

СУБ'ЄКТНА СКЛАДОВА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Тетяна Стецюк,
ст. викладач
кафедри
страхування
ДВНЗ
«Київський
національний
економічний
університет
ім. Вадима
Гетьмана»

Відповідно до чинного законодавства України, до основних суб'єктів медичного страхування відносять страховиків, страхувальників, застрахованих, лікувально-профілактичні установи (ЛПУ). Для забезпечення виконання страховиками задекларованих в умовах медичного страхування зобов'язань, окрім названих суб'єктів, можуть бути і додаткові, такі як асистуючі компанії, експерти якості медичної допомоги тощо.

Сутність суб'єктів медичного страхування слід розглядати з погляду їхньої корисності, прав та обов'язків, що виникають у процесі реалізації страхового захисту здоров'я громадян. Одним із основних суб'єктів медичного страхування виступають страховики, під такими розуміють юридичних осіб, котрі створені та функціонують у формі акціонерних, повних командитних товариств та товариств з додатковою відповідальністю, які згідно з чинним законодавством України мають право на здійснення страхової діяльності а також отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення діяльності з медичного страхування.

Обов'язки страховика визначаються його функціями. Для виконання своїх функцій страховики наділені відповідно до законодавства правами і обов'язками [2]. Страховики самостійно розробляють умови медичного страхування та подають їх до уповноваженого органу при отриманні ліцензії на проведення медичного страхування. В обов'язки страховика входить укладання угоди із лікувально-профілактичними закладами про надання медичних послуг, гарантованих договором страхування, контроль якості медичної допомоги, яка надається ЛПУ застрахованій особі, контроль напрямів та доцільність використання страхових коштів надавачами медичних послуг.

За необхідності страховик має право призначати і проводити експертизу з метою перевірки настання страхового випадку. Це дозволяє, з одного боку, попереджувати приховування настання

страхового випадку і тим самим забезпечувати захист прав застрахованого, а з другого – не здійснювати необґрунтовані виплати. Обов'язок страховика полягає в тому, що він:

укладає договори щодо надання гарантованого обсягу медичної допомоги застрахованому з обов'язкового медичного страхування з лікувально-профілактичними закладами та самостійно практикуючими медичними працівниками;

укладає договори щодо надання медичних послуг з добровільного медичного страхування з будь-яким медичним або соціальним закладом та окремими особами, акредитованими у встановленому порядку;

контролює якість медичної допомоги згідно з договором медичного страхування;

контролює діяльність використання страхових коштів виробниками медичних послуг;

для забезпечення стабільності страхової діяльності зобов'язаний створити резервні фонди та фонди профілактичних заходів.

Страхувальники, поряд зі страховиками, є основними суб'єктами медичного страхування. Це можуть бути юридичні особи та працездатні громадяни, які уклали зі страховиками угоди страхування або є ними відповідно до законодавства країни. При проведенні медичного страхування до страхувальників прийнято відносити підприємства, установи, організації, громадські, благодійні організації та фонди, інші юридичні особи, а також громадяни, які є дієздатними і сплачують страхові вне-

ски. До обов'язків страхувальників юридичних осіб входить сплата страхових премій згідно з договорами страхування, здійснення заходів, спрямованих на усунення або зменшення негативного впливу ризиків на здоров'я, надання інформації про істотні характеристики ризику, що приймається на страхування. Відповідно до принципів страхування страхувальники мають право вільного вибору страховика з урахуванням якісних характеристик страхового медичного продукту та його ціни.

Застрахована особа має право в умовах медичного страхування на вибір страховика, медичного закладу і лікаря, отримання медичної допомоги у закладах, зазначених у договорі страхування, отримання медичних послуг відповідно до їх переліку, передбаченого договором страхування певної участі та в обумовлених обсягах, у межах страхової відповідальності страховика, у тому числі і на матеріальне відшкодування збитків, що завдані застрахованому з їх вини, повернення частини страхових премій при достроковому розірванні договору медичного страхування.

Одним із основних суб'єктів медичного страхування є лікувально-профілактична установа (приватно практикуючі лікарі). Медичні заклади, що надають послуги застрахованим, можуть бути різних форм власності. Вони є самостійними суб'єктами господарювання, укладають зі страховиками угоди на надання медичних послуг. Обов'язковою вимогою лікувально-профілактичних установ, що працюють у системі медичного страхування, є проходження акредитації та ліцензування.

ЛПУ мають право на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих. Вони мають право одержувати від страховика оплату вартості медичних послуг, що надані застрахованому згідно з медико-економічними стандартами лікування, вимагати розгляду претензій до медичних закладів комісіями за участю незалежних експертів.

Для розвитку медичного страхування індивідуальних клієнтів найбільш перспективними є медичні установи,

які працюють за принципами сімейної медицини та використовують у медичній практиці сімейного лікаря який гармонізує інтереси страховика, застрахованого і медиків.

У практиці зарубіжних країн досить часто в полісі і правилах медичного страхування можна зустріти таке обмеження як «дія відповідного полісу не поширюється на відшкодування витрат, пов'язаних з отриманням медичних послуг у приватно практикуючого лікаря». Причинами цього слугують такі фактори.

По-перше, це зумовлено порядком ціноутворення на медичні послуги: загальноприйнятою практикою є встановлення всіма медичними закладами однакових цін для усіх страхових компаній, чиї клієнти скористалися послугами у вказаних закладах. По-друге, це викликано загальним і небезпідставним уявленням про те, що фінансова відповідальність медичного закладу за якість послуг, що надаються, вища, ніж у приватно практикуючого лікаря, навіть за наявності в обох випадках поліса страхування професійної відповідальності.

В якості суб'єкта медичного страхування може виступати і держава. Держава виконує управлінські функції. Ступінь впливу держави в діяльності медичного страхування в будь-якій індустріально-розвиненій країні неоднакова. Відносини держави з системою медичного страхування характеризуються державним регулюванням. Державне регулювання є не випадковим, а навпаки необхідно законодавчим, управлінським: від м'яких форм регулювання страхової діяльності до її фактичного одержавлення. Державне втручання в охорону здоров'я необхідне для створення нормативно-правової бази, формування цільових комплексних програм, координації наукових досліджень, а також для фінансування соціально значущого обсягу допомоги (охорона матері та дитини, лікування інфекційних захворювань, превентивні заходи, спрямовані на боротьбу із захворюваністю та смертністю). Склад суб'єктів медичного страхування відображено на рис. 1., [1, С. 67].



Рис. 1. Суб'єкти медичного страхування [1, С. 67].

Вищезазначені суб'єкти медичного страхування є основними, але, виходячи із сутності медичного страхування, потрібно зазначити і додаткових суб'єктів медичного страхування. До додаткових суб'єктів слід віднести компанії, які надають послуги щодо асистування, органи ліцензування ЛПУ та СМО. Медичні заклади зобов'язані надавати застрахованому допомогу і послуги в обсягах, видах, формах та на умовах, визначених медико-економічними стандартами страхування, які включені до програми медичного страхування, подавати звіт страховику про обсяги наданої допомоги застрахованим.

Під суб'єктом ЛПУ слід розуміти:

- державні (комунальні) заклади охорони здоров'я;
- держава;
- лікувальні заклади госпрозрахункового типу з розвиненою системою комплексного медичного обслуговування повного циклу (обстеження, діагностування, операційне втручання);
- комерційні лікувальні центри поліклінічного, амбулаторного, діагностичного типу;

- індивідуальні лікувальні кабінети приватної практики.

Практика здійснення медичного страхування не містить економічних стимулів для її суб'єктів: для страхувальників – збереження і покращення свого здоров'я; для лікувально-профілактичної установи – надання якісних медичних послуг. На нашу думку, потрібно застосовувати механізм стимулювання суб'єктів медичного страхування через розроблення та впровадження нових програм медичного страхування, які стимулюватимуть страхувальників покращувати і підвищувати якісні характеристики свого здоров'я, не допускати погіршення здоров'я, не створювати свідомого ризику для свого фізичного стану.

Захоплюючись збільшенням продажів з послуг медичного страхування, українські страховики майже не приділяють уваги супроводженню договорів страхування. Проте деякі страхові медичні послуги, наприклад медичне страхування подорожуючих, вимагають мережі представництв по всьому світу, налагодження відносин з багатьма медичними закладами,

транспортними службами тощо. Оскільки останнє є нереальним навіть для великих страхових медичних організацій (далі СМО), природно, що складні технологічні процеси почали розділятися на прості операції, у результаті чого виникли спеціалізовані організації – сервісні компанії (асистанси).

Служба асистанс надає якісні послуги застрахованим особам, оптимізує витрати страховика і забезпечує контроль за якістю медичних послуг. Для ефективної роботи асистанса необхідними умовами є: цілодобово працююча диспетчерська служба у різних регіонах країни та світу, забезпечена багатоканальним телефонним зв'язком та досвідченими працівниками (медиками, юристами, технічними спеціалістами), кожен з яких має володіти кількома мовами; багаточисельні договори про надання послуг з медичними установами та сервісними службами, які розміщені в районі, що охоплюється мережею конкретного диспетчерського пункту. Існування асистантської компанії зумовлене необхідністю забезпечення виконання страховиком своїх зобов'язань перед застрахованими особами при реалізації послуг медичного страхування.

Головна мета асистансу – негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові моральної, медичної, а також технічної допомоги.

Договір такого страхування може передбачати відповідальність страхови-

ка при потребі медичного транспортування хворого до найближчої або спеціалізованої лікарні, транспортування в країну проживання з медичним супроводом. Проте він не відшкодовує вартість цілеспрямованого лікування за кордоном, лікування захворювань, які були відомі страхувальникові на момент укладання договору, вартість лікування хронічних захворювань, стоматологічного протезування тощо.

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

Складний та багаторівневий механізм взаємовідносин між суб'єктами медичного страхування в Україні унаочнює опрацьована автором схема на рис.2, що дозволяє відстежити напрями здійснення фінансування. Рух коштів добровільного медичного страхування, який здійснюється між його суб'єктами, визначається такими характеристиками як прозорість витрат та контроль за їх здійсненням.

Грошові потоки добровільного медичного страхування мають такі напрями руху: від страхувальника до страховика (сплата страхової премії), від страховика до надавача медичних послуг здійснюється оплата за виконану роботу по рахунку. Подана схема надзвичайно проста і прозора, зосередження коштів у страхової медичної організації підвищує рівень її відповідальності за їх витрачання перед застрахованими особами.

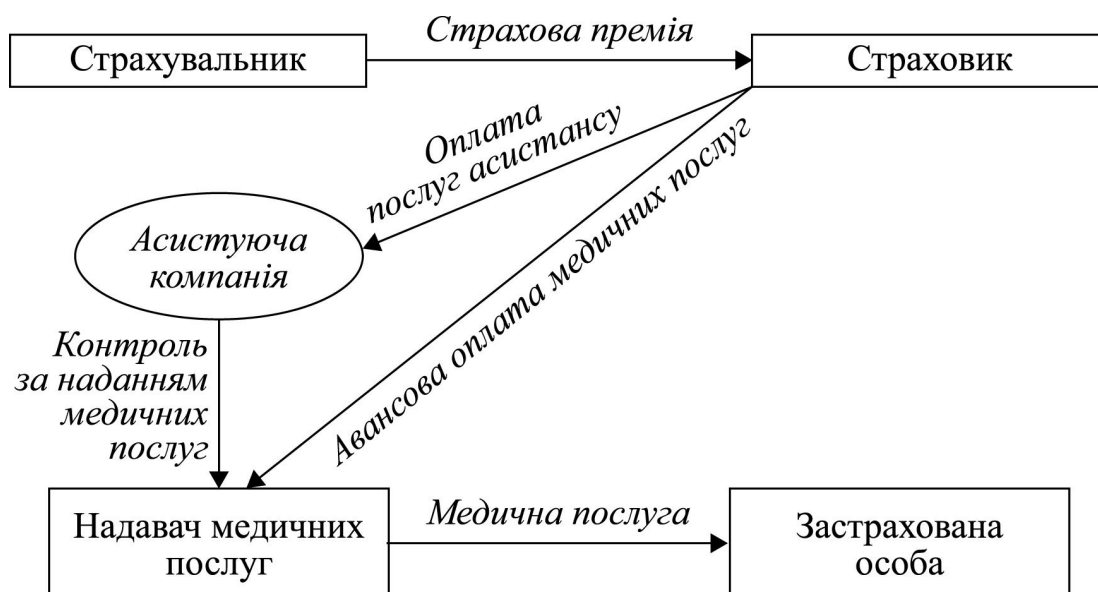


Рис.2. Взаємовідносини між суб'єктами медичного страхування

Діяльність страхових медичних організацій має на меті залучити кошти, відповідно розширити коло клієнтів, при цьому зберігаючи конкурентоспроможні страхові продукти, обумовлює активну реалізацію ними контролю за зростанням витрат на медичні послуги.

Під час дослідження взаємовідносин між суб'єктами медичного страхування було виявлено, що практичне застосування медичного страхування слід розглядати з погляду корисності для його суб'єктів та врахування їхніх економічних інтересів. Так, для застрахованих осіб існування медичного страхування компенсує недостатнє державне фінансування галузі охорони здоров'я, фінансову недоступність для більшості населення платних медичних послуг; для страховиків медичне страхування розширює зону діяльності, а

отже і збільшення доходів; для медичних закладів медичне страхування виступає додатковим джерелом надходження коштів; для держави – зменшує навантаження на бюджет і забезпечує покращення стану здоров'я певної частини населення.

Література

1. *Нагайчук Н.Г.* Суб'єктна складова добровільного медичного страхування // *Н. Г. Нагайчук. Вісник КНТЕУ. – 2006. №1. – С. 67*
2. Про внесення змін до Закону України «Про страхування». Закон України від 4 жовтня 2001 року. // *Україна-бізнес. – 2001. - № 44.*

РІСПУ