

УДК 336.1

І. Є. Януль,

к. е. н., доцент, доцент кафедри фінансів, банківської справи та страхування,

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ORCID ID: 0000-0001-9990-4365

DOI: 10.32702/2306-6806.2021.4.87

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

I. Yanul,

PhD in Economics, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Finance,

Banking and Insurance, Taras Shevchenko National University of Kyiv

PROSPECTS OF MEDICAL INSURANCE DEVELOPMENT IN UKRAINE

У статті медичне страхування визначається як форма соціального захисту населення в сфері збереження здоров'я, яке забезпечує гарантії надання медичної допомоги на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі і в зв'язку з хворобою або нещасним випадком. Передбачено механізм забезпечення медичного страхування шляхом формування особистих страхових фондів, призначених для фінансування медичної допомоги в рамках страхових програм. Запропоновано напрями удосконалення законодавчого регулювання медичного страхування. Визначено особливості формування програм із медичного страхування страховими компаніями, забезпечення ефективної співпраці із медичними закладами. Висвітлено теоретичні основи медичного страхування, вивчення вітчизняними вченими, визначено проблеми впровадження медичного страхування та перспективи впровадження та розвитку медичного страхування в Україні.

In this article medical insurance is defined as a form of social protection of the population in the field of health care, which is a guarantee of medical care in case of loss of health for any reason, including in connection with a disease or an accident. It is provided by measures for the formation of personal insurance funds intended to finance health care within the framework of insurance programs. It is established that health insurance is inextricably linked with other types of social insurance. The theoretical basis of the implementation of medical insurance is investigated and perspective directions of its development in Ukraine are considered.

Preserving the health and life of the giants € with the necessary mental harmony, effective development of the modern suspension. Order the rogues of the country to report the maximum in the minds of the pandemic wikis. The development of market changes in Ukraine, the reform of the medical system and the formulation of news for its day-to-day system and social protection of the population, in one of the types of medical insurance.

The main indicators of the state of health care in Ukraine are highlighted, the research of the problem of health insurance Ukrainian scientists is revealed, the necessity of introduction of insurance medicine for ensuring an effective health care system in Ukraine is determined. Problems of introduction of obligatory medical insurance and prospects of its introduction and development are defined. In particular, the adoption of the law "On compulsory health insurance". The mechanism of formation of the Compulsory Health Insurance Fund has been revealed. Emphasis is placed on the need to form insurance funds that are formed at the expense of the population. The formation of target insurance funds of territorial communities is proposed.

Mechanisms of cooperation between insurance companies and the state in the field of compulsory health insurance are proposed. In particular, the participation of insurance companies in the implementation of programs for the provision of additional medical services, tax incentives for health insurance, which is carried out in the state health insurance. The necessity of attracting funds of citizens in providing health insurance through the formation of health insurance funds has been proved.

Ключові слова: медичне страхування, страхова медицина, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, ринок медичного страхування.

Key words: medical insurance, insurance medicine, compulsory health insurance, voluntary medical insurance, health insurance market.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Збереження здоров'я та життя громадян є необхідною умовою гармонійного, ефективного розвитку сучасного суспільства. Уряди розвинених країн світу докладають

максимальних зусиль в умовах викликів пандемії. Розвиток ринкових відносин в Україні, реформування медичної системи зумовлює формування нової за своєю сутністю системи соціального захисту населення, одним з видів якої

є медичне страхування. Пострадянська система фінансування охорони здоров'я, що склалась у розподілі бюджетних коштів, призвела до скорочення видатків у галузі медицини, погіршення якості надання медичної допомоги громадянам, особливо, мало захищеним верствам.

Законодавчі гарантії в Україні передбачають забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування [9]. Отже, необхідною передумовою підвищення якості надання медичних послуг в Україні є реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Слід наголосити, що, як свідчить сучасний досвід, реформування повинно здійснюватись з урахуванням позитивних напрацювань, які склались із попередніх років (максимальне збереження ліжок-місць, кваліфікованого медичного персоналу, забезпечення достатньо високого рівня освіти лікарів та медичних сестер) та використання досвіду розвинених країн світу у галузі медичного страхування. Першочерговим завданням залишається удосконалення системи фінансування охорони здоров'я, пошук додаткових джерел фінансування шляхом формування страхових фондів обов'язкового та добровільного медичного страхування. Актуальним є розвиток медичного страхування, що пов'язаний із упорядкуванням та визначенням обсягу видатків бюджету в межах соціального медичного забезпечення, яке фінансується із бюджетів всіх рівнів, запровадження відповідних страхових медичних фондів. Необхідно надалі розвивати обов'язкове медичне страхування, сприяти розвитку страхової медицини.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Теоретичним дослідженням та практичним аспектам медичного страхування в Україні присвячено праці В.Д. Базилевича, С.С. Осадця, Р.В. Пікус, Н.В. Приказюк, С.Б. Березіної, Д.Д. Третяк, Т.В. Яворської, Є.В. Дяченка, А.Ю. Савенка та інших. Праці цих вчених висвітлюють сутність, необхідність, особливості медичного страхування. Визначено класифікацію медичного страхування, переваги обов'язково медичного страхування. Доведено необхідність запровадження та розвитку добровільного медичного страхування, обґрунтовано необхідність запровадження страхової медицини в Україні.

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Проте слід зазначити, що Україна залишається єдиною пострадянською країною де не запроваджене обов'язкове медичне страхування для всіх громадян. На законодавчому рівні не закріплено порядок формування та розподілу фондів медичного страхування, механізмів співпраці держави та страхових компаній у галузі страхової медицини. Наведенні вище питання потребують подальшого дослідження і надання пропозицій щодо розвитку медичного страхування в Україні з метою ефективного забезпечення фінансування медицини та захисту прав громадян у сфері охорони здоров'я. Особливо важливим є вирішення проблеми медичного страхування в процесі реформування охорони здоров'я.

МЕТА І ЗАВДАННЯ СТАТТІ

Метою статті є визначення основних напрямів розвитку медичного страхування в Україні на сучасному етапі економічного розвитку.

Для досягнення мети дослідження визначено такі завдання:

- виокремити економічні і соціальні чинники, що впливають на становлення та розвиток системи медичного страхування в Україні;
- довести необхідність запровадження страхової медицини в Україні;
- визначити джерела фінансування медичних витрат на рівні держави та місцевих бюджетів;
- обґрунтувати необхідність створення відповідних страхових фондів на державному та місцевому рівні;

— розкрити механізм формування страхових фондів у галузі охорони здоров'я;

— надати пропозиції щодо удосконалення взаємодії держави та страхових компаній на ринку медичного страхування України.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Незаперечним фактом є те, що ефективна, оптимальна система охорони здоров'я є одним із основних факторів в забезпеченні високого рівня життя, показником високого рівня розвитку і врешті економічної безпеки держави. Стан здоров'я населення — один із головних показників високого рівня соціального захисту в державі, спрямований на забезпечення добробуту. За показником Індексу людського розвитку (далі — ІЛР), який відображає узагальнені характеристики людського потенціалу з урахуванням здоров'я та довголіття, освітніх здобутків та рівня життя населення, Україна посіла 88 позицію серед 189 країн і територій, які представлені в Доповіді Програми розвитку ООН про стан людського розвитку за 2019 рік. Попри помітне зростання значення ІЛР протягом 1991—2018 років (відповідно з 0,705 до 0,750), позиція України поступово переміщувалась із 47 місця в 1991 році на 75 місце у 2000 році, 82 місце у 2010 році та 88 місце у 2018 році [12]. До основними показниками, що характеризують стан здоров'я нації є: тривалість життя населення, смертність, рівень народжуваності, демографічний розвиток. Тривалість життя — інтегральний індикатор стану здоров'я населення, його благополуччя, а також підсумовуючою оцінкою умов життєдіяльності населення та мірилом ефективності охорони здоров'я. Українці живуть в середньому на 9 років менше, ніж громадяни Європейського Союзу: середня очікувана тривалість життя в Україні становила 72 роки; у країнах Європейського Союзу середнє значення цього показника — 81 рік [12]. Гострою проблемою України залишається висока передчасна смертність у працездатному віці, насамперед серед чоловіків, які живуть в середньому на 10 років менше, ніж жінки. Такий розрив помітно перевищує існуючі в розвинених європейських країнах відмінності у показниках дожиття за статтю, де вони становлять лише 3,5—5 років [12]. Аналіз причин смертності показує незадовільний стан системи охорони здоров'я та реальний доступ населення до медичних послуг. У структурі смертності переважає смертність від серцево-судинних захворювань, при цьому однією з найбільш негативних тенденцій є збереження високих показників смертності від цієї причини у молодому і відносно молодому віці. Гострий інфаркт міокарда став причиною смерті у 19,8 випадках на 100 тис. населення; близько 50% пацієнтів після перенесеного інсульту отримують первинну інвалідність, близько 12% померлих від інсульту — особи працездатного віку [12]. Головними чинниками високого рівня неінфекційних захворювань є ризикові способи поведінки людей (нездорове харчування, недостатня фізична активність, куріння та зловживання алкоголем), що обтяжується браком усвідомлення населенням власної відповідальності за здоров'я та недостатнім рівнем профілактичних втручань медичних працівників (особливо на рівні первинної медичної допомоги) [12]. Одним із важливих чинників високої якості життя та забезпечення здоров'я громадян є наявність чистої води та повітря. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала, що забруднення повітря призводить до збільшення захворюваності та смертності в світі, зокрема, понад 80% захворювань тією чи іншою мірою залежать від якості повітря [12]. Рівень народжуваності в Україні є відносно низьким, коли на 10 жінок припадає у середньому 12—13 народжених дітей, що не забезпечує рівень простого заміщення поколінь. Як результат, демографічний розвиток України характеризується формуванням та посиленням низки негативних тенденцій, як-то: зменшення чисельності населення (на початок 2010 року — 46 млн осіб, а 2020 року — 41,9 млн осіб без тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя), старіння населення (частка осіб віком 65 років і старше у загальній чисельності

населення становила 17%, тоді як за шкалою ООН, країни зі старим населенням вважають ті, в яких ця частка становить понад 7%). Погіршення медико — демографічних характеристик населення пов'язано зі зростанням захворюваності, поширення хронічних хвороб та збереження високого рівня професійної захворюваності, виробничого та побутового травматизму.

Чинниками такого незадовільного рівня життя та здоров'я громадян передусім є — низький рівень валового національного доходу в розрахунку на душу населення, за рівнем якого Україна значно поступається країнам з високим рівнем людського розвитку (відповідно 7994 доларів проти 14403 доларів США за паритетом купівельної спроможності) [12]. По-друге існуюча в Україні практика недофінансування медицини. Третій чинник, що тісно пов'язаний із попередніми, — незадовільний стан матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ, рівень заробітної плати та матеріальна зацікавленість медичного персоналу.

Отже, першочерговим завданням успішного розвитку медицини в Україні є оптимізація фінансування медичної сфери.

Відомо, що нині в розвинених країнах діють три системи охорони здоров'я: система обов'язкового (регулюючого) страхування, бюджетна система та система приватного страхування. Ці системи в різному сполученні мають місце практично у всіх розвинених країнах, однак переважає тенденція впровадження на державному рівні обов'язкового медичного страхування [2, с. 145—147]. Отже, страхова медицина — об'єктивна необхідність в Україні. Запровадження страхової медицини дозволить:

- поєднати обов'язкове державне страхування з приватними лікувальними установами;
- підвищення якості медичних послуг;
- розвиток медичної інфраструктури та науки;
- збільшення розмірів фінансування закладів охорони здоров'я;
- надання доступу до якісних медичних послуг населенню з мінімальним рівнем доходів [1, с. 274].

Важливою наразі є диверсифікація джерел фінансування медичних установ. Відомо, що основним джерелом фінансування залишається бюджетне. При чому переважає більшість видатків фінансується за рахунок коштів місцевих бюджетів (59% у 2019 році), кошти державного бюджету — 15%, власні кошти населення — 20%, за рахунок добровільного медичного страхування — 6% [11].

Для забезпечення рівності застрахованих громадян виникає необхідність оптимальної забезпеченості фінансових ресурсів для фінансування видатків на охорону здоров'я на державному та місцевому рівнях. Необхідно формувати одноканальну систему фінансування охорони здоров'я через систему органів місцевого самоврядування (далі ОМС) консолідованою базовою програмою, з урахуванням регіональних диференційованих обсягів медичної допомоги та фінансування бюджету України. Впровадження ефективних механізмів фінансового забезпечення ОМС, орієнтоване на збільшення обсягу і якості медичної допомоги та профілактики зумовлює необхідність затвердження на державному рівні нормативу фінансування консолідованої базової програми ОМС за принципом фінансування медичної допомоги за стандартом її надання, незалежно від місця її надання [9]. Крім того бюджетне фінансування спрямовується від забезпечення кошторису до оплати медичної допомоги, наданої конкретній людині відповідно до визначених стандартів (програма реформування). Таким чином, повинен оплачуватись конкретний пакет медичних послуг, що надається пацієнту (в межах визначених державою обсягів).

Виходячи із зарубіжного досвіду, соціально орієнтованому економічному і суспільному ладу повинна відповідати розгалужена система фінансування медичних послуг.

Додаткові ресурси, що забезпечують підвищення якості та результативність видатків у галузі медицини:

- обов'язкове медичне страхування;
- добровільне медичне страхування;
- кошти населення;
- цільові накопичувальні фонди громад;
- благодійні внески.

Обов'язкове медичне страхування може здійснюватись шляхом здійснення страховими компаніями, що мають ліцензію на таке страхування. Необхідно відмітити, що в багатьох країнах світу такі послуги здійснюються, зокрема, для окремих категорій населення, та пріоритетних, дорого вартісних програм. Обов'язковою умовою такого страхування є створення пільгових умов оподаткування для страхових компаній, гарантії виконання ними зобов'язань з обов'язкового медичного страхування.

Наступним шляхом є формування фонду обов'язкового медичного страхування на основі внесків роботодавців, працівників і держави. Формування такого фонду базується на зацікавленості роботодавців у здоров'ї працівників, як основного елементу виробничого процесу.

Об'єктивна необхідність формування такого фонду зумовлена також забезпеченням фінансування соціального медичного страхування [9]. Соціальне медичне страхування передбачає задоволення потреби громадян у медичних послугах, незалежно від купівельної спроможності. Причому за дітей, студентську молодь, людей пенсійного віку внески буде сплачувати держава.

Для оптимального визначення податкового навантаження для роботодавців та громадян, програми обов'язкового медичного страхування повинні включати лише основні медичні послуги, передусім амбулаторне лікування і перебування в стаціонарі. До переліку основних послуг при розробці програм медичного страхування бути віднесено надання основних лікарських, допоміжних лікарських засобів, забезпечення медичної реабілітації у випадках важких захворювань або інвалідності, спеціальні послуги з ранньої діагностики та профілактики захворювань.

Першочерговим завданням щодо обрахунку витрат у галузі охорони здоров'я і відповідно розподілу коштів фонду обов'язкового медичного страхування залишається розрахунок бюджету лікарні, кількість лікувальних закладів та оплата поза лікарняної допомоги в розрахунок на одного жителя. Тарифи на послуги лікарів і лікарень повинні обґрунтовано, прозоро обґрунтовані. Водночас залишається актуальним збереження лікарняних ліжок в спеціалізованих лікарнях та підготовка лікарів відповідної кваліфікації (як показує досвід пандемії). Модернізації системи охорони здоров'я передбачає також формування єдиної централізованої системи органів управління обов'язковим медичним страхуванням [9].

Сформована негативна тенденція фінансування охорони здоров'я сприяє перекаданню тягаря витрат по забезпеченню конституційних прав громадян на отримання гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги з держави на населення. Офіційні дані про особисті споживчі витрати на медичну допомогу не враховують тіньові платежі. Результати вибіркових соціологічних обстежень бюджетів домашніх господарств показали, що якщо врахувати тіньовий сектор ринку медичних послуг, то частка витрат громадян з особистих коштів зростає до 45% від сукупних витрат на медичну допомогу. Аналогічний показник для лікарських засобів і виробів медичного призначення становить 66,7%, тобто співвідношення витрат населення і держави становить 2:1 [6, с. 58].

Виходячи із необхідності пошуку позабюджетних джерел фінансування охорони здоров'я, на нашу думку, актуальним залишається формування і подальший розвиток лікарняних кас. Лікарняні каси дозволяють легалізувати оплату медичних послуг за рахунок населення. Перевагою таких кас є об'єднання коштів громадян для фінансування необхідних видатків, їх цільове використання. В Україні розробляється законодавство щодо організаційних засад функціонування лікарняних кас [10].

Відомо, що переважна більшість видатків на охорону здоров'я фінансується із бюджетів територіальних громад — переважна більшість лікарняних закладів фінансуються за рахунок місцевих бюджетів. Водночас для забезпечення рівного доступу громадян щодо отримання послуг у галузі охорони здоров'я програма обов'язкового медичного страхування формується в регіоні з урахуванням вимог до обсягів медичної допомоги, що встановлюються клінічними протоколами. У цьому сенсі — це єдина програма для всієї України.

Існуюче розділення на державну базу і територіальні програми ОМС поступається місцем поділу на:

- а) базову програму для застрахованих громадян, що формується на основі єдиних державних вимог;
- б) державні і територіальні програми додаткового медичного страхування.

Додаткове медичне страхування може включати додаткове лікарське страхування, надання високотехнологічної допомоги понад установлені квоти, надання застрахованим медичної допомоги в обсягах, порядку і на умовах, що перевищують вимоги за базовою програмою.

Крім того, більш жорсткі вимоги до структури надання медичної допомоги, які закладаються в базову програму ОМС відповідно державними клінічними протоколами, дозволять дати поштовх до здійснення реструктуризації регіональної охорони здоров'я.

Зміцнення фінансової бази ОМС має здійснюватися шляхом подвійного процесу — підвищення відповідальності за формування коштів ОМС і вирівнювання умов фінансування за рахунок державних субсидій. Для забезпечення цього процесу підвищується роль центру. З одного боку, зростає ступінь централізації коштів ОМС, з іншого — посилюється регулювання формування коштів в регіонах.

За рахунок державних субсидій фінансові ресурси ОМС переміщуються на користь регіонів, не здатних зібрати достатньо коштів для забезпечення соціального мінімуму в силу об'єктивних соціально-економічних причин. Державні субсидії спрямовані на забезпечення виконання базової програми ОМС у регіонах. Їх розмір розраховується з урахуванням рівнів бюджетної забезпеченості і встановлюється в складі видатків бюджету Державного фонду ОМС у розрізі окремих регіонів.

Державні субсидії будуть надаватися за таких умов:

— відповідності "пакета" медичної допомоги за базовою програмою ОМС вимогам, встановленим законодавством про держгарантії медичної допомоги та обов'язкове медичне страхування у відношенні формування територіальних програм державних гарантій;

— відсутність заборгованості по страховим внескам на ОМС непрацюючого населення, або за належного виконання заходів з погашення наявної заборгованості.

Регулююча функція реалізується через такі механізми:

1. Встановлюються єдині вимоги до обсягів медичної допомоги, що надається в рамках базової програми ОМС. Особливість цих вимог — в їх конкретному характері.

2. Закладаються в розрахунок вартості базової програми ОМС не можуть бути нижче нормативів фінансових витрат на одиницю гарантованих видів медичної допомоги, що встановлюються Урядом України. Крім того, затверджені тарифи на медичну допомогу не можуть бути менші величин, розрахованих відповідно до методики визначення мінімальних тарифів. Це дозволить підняти планку вимог до ресурсного забезпечення надання медичної допомоги в Україні. Одночасно обмежуються можливості регіонів фінансувати з кошторисним принципом медичні установи, минаючи систему ОМС. Тобто створюються умови для перетворення двоканальної системи державного фінансування охорони здоров'я в одноканальний — переважно через систему ОМС [7, с. 19].

Окрім бюджетного фінансування та розподілу коштів із фонду обов'язкового медичного страхування, на нашу думку, актуальним залишається пошук додаткових джерел фінансування закладів охорони здоров'я територіальних громад. Тим більше, що технічне та матеріальне осна-

щення таких закладів лишається на дуже низькому рівні. Такими додатковими джерелами, на нашу думку, можуть бути місцеві цільові фонди, що формуються за рахунок відповідних місцевих податків та зборів (у тому числі, пов'язаних зі станом довкілля, що впливає на стан здоров'я населення громад, що потерпають від забруднення навколишнього середовища). Ефективним також є законодавче закріплення певної частини непрямих податків із їх спрямуванням на видатки з охорони здоров'я. Важливими залишаються благодійні внески суб'єктів підприємницької діяльності та запровадження відповідних податкових пільг.

У рамках існуючого законодавства є проблема дублювання фінансування ОМС, ДМС та відомчої медицини. На багатьох підприємствах роботодавці змушені паралельно організовувати медичну допомогу своїм співробітникам, або використовувати власну лікувальну базу і фінансуючи її з доходів підприємства, або звертаючись до ДМС і оплачуючи двічі одні і ті ж ризики.

Для ліквідації цього дублювання пропонується застосовувати механізм додаткового медичного страхування з включенням у нього страхового забезпечення за базовою програмою ОМС. Що сплачується страховальниками за договором медичного страхування страхова премія не включає частину, що підлягає оплаті дирекцією територіального фонду в розмірі дошугного нормативу фінансування на одного застрахованого по ОМС [5, с. 241].

У розвиненій ринковій економіці одне із найважливіших джерел фінансування охорони здоров'я — добровільне медичне страхування громадян, як відмічалося вище, на добровільне медичне страхування припадає 1,5% від загальної суми фінансування сфери охорони здоров'я.

Переважає більшість договорів добровільного медичного страхування — це договори корпорацій, що гарантують певний соціальний пакет. Перспективним, на нашу думку, є використання зарубіжного досвіду щодо залучення страхових компаній України до обов'язкового медичного страхування. Відповідно, страхові компанії повинні відповідати вимогам законодавства у сфері медичного страхування.

На страховиків, які здійснюють діяльність відповідно до законодавства у договорі медичного страхування, поширюються вимоги по ОМС, зокрема ведення системи персоніфікованого обліку застрахованих, контроль обсягу, якості, термінів, умов і обрუნтованості надання допомоги застрахованим, захист їх прав та ін.

Застрахованим за таким договором медичного страхування надається право звернення в систему ОМС за екстрених станів, що вимагають оперативного втручання, при знаходженні поза місцем свого постійного проживання, при необхідності надання спеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги, а також за неможливості отримання необхідної медичної допомоги в медичних організаціях, з якими має договірні відносини страховик за договором медичного страхування.

У цих випадках надані в системі ОМС медичні послуги оплачуються медичною організацією територіальними відділеннями з подальшим відшкодуванням цих коштів страховиком за договором добровільного медичного страхування [6, с. 91].

Основою запровадження системи медичного страхування є: підготовка та затвердження необхідної законодавчої та нормативної бази; завершення роботи над медичними стандартами та протоколами лікування; визначення вартісних показників медичних послуг; завершення організаційно економічної перебудови галузі; залучення до фінансування охорони здоров'я додаткових джерел (страхові внески роботодавців та працюючих, збільшення акцизів та введення податку на активи і т.д.)

Найбільш помітні зміни чекають лікарні та поліклініки: щоб співпрацювати з Фондом загальнообов'язкового соціального медичного страхування, їм доведеться пройти акредитацію: пред'явити ліцензію на медичну практику; укласти договір про надання медичних послуг зі страховиком; володіти матеріально-технічною базою, яка відповідає законодавчим нормативам. Однак необхідно досить

виважено підходити до реорганізації медичних закладів (особливо, первинної ланки). Зберегти доступність до медичних послуг кожного громадянина, попри територію проживання.

ВИСНОВКИ З ПРОВЕДЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОАЛЬШИХ РОЗВІДОКУ ЦЬОМУ НАПРЯМІ

1. Впровадження системи медичного страхування в Україні є питанням дуже актуальним і відноситься до першочергових завдань, які вимагають негайного вирішення, оскільки питання сучасного стану охорони здоров'я одні з самих нагальних в нашій країні.

2. Медичні послуги, які є складовою медичної допомоги, як і інші послуги, не можуть бути безкоштовними. Якісне надання медичних послуг вимагає значних матеріальних та інших витрат. Відомо, що бюджетне фінансування, яке переважає в Україні не в змозі повноцінно профінансувати видатки на охорону здоров'я. Як свідчить досвід розвинених країн, страхова медицина — основа надання гарантованих і доступних медичних послуг для громадян.

3. Основою страхової медицини є формування страхових фондів для покриття ризиків, що стосуються здоров'я та життя громадян. Першочергової ваги набуває запровадження обов'язкового медичного страхування, формування страхових фондів на рівні громад, розвиток та удосконалення добровільного медичного страхування, співпраці держави та страхових компаній у галузі охорони здоров'я громадян.

4. Головними проблемами запровадження обов'язкового медичного страхування вважають: оптимізацію видатків на охорону здоров'я, що гарантує держава кожному громадянину (визначення потреби в лікарняних ліжках, фінансування модернізації лікувальних закладів, придбання медичних препаратів, достойної оплати праці медичних працівників, підготовку лікарів та медичного персоналу на високому кваліфікаційному рівні); розрахунок достатнього рівня оподаткування роботодавців та громадян з метою формування Фонду обов'язкового медичного страхування (запровадження податкових пільг, прозорість відносин у сфері трудового права та здійснення оплати праці).

5. Важливим, на нашу думку, є формування фінансових ресурсів для фінансування охорони здоров'я на рівні територіальних громад. Адже основна мережа закладів охорони здоров'я утримується за рахунок коштів відповідних територіальних громад. Потребує розробки оптимальної системи розподілу бюджетних коштів, Фонду обов'язкового медичного страхування, подальший розвиток лікарняних кас, законодавче регулювання формування благодійних фондів на фінансування охорони здоров'я територіальних громад. України. На нашу думку, актуальним є запровадження місцевих зборів з метою цільового фінансування видатків на охорону здоров'я (особливо за забруднення навколишнього середовища і перевищення граничних норм забруднення водних, земельних та повітряних ресурсів).

6. Актуальним питанням залишається розвиток добровільного медичного страхування в сфері страхування додаткових медичних послуг, окремих програм медичного страхування (наприклад, програма "Дитина", програма "Здорова старість", програми профілактичних заходів та інші, визначені державою). При чому потребує удосконалення та прийняття нового закону "Про страхування", в контексті пільгового функціонування відповідних страхових компаній, що будуть залучені до спільного страхування державних медичних програм. Звичайно, важливим залишається посилення контролю здійсненням такого страхування.

7. Основою здійснення заходів реорганізації системи охорони здоров'я та запровадження страхової медицини, як свідчить зарубіжний досвід, є ріст економіки держави, запровадження антикорупційних заходів в галузі охорони здоров'я, прийняття закону "Про обов'язкове медичне страхування в Україні", прийняття нового закону "Про страхування", розробка та прийняття законодавства щодо

порядку фінансування видатків на охорону здоров'я територіальних громад України.

Література:

1. Дяченко Є. В. Сучасний стан корпоративного медичного страхування в Україні. Теоретичні та прикладні питання економіки. 2011. — № 26. — С. 270—275.
2. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст, Книга плюс: Київ, 2008, — 320 с.
3. Кардаш В. Е. Економічні аспекти страхової медицини і логістика в охороні здоров'я. Главный врач. № 4. Київ, 2004. С. 45—48.
4. Козьменко С. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. Вісник Української академії банківської справи. 2012. № 2 (33). С. 62—68.
5. Костюченко О. Зміст та специфіка трудової функції лікаря. Форум права. 2008. № 3. — С. 241—251.
6. Котова С. Проблеми запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування в Україні. Тернопіль: ТНЕУ, 2010. Вип. 6. С. 91—96.
7. Стеценко В. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. Публічне право. 2013. № 2. С. 57—63.
8. Стеценко С. Медицинское право Украины: учебник. Правоединство. Киев, 2008. 507 с.
9. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я" від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-D180>
10. Проект Закону України "Про лікарняні каси" від 10.01.2017 р. № 5664. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/101-2017p>
11. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я URL: <http://www.moz.gov.ua>
12. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики URL: <http://www.msp.gov.ua>

References:

1. Diachenko, Ye. V. (2011), "The current state of corporate health insurance in Ukraine", *Teoretychni ta prykladni pytannia ekonomiky*, vol. 26, pp. 270—275.
2. Moskalenko, V. F. (2008), *Pryntsyphu pobudovy optimal'noi systemy okhorony zdorovia* [Principles of building an optimal health care system], Knyha pliu, Kyiv, Ukraine.
3. Kardash, V. E. (2004), "Economic aspects of insurance medicine and logistics in health care", *Glavnyj vrach*, vol. 4, pp. 45—48.
4. Kozmenko, S. (2012), "Analysis of Legislative Initiatives on Compulsory Health Insurance in Ukraine", *Visnyk Ukrain'skoi akademii bankiv'skoi spravy*, vol. 2, no. (33), pp. 62—68.
5. Kostyuchenko, O. (2008), "Contents and specifics of the labor function of a physician", *orum prava*, vol. 3, pp. 241—251.
6. Kotova, S.S. (2010), "Problems of introduction of compulsory state health insurance in Ukraine", *Ternopil': TNEU*, vol. 6, pp. 91—96.
7. Stetsenko, V. (2013), "Compulsory Health Insurance in Ukraine: Theses for Regulatory", *Pravoedinstvo*, vol. 2, pp. 57—63.
8. Stetsenko, S.G. (2008), *Medytsynskoe pravo Ukrainy* [Medical law of Ukraine], Legalunity, Kyiv, Ukraine.
9. Cabinet of Ministers of Ukraine (2016), Resolution "On approval of the Concept of health care financing reform", available at: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-D180> (Accessed 23 March 2021).
10. Verkhovna Rada of Ukraine (2017), Draft Law of Ukraine "On Health Insurance Funds", available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/101-2017p>
11. Official page of health care Ministry (2021), available at: <http://www.moz.gov.ua> (Accessed 23 March 2021).
12. Official page of social politics Ministry (2021), available at: <http://www.msp.gov.ua> (Accessed 23 March 2021).

Стаття надійшла до редакції 06.04.2021 р.