на замовлення страховика біологічних препаратів (вакцин), які потребують вибору особливого постачальника, дотримання «холодового ланцюга» тощо.

Питання іншого плану можуть виникати в тих випадках, коли застраховані особи починають вимагати до себе особливої уваги та додаткових послуг, які не передбачені договорами зі страховиками. Звичайно, за наявності в клініці та за погодженням такому пацієнту може бути надана палата підвищеного комфорту, посилене дієтичне харчування, але санітарно-протиепідемічний режим і правила внутрішнього розпорядку лікувально-профілактичного закладу поширюються на всіх без винятку осіб, залучених до лікувального процесу. У випадку систематичного порушення таких правил пацієнтом заклад має право припинити надання медичної допомоги, і застрахованій за договором добровільного медичного страхування особі в тому числі.

Досвід роботи із застрахованими особами також включає і конфліктні ситуації, що виникають у випадку псування (нищення) майна лікувально-профілактичного закладу застрахованою особою. Іноді в таких випадках лікувально-профілактичний заклад виставляє претензії страховій компанії (асистансу). Задоволення таких претензій можливе лише в тому випадку, якщо відповідальність за дії, вчинені застрахованою особою, покладена на страховика згідно з умовами сервісного договору. Зазвичай на підписання такого пункту обов'язків страхова компанія іде неохоче, оскільки акцепт подібної претензії в подальшому веде до виставлення вимоги компенсації витрачених коштів у порядку регресу на саму застраховану особу, що негативно сприймається страхувальниками.

Доцільно і необхідно у випадку інциденту псування майна застрахованою особою під час лікування в лікувально-профілактичному закладі складати відповідний акт для наступного виставлення фінансових вимог до самої застрахованої особи в загальному порядку.

Окремим напрямком у взаємодії лікувально-профілактичного закладу і страхової організації є робота зі скаргами застрахованих осіб щодо якості обслуговування. Така діяльність потребує залучення і страховика і, за можливості, незалежного експерта. Процедуру розгляду такої скарги доцільно прописати в сервісному договорі. Варто передбачити комісійну камеральну процедуру — у вигляді обміну сторонами листами, копіями висновків, виписок, копіями історій хвороб з подальшим спільним узгодженням загального висновку, який буде подано автору скарги.

Процедура оплати наданих послуг за сервісним договором скорочено має такий вигляд — формування звіту про надані медичні послуги (допомогу) та відповідного рахунку. Найбільша кількість непорозумінь та конфліктних ситуацій між страховими організаціями і лікувально-профілактичними закладами виникає саме на цьому етапі. Відсутність чітко прописаних законодавчих норм щодо прав і обов'язків сторін у вищезгаданих специфічних договірних відносинах призводить до розбіжностей у трактуванні статей сервісного договору та непорозумінь між партнерами. Тому доцільно процедуру взаєморозрахунків, а також права і обов'язки сторін ретельно прописати в сервісному договорі.

Часто виникає цілком логічне запитання — що має право перевіряти страхова організація, а що ні? До якого виду джерел інформації має вона право доступу, а до яких доступ обмежується?

Виходячи зі змісту норм Закону України «Про страхування» від 7 березня 1996 р. № 85/96-ВР, Цивільного кодексу України, Господарського кодексу України та Податкового кодексу України, страхування є видом фінансових послуг, за допомогою яких зменшуються та пом'якшуються фінансові ефекти настання визначених (ризикових) подій. Згідно з договором добровільного медичного страхування такою подією найчастіше є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, вагітність, пологи тощо.

Згідно зі статтею 25 Закону «Про страхування» страховик має право запитувати і отримувати інформацію від установ, підприємств та організацій усіх видів власності і організаційної форми щодо обставин настання конкретного страхового випадку. Чинне законодавство не описує процедуру аналізу цієї інформації, особливо в частині врегулювання (визначення вартості та відшкодування) збитків за договорами добровільного медичного страхування.

Страховики, виходячи зі специфіки послуг, які вони надають, законодавства та власних установчих документів, не мають права займатися медичною практикою і не мають відповідних дозвільних документів. Тому приїзд до лікувально-профілактичного закладу фахівця-експерта (співробітника страхової організації) більше справляє ефект психологічної атаки, оскільки оцінити ефективність і правильність лікувально-діагностичного процесу має право або інший суб'єкт господарювання, який здійснює медичну практику, або судово-медичний експерт, або комісія державних органів управління охороною здоров'я. В окремих випадках може бути врахована думка фахівця у визначеній галузі медицини. Хоча, ніде правди діти, несприятлива ситуація з винагородою праці в практичній медицині виштовхнула на страховий ринок багатьох досвідчених фахівців, які досить часто мають вищу теоретичну підготовку, ніж персонал лікувально-профілактичних закладів, і поради та запитання таких фахівців дуже часто мають слушність, проте скористатися

їх досвідом офіційно і без обмежень в лікувально-профілактичному закладі неможливо.

Невизначеність і недосконалість вітчизняного законодавства не дозволяє повністю впровадити в практику страхову модель медицини в Україні. Неможливо розробити адекватні стандарти роботи як з боку страховиків, так і з боку провайдерів медичних послуг. Тому співпраця переважно ґрунтується на джентльменських домовленостях, а не на нормах закону, адже взаємна вигода від такої співпраці і для лікувально-профілактичних закладів, і для страховиків є незаперечною.

Окремим складним питанням залишається співпраця страхових організацій із службами швидкої невідкладної медичної допомоги. Надан-

Невизначеність і недосконалість вітчизняного законодавства не дозволяє повністю впровадити в практику страхову модель медицини в Україні

ня платних послуг такими суб'єктами господаювання є нормативно забезпеченим у ряді регіонів країни. Частина робіт, які стосуються надання додаткових послуг з перевезення пацієнтів, проведення виїзних оглядів, супроводу масових заходів, є і логічно повинні бути платними. Але виникає питання стосовно законності виставлення рахунків станціями швидкої допомоги до страховиків у випадку виклику карет швидкої медичної допомоги до застрахованих осіб за показаннями. Ця послуга є безоплатною і забезпечу-

ється державою. В таких випадках служба швидкої медичної допомоги, образно кажучи, вдруге залазить у кишеню до застрахованої особи за коштами: першого разу — при утриманні податків і зборів, з яких формується державний бюджет України, в тому числі і бюджет галузі охорони здоров'я та Міністерства надзвичайних ситуацій, і вдруге — коли виставляє рахунок асистансу чи страховій компанії за надані основні послуги (не додаткові!) застрахованій особі і фактично претендує на частину страхового відшкодування, яке належить застрахованій особі.

Отже, проблеми взаємовідносин між лікувально-профілактичними закладами і страховими організаціями є актуальними і досить гострими. Враховуючи прогресивність таких явищ, як добровільне медичне страхування та обов'язкове медичне страхування, постійні тенденції до поширення таких послуг в Україні, вищезгадані проблеми потребуватимуть багатьох заходів і кроків для свого вирішення. Ці заходи мають бути здійснені скоординовано як державою, так і приватними структурами, які прямим або непрямим чином причетні до страхової медицини. ■