

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СВЕТ МАРГАРИТА ЮРІЇВНА

УДК 338 24:368.9.06Д36

ДИСЕРТАЦІЯ

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В
УКРАЇНІ**

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного
управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____Свет М. Ю.

Науковий керівник – Мордвінов Олександр Григорович, доктор наук з
державного управління, професор

Запоріжжя – 2021

АНОТАЦІЯ

Свет М. Ю. Державне регулювання медичного страхування в Україні. – кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». – Класичний приватний університет, Запоріжжя; Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021.

У першому розділі – «Теоретичні засади впровадження медичного страхування» – проаналізовано й узагальнено змістовне підґрунтя певних праць вітчизняних і зарубіжних учених у галузі медичного страхування в Україні. Визначено фінансові основи побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах, відзначено певні законопроекти, які сприяють впровадженню системи медичного страхування в Україні. Акцентовано увагу на концептуальних засадах впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування.

У другому розділі – «Інституціональні особливості організації системи медичного страхування» – доведено, що при побудові комплексної системи медичного страхування в Україні головним і визначальним чинником має стати поєднання державного та приватного фінансування медичного страхування. Охарактеризовано функціональні стратегії страхових компаній та їх безпосередній вплив на розвиток ринку медичного страхування в Україні. Запропоновано низку заходів з метою надійного й ефективного функціонування системи медичного страхування в Україні. Досліджено переваги і недоліки, загрози і можливості окремих страхових компаній ринку медичного страхування і системи медичного страхування в цілому. Проведено порівняльний аналіз систем медичного страхування в різних країнах; розглянуто ключові принципи стратегій Уряду та Міністерства охорони здоров'я щодо впровадження системи медичного страхування в Україні.

У третьому розділі – «Шляхи вдосконалення державного регулювання розвитку медичного страхування в Україні» – розроблено шляхи вирішення існуючих проблем у галузі медичного страхування як в Україні, так і в інших країнах світу.

Дисертаційна робота характеризується наявністю наукової новизни, яка полягає в обґрунтуванні науково-теоретичних засад системи медичного страхування в Україні та напрямках її вдосконалення.

У дисертаційній роботі автором проведено порівняльний аналіз систем медичного страхування в різних країнах із розробкою шляхів розв'язання проблем у галузі медичного страхування для кожної країни окремо; вперше досліджено перспективи впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні; удосконалено шляхи вирішення проблем у галузі медичного страхування й пропозиції щодо впроваджуваної системи медичного страхування в Україні з урахуванням стратегії Уряду, Міністерства охорони здоров'я та європейського досвіду. Також у дисертаційній роботі набули подальшого розвитку методи вирішення проблем у галузі медичного страхування для кожної країни.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що важливим питанням залишається узгодження державної політики, яка спрямована на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування в Україні. У дисертаційній роботі розглянуто три позиції щодо можливостей впровадження в Україні страхової медицини: по-перше, принцип солідарності – заможний сплачує за малозабезпеченого, здоровий – за хворого, молодий – за людину похилого віку; по-друге, кожен пацієнт має бути впевнений, що страховка покриє його витрати на лікування; по-третє, завдання реформи полягає в тому, щоб зробити медицину комфортною для пацієнта, щоб він отримував бажане одужання в найкоротші терміни без зайвих матеріальних і моральних витрат. Передбачено, що в Україні комбінація стратегії управління витратами на основі попиту з конкретним обмеженим обсягом фінансових

ресурсів та стимулювання населення до піклування про власне здоров'я і профілактики захворювань буде найбільш дієвою стратегією управління витратами на охорону здоров'я в Україні, яка сприятиме їх раціональному й ефективному використанню.

За результатами аналізу відзначено, що вирішенням проблеми існування системи обов'язкового медичного страхування в Україні є впровадження бюджетно-страхової моделі, за якої система фінансування охорони здоров'я буде здійснюватися на трьох рівнях: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування.

Для успішного подальшого розвитку медичного страхування в Україні та збереження здоров'я населення автором дисертації запропоновано зробити обов'язковим повне медичне обстеження один раз на півроку для своєчасної профілактики й діагностики різних захворювань; ухилення або відмова від такого обстеження через будь-яку причину, крім тяжкості фізичного стану, має передбачати суттєве покарання – матеріальне стягнення у розмірі 10% утримання із заробітної плати впродовж календарного року; здійснювати відрахування 5–10% від заробітної плати залежно від її розмірів у спеціальні медичні фонди для надання медичної допомоги тим, хто її потребує, але не має достатньої кількості коштів на необхідне обстеження та лікування. Така пропозиція автора дисертаційної роботи є надійною альтернативою як обов'язковому, так і добровільному медичному страхуванню власного здоров'я через суперечки в необхідності медичного страхування впродовж багатьох років для осіб таких вікових категорій: молоді, яка дотримується здорового способу життя, але, звичайно, не може убезпечити себе від онкологічного захворювання або нещасного випадку; людей зрілого віку, які, виходячи з реалій нашого життя, віддають перевагу самолікуванню; людей похилого віку, які мають різні хронічні захворювання й потребують постійного лікування, контролю за

перебігом захворювання та результатами цього лікування, запобігання ускладненням, загальнозміцнювальної терапії.

Автором дисертаційної роботи проаналізовано перспективи впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні. Для адміністрування відрахувань на страхування за онкологічним профілем до повноцінного введення системи загальнообов'язкового медичного страхування запропоновано створити Фонд боротьби з онкологічними захворюваннями у взаємодії з Пенсійним фондом України. Створений фонд буде щомісячно накопичувати кошти на окремому рахунку застрахованої особи від онкологічного захворювання у розмірі 3% від заробітної плати за принципом єдиного соціального внеску. Крім того, враховуючи спадковість та індивідуальні фактори ризику, кожен громадянин має можливість добровільно застрахуватись від онкологічного захворювання певної локалізації, скориставшись різноманітними програмами, які пропонують приватні страхові компанії на випадок онкологічного захворювання.

Таким чином, реформи охорони здоров'я щодо впровадження обов'язкового медичного страхування паралельно з розвитком добровільного медичного страхування допоможуть вирішити питання з високою вартістю лікування онкологічних захворювань, і разом з тим, Україна вже сьогодні має багато можливостей та перспектив щодо розвитку ефективної системи медичного страхування.

Ключові слова: система медичного страхування, державне регулювання медичного страхування, фінансовий механізм медичного страхування, обов'язкове та добровільне медичне страхування, стратегія впровадження медичного страхування.

SUMMARY

Sviet M. State regulation of the health insurance in Ukraine. – Qualifying thesis work on the rights of the manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Public Administration in the specialty 25.00.02 «Mechanisms of the Public Administration». – Classic Private University, Zaporizhia; Classic Private University, Zaporizhia, 2021.

The first section – «Theoretical principles of health insurance implementation» – analyzes and generalizes the content of certain works of national and foreign scientists in the field of health insurance in Ukraine. Financial bases for building an effective health care system in Ukraine on an insurance basis has been determined and certain bill drafts that promote the introduction of health insurance system in Ukraine have been marked. Attention has been emphasized on the conceptual principles for implementing compulsory and voluntary health insurance in Ukraine.

The second section – «Institutional features of the organization of the health insurance system» – proves that during the construction of a comprehensive health insurance system in Ukraine the main and determining factor should be a combination of state and private financing of health insurance. The functional strategies of insurance companies and their direct influence on the development of the health insurance market in Ukraine have been characterized. A number of measures have been proposed for the reliable and effective functioning of the health insurance system in Ukraine. The advantages and disadvantages, threats and opportunities of individual insurance companies in the health insurance market and the health insurance system as a whole have been studied. A comparative analysis of health insurance systems in different countries has been made; the key principles of the strategy of the Government and the Ministry of Health regarding the introduction of the health insurance system in Ukraine have been considered.

The third section – «Ways to improve state regulation of health insurance development in Ukraine» – develops the ways of solving the existing problems in the field of health insurance both in Ukraine and other countries.

The dissertation work is characterized by the scientific novelty which is to substantiate the scientific and theoretical principles of the health insurance system in Ukraine and directions of its improvement.

In the thesis research the author conducted a comparative analysis of health insurance systems in different countries with the development of ways of solving the existing problems in the field of health insurance for each country; for the first time the prospects of introduction of insurance medicine as a struggle against oncological morbidity in Ukraine are investigated; the ways of solving the existing problems in the field of health insurance and proposals to improve the implemented health insurance system in Ukraine by taking into account the strategy of the Government, the Ministry of Health and European experience have been improved. The ways of solving the existing problems in the field of health insurance for each country have also been further developed in the dissertation work.

The results of the conducted study of existing health insurance problems in Ukraine show that the coordination of the state policy directed at the developing a unified strategy for health insurance implementation in Ukraine remains an important issue.

The dissertation research considers three positions on the possibilities of introducing insurance medicine in Ukraine: first, the principle of solidarity - the rich pays for the poor, the healthy – for the sick, the young - for the elderly person; secondly, each patient should be sure that the insurance will cover his treatment costs; thirdly, the reform mission is to make the sphere of medicine comfortable for the patient so that he would receive the desired recovery in the shortest possible time without unnecessary material and moral costs. It is envisaged that the combination of a demand-based cost management strategy with specific limited financial resources

and encouragement of people to care for their own health and prevent diseases will be the most effective strategy for health care cost management in Ukraine, which will promote their rational and efficient use.

According to the results of the analysis, the solution to the problem of the existence of a compulsory health insurance system in Ukraine is the introduction of a budget-insurance model, according to which the health care financing system will be implemented at three levels: state funding, compulsory health insurance and voluntary health insurance.

For the successful further development of health insurance in Ukraine and maintaining the population health, the author of the dissertation work proposed to make a mandatory full medical examination once every six months for timely prevention and diagnosis of various diseases; evasion or refusal of such examination for any reason, except for the severity of the physical condition, should provide a significant penalty - a penalty of 10% of deductions from wages during the calendar year; to deduct 5–10% of the salary, depending on its size, in special medical funds to provide medical care to those who need it, but do not have sufficient funds for the necessary examination and treatment.

This proposal of the author of the dissertation research is a reliable alternative to both compulsory and voluntary health insurance due to disputes over the need for health insurance for many years for people of the following age categories: young people who follow a healthy lifestyle, but, of course, as and any of us cannot warn ourselves from the cancer or accident; mature people who, based on the realities of our lives, prefer self-medication; elderly people who have various chronic diseases and need constant treatment, control over the course of the disease and the results of this treatment, prevention of complications, restorative therapy.

The author of the dissertation research analyses the prospects of introducing insurance medicine as a fight against cancer diseases in Ukraine. To administer oncology insurance contributions before the full introduction of the system of

compulsory health insurance, it is proposed to create a Fund for Combating Cancer in cooperation with the Pension Fund of Ukraine. The established fund will monthly accumulate funds in a separate account of the insured person against cancer diseases in the amount of 3% of salary on the principle of a single social contribution. In addition, taking into account heredity and individual risk factors, every citizen has the opportunity to insure against cancer disease of a particular location voluntarily, using a variety of programs offered by private insurance companies in case of a cancer disease.

Thus, health care reforms to introduce compulsory health insurance in parallel with the development of voluntary health insurance in Ukraine will help to solve the problem of high cost of cancer treatment, and along with all the problems Ukraine already has many opportunities and prospects for developing an effective health insurance system.

Key words: medical insurance system, state regulation of medical insurance, financial mechanism of medical insurance, compulsory and voluntary medical insurance, strategy of introduction of health insurance.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації

Статті в наукових фахових виданнях

1. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2016. № 1. С. 98–103. *Особистий внесок здобувача: висвітлено управлінський аспект реформування системи охорони здоров'я в Україні.*

2. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Проблеми і перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2016. № 3. С. 128–134. *Особистий внесок здобувача: визначено негативні чинники впливу на впровадження медичного страхування в Україні.*

3. Сердюк М. Ю. Особливості державного регулювання системи медичного страхування в Україні. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2017. № 1 (17). С. 1–9.

4. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2017. № 1. С. 1–16.

5. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження досвіду функціонування медичного страхування в Ізраїлі для України. *Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія «Державне управління»*. 2017. Т. XVIII. Вип. 302. С. 110–116.

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях

6. Сердюк М. Ю., Мордвінов А. Г. Юридические аспекты управления качеством онкологической помощи и внедрения страховой медицины в Украине. *JURNALUL JURIDIC NATIONAL: TEORIE TI PRACTICĂ*. 2017. № 5 (27). С. 35–39. *Особистий внесок здобувача: окреслено перспективи впровадження страхової медицини в Україні.*

7. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Сучасний стан фінансування охорони здоров'я та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Slovak international scientific journal*. 2017. № 11 (11). С. 52–57. *Особистий внесок здобувача: схарактеризовано сучасний стан фінансування галузі охорони здоров'я.*

***Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації
та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації***

Матеріали конференцій

8. Сердюк М. Ю. Фінансові аспекти впровадження медичного страхування в Україні. *Трансформація національної моделі фінансово-кредитних відносин: виклики глобалізації та регіональні аспекти* : матеріали наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 23 листопада 2016 р.). Ужгород, 2016. С. 379–381.

9. Сердюк М. Ю. Сучасні трансформації у сфері охорони здоров'я в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 20 листопада 2015 р.). Запоріжжя : КПУ, 2015. С. 218–220.

10. Сердюк М. Ю. Особливості впровадження добровільного медичного страхування в Україні. *Зміни в соціально-економічному розвитку країни* : матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 15–16 жовтня 2016 р.). Київ, 2016. С. 39–41.

11. Сердюк М. Ю. Соціально-економічні передумови розвитку медичного страхування в Україні. *Наука. Інновації. Соціально-економічний розвиток* : матеріали XVII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 30–31 жовтня 2016 р.). Київ, 2016. Т. 3. С. 29–30.

12. Сердюк М. Ю. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 18 листопада 2016 р.). Запоріжжя : КПУ, 2016. С. 199–202.

13. Сердюк М. Ю. Особливості реалізації державної політики з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями у період впровадження медичного страхування в Україні. *Перспективи розвитку*

сучасної науки : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 2–3 грудня 2016 р.) : у 2 ч. Львів, 2016. Ч. 2. С. 146–149.

14. Сердюк М. Ю. Сучасний стан страхування як невід’ємної частини впроваджуваної медичної реформи в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 24 листопада 2017 р.). Запоріжжя : КПУ, 2017. С. 231–233.

Прізвище Сердюк змінено на Свет на підставі Свідоцтва про шлюб, серія І-ЖС № 229381 від 16 листопада 2018 р, виданого Запорізьким міським відділом державної реєстрації актів цивільного стану Головного територіального управління юстиції у Запорізькій області

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ПОЗНАЧЕНЬ.....	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	24
1.1. Механізми державного управління системою охорони здоров'я у галузі медичного страхування в Україні.....	24
1.2. Фінансовий механізм побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах	46
1.3. Концептуальні засади впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування	58
Висновки до розділу 1.....	72
РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	76
2.1. Аналіз сучасного стану ринку медичного страхування в Україні	76
2.2. Порівняльний аналіз систем медичного страхування в країнах світу	89
2.3. Прогностична оцінка результатів реалізації механізмів державного управління в галузі медичного страхування в Україні	116
Висновки до розділу 2.....	129
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	132
3.1. Шляхи розв'язання існуючих проблем у галузі медичного страхування в країнах світу	132
3.2. Механізми розв'язання існуючих проблем медичного страхування в Україні	151

3.3. Стратегія Уряду та Міністерства охорони здоров'я	
щодо впровадження медичного страхування в Україні	162
Висновки до розділу 3.....	200
ВИСНОВКИ.....	205
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	210
ДОДАТКИ.....	235

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ПОЗНАЧЕНЬ

- АТО – антитерористична операція.
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.
- ДМС – добровільне медичне страхування.
- ДСМС – державне соціальне медичне страхування.
- ДПП – державно-приватне партнерство.
- ДСГ – діагностично споріднені групи.
- ДУ «ЦГЗ МОЗУ» – Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».
- ЄС – Європейський Союз.
- ЗДСС – заклади добровільного соціального страхування.
- ЗДМС – заклади добровільного медичного страхування.
- ЗНО – загальне незалежне оцінювання.
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я.
- МС – медичне страхування.
- ОДСМС – обов'язкове державне соціальне медичне страхування.
- ОЗ – охорона здоров'я.
- ОМС – обов'язкове медичне страхування.
- СК – страхові компанії.
- РРМС – регіональний ринок медичного страхування.
- СНІД – синдром набутого імунодефіциту.
- УМСБ – Українське медичне страхове бюро.
- УНП – універсальний нестраховий пакет.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Здоров'я нації є найбільшою цінністю українського суспільства, адже саме результати роботи працездатного населення суттєво впливають на процеси економічного, соціального та культурного розвитку країни. Нині для державного та комунального секторів охорони здоров'я в Україні характерні застаріла матеріально-технічна база, низький рівень фінансування і, як результат, невисока якість обслуговування. Суспільні трансформації в Україні, спрямовані на досягнення повноцінного функціонування ринкової економіки, несуттєво вплинули на адекватні перетворення в системі охорони здоров'я, діяльність якої й далі значною мірою відбувається на засадах недостатньо ефективного адміністративного регулювання. Недоліками в системі державного регулювання охорони здоров'я населення є низька результативність механізмів фінансового захисту громадян у разі захворювання; незадовільна якість медичної допомоги; відсутність задоволення потреб громадян у медичній допомозі в необхідних обсягах.

Забезпечення соціально орієнтованого управління галуззю охорони здоров'я, а також пошук шляхів подолання основних проблем у цій галузі, зокрема браку фінансових ресурсів та незадовільної якості медичного забезпечення населення, вимагають нового підходу до запровадження системи, що базується на страхуванні здоров'я людей. Обмеження фінансових можливостей держави при наростанні бюджетного дефіциту, викликане загальним спадом виробництва, унеможливило забезпечення необхідного рівня витрат на цю галузь лише за рахунок державних коштів.

Проголошення в ст. 49 Конституції України безоплатності медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я не виключає можливості її фінансування шляхом розвитку позабюджетних механізмів

залучення додаткових коштів, зокрема створення страхових фондів. Світовий досвід переконує, що ефективність використання коштів у страхових системах значно вища, ніж при бюджетній системі їхнього розподілу, що позначається на характері лікування та якості обслуговування пацієнта. Інтереси останнього додатково захищає медико-страховий позабюджетний фонд. При цьому держава забезпечує надання громадянину гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги та її відповідність встановленим державним стандартам.

Наукове підґрунтя вирішення проблематики формування й розвитку системи медичного страхування в ринкових умовах закладено визначними зарубіжними та вітчизняними вченими, серед яких: В. Биховченко, М. Білинська, Н. Богомаз, А. Бороденко, М. Бучкевич, С. Вовк, Ю. Вороненко, А. Гончар, А. Городецька, Я. Дробот, М. Йакаб, Н. Карпишин, І. Китзін, В. Лобас, М. Мних, А. Могилова, А. Окунський, А. Островська, С. Пилипенко, Я. Радиш, І. Рожкова, О. Солдатенко, О. Степанова, Н. Федорова, І. Федорович, І. Чкан, В. Шевцов, В. Шевчук, М. Шутов, І. Яковенко та ін.

Незважаючи на теоретичну та практичну цінність накопичених наукових знань, існує потреба подальшого аналізу поточного стану й тенденцій розвитку ринку медичного страхування в Україні, пошуку шляхів вирішення наявних проблем медичного страхування в Україні та узгодження державної політики, спрямованої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження системи медичного страхування в Україні, що актуалізує тему дослідження. Вищезазначене зумовило вибір теми, мету й завдання дисертаційної роботи, її структуру та зміст.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проведено в межах науково-дослідної роботи Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), де автором виконано

підрозділ «Наукові основи медико-соціальних підходів в державній політиці з охорони здоров'я»; «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645), де автором проаналізовано поточний стан ринку медичного страхування в Україні та виконано порівняльний аналіз систем медичного страхування в зарубіжних країнах, обґрунтовано шляхи розв'язання наявних проблем і узгодження державної політики щодо впровадження системи медичного страхування в Україні.

Мета й завдання дослідження. *Метою дослідження є обґрунтування механізмів удосконалення державного регулювання системи медичного страхування в Україні.*

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі *завдання*:

- розкрити сутність понять «державне регулювання медичного страхування», «механізм державного регулювання медичного страхування»;
- висвітлити механізми державного управління охороною здоров'я у сфері медичного страхування;
- визначити концептуальні засади впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування;
- здійснити порівняльний аналіз систем медичного страхування в Україні та за кордоном і визначити можливості застосування зарубіжного досвіду щодо вирішення порушеної проблеми;
- обґрунтувати фінансові механізми побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах;
- окреслити перспективи й обґрунтувати практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання процесу розвитку медичного страхування в Україні.

Об'єкт дослідження – державне регулювання сфери охорони здоров'я в умовах упровадження медичного страхування.

Предмет дослідження – державні механізми розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням соціально-економічної стратегії держави.

Методи дослідження. У ході дослідження використано загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема: *абстрактно-логічний* – для розробки структури й визначення змісту дисертації; *дедуктивний* – для декомпозиції мети дослідження; *аналізу та синтезу* – для виявлення переваг і недоліків процесу впровадження та функціонування системи медичного страхування в різних країнах; *узагальнення* – для формулювання висновків і пропозицій дослідження; *порівняльного аналізу* – для дослідження українського та закордонного досвіду розвитку страхової діяльності; *систематизації* – для впорядкування наукових уявлень і підходів до застосування державних механізмів розвитку медичного страхування; *моделювання* – для визначення загроз, які найсуттєвіше впливають на державне регулювання медичного страхування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в розробленні шляхів вирішення наявних у сфері медичного страхування проблем і визначенні перспектив упровадження страхової медицини в Україні. Основні результати, які мають елементи новизни, полягають у тому, що:

уперше:

– обґрунтовано підхід до фінансування системи охорони здоров'я, що буде здійснюватися як державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування й сприятиме наданню своєчасних якісних і доступних медичних послуг населенню й ранній діагностиці складних захворювань; зокрема, обґрунтовано передумови створення Фонду боротьби з онкологічними захворюваннями та забезпечення його взаємодії з Пенсійним фондом України;

удосконалено:

– ідентифікацію можливостей і загроз розвитку страхової медицини в Україні та розроблено на цій основі пропозиції щодо: посилення

інформованості населення про можливості й переваги медичного страхування; індивідуалізації підходу до клієнта; підвищення кваліфікації працівників медичних закладів та органів управління у сфері охорони здоров'я щодо проведення заходів антикризового менеджменту; визначення зв'язку між розміром внесків до фонду обов'язкового медичного страхування та величиною доходів їхніх платників; стимулювання розвитку приватного медичного страхування;

– обґрунтування зміни інституційного механізму державного регулювання медичного страхування в Україні шляхом створення Українського центру медичної стандартизації, якому належатимуть повноваження національного органу стандартизації у сфері охорони здоров'я; Національної агенції медичного страхування, що матиме фінансову компетенцію та компетенцію контролю за якістю надання медичних послуг;

– пропозиції щодо врахування стратегії Уряду, Міністерства охорони здоров'я України та європейського досвіду при розв'язанні проблем у галузі медичного страхування в Україні, зокрема щодо розроблення прогресивної системи ставок внесків до Фонду обов'язкового медичного страхування, яка буде відображати зв'язок між розміром внесків і розміром доходів платників внесків, визначення їхньої нижньої межі для соціально вразливих категорій громадян та тих осіб, які користуються можливістю виділення субсидій і дотацій із державного бюджету;

набули подальшого розвитку:

– понятійно-термінологічний апарат державного регулювання медичного страхування в Україні, а саме: розкриття сутності понять «державне регулювання медичного страхування» (як комплексу механізмів державного регулювання страхового захисту здоров'я громадян, який охоплює сукупність заходів, методів, засобів та інструментарій державного впливу на ефективне функціонування системи медичного страхування) і «механізм державного

регулювання медичного страхування» (як організаційної системи впливу на об'єкти управління страхової діяльності у сфері охорони здоров'я, структура якої включає нормативно-правовий, економічний, організаційний, мотиваційний компоненти, з метою забезпечення ефективного функціонування медичного страхування);

– напрями вдосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема державно-приватне партнерство, що передбачає визначення сфери охорони здоров'я пріоритетною сферою інвестування; оновлення нормативно-правової бази з питань державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; підвищення інституційної спроможності органів державної влади й органів місцевого самоврядування щодо використання сучасних механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я тощо;

– обґрунтування пропозиції щодо обмеження віку обов'язкового медичного страхування громадян (від 18 до 60 років).

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що його основні теоретичні положення доведено до рівня конкретних пропозицій у формі, придатній для використання органами державного управління, фінансовими, науковими та освітніми установами, суб'єктами господарювання. Основні результати дослідження використали такі структури:

– Комунальна установа «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Запорізької обласної ради – враховано рекомендації щодо перспектив упровадження та розвитку страхової медицини в аспекті боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні при розробці Стратегії регіонального розвитку Запорізької області на період до 2020 р. (довідка про впровадження від 03.07.2018 № 316/1);

– ПАТ «Страхова компанія “PZU Україна”» (довідка про впровадження № 20/58 від 22.05.2018) і ПАТ «Страхова компанія “Провідна”» (довідка про впровадження № 1/60 від 22.05.2018) – враховано рекомендації щодо

розв'язання проблемних питань, пов'язаних з упровадженням медичного страхування в Україні;

– Сумський державний університет, кафедра управління – використано матеріали стосовно державного управління системою охорони здоров'я України й упровадження медичного страхування при формуванні заходів протидії високим показникам смертності від онкологічних і критичних захворювань в Україні; при підготовці навчально-методичних матеріалів, зокрема з дисципліни «Публічні фінанси і фінансовий менеджмент» (довідка про впровадження від 23.05.2018);

– Класичний приватний університет – при викладанні дисциплін «Державне управління», «Державне та регіональне управління» (довідка від 09.09.2020 № 52).

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки й рекомендації, розроблені в процесі дослідження, оприлюднено на таких конференціях, як: Міжнародна наукова конференція молодих вчених «Наука і вища освіта» (м. Запоріжжя, 2015 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Зміни в соціально-економічному розвитку країни» (м. Чернівці, 2016 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Наука. Інновації. Соціально-економічний розвиток» (м. Чернівці, 2016 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика» (м. Запоріжжя, 2016 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Трансформація національної моделі фінансово-кредитних відносин: виклики глобалізації та регіональні аспекти» (м. Ужгород, 2016 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Перспективи розвитку сучасної науки» (м. Львів, 2016 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика» (м. Запоріжжя, 2017 р.).

Публікації. Результати дослідження викладено в 14 наукових працях, з них: 5 – статті в наукових фахових виданнях України, 2 – статті в зарубіжних періодичних наукових виданнях, 7 – матеріали конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 249 сторінок. Робота містить 11 таблиць та 3 рисунки. Список використаних джерел включає 202 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Механізми державного управління системою охорони здоров'я у галузі медичного страхування в Україні

На законодавчому полі України давно назріли якісні зміни, особливо в галузі охорони здоров'я. Виникла необхідність значно скорегувати алгоритми надання медичної допомоги, дещо змінити підхід до прийнятих раніше стандартів та звернути нарешті увагу на ступінь задоволення громадян та якісний кінцевий результат. Якщо взяти до уваги досвід розвинутих європейських економік, то можна помітити, що соціально-медичний захист населення у всіх країнах Старого Світу та США хоч і будується відповідно до особливостей вектора розвитку кожного окремого суспільства (рівня народжуваності-смертності, кривої захворюваності, економічних підстав та ін.), проте зазвичай має спільне підґрунтя під назвою «страхова медицина».

Оскільки Україна обрала шлях євроінтеграції, очевидно, що держава має активно запроваджувати в галузі охорони здоров'я (далі – ОЗ) перспективні алгоритми, роками напрацьовані прогресивними країнами. Однак наразі система охорони здоров'я перебуває у критичному становищі, тому потребує сталого забезпечення й багаторівневого фінансування.

Медичне страхування у процесі якісних перетворень відіграє ключову роль, адже саме зараз в Україні відбуваються важливі метаморфози, пов'язані із втіленням дієвої управлінської моделі, спрямованої ефективно управляти системою охорони здоров'я. При цьому медичне страхування (далі – МС) є

невід'ємною складовою галузі, тому його безболісна інтеграція потребує створення найбільш комфортних умов з погляду законодавчих норм та забезпечення загальнодоступного інформаційного поля. Гармонійне введення медичного страхування у галузеву структуру приведе до оптимізації механізмів соціального захисту та системи гарантій для населення.

Оновлення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я та алгоритми її реформування зумовлюють необхідність впровадження теоретико-практичних методів управління цією галуззю [13]. Також необхідно вирішити проблему співвідношення комплексного механізму державного управління системою ОЗ та її поступової декомпозиції на певні підрозділи. Для досягнення цієї мети доцільно використовувати схеми статистичних і системних аналізів, а також різнопланові методи стратегічного й індикативного планування та прогнозування задля впровадження медичного страхування на державному рівні [14].

Механізм державного управління медичним страхуванням є складовою частиною комплексного механізму державного управління системою охорони здоров'я. Проте його також можна розглядати як систему нижчого ієрархічного рангу, провести декомпозиції і виділити п'ять основних елементів, а саме: правовий, адміністративний, організаційний, фінансовий та інформаційний механізми державного управління медичним страхуванням.

Багаторівневість та розширена функціональність системи охорони здоров'я зумовлює труднощі в управлінні нею, особливо в умовах реформування та переходу на медичне страхування. Зважаючи на виключну важливість цієї галузі для проведення системних і комплексних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я нації, а також на величезну кількість проблем, які існують у сфері охорони здоров'я України, можна стверджувати, що вона потребує серйозного перезавантаження та ґрунтовного вдосконалення, адже у нинішньому стані вона не в змозі задовольнити всі потреби суспільства

щодо користування медичною допомогою та щодо її надання [11]. При формуванні ефективної політики та стратегії розвитку і реконструкції охорони здоров'я, потрібно враховувати ієрархічний механізм, який обмежує повноваження певних ланок влади на місцях та в регіонах.

До системи органів державного управління охороною здоров'я входять Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій). Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я.

До таких органів, зокрема, належать Міноборони України, МВС України, Служба безпеки України, Міністерство транспорту України. Ці органи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я та формують адміністративний механізм державного управління. Органи місцевого самоврядування також беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення згідно із Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні».

Плани та нормативно-правова база – це чинники та постулати, якими керувалися медичні заклади галузі в умовах державної монополії та абсолютної централізації адмінресурсу [12]. І лише з прийняттям низки законодавчих актів, зокрема Закону України «Про страхування» [44], Основ законодавства ЗДСС, з розробкою законодавчого проєкту про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування (далі – ДСМС) [5] та формуванням проєкту Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» [6] є сенс говорити про подальший розвиток соціально значущої ідеї обов'язкового медичного страхування в державі [3, с. 87].

Специфіка реалій, які ми спостерігаємо на теренах України, зумовлює виникнення певних проблем, що потребують вирішення в контексті

дослідження цієї теми. Йдеться про дієву систему алгоритмів, яка допоможе асимілювати засади медичного страхування у вже існуючій, хоча й значно зміненій галузі охорони здоров'я. Для досягнення цієї мети потрібно звернутися до вивчення генези страхування як правового явища, розглянутого крізь призму саме медичного страхування, адже воно є чітким інструментом, що допомагає широким верствам населення отримати високоякісну медичну допомогу та забезпечує спрощений доступ до неї.

Законодавче врегулювання страхових правовідносин здійснюється нормами Цивільного кодексу України, Господарського кодексу України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та іншими нормативно-правовими актами України.

Страхування – це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів [44, с. 1].

Згідно із Законом України «Про страхування», що описує страхові відносини, можна зробити однозначний висновок щодо розподілу його видів. Це добровільна та обов'язкова форма, що декларується на рівні держави (на це вказує зміст статей – від п'ятої до сьомої). Але виникає питання, чи стосується це медичного страхування, до впровадження якого Україна поступово рухається. Найімовірніше так, адже підтвердженням цього виступає ст. 18 ОЗУ, що прописує відповідні норми в галузі охорони здоров'я [8].

Відповідно до зазначених вище норм, Закон України «Про страхування» також передбачає проведення медичного страхування в добровільній та обов'язковій формах.

Так, п. 3 та п. 4 ч. 4 ст. 6 Закону України «Про страхування» передбачають можливість здійснення медичного страхування та документального захисту здоров'я на випадок хвороби в добровільній формі. Добровільне страхування – це процес, який здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. Загальні умови і схема здійснення добровільного страхування визначаються відповідними правилами, що встановлюються юридичною особою самостійно, згідно з вимогами цього Закону. Слід зазначити, що умови страхування можуть бути варіативними – це залежить від конкретної ситуації. Важливо укласти договір, не обходячи законодавчі норми (ст. 6 Закону України «Про страхування»).

Натомість п. 1 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про страхування» закріплює норму щодо здійснення медичного страхування в обов'язковій формі. Відповідно до вказаних законодавчих норм, Кабінет Міністрів України прописує всі необхідні аспекти, щоб процес був максимально прозорим і сталим. Наприклад, обов'язково вказують умови, на яких буде видаватися ліцензія страховикам, фінансові амплітуди тарифів, розрахункові алгоритми, правила укладання договорів (типові бланки) тощо.

При цьому слід зауважити, що на сьогодні жодного нормативно-правового акта стосовно механізму реалізації медичного страхування в обов'язковій формі чинне законодавство України не містить. Проте, як уже зазначалося, існує два альтернативні законопроекти, які перебувають на розгляді у Верховній Раді України та які передбачають можливість запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Йдеться про проєкт Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» (реєстр. № 2597–1 від 05.04.2013, далі – Законопроект № 1) та

проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який прийнято Верховною Радою України за основу (реєстр. № 2597 від 21.03.2013, далі – Законопроект № 2).

Так, Законопроект № 1 є визначальним відносно розробки підґрунтя ЗДМС. У ньому чітко вказано засади, на яких базується медичне страхування: хто може бути суб'єктом цього процесу; які випадки підпадають під це визначення; органи, які контролюють фінансові надходження (йдеться про Фонд ЗДМС); відповідальність та зобов'язання застрахованих осіб, а також правові засади, що захищають громадян від неправомірних дій. До позитивних рис Законопроекту № 1 зараховують відсутність суперечностей із конституційними вимогами, які наголошують на безоплатності медичної допомоги для більшості категорій громадян.

Однак існують і недоліки, з-поміж яких можна виокремити такий: дія цього документа не поширюється на військовослужбовців та осіб офіцерського чи рядового складу. Це є грубим порушенням конституційних норм, оскільки не забезпечує громадянам України рівні права та доступ до медичної допомоги. Є й інші верстви населення, які не можуть скористатися принципами рівноправ'я, наприклад, хуторяни (власники приватних господарств); згідно зі ст. 9 Законопроекту № 1, обрати лікаря чи установу можна виключно у випадку первинної допомоги. Також варто зазначити, що деякі статті суперечать одна одній. Наприклад, ст. 9 і ст. 21 проекту Закону про медичне страхування не дають чіткого визначення, як будуть забезпечені постулати Конституції відносно прав громадян на отримання послуг у галузі охорони здоров'я. Тобто, з одного боку, страхувальник має отримувати медичну допомогу відповідно до прописаних стандартів, а з іншого, – ці права обмежує перелік страхових випадків (таким чином, виконання однієї статті суперечить виконанню іншої).

Якщо уважно розглянути Законопроект № 1, то стає зрозумілим, що обов'язкове медичне страхування (далі – ОМС) позиціонується як ізольована

система. Але в ст. 25, що входить до законодавчих основ України про ЗДСС, чітко сказано, що медичне страхування являє собою компіляцію з іншими видами загальнообов'язкового соціального страхування. Отже, з огляду на цю інформацію, назріла необхідність створення Фонду ОМС та його підрозділів на місцях.

Варто зазначити, що Законопроект № 1 далеко не ідеальний, оскільки в ньому подана не вся інформація щодо правового статусу страхових організацій, режиму розподілення коштів, прав, статусу, обов'язків і повноважень закладів, що надають медичні послуги страхового характеру, а також правових аспектів, якими зможе користуватися пацієнт. Крім того, чітко не розписаний порядок законодавчого оформлення державного замовлення для надання медичних послуг [9].

Законопроект № 2 визначає принципові правові, організаційні та фінансові підвалини і механізми функціонування державного соціального медичного страхування, що належить до категорії загальнообов'язкового. До них входять: тлумачення поняття медичного страхування; перелік управлінських та інспектуючих інстанцій, що мають стосунок до процесу; правові законодавчі пункти, якими мають керуватися застраховані громадяни (а також відповідальність, яка очікує у випадку грубого порушення норм); таблиця страхових випадків та ситуацій, які не мають до них стосунку; чіткі алгоритми сплати страхових внесків, вартість кожного виду медичних послуг тощо.

Треба вказати на ще один значущий недолік Законопроекту № 2, який стосується нераціонального використання державного бюджету. Йдеться про створення додаткових організацій, які візьмуть на себе певні права й обов'язки, розділивши їх з Фондом ЗДСС та суміжними органами. Оскільки подібних організацій наразі налічується чотири, то створення п'ятої є не просто непотрібним, але й призводить до нецільового витрачання коштів, якщо поглянути на питання крізь призму дефіциту фінансових ресурсів держави.

Адже очевидно, що новостворений Фонд, на додачу до пенсійного, страхового, того, що відповідає за нещасні випадки на виробництві, та Фонду із втрати працездатності, буде вимушений продублювати деякі функції, які наразі покладені на інші організації. Наприклад, один із Фондів соціального страхування відповідає за реабілітацію громадян, які тимчасово не можуть працювати на підприємствах та виробництвах (застрахованим та їх сім'ям також допустимо користуватися заходами для профілактики захворювань у рамках програми медичного страхування). Оскільки вказана організація адекватно завантажена та повністю справляється з покладеною на неї місією, делегування обов'язків іншому Фонду абсолютно непотрібне та призведе до зайвих видатків.

У сфері медичного страхування є важливий момент: як тільки громадянин реєструє страховий поліс – він одразу перетворюється на правосуб'єктну особу. Страхувальників можна розподілити на такі групи: роботодавці, персонал, ФОПи, самозайняті особи, військовозобов'язані, волонтери та інші громадяни, що займаються суспільно корисними справами [15].

У правовідносинах із загальнообов'язкового державного соціального страхування страховиками виступають фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування. Відповідно до Закону України «Про страхування», страховиками визнаються фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств із додатковою відповідальністю згідно із Законами України «Про господарські товариства» та «Про акціонерні товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», а також одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Зокрема, юридичні органи визнають зареєстровані уповноваженою організацією відповідно до цього Закону та законодавства України постійні представництва у вигляді філій іноземних страхових компаній (далі – СК), які також отримали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Слід наголосити, що ключовим в основах законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування і законопроекті «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» є те, що страховиками виступатимуть некомерційні організації. Однак це не означає, що комерційним страховим організаціям не буде місця на ринку соціальних послуг. Безперечно, у країні буде й надалі розвиватися добровільне страхування за індивідуальними пенсійними програмами і добровільне медичне страхування, яке дасть змогу високозабезпеченим категоріям населення отримувати більш широкий і якісний набір медичних послуг.

Роль страхової медицини у реформуванні галузі охорони здоров'я неможливо переоцінити [5]. Вона виступає гарантом доступності та якості медичних послуг для всіх без винятку верств населення та стимулює залучення до бюджету допоміжних фінансових ресурсів. Але для її безперешкодного входження до складу напрацьованої роками системи ОЗ потрібно зробити багато цілеспрямованих кроків. Зокрема, розробити концептуальний базис та методологію, скорегувати сталі принципи організації медицини на платних засадах, напрацювати дієві управлінські механізми та всеохопні державні стратегії, що стосуються справедливого і виправданого ціноутворення та оптимізації показників якості надання меддопомоги населенню, у тому числі й відносно використання сучасного обладнання [1; 2; 10].

Фонд медичного страхування – це орган, до якого мають входити всі зацікавлені особи, – від застрахованих до представників профспілок. Саме йому, далекому від комерції та підпорядкованому виключно Наглядовій раді (спеціально створеному контрольному органу), держава має довірити здійснення процесу ОМЗ. До цього Фонду будуть надходити страхові кошти, що потім розподілятимуться за призначенням. Страхові компанії при цьому будуть дотримуватись повноцінного нейтралітету і не матимуть фактичного стосунку до процесу (рис. 1.1).

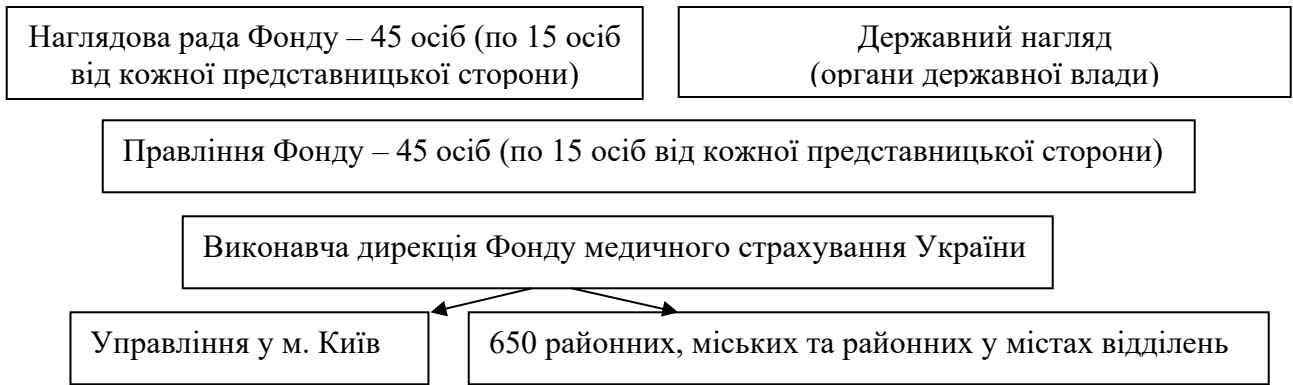


Рис. 1.1. Організація та контроль за діяльністю Фонду медичного страхування

Кожен управлінський крок має бути заснований на інформаційному синтезі, який, у свою чергу, базується на аналізі декількох важливих суспільних аспектів. По-перше, відомостей про загальний стан здоров'я нації, по-друге, інформації, яка закладена у реєстрі та загальнодержавній базі, що охоплює пацієнтів у цілому. Звичайно, цьому сприяє вдосконалення комунікативних та моніторингових технологій, завдяки яким буде здійснюватися перманентний збір, аналіз та синтез даних. Таким чином, у декілька разів збільшиться ефективність роботи галузі, адже з'явиться динамічна діаграма, що допоможе оцінити об'єктивний стан розвитку сфери охорони здоров'я та покращити його показники за рахунок прийняття оптимальних рішень [8].

З огляду на організаційний механізм державного управління системою охорони здоров'я, світовий досвід свідчить, що найбільш оптимальним варіантом практичної реалізації медичної та економічної доцільності функціонування системи охорони здоров'я є інститут сімейного лікаря.

До його завдань входить формування найбільш оптимального маршруту обстеження й лікування своїх пацієнтів і, тим самим, управління потоками та обсягами медичної допомоги. Переваги цього підходу полягають у тому, що він дає змогу в межах наявного фонду чітко розмежувати функції та фінансові

потоки первинної ланки, вторинної амбулаторної і госпітальної допомоги, тобто досягнути ефекту керованої медичної допомоги.

Законодавчо на території України медстрахування може діяти у двох формах – добровільній та обов’язковій. Проте все не так однозначно, адже реально діє тільки добровільне медичне страхування (далі – ДМС) і то в незначному обсязі. Звичайно, з-поміж причин першою виступає недосконале законодавство. Інші аспекти – недофінансування, огріхи податкової політики, настороженість та невисокий достаток населення, кричуща ситуація, у якій перебувають медичні заклади, недостатня кваліфікація медичного персоналу тощо.

Згідно із законопроектом «Про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування», медична допомога має фінансуватися за рахунок бюджетних коштів. Це буде перший рівень, або базовий, життєзберігаючий.

Другий рівень – основний, здоров’язберігаючий – це обов’язкове медичне страхування, яке оплачують страхові компанії, що мають відповідну ліцензію на здійснення певного виду медичного страхування. До страхових компаній, які займаються обов’язковим медичним страхуванням, висувають особливі вимоги (досвід роботи, наявність належним чином підготовлених страхових продуктів, зокрема договорів страхування, наявність працівників з відповідним досвідом роботи, фінансові вимоги тощо).

Сервісний щабель страхування – це розширений пакет, що дає змогу скористатися послугами, які не ввійшли у перший та другий рівень страхування та значно виходять за рамки базових.

Варто зазначити, що не всі законопроекти у цілому є корисними, і тим більше для запровадження засад страхової медицини. Наприклад, квітнева спроба зареєструвати відповідний документ у Верховній Раді України в 2013 р. викликала хвилю обурення. Зокрема, один із посадовців наголосив, що якщо вказаний закон запровадять, то інвесторів у галузі охорони здоров’я та сфери

медичного страхування, не буде, адже в документі сказано, що потрібно створити певний Фонд ОМС, який фактично перетвориться на ринкового монополіста. Це, звичайно, не покращить інвестиційний клімат, а відтак, поданий проєкт може загальмувати впровадження страхової медицини в Україні.

У 2013 р. було розроблено низку законопроєктів, два з яких безпосередньо стосувалися засад ДСМС. Їх результатом з-поміж іншого передбачалося створення спецфонду. При цьому зауважимо, що не є доцільним щорічно змінювати державне фінансування осіб, які не працюють, та перешкоджати інвестуванню в галузь охорони здоров'я.

Таким чином, на працюючу людину в родині лягало б непомірне навантаження через сплату страхового внеску на обов'язкове медичне страхування усіх непрацюючих з різних обставин членів родини (наприклад, батьків передпенсійного віку, які не змогли за станом здоров'я працювати на підприємстві, тому тимчасово шукають роботу з менш важкими умовами праці; жінок, які не працюють через те, що здійснюють постійний догляд за родичами похилого віку або дитиною із певними вадами в розвитку; молодих членів родини, які тимчасово шукають роботу після закінчення навчання або проходять професійну перепідготовку; жінок, які через складний перебіг вагітності не змогли працювати до встановленого законодавством терміну 30 тижнів, щоб зберегти за собою робоче місце після виходу з декретної відпустки, і просто не мають фінансової можливості протягом певного періоду сплачувати за себе страхові внески на обов'язкове медичне страхування).

Законопроєкт, що регулює деякі аспекти медичного страхування, виданий у травні 2013 р. та з-поміж іншого згадує таку вразливу категорію, як безробітні матері. Саме такі жінки, тобто ті, хто не має статусу багатодітних, але виховує двоє дітей, є незахищеними; і всю повноту відповідальності та необхідність

внесення страхових коштів покладено на їх чоловіків, якщо вони, звичайно, офіційно працевлашовані.

З метою вирішення такої ситуації було запропоновано два шляхи: 1) створення відповідного фонду, що буде єдиним на всю країну; 2) покладення відповідальності на декількох страховиків. У першому випадку не вдасться уникнути жорсткого контролю держави, а в другому – нечесної конкуренції, у результаті якої одна або декілька компаній можуть збанкрутувати. Отже, потрібен дуже прискіпливий вибір страховиків та чітко прописані пакети послуг [18].

Ліга страхових організацій України виступає за запровадження системи обов'язкового державного соціального медичного страхування за участі приватних страхових компаній і встановлення податкових стимулів для добровільного медичного страхування. Позицію обґрунтовано тим, що наявність конкуренції на ринку є набагато ефективнішою, ніж існування єдиної монопольної установи на ринку, навіть державної. Загалом можемо погодитись із цим твердженням, однак підкреслимо, що залучення приватних страхових компаній і встановлення податкових стимулів для добровільного медичного страхування мають бути впроваджені не задля підвищення конкуренції на ринку медичних послуг, а з метою надання можливості людині убезпечити себе від окремої групи більш імовірних для її родини захворювань чи цілком конкретного захворювання за меншу кількість сплачених грошей у розмірі щомісячного страхового внеску на обов'язкове медичне страхування.

Альтернативні проєкти законів, які було розглянуто в процесі поступової інтеграції медичного страхування у структуру галузі охорони здоров'я, поки що не були прийняті через те, що досі існують певні бар'єри, які блокують повноцінне впровадження нового формату страхування. Першою проблемою виступають конституційні засади, що наголошують на безоплатній основі медичної допомоги, гарантованої кожному громадянину України. Таким чином,

страхові внески є прямим порушенням головного законодавчого документа держави. Друга проблема – неоднозначне ставлення роботодавців до інновації. Існують повністю виправдані побоювання, що деякі несумлінні керівники можуть використовувати тіньові виплатні механізми, у результаті застосування яких оплата документально не підвищиться, адже нарахування у відповідний фонд автоматично збільшиться.

Ще одним аспектом, що вказує на безупинний розвиток медичного страхування в Україні, є розробка низки різноманітних програм, згідно з якими, компанії пропонують певні види меддопомоги, наприклад, амбулаторної, стаціонарної, екстреної та стоматологічної. Однак не слід уявляти, що страховик покриє видатки за будь-якими медичними станами на підставі наявності полісу – у договорі завжди дуже детально прописані страхові випадки, що підпадають під дію конкретного пакету [3].

Щоб убезпечити себе від небажаних, так званих «проблемних клієнтів», до укладання договору страхування потенційним застрахованим пропонується заповнити анкету про стан свого здоров'я або пройти медичне обстеження.

На основі отриманих даних страховик ухвалює рішення щодо укладення договору страхування, а також про вартість поліса. Стандартний поліс ДМС укладається терміном на рік. Його вартість залежить від програм ДМС, а також від лікувальних закладів, на базі яких передбачається лікування застрахованого. Кожна страхова компанія має укладені договори з обслуговування своїх клієнтів практично з усіма приватними лікувальними закладами України, а також із більшістю державних клінік.

Застраховані не залишаються наодинці: ними обов'язково займаються відповідні компанії – або страхові (диспетчерські), або асистантські. Послуги останніх дуже затребувані серед самих страхових компаній, які функціонують за алгоритмом добровільного страхування. На сьогодні в Україні на ринку асистантів домінують три компанії-монополісти.

Наприклад, більшість київських страхових програм пропонують громадянам пакети, до яких входять стоматологічні та екстрені послуги, а також стаціонарне й амбулаторне лікування, відшкодування коштів на купівлю медикаментів, а також цілодобовий консалтинг від асистанта.

Екстрена та планова стоматологічна допомога, оплата медикаментів при поліклінічному обслуговуванні здійснюється із франшизою в розмірі 20%, які треба буде оплатити за рахунок власних коштів. Страховкою покриваються медикаменти, необхідні для надання невідкладної допомоги та стаціонарного лікування.

Пропонуються п'ять планів страхування – від «Бізнесу» до «Максимуму». Відрізняються ці пакети варіативністю покриття ризиків, репутабельністю медичних установ, амплітудою послуг, сумами страхового відшкодування, а також вартістю самого пакету. У деякі пакети включено виклик лікаря додому, приїзд бригади швидкої допомоги, послуги стаціонару та медикаментозну підтримку [10].

Програми рівня Classic передбачають співпрацю з державними та відомчими клініками. Застраховані за програмами Elite мають можливість скористатися також послугами комерційних медзакладів. Компанія «Альфа-Гарант» пропонує кілька програм комплексного медичного страхування: «Стандарт», «Бізнес» та «Еліт». Програми відрізняються рівнем амбулаторного та госпітального сервісу, переліком запропонованих медичних послуг і, відповідно, розміром страхового платежу та страхової суми. За програмами «Стандарт» і «Бізнес» обслуговування здійснюється переважно у відомчих установах із залученням комерційних служб, а якщо виникає потреба, то й державних медичних закладів. За програмою «Еліт» обслуговування здійснюється в приватних лікувальних закладах із залученням відомчих, а якщо виникає потреба, то й державних медичних закладів.

Можна придбати як комплексну програму медичного страхування, так і окремі пакети послуг: «Невідкладна медична допомога», «Невідкладна допомога + Екстрений стаціонар», «Невідкладна допомога + Екстрений стаціонар + Плановий стаціонар». Медичні послуги клієнтам компанії надають медзаклади, умовно розділені на три класи: А+ (брендові комерційні клініки), А (комерційні клініки) і Б (державні та відомчі медзаклади). І якщо інші компанії «прив'язують» ціну пакетів послуг до класу медичних закладів, на базі яких вони надаються, то в «PZU Україна», незалежно від вартості поліса, клієнт може обирати будь-який клас медзакладу для одержання послуг. Іншими словами, за фіксованої страхової суми вартість поліса визначає сам клієнт.

Що стосується послуг базового пакету, то до них можна віднести клінічну допомогу, маніпуляції при екстрених випадках, перебування у стаціонарі, похід до стоматолога, причому як плановий, так і терміновий. Але якщо ліміти перевищені, то застрахований оплачує це самостійно.

У тексті Конституції, зокрема у ст. 49, чітко сказано, що громадянин має повне право на користування перевагами та допомогою закладів галузі охорони здоров'я, а також повинен мати доступ до страхової медицини двох груп – обов'язкової та добровільної.

У свою чергу, добровільне медичне страхування поділяють на індивідуальне й колективне. Відмінність між ними полягає в тому, що при колективному ДМС страхові внески сплачують юридичні особи, а при індивідуальній формі – окремі громадяни.

Система охорони здоров'я України зазвичай фінансується досить скромно: частка, яка витрачається з обсягу внутрішнього валового продукту, варіюється від 3,3 до 3,6%. Найбільшим цей показник був у 2015 р., адже цей період характеризувався абсолютним максимумом фінансування галузі охорони здоров'я за всі роки незалежності України. У вказаному році на систему ОЗ було витрачено 10 млн 85 134,9 тис. грн. Вказана сума складається із загального

та спеціального фонду, причому у першому коштів значно більше – 7 млн 877 024,2 тис. грн. Озвучені суми, закладені у держбюджет, на 53,3% були більшими, ніж у наступному 2016 р. А ось у 2014 р. видатки на охорону здоров'я були на 18,4% менші, ніж рік потому – вони становили приблизно 8 500 300,6 тис. грн.

У держбюджеті 2015 р. була закладена субвенція, призначена місцевим органам охорони здоров'я для закупівлі лікарських засобів, витратних матеріалів, препаратів анестезії. Крім того, субвенція поширювалась також на закупівлю медикаментів для здійснення швидкої меддопомоги. Кошти, виділені для цієї мети, становили 137 992,3 тис. грн [6].

Однак збільшення видатків на охорону здоров'я майже непомітне через високу інфляцію в країні.

Коштів із державного бюджету завжди не вистачає на розвиток галузі охорони здоров'я, тому добровільне МС давно користується величезною популярністю майже у всіх розвинутих економіках світу. Принаймні воно є основним або додатковим джерелом фінансування в європейських країнах. Проте в Україні послуги ДМС популярні лише у 3% населення. Ліга страхових організацій оприлюднює відомості, згідно з якими, на сьогодні у сфері медичного страхування задіяно понад півсотні страховиків. Також на частку корпоративного добровільного медичного страхування відводиться близько 40% страхових виплат [35].

Причини, що викликають у роботодавців бажання не страхувати своїх співробітників, відомі. Основними з них є такі: девальвація національної валюти; зростання цін на комунальні послуги, що змушує скорочувати витрати на соціальні заходи; зниження платоспроможності населення, що призводить до припинення чинних договорів, з одного боку, і небажання страховиків обслуговувати критично збиткових клієнтів – з іншого; зростання цін на медикаменти. Утім найголовнішою проблемою, яка заважає розвитку ДМС, є

відсутність підтримки цього виду страхування з боку держави. Відтак, доцільним буде запровадження ефективного механізму стимулювання прямих і непрямих дотацій. Під прямою дотацією розуміється надання податкових пільг підприємствам для купівлі пакетів медичного страхування своїм співробітникам. Непряма дотація може бути здійснена через зміну системи фінансування лікувальних установ.

Простіше кажучи, для інтегрування в Україні ефективної системи медичного страхування необхідно змінити парадигму фінансування, оскільки бюджет на розробку ліків та розвиток галузі є недостатнім.

З точки зору соціально-економічних чинників, медичне страхування є однією з найсуттєвіших складових національних систем охорони здоров'я. Актуальність цього питання базується на тому, що медичне страхування являє собою засіб захисту від ризиків, що загрожують найдорогоціннішому в особистому та соціальному плані – здоров'ю та життю.

Більшість населення незадоволена станом медичного страхування, що існує в Україні. Лише малий відсоток громадян має поліс медичного страхування, а на підприємствах взагалі не практикується страхування працівників на випадок хвороби, що не пов'язана з виробництвом. Серед факторів, які спричинили низький рівень розвитку медичного страхування, можна виділити такі: відсутність законодавчої бази, низький рівень доходів населення, недостатність інформації про медичне страхування, нерозвиненість страхового ринку України, відсутність попиту на страхові послуги, економічна нестабільність у державі.

В Україні розпочато процес розробки концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров'я, основні цілі якого визначені в Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020». У цьому контексті активно опрацьовуються механізми удосконалення фінансування системи охорони

здоров'я, у тому числі й такі, що базуються на впровадженні обов'язкового медичного страхування [75].

Міністерство охорони здоров'я розробило перспективний план-стратегію, розраховану на 2015 р. і до 2020 р. включно, та опублікувало її на своєму офіційному сайті. Також цю стратегію доповнив відповідний законопроект про медичне страхування на теренах України, яке стане загальнообов'язковим, що був виданий Кабміном.

Подібна мета окреслена також європейськими прагненнями України, що визначені у двосторонній Угоді про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Документ укладався, у тому числі, задля підвищення рівня захисту здоров'я українського населення як передумови сталого розвитку та економічного зростання [94, с. 28].

Разом з тим в Україні, як і в країнах ЄС та США, загострюються й демографічні проблеми, які також є одним із чинників постійного зростання витрат на систему охорони здоров'я та зниження її фінансової стійкості, а саме: стрімке збільшення питомої ваги осіб похилого віку, які є одними з основних «споживачів» медичних послуг; зміна структури суспільства та поява нових вразливих груп населення, які потребуватимуть вищих рівнів витрат; зміна руху міграційних потоків тощо [73].

Сфера охорони здоров'я в Україні є катастрофічно недофінансованою, а також характеризується недосконалістю рівня послуг медичної галузі. Відповідно, здоров'я нації у такій ситуації залишається під загрозою, тому проблема потребує термінового вирішення. Докорінні зміни у цій сфері шляхом впровадження медичного страхування здатні значно виправити становище, гарантуючи населенню високу якість медобслуговування, вільний доступ до послуг та збільшення фінансування галузі.

Таким чином, не можна втілити всі засади медичного страхування одразу та блискавично зламати і переробити напрацьоване роками, окрім того,

покращення матеріальної бази та кваліфікаційного рівня фахівців також вимагає певного часу. Необхідна коректна адаптація світового досвіду до українських реалій і поетапне запровадження обов'язкового медичного страхування та відповідного фонду як базису, що дасть змогу всім громадянам отримати належний рівень допомоги та гарантовані якісні послуги.

За визначенням експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), фінансування системи охорони здоров'я за допомогою соціального медичного страхування – це таке фінансування, яке, відповідно до законодавства, обов'язково покриває витрати на медичну допомогу за посередництва офіційно встановленого стороннього платника; джерелом коштів є внески чи премії, розмір яких не пов'язаний з рівнем ризиків та які відокремлені від інших обов'язкових (законодавчо затверджених) податків або зборів.

Країнами з найбільш ефективними системами обов'язкового медичного страхування є Франція та Німеччина. На теренах цих держав домінує система соціального страхування, запровадженого повсюдно на обов'язковій основі. Словацька, шведська та голландська медична галузь також діють за аналогічним принципом [76].

У цілому статистична ситуація за країнами, які впевнено обрали вектор соціального медичного страхування, є такою: внески для працюючих громадян становлять близько 13%. У деяких державах ставки варіюються від 2 до 4%, така ситуація складається переважно там, де медичне страхування не є пріоритетним напрямом. Персонал та роботодавці в основному розподіляють внески у страховий фонд між собою, і це є сталою практикою. Відсоток внесків переважно залежить від обраного пакету, кількості страхувальників і вразливих верств населення та наявності альтернативного фінансування галузі.

Якщо звернути увагу на положення законопроекту про запровадження ЗДМС, то можна зробити певні висновки щодо алгоритмів фінансування

медичної сфери. З одного боку, отримання коштів з декількох джерел має багато плюсів, з-поміж яких фінансова стабільність та автономність медичного закладу, а з іншого боку, виникають суттєві проблеми з бухгалтерським обліком та зниження управлінської прозорості відносно прийняття важливих рішень.

Сьогодні існують бар'єри щодо виконання ст. 31 проекту Закону про визначення вартості медичних послуг, оскільки не розроблені та не затверджені всі медичні стандарти і протоколи. Крім того, не всі медичні установи та їх персонал повною мірою готові до такої кардинальної зміни управління витратами.

Всесвітня організація охорони здоров'я оприлюднила експертну думку своїх провідних фахівців Й. Куцина, Ш. Касін та М. Якаб, які акцентують увагу на можливих ризиках, які загрожують галузі української охорони здоров'я. Зокрема, з-поміж потенційних проблем, вказаних у їх дослідженнях, можна виокремити такі:

- створення нових систематичних рамкових обмежень у плані доступності різних видів медичної допомоги для окремих верств (груп) населення;
- можливі труднощі у формуванні фінансових стратегій на певні періоди – від короткострокового до довгострокового;
- ризики зловживання службовим положенням та надання пацієнтам абсолютно непотрібних послуг;
- економічна інертність медпрацівників, що не відчують стимулу ефективно покращувати стан здоров'я пацієнтів;
- збільшення витрат страховиків та медичних працівників, викликані обробкою даних, що свідчать про надані послуги [76].

Світовий досвід має стати провідним для України відносно сфери запровадження страхування у загальнообов'язковому та добровільному форматі. Саме з такою метою і розробляються заходи, що допоможуть

реформувати систему охорони здоров'я, інтегрувавши в її структуру засади медичного страхування. Зокрема, вони скеровані на розробку раціонального фінансування: механізм обов'язково буде симбіотичним, скомпільованим із важелів впливу держави та приватних компаній.

Для того, щоб коректно впровадити медичне страхування в уже існуючу галузь охорони здоров'я України, потрібно здійснити декілька заходів, об'єднаних у певну систему. У першу чергу, потрібно сформувати відповідний орган, а саме єдиний Державний фонд, відповідальний за соціальне страхування українців, з філіями по всій країні. По-друге, сформувати уніфіковану облікову систему надання меддопомоги з ознаками персоніфікації, а також універсальну базу даних в електронному вигляді, що включатиме в себе відомості відносно оплати послуг та перспективного планування (кінцевим результатом має стати загальнонаціональний реєстр, до якого будуть внесені всі застраховані особи, щоб виключити можливість дубльованого страхування). По-третє, вкрай необхідно створити пропорційну систему ставок, що буде залежати від рівня доходів громадян України, які застрахуватися. Це забезпечить справедливий та рівномірний розподіл коштів, що, звичайно, несе за собою оптимальне наповнення страхових фондів. До цієї схеми будуть залучені громадяни, внески за яких сплачуватиме держава, і в першу чергу, це неповносправні особи з інвалідністю, а також пенсіонери. У таких випадках мають складати нормативно-правові акти за встановленими шаблонами.

Фінансові ризики, які можуть виникати на шляху потенційних страхувальників, можна нівелювати за допомогою розробки детальної схеми медичних послуг, які надаватимуться без оплати. Пакет буде називатися базовим і включатиме в себе первинну, невідкладну, вторинну та елементи високоспеціалізованої медичної допомоги. Наявність соціального пакету надасть змогу отримати медичні послуги всім верствам населення, незалежно від рівня доходів. Також ризики обов'язково будуть розподілені між державою,

страховиками, керівниками підприємств (компаній, фірм тощо) та самими страхувальниками.

Якщо брати до уваги різноплановий досвід країн Старого Світу та США, то можна зробити впевнений висновок, що грамотне інтегрування медичного страхування у структуру галузі охорони здоров'я гарантовано принесе Україні безліч соціальних та економічних бонусів. З-поміж них варто відзначити такі: оптимізація фінансового підґрунтя сфери ОЗ, збільшення заробітної плати медперсоналу, розширення потенціалу для успішного розвитку інфраструктурних ланок медичної сфери, однозначне покращення якості та доступності послуг медичної допомоги для українців. Все вищеназване зумовить незворотне та стабільне зростання благоустрою й життєвого рівня жителів України [17].

1.2. Фінансовий механізм побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах

Згідно зі ст. 3 Конституції України, здоров'я людини є однією з найголовніших соціальних функцій держави, і система охорони здоров'я забезпечується багатоканальним фінансуванням, зокрема й страхуванням. Назріла необхідність модернізації прийняття невідкладних заходів із забезпечення населення рівнодоступною і якісною медичною допомогою, а також із профілактики захворювань. В умовах недофінансування виникає потреба в особливих моделях медичного страхування та послугах, які воно пропонує. Найбільш доцільною в таких реаліях є ліберальна схема, яка виступає надійним захисником кожного громадянина, незважаючи на його статус у суспільстві [55].

На сьогодні актуальним є питання введення в дію бюджетно-страхового фінансування медицини, яке містить раціональне поєднання двох основних джерел фінансового забезпечення галузі. У теорії страхування передбачено наявність двох форм медичного страхування. Між цими двома формами існує істотна відмінність, передусім пов'язана із належністю кожної з форм медичного страхування до конкретної галузі страхування: обов'язкове медичне страхування (ОМС) – це галузь соціального страхування, а добровільне медичне страхування (ДМС) – це комерційне страхування, яке належить до особистого страхування. За договором добровільного медичного страхування застрахований отримує певні види медичних послуг у тих розмірах, за які було сплачено страхову премію. ДМС забезпечує застрахованим медичне обслуговування вищої якості, що відповідає індивідуальним вимогам клієнта. Участь у програмах ДМС регламентується державою і залежить від потреб і можливостей страховка та застрахованої особи. Добровільне медичне страхування слугує доповненням до безкоштовних форм забезпечення населення медичними послугами. Співвідношення обов'язкового страхування, добровільного страхування та бюджетного фінансування медицини по-різному вирішується в країнах світу. Проте ДМС завжди присутнє в системі фінансування охорони здоров'я, на якій би моделі вона не базувалась. Це пояснюється тим, що державних ресурсів і засобів, які залучаються через ОМС, сьогодні недостатньо для надання населенню якісної медичної допомоги [62].

У 1996 р. вийшов Закон України, у п. 1 ст. 7 якого було однозначно заявлено про обов'язковість медичного страхування. Однак до цього часу постулатів цього документа ніхто не дотримується, і наразі на теренах України активно діє тільки добровільний вид цієї послуги.

Більше того, до Верховної Ради внесено три законопроекти, починаючи з 2007 р., які наголошують на тій самій доктрині – обов'язковості медичного страхування.

У сучасних умовах економічної ситуації в країні обов'язкове медичне страхування пропонується вводити поступово, оскільки радикальні реформи фінансування медицини – це додаткові турботи для працюючого населення. При цьому варто пам'ятати, що під час введення в дію ОМС виникнуть фінансово-організаційні проблеми. До них можна зарахувати недостатній обсяг державного фінансування охорони здоров'я, який призводить до погіршення показників здоров'я населення, посилення нерівності між різними верствами населення в якості і доступності медичної допомоги та стрімкого зниження рівня задоволеності населення медичною допомогою [70].

Звичайно, під час введення обов'язкового медичного страхування не уникнути певних проблем організаційного характеру. У першу чергу, це недосконалість законодавчої бази, зокрема, відсутність гарантій від держави у вигляді публічних зобов'язань та відповідних статей законів, які гарантують повсюдну медичну допомогу згідно із пакетами страхування. Крім того, слід зазначити відсутність чітко прописаних прав страховиків та алгоритму вибору, яким би вони керувалися. Також не визначено схему об'єднання добровільного й імперативного МС, включаючи платні медичні послуги. Професійна відповідальність медперсоналу має бути застрахована, що потрібно прописати в законодавчій базі.

Щоб рівень страхової медичної допомоги був більше ніж достатнім, необхідні значні фінансові вливання з конкретного цільового джерела. Для досягнення цієї мети потрібно встановити досить високі ставки на обов'язкове медичне страхування, що призведе до податкового навантаження. Таким чином, введення обов'язкового МС на теренах України залишається під питанням, враховуючи негаразди організаційного характеру та недостатність держкошторису.

Що стосується різноманітних Програм страхування, то вони бувають декількох типів. найдешевша передбачає надання невідкладної медичної

допомоги, екстреної госпіталізації. Така програма працює, наприклад, у разі гіпертонічного кризу, інфаркту, гострого отруєння. В Україні середня вартість такої програми становить від 0,7 до 1 тис. грн на рік (2016 р.).

Перевагами медичного страхування є можливість вибору необхідного переліку медичних послуг, вибору медичного закладу, отримання заходів щодо запобігання хворобам, можливість контролю за якістю послуг тощо. Аналізуючи ринок страхових послуг, можна дійти висновку, що зацікавленість фізичних і юридичних осіб у добровільному медичному страхуванні зростає. Проте її рівень є все ще досить низьким, що свідчить про недостатній рівень страхової культури. Безумовно, відсутність розвинутого ринку платних медичних послуг знижує ефективність функціонуючої системи добровільного медичного страхування.

Цивілізований ринок послуг, а точніше його впевнене становлення, – це явище, про яке можна говорити у цьому контексті [67]. Очевидно, що покращенню ситуації в галузі охорони здоров'я, збільшенню фінансових вливань, помітному поліпшенню якості послуг у цій сфері та гарантованому їх отриманню сприяє поступова інтеграція засад медичного страхування в Україні.

Одним із найбільш ефективних способів організації системи МС є застосування ринкових принципів. Сьогодні значна кількість наукових досліджень зосереджена на дослідженні загальнодержавного ринку медичного страхування. Н. Богомаз визначає ринок добровільного медичного страхування як систему соціально-економічних відносин, що виникають між страховиками, медичними закладами і страхувальниками, у якій у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється погодження та реалізація їх економічних інтересів [6].

Безумовно, у різних регіонах регіональний ринок медичного страхування (далі – РРМС) може функціонувати по-різному, залежно від низки факторів, а саме: географічного розташування регіонів, рівня розвитку сфери охорони

здоров'я, вікової структури, рівня доходів, зайнятості та стану здоров'я населення, культури споживання медичних і страхових послуг, досвіду користування послугами медичного страхування, розвитку неформальних інститутів політики місцевої влади та ін.

Реформа галузі охорони здоров'я України повноцінно стартувала у 2013 р. Цьому сприяло створення коаліції, де в одному з пунктів угоди вказувалася необхідність серйозного, поетапного реформування та впевнений рух у бік страхової медицини. У результаті було створено єдиний проєкт, що передбачав зміщення влади з центру на місця, реформування багатьох ланок, включаючи судову й адміністративну, формування глобальних електронних каталогів, до яких мають бути внесені лікарські засоби, медичні установи з переліком послуг, самі співробітники та пацієнти. Крім названого, реформуванню мають підлягати також затверджені медичні протоколи, якими керуються лікарі при постановці діагнозу, призначенні лікування та оперативних втручаннях. Також планувалися відповідні зміни у конституційних статтях.

Згідно з розробленим стратегічним планом МОЗ – частиною проєкту, розрахованого на п'ять років, буде втілено такі постулати щодо впровадження страхової медицини: основним і пріоритетним є громадянин та його потреби, тож усі можливі рішення ОЗ підпорядковані поставленій меті та залежать від результативності роботи галузі. Реформа працюватиме за чотирма напрямками, а саме підвищення якісних показників медикаментозної бази, реструктуризація системи фінансування, покращення надання послуг та переорієнтування системи в цілому. Щодо стосується фінансування, то тут слід відзначити, що кошти більше не будуть іти на оплату порожніх палат, а в повному обсязі забезпечуватимуть потреби пацієнта; бюджетні кошти будуть скеровуватись на формування безкоштовного пакету послуг для певних верств населення. Також реформа передбачає створення загальнодержавного фонду.

Першочерговими нормативно-правовими актами для прийняття визначено такі: проєкт Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань охорони здоров'я; проєкт Закону про внесення зміни до підрозділу 4 розділу XX «Перехідні положення» Податкового кодексу України щодо вдосконалення законодавства з питань охорони здоров'я; про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо вдосконалення законодавства України з питань охорони здоров'я; Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування»; Закон України «Про лікарське самоврядування»; порядок вибору лікаря первинної ланки; порядок надання медичної допомоги на первинній ланці; порядок направлення пацієнтів з первинної ланки на вторинну і третинну ланки надання медичної допомоги; визначення обсягу гарантованої медичної допомоги та розрахунку вартості медичної послуги. З ухваленням цих документів передбачено зміну правового статусу закладів ОЗ та надання їм автономії в управлінні через перехід від бюджетної установи до державного або комунального неприбуткового підприємства з власним бюджетом та відповідальністю за ефективну роботу [68].

Функція держави також полягає в укладанні угод з медичними закладами та сплаті послуг, що фактично підтвержені. Згідно зі стратегічним планом, була відпрацьована концепція, яка має забезпечити створення ЕНЗ (замовника, що відповідатиме за закупівлю медичних послуг), формування відповідних пакетів, які б враховували всі можливі страхові випадки, а також фінансове переформатування. На неї також покладалися функції розробки тарифів з урахуванням варіативності, які надалі буде затверджувати Кабмін.

Очевидно, що на початковому етапі реформування ОЗ існує багато варіантів пропозицій до змін. У всіх запропонованих документах простежуються спільні підходи. Однак немає єдиного вектору руху та чіткого плану дій, а питання медичного страхування охоплено поверхнево і

спостерігаються суттєві суперечності. Визначено, що додаткові джерела фінансування і нові організаційні моделі (наприклад, державні чи приватні системи страхування) розглядатимуться після того, як процес реформування буде налагоджено. Тим часом розроблено проєкт Закону, що має регулювати втілення страхової медицини в життя українців. Він передбачає свободу вибору: громадяни мають звернути увагу на компанії, запропоновані державою, та визначитися, з ким би вони хотіли співпрацювати. На самих страховиків покладена відповідальна місія – зменшити тиск на державний бюджет шляхом його поповнення свіжими коштами.

Проте, враховуючи, що затвердженим страховиком є Фонд ОДСМ, виникають питання етичного характеру. Може статися так, що страховик буде знаходити причини, щоб не виплачувати відшкодування, перекладаючи вину за зіпсоване здоров'я на самого застрахованого. Це не єдиний, але суттєвий недолік цього законопроєкту.

Тільки за умови забезпечення сприятливого законодавства і політики місцевої влади видається можливим ефективно функціонування РРМС. Важливим інструментом для запровадження цього процесу в сучасних умовах є активізація заходів маркетингу, що передбачає врахування потреб населення у послугі МС, аналіз наявної ситуації на РРМС, можливостей і ризиків участі у ньому, пошук шляхів впливу на попит, контроль за процесом надання послуг МС, здатність відповідати вимогам часу і суспільства та ін.

Аналіз літературних джерел продемонстрував, що існує ряд проблем ефективного застосування маркетингу на ринках медичного страхування, найважливішими з яких є: незначна кількість теоретичних та практичних розробок маркетингу в РРМС, обмежені дослідження доцільності та застосування маркетингових концепцій і відсутність оптимальної комбінації моделей для поліпшення функціонування ринків. Оскільки предметом РРМС є страхова компанія, регіональні органи влади та інші організації, маркетингова

діяльність кожної з них орієнтована не лише на економічні, а й соціальні вигоди. Можливість досягнення економічних вигод визначається вподобаннями та прагненнями кожного учасника програми. Суспільна користь може виявлятися у підвищенні рівня відповідального ставлення громадян до стану власного здоров'я, оздоровлення населення в цілому, нівелюванні епідемій та припинення можливості розвитку небезпечних захворювань тощо [6].

Закон України передбачає поетапний перехід до моделі страхової медицини, звичайно, з урахуванням вихідних умов. Для цього розроблена детальна Національна стратегія, розрахована до 2020 р. Перший етап не передбачав радикальних метаморфоз, особливо стосовно фінансів. З цього моменту ті кошти, які роботодавці витрачають на медичне страхування, мали бути перенесені до статті видатків. Цей алгоритм має бути захищений законодавчими нормами, щоб уникнути спроб ввести державу в оману та ухилитися від оподаткування. У довгостроковій перспективі планувалося, що подібні надходження значно покращать фінансування системи охорони здоров'я та знизять навантаження на держбюджет [30].

Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів й реформі платежів, у Стратегії рекомендується суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду необхідно підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів. «Універсальний нестраховий пакет» (далі – УНП) включає профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Універсальні нестрахові послуги включатимуть у себе ряд медичних послуг, які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров'я, випадки хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики, пов'язані з витратами на лікування. Покриття пакету може включати: громадське здоров'я (щеплення, туберкульоз,

ВІЛ); психічне здоров'я; рідкісні захворювання; ургентне лікування незастрахованої частини населення; покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що перевищують певний поріг.

Забезпечення медпослугами громадян, які не можуть забезпечити себе самостійно, – мета будь-якої розвинутої держави Європи. Влада України в рамках переходу на страхову медицину теж розробить відповідний пакет послуг. Він дасть змогу пенсіонерам, особам з інвалідністю, безробітним, а також дітям користуватися безоплатними послугами базової категорії. Спочатку Верховна Рада України сформує універсальну схему, до якої ввійдуть найбільш затребувані та необхідні медичні опції, визначиться з їх вартістю та амплітудою відрахувань. При цьому буде враховуватися статус громадянина.

Заходи зі збільшення ефективності використання бюджетних коштів мають стати суттю реформи фінансування галузі. Джерелом більшої частини фінансування мають залишитися надходження із загального оподаткування з поступовим зменшенням готівкових платежів пацієнтів. Цільові податки на алкоголь/тютюн та шкідливі для здоров'я продукти мають пропонуватися як додаткове джерело грошових ресурсів, асигнованих, передусім, на відшкодування (реімбурсацію) ліків та розвиток первинної медичної допомоги.

Мета – запровадити механізми винагород, які стимулюють медичних працівників задовольняти потреби пацієнтів, не залишаючи нікого без належного догляду, одночасно досягаючи ефективності та економії коштів. Використання такої концепції, як діагностично споріднені групи (далі – ДСГ), дає змогу порівняти результати за конкретною лікарнею та вдосконалити систему контролю якості. Діагностично споріднені групи – це групи хвороб та станів, подібних за етіологією та патогенезом, у поєднанні з подібними діагностичними тестами та медичними втручаннями, а також середньою інтенсивністю збудників.

Значна частина Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, яка зараз активно обговорюється, – це досить слушний і компетентний опис недоліків чинної системи охорони здоров'я. Однак головний зміст цього документа можна звузити до планів реалізації декількох заходів.

По-перше, влада планує визначити так званий «гарантований набір медичної допомоги та медичних послуг». Пропонується включити до цього пакету основні види спеціалізованих амбулаторних послуг за направленням лікаря первинної ланки, а також основні види планової стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря первинної ланки чи лікаря-спеціаліста. Отже, все, що призначив у направленні первинний лікар, має оплачувати держава. У Концепції зазначається: «До безоплатного пакету увійдуть ліки, переважну більшість яких сьогодні пацієнти оплачують зі своїх кишень; пріоритетом стануть ліки, які призначають лікарі первинної ланки та спеціалісти амбулаторного рівня на основі пріоритетів сектора охорони здоров'я з урахуванням тенденції захворюваності; покриті будуть також основні лікарські засоби, які використовуються в стаціонарному лікуванні» [80].

Наступним кроком є створення Національної агенції. На неї покладають функції закупівельника. Визначення її в Концепції є дуже нечітким, тому страховики очікують на висновки посадовців Міністерства охорони здоров'я щодо цього питання [80].

Загалом виникає питання про те, навіщо при МОЗ України створювати ще одну подібну структуру. Насправді МОЗ України не є «надінстанцією» для стаціонарних та поліклінічних медзакладів. Їхніми власниками майже у 100% випадків є місцеві громади, державна Академія медичних наук, 14 міністерств і відомств. Під безпосереднім контролем МОЗ України перебувають «Охматдит» та Центр раку, однак приватним медичним закладам такого контролю не вистачає, а згідно із запланованою масштабною автономізацією медичних закладів, вплив урядових структур зведеться до мінімуму.

Якщо створити державне підприємство, подібне до Центру ЗНО в галузі освіти, то кошти на його утримання та розвиток будуть витрачати так само з бюджету, що призводить до спрогнозованого ризику, адже підприємство, згідно з чинним законодавством, не може перебувати під таким щільним антикорупційним контролем, як орган влади. Його керівники не мають повноважень у питаннях прийняття конкретних рішень щодо розподілу коштів між закладами охорони здоров'я, укладання договорів тощо. А тут до цієї інстанції потраплять мільярди гривень. У випадку створення та існування підприємства державної форми власності дещо незрозумілим залишається положення Концепції стосовно того, що створення філій Національної агенції буде здійснюватися на базі обласних управлінь охорони здоров'я.

Вкрай не прописаним та незрозумілим залишається питання закупівель медичних послуг. Концепція говорить про це дуже лаконічно, тому з визначення можна зробити висновок, що Національна агенція має укладати контракти з медичними закладами (регіонально). Надалі на неї покладаються обов'язки фінансування замовлених послуг.

Інвестори, що будують на теренах України нові, сучасні заклади з інноваційним обладнанням, – перші кандидати на дотації від Національної агенції. А ось державні клініки такого оптимізму не відчують [60].

Ось тут і виявляється головний ризик, адже комунальні та переважно державні заклади залишаться без необхідного бюджетного фінансування. Як наслідок, медичне обслуговування населення за захворюваннями, які не увійдуть до гарантованого пакету, також буде мінімальним, оскільки основна частина цього населення є неплатоспроможною.

Інший ризик полягає в тому, чи буде існувати насправді ринок медичних послуг. Будь-який ринок передбачає наявність конкурентного середовища як серед продавців, так і серед покупців. Інша справа, що такі нововведення порушують ряд питань, без вирішення яких успіх нових підходів буде

проблематичним. Наприклад, розрахунок за надані послуги, нехай навіть за правильними розцінками, має обов'язково поєднуватись із продуманою системою авансування. Тобто для забезпечення стабільної і якісної роботи медзаклад має отримати певну частину коштів як аванс ще до того, як він їх «заробить» за надані послуги. Незрозуміло, чи залишається хоча б частково система субвенцій органом місцевого самоврядування, адже громадське здоров'я, реабілітація, антиепідемічна політика все одно залишаються у віданні місцевої влади, тому без субвенцій не обійтись.

Концепція чітко визначає використання власної платіжної системи хоча б у межах гарантованого пакету, і особливо для того, що не входить до обумовленої суми, тому пацієнт має самостійно сплачувати фахівцю за деякі послуги. Не обговорюючи ефективність цього методу фінансування, слід пам'ятати, що чинна Конституція передбачає безкоштовні гарантії в державних та муніципальних установах, тому це питання має бути вирішене спочатку в правовому аспекті, адже зрозуміло, що ця Концепція не забезпечить формування реальних правових механізмів.

Крім того, особливої уваги заслуговує процес впровадження медичного страхування в Україні у період реформування фінансування галузі охорони здоров'я. У першу чергу, буде сформований гарантований пакет, куди увійде як первинна, так і третинна допомога, тобто відвідування сімейних лікарів та лікування найбільш важких випадків в умовах стаціонару за безпосередньої загрози життю людини.

Таким чином, нова модель містить у собі низку суперечностей, які можуть призвести до зриву реформи, проте відкладати її все одно не варто. Треба дуже прискіпливо вивчити всі можливі недоліки та запропонувати заходи щодо корекції ряду положень цієї моделі.

1.3. Концептуальні засади впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування

Одним із ключових завдань реформування сучасної системи ОЗ залишається необхідність впровадження соціального медичного страхування, процес якого в Україні явно затягується, у результаті чого країна є однією з небагатьох у Європі, де відсутня страхова медицина. Наразі впровадження медичного страхування потребує організації комплексу державних і громадських заходів, а також врахування політичної, адміністративної та економічної ситуації.

Визначення медичного страхування включає в себе страхові ризики, оплату яких має гарантувати страховик. О. Мельничук – визнаний фахівець міжнародної українсько-польської компанії – вважає, що страхова медицина на теренах України залишиться міфом до того часу, доки посадовці не пропишуть чіткий перелік послуг без оплати, що буде входити до базового пакету [57].

Сфера добровільного медичного страхування представлена договорами з надання послуг. Варто зазначити, що в системі медичного страхування використовуються такі види договорів: договір добровільного медичного страхування, що укладається між страхувальником і страховою організацією; договір із надання медичних послуг (лікувально-профілактичної допомоги), що укладається між страховою організацією та медичною установою; договір між страховою компанією та організацією асистанс.

Комплементарний вид страхування – особлива категорія полісів зі значно розширеними, а іноді й ексклюзивними функціями. Цікаво, що люди, які обрали подібні поліси, отримують доступ до особливих препаратів, що належать до експериментальних та не включені у чинні національні протоколи, проте ефективно лікують орфанні захворювання. Що стосується послуг, то цей пакет

страхування також передбачає доступ до високотехнологічних та інноваційних маніпуляцій.

Договір із надання медичних послуг являє собою правочин між медичною установою та страховою організацією, унаслідок якого одна сторона (медична установа) зобов'язується надавати застрахованим особам медичні послуги певного обсягу та якості у визначені строки в межах програм медичного страхування, а інша сторона (страхова організація) зобов'язується оплачувати надані послуги.

Існує цікава думка щодо об'єднання договору медичного страхування та договору з надання медичних послуг у єдиний самостійний цивільно-правовий договір медичного страхування, точніше – медично-страхових послуг, у якому страхування й медичні послуги виступають як рівні. Договір медично-страхових послуг є документальною угодою трьох сторін – компанії-страховика, страхувальника та установи, що зобов'язана надати прописаний у документі комплекс послуг. Витрати покриваються страховиком за рахунок відповідних внесків.

Але деякі спеціалісти, зокрема В. Янишен, не згодні з цією думкою, адже зобов'язання страховика – надати доступ до медичної допомоги у будь-якому закладі за вибором пацієнта, що бере участь у програмі обов'язкового або добровільного страхування. Що стосується переліку конкретних послуг та маніпуляцій, то такий договір має укладатися між страховиком та медичною установою, оминаючи застрахованого. Крім того, В. Янишен зазначає, що подібних документів має бути декілька і з різним наповненням, щоб застрахований мав певний вибір [19].

Думка В. Янишена – виправдана й обґрунтована, тому ми цілком її поділяємо. Дійсно, укладання єдиного тристороннього договору для надання так званих медично-страхових послуг не є доцільним, оскільки ця юридична

конструкція дещо обмежує права застрахованого та не дає йому змоги обирати, що суперечить законодавству та концепції медичного страхування в цілому.

Значну роль у процесі страхування відіграють асистантські компанії. Вони контролюють витрати як страховиків, так і страхувальників. Конкретне визначення цим організаціям надала провідний юрист України Ю. Уралова у своїй статті, присвяченій асистантським компаніям, пов'язаним з контролем виконання договорів страхування. При цьому в жодному законодавчому акті України компанії асистанс не фігурують.

Ключовим видом договорів є документ, предметом якого вважається особисте страхування. Такі договори розподіляють за формою залежно від того, що мають на увазі, – добровільне, засноване на угоді страхувальника та страховика, чи обов'язкове, імперативне страхування. Вказані види соціального медичного захисту згадуються у Законі України «Про страхування», зокрема, у ст. 6 та 7 [44].

У процесі економічних та медичних реформ фінансування медичної галузі щорічно скорочується. Безоплатні соціальні послуги поступово замінюються платними. Відтак система соціального захисту, яка формується в Україні, повинна мати у своєму складі страхові методи, сутність яких полягає у допомозі держави населенню, тобто має існувати розподіл матеріальної відповідальності, компенсації та мінімізації соціальних ризиків. Держава має нести відповідальність за управління соціальними ризиками, у тому числі й у сфері охорони здоров'я. Саме тому першою зміною на шляху реформування має бути введення обов'язкового медичного страхування.

Проблем у галузі охорони здоров'я – безліч, але однією з ключових є неофіційна оплата послуг, яка йде до кишень окремих співробітників, а не до державного бюджету. Крім того, таким чином нівелюється головний конституційний принцип – рівність та доступність медпослуг для громадян країни. Введення страхової медицини має повернути все на свої місця, а в

далекій перспективі – збільшити тривалість життя населення в цілому, покращити здоров'я нації, забезпечити дотримання законодавчих норм у сенсі рівної доступності до якісних медичних послуг усім без винятку громадянам України [85].

Основним і найскладнішим питанням залишається фінансування медичного страхування та його подальше функціонування. Більшість учених пропонують таку модель наповнення й розподілу фінансових ресурсів: по-перше, створення Єдиного державного фонду медичного страхування України як спеціалізованої неприбуткової організації, діяльність якої спрямована на отримання, розподіл та управління коштами й управління підпорядкованими їй підрозділами; по-друге, створення окремих представництв у кожному обласному центрі, наповнення їх за рахунок внесків роботодавців, працівників, благодійних фондів тощо, а також наділення їх повноваженнями укладати договори із закладами охорони здоров'я, здійснювати оплату за надану медичну допомогу, контролювати якість надання медичної допомоги (Фонд медичного страхування запропоновано визнати правонаступником Фонду соцстраху з тимчасової втрати працездатності й ФСС від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України у випадку їх ліквідації); по-третє, чітке встановлення ставки страхового внеску, а також прорахунок системи страхових випадків.

Думається, кошти, отримані із системи обов'язкового медичного страхування, мають використовуватися на оплату вартості надання медичної допомоги пацієнту, який оформив поліс обов'язкового медичного страхування; преміювання персоналу, який досяг значних показників у справі лікування застрахованих, а також на оновлення застарілого обладнання та закупівлю ліків. Згідно з проектом Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» від 30.07.2015 р. № 2462а, обов'язковому медичному страхуванню мають підлягати:

- особи, які отримують допомогу по догляду за дитиною до 3 років;
- непрацюючі працездатні особи, які здійснюють догляд за інвалідом першої групи або дитиною-інвалідом віком до 18 років, а також громадяни пенсійного віку, які, згідно з медичним висновком, потребують постійного стороннього догляду;
- непрацюючі діти віком до 18 років;
- непрацюючі матері, які виховують трьох і більше дітей, що не досягли 18-річного віку;
- люди зі статусом інваліда, які не мають змоги працювати;
- громадяни, що займаються навчальною чи науковою діяльністю на денній формі, а також ті, що проходять курси перекваліфікації або її удосконалюють;
- особи, які проходять альтернативну (невійськову) службу;
- працівники воєнізованих і напіввоєнізованих формувань, утворених згідно із законодавством, у тих установах, де немає власної медичної служби;
- особи, зареєстровані як безробітні та непрацюючі працездатного віку;
- непрацюючі пенсіонери.

Кабмін чітко визначає, які випадки підпадають під дію обов'язково пакету державного страхування. Звичайно, це не може здійснюватися без урахування затверджених бюджетних коштів на поточний та майбутній рік. Також звертається увага на структуру регіональних бюджетів, обсяг прогнозованої меддопомоги та розмір виплат:

1) госпіталізація (із зазначенням нозологічних форм захворювань і станів) до медичних закладів інтенсивного та планового лікування за умови доставки застрахованої особи туди службою екстреної допомоги або відповідно до направлення лікаря, який надає первинну допомогу, чи закладу, що надає вторинну і третинну допомогу;

2) надання медичної допомоги в медичних закладах в умовах денного стаціонару за умови направлення лікаря, який надає первинну допомогу, або закладу, що надає вторинну та іншу допомогу;

3) відновлення після важких хвороб і травматизму шляхом направлення на лікування в санаторії (сімейний лікар на основі анамнезу та перебігу хвороби визначає, куди саме пацієнт поїде, відповідно до його захворювання або стану);

4) проведення профілактичних щеплень проти інфекційних хвороб за епідемічними показниками;

5) надання медичної допомоги в медичному закладі в стаціонарних умовах у зв'язку з вагітністю, пологами та їхніми наслідками;

б) постачання ліків та медичних засобів, призначених для забезпечення нормального функціонування медичної галузі, якщо потреби у таких поставках не покриваються за коштів державних програм [24].

Варто зазначити, що переваг у введенні обов'язкового медичного страхування значно більше, ніж недоліків, і найголовнішою перевагою є переконання людини в тому, що вона отримує найкращу за якістю медичну допомогу, незалежно від матеріального становища.

Проте впровадження обов'язкового медичного страхування без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може викликати багато проблем, а саме: відсутність системи підготовки кваліфікованих спеціалістів, неможливість зацікавити працівників належними зарплатами і преміями у зв'язку з малим фінансуванням, неправомірна відмова страхової компанії клієнтові у відшкодуванні витрат на лікування, відсутність законодавства, яке б чітко регулювало страхову сферу медичної галузі, різні погляди чиновників, страховиків і медиків на моделі медичного страхування, недостатнє інформування населення щодо переваг медичного страхування. Вирішення цих питань потребує часу, фінансових витрат і кваліфікованих працівників.

На медичне страхування покладена дуже відповідальна роль – сформувати окремий бюджет, який значно допоможе адекватно профінансувати реформацію та реструктуризацію охорони здоров'я. Крім того, громадянам України більше не доведеться платити за послуги з власної кишені, адже всі страхові випадки будуть гарантовано покриватися із солідарного фонду. Причому вартість допомоги може набагато перевищувати обсяг внесків конкретної особи. Вибір лікаря, з яким планується укласти угоду, не буде залежати від місця реєстрації – і це теж один з бонусів медичного страхування. Кінцева мета – формування ефективної медицини єврозразка, покращення стану медзакладів та їх технічного оснащення, а також підвищення рівня фахівців. Сімейні лікарі після проведеної реформи будуть мати нові повноваження, зокрема, видавати практично всі необхідні медичні документи.

Звичайно, процес переходу до нової, зовсім незвичної для українців системи медицини є тривалим і має відбуватися поступово. Як для страхових компаній, так і для медичних установ, – це новий виклик, адже з'явиться висока конкуренція, з якою потрібно буде боротися, а для цього якість надання послуг має бути відмінною.

Сьогодні в Україні існує єдина альтернатива ОМС – добровільне медичне страхування (ДМС), що передбачає захист громадян у разі втрати здоров'я. Наразі ДМС активно функціонує тільки в корпоративному секторі, але ті громадяни, які спробували переваги цього продукту, із задоволенням ним користуються і не готові відмовитися від такого блага.

Програми ДМС виступають як додаткові до обов'язкових пакетів та мають більш розгалужені поліси. До них можуть включатися лікувальні послуги, що не ввійшли до стандартного, базового переліку первинної та інших видів допомоги. Такі пакети допустимо купувати разом з пакетом ОМС, адже резервні можливості ДМС значно вищі. Пояснити, чому так склалося, можна, використовуючи філософські категорії: базис чи основа завжди більш обмежені,

ніж надбудова, хоча вони і є фундаментальними. Крім розширення та варіативності можливостей, громадяни, що придбали один із полісів добровільного страхування, значно збільшують діапазон щодо покращення умов перебування у лікарні та реабілітаційно-профілактичних установах, розширюють можливості діагностичних процедур [24].

Добровільне медичне страхування передбачає надання й оплати медичного обслуговування на вищому рівні, ніж це гарантує держава.

Цивільний кодекс України у ст. 979 чітко прописує зобов'язання страховика та страхувальника. Перший, зобов'язаний при настанні страхового випадку виплатити особі, вказаній у договорі, певну суму. У свою чергу, страхувальник бере на себе зобов'язання регулярно сплачувати внески, а також виконувати всі пункти укладеного документа [185].

Якщо звернутися до Закону України «Про страхування», зокрема, до ч. 1 ст. 16, то можна побачити дещо інше формулювання цього визначення, проте його зміст ідентичний з вищевказаним: страховик бере на себе зобов'язання компенсувати витрати на лікування застрахованого, зазначені в угоді, натомість страхувальник перманентно вносить відповідні кошти до страхового фонду, не порушуючи термінів та виконуючи пункти договору.

Однак названі визначення не дають повної картини, що описує особливості поняття добровільного медичного страхування. Якщо уважно проаналізувати цей вид страхування, то стає очевидним, що кількість учасників вказаного процесу значно збільшується. Це і страховики, що являють собою компанії, які працюють за ліцензією, і застраховані – фізичні особи, що мають право на виплати, згідно з договором, а також страхувальники. Крім того, у названій схемі присутні медичні та профілактичні заклади, що надають ліцензовану допомогу, НДІ, фізичні особи, які мають право здійснювати медпослуги, керуючись українським законодавством.

Важливим моментом є те, що програма медичного страхування може бути видозмінена, наприклад, до неї додаються відповідні послуги або, навпаки, перелік скорочується. Подібне може відбуватися виключно за згодою застрахованого та за умови вчасного внесення платежів. Таким чином, програми добровільного медичного страхування відрізняються переліком та вартістю послуг, широтою кола застрахованих та учасників, списком рекомендованих медустанов [61].

З огляду на ст. 10 Закону України «Про страхування», під страховою виплатою розуміють регулярний внесок, який платить застрахований, згідно з умовами угоди страхування. Особливість ДМС полягає в тому, що розмір внеску прямо пропорційний обсягу меддопомоги та складності певного захворювання.

При фінансуванні охорони здоров'я з державного бюджету соціальні внески працездатного населення потрапляють, так би мовити, до «загального грошового котла», з якого держава через МОЗ виділяє кошти лікарням згідно з їхніми потребами, які зумовлені потужністю самого закладу, а не якістю наданих ними послуг. Якщо ж цей «котел» зникає, принаймні частково, а страхові виплати натомість розподіляються по приватних страхових компаніях, то в цьому випадку гроші починають «іти» за конкретною людиною, тобто фінансування здійснюється за фактично надану послугу належної якості та в повному обсязі.

А відтак, медичним закладам стає вигідним підвищення якості послуг, бо це автоматично збільшує кількість звернень, а отже, і дохід, яким вони можуть розпоряджатися, підвищуючи свою конкурентоспроможність. «Ми вивчали досвід впровадження ОМС у різних зарубіжних країнах. Як говорить кандидат економічних наук, експерт Інституту соціально-економічних досліджень І. Яковенко, «кожна з них має свою, дещо не схожу на інші систему, проте із

впровадженням обов'язкового страхування у всіх країнах фіксується підвищення рівня якості медичного обслуговування пацієнтів» [192].

Подібна фінансова модель дає громадянам України багато переваг, наприклад, згідно з нею, громадянин обере медичний заклад, який йому до вподоби, а не буде прив'язуватися до місця реєстрації. Страховики, зі свого боку, звичайно, зацікавлені в тому, щоб клієнт відвідав найпрестижнішу лікарню.

Термін страхового договору – поняття змінюване у деяких випадках. Наприклад, його можна припинити з ініціативи страховика, щоправда у виняткових ситуаціях. Це може статися, якщо застрахований проігнорує правила, прописані у пунктах угоди. Дата закінчення та укладання документа вказується безпосередньо у самому договорі; термін встановлюється за бажанням страхувальника та може бути дуже коротким, а також довготривалим. Якщо мова йде про договір, який передбачає добровільне страхування, то на його сторінках можуть бути вказані послуги, які не входять у базовий пакет ОМС. Таким чином, всі медичні послуги, а точніше їх вартість, будуть частково або повністю відшкодовані [36].

Договір зазвичай передбачає контроль за якістю надання застрахованим медичних послуг, відповідністю останніх переліку, що гарантується програмою добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування провадиться в межах створених страховою медичною компанією правил і може бути індивідуальним або колективним. Для колективної форми страхування характерне те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

За строками укладання договору добровільне медичне страхування може бути коротко- або довгостроковим, а також позиттєвим. У медичному страхуванні страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії

відповідного договору до медичної установи у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми чи інших нещасних випадків з метою одержання консультативної, профілактичної або іншої допомоги, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договором страхування. Договір добровільного медичного страхування укладається на підставі заяви страхувальника.

Страховий поліс є гарантом укладання договору страхування, і це законодавчо прописаний факт. І той, і інший документ мають затверджену форму, що рекомендується для використання страховиками.

Умови договору ДМС включають такі пункти: назву страхової організації, реквізити та особисті дані застрахованого, кількість осіб, предмет відповідальності та ціну питання, перелік медпослуг, розмір щомісячних внесків, порядок компенсації видатків тощо.

У документі прописані всі аспекти взаємодії між страховиком і страхувальником: розмір внесків, терміни, передбачені договором, необхідні умови, правові аспекти, міра відповідальності кожної сторони, порядок виплат та можливі корективи документа (у яких випадках це можливо).

Форма медичного страхування, укладена на добровільній основі, має безліч переваг порівняно із звичною та сталою системою, яка давно себе дискредитувала. По-перше, подібний формат допомоги дає більшу свободу вибору – страхувальник може обирати серед великої кількості спеціалістів та установ, причому, не обов'язково з огляду на місце реєстрації. Також у рамках ДМС з'являється така опція, як домашній догляд за потреби, крім того, збільшується термін лікарняного патронажу. Є ще дуже багато додаткових послуг, кількість яких визначається конкретним пакетом, обраним громадянином у страховій компанії. Всі страхові випадки прописуються в договорі, який укладають застрахований та страховик [15].

Страховою сумою в добровільному медичному страхуванні є граничний рівень страхового забезпечення, який визначається згідно з переліком і вартістю медичних послуг, передбачених договором страхування. Змістові складові, необхідні для укладання договору медичного страхування, стисло викладені в Додатку А.

Треба розуміти, що, чим більш розширений пакет послуг страхової компанії, тим вищий щомісячний внесок. Взагалі страхувальник має уважно читати договір, оскільки в документі обов'язково зазначають, за яких обставин страховик має право відмовитися від своїх зобов'язань. Компанія не буде відшкодовувати збитки, якщо застрахований звернувся до лікарні з травмою, отриманою у стані алкогольного сп'яніння (подібне стосується й наркотичного та інших видів впливу, якщо, звичайно, це документально доведено). Також вказане правило діє за наявності умисних тілесних ушкоджень, включаючи суїцидальні спроби. Страховик також має право відмовитися від виконання зобов'язань, якщо застрахований скористався послугами, які не прописані в договорі [14].

Хоча послуги ДМС значно варіюються, варто виділити дві основні групи. Перший вид страхового пакету передбачає виплати, які не мають стосунку до лікування. Тобто це страхування різних непередбачених випадків, як-то встановлення можливого діагнозу, потенційний травматизм тощо. Другий вид – це страховий пакет, що гарантує виплати коштів, витрачених страхувальником на лікування. Він передбачає компенсацію витрат на оперативне втручання, постопераційний період реабілітації, стаціонарне лікування.

Найбільш цікавою пропозицією для застрахованих є перший вид страхового пакету, адже він не прив'язується лише до компенсації, а передбачає можливість отримання повноцінної медичної допомоги. Таким чином, не треба узгоджувати вартість лікування та інші нюанси. Як правило, згідно з такими договорами, оплачується повна сума (або ділиться на частини).

Якщо розбирати випадки виплати страховки, яка відшкодовує лікування, то виникає багато труднощів. І перша з них – це встановлення обсягу відповідальності. Також іноді виникає плутанина з тарифними ставками та страховими сумами. Спостерігається цікавий момент: страхова компанія буде виплачувати відшкодування в разі втрати здоров'я, згідно з часом фактичного перебування застрахованої людини у лікувальному закладі. Однак страховики відмовляться від оплати рахунків цього закладу, якщо надана допомога та послуги відсутні в договорі. Таким чином, працівники лікарні несуть економічну відповідальність за послуги, які пропонують застрахованому. В оплаті рахунків може бути відмовлено як повністю, так і частково.

Наприклад, універсальний поліс медстрахування передбачає лікування у дільничного або сімейного лікаря без направлення до вузькопрофільного спеціаліста. В основному це респіраторні захворювання, що супроводжуються підвищенням температури, лихоманкою і зазвичай викликом лікаря додому. А ось спеціалізований поліс включає в себе відвідування фахівців вузького профілю. Крім того, він призначений для вагітних жінок і породіль. Також цей вид страхування може передбачати захист від певних станів і хвороб – інфікування СНІДом, туберкульозом тощо. Спеціалізовані поліси замовляють люди, схильні до вищеназваних захворювань, або ті, що вже їх мають.

На страховому ринку Росії запроваджено поліс глобального медичного страхування, власник якого отримує можливість лікуватися не лише в одному медичному центрі, а й в інших медичних закладах, у тому числі й за кордоном. Глобальний поліс надає застрахованій особі можливість відвідувати лікарів, які займаються приватною практикою, самостійно обирати клініку або спеціаліста, звичайно, повідомивши про свій вибір фахівців страхової медичної компанії. У такому разі розрахунки за надані послуги можуть бути здійснені безпосередньо між лікувальним закладом та страховою компанією. Проте

розрахуватися з лікарнею застрахована особа може й самостійно, адже страхова компанія, згідно з договором страхування, відшкодує вартість лікування.

Варто завважити, що глобальний поліс досить жорстко окреслює кордони послуг, які потенційно будуть компенсовані компанією. До них не включені лікувальні процедури, рекомендовані для ВІЛ-позитивних громадян та хворих на СНІД, маніпуляції та оперативні втручання з метою покращення зовнішності, а також ті послуги, які не були прописані відповідним фахівцем, а здійснювалися відповідно до бажання пацієнта.

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїждять за кордон, укласти договори страхування («асистанс») на випадок раптового захворювання, тілесних пошкоджень внаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. Головна мета «асистансу» – негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові моральної, медичної, а також технічної допомоги.

Договір страхування в деяких випадках передбачає компенсацію витрат з транспортування та медичного супроводу хворого до потрібної клініки, що знаходиться навіть в іншій державі, або репатріацію тіла, відшкодування низки екстрених послуг, наприклад, стоматологічних, оплату деяких юридичних аспектів. Проте поліс ДМС не передбачає компенсацію витрат на планове лікування за кордоном, яке не належить до невідкладних станів [71].

Правила страхування громадян, які виїжджають за кордон, не передбачають відшкодування витрат у разі лікування хронічних захворювань, стоматологічного протезування тощо.

При укладанні страхового договору страхові компанії зазвичай встановлюють максимальний розмір страхової суми, яка може бути виплачена застрахованій особі у разі настання страхового випадку, а також встановлюють розмір франшизи. Зарубіжний досвід свідчить про те, що добровільне медичне страхування має не лише багато переваг, а й певні недоліки, такі як охоплення

страхуванням невеликого обсягу видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від фінансового становища працівника або роботодавця.

Висновки до розділу 1

Розробка теоретико-методологічних засад удосконалення державного управління процесами підготовки та прийняття рішень у системі охорони здоров'я України, урахування вітчизняного та зарубіжного досвіду стосовно сучасного розвитку охорони здоров'я населення дає змогу з метою покращення державного управління галуззю запропонувати для втілення в роботу закладів охорони здоров'я України рекомендації щодо: вивчення існуючого досвіду та нормативно-правової бази щодо можливості переходу центральних міських лікарень на некомерційні комунальні підприємства та фінансування з районних бюджетів до запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; розробки програми з поступового впровадження персоналізованої медицини та лікування рідкісних захворювань в медичних закладах системи охорони здоров'я; використання механізму науково-методичної підтримки діяльності, розвитку та реформування роботи закладів охорони здоров'я України на різних рівнях їхньої організації за результатами вже існуючих і перспективних досліджень; вивчення можливостей для запровадження постійного соціологічного моніторингу суспільного здоров'я в підпорядкованих закладах охорони здоров'я для підвищення як ефективності їх роботи, так і в галузі охорони здоров'я в цілому.

Підвищення соціальних стандартів та покращення стану галузі охорони здоров'я – пріоритетні напрями, які наразі перебувають на першому місці у державній стратегії, адже здорова нація – найбільша цінність будь-якої держави. У першу чергу, потрібно реформувати застарілу та неефективну систему фінансування, перетворивши її на рушійний важель економіки. І, звичайно, в авангарді перебуває розробка заходів щодо втілення в життя засад страхової медицини. Україна у цьому питанні значно відстає від інших країн світу, тому ситуацію необхідно терміново змінювати.

1. Ліга страхових організацій України виступає за запровадження системи обов'язкового державного соціального медичного страхування за участю приватних страхових компаній та встановлення податкових стимулів для добровільного медичного страхування. Така позиція обґрунтовується тим, що наявність конкуренції на ринку є набагато ефективнішою, ніж існування єдиної монопольної установи на ринку, навіть державної.

2. На основі детального аналізу досвіду розвинутих країн світу можна зробити певні висновки. Наприклад, в Україні розвиток страхової медицини, безумовно, може спиратися на деякі постулати, перевірені часом в інших державах, але все ж шлях України має бути індивідуальним з огляду на супутні вихідні обставини. Наразі наявні декілька альтернативних варіантів розвитку медичного страхування – обов'язкове та добровільне (при цьому останнє може бути додатковою або превалюючою формою); створення загального фонду медстрахування або регіональних його філіалів (тут виникає питання конкуренції). Також важлива проблема формування внесків: або це будуть фіксовані ставки по всій країні, або певні відрахування із заробітної плати, а також чи існуватимуть обмеження та ліміти з огляду на фінансовий статус громадянина та місце його проживання.

3. З метою забезпечення захисту населення України від потенційних фінансових ризиків внаслідок витрат на медичну допомогу доцільною є розробка деталізованого переліку медичних послуг, які мають надаватися

населенню на безкоштовній основі та бути включені до базового пакету соціального державного медичного страхування; трансформація кошторисного механізму фінансування медичних установ на механізм фінансування медичних послуг на одну особу; розробка та впровадження системи розподілу ризиків між державою, роботодавцями, страховими організаціями, отримувачами медичної допомоги.

4. Для досягнення принципу надання медичної допомоги певного рівня й обсягу, забезпеченої конкретним цільовим джерелом фінансування, необхідно передусім встановити досить високий тариф на ОМС, що, відповідно, спричинить збільшення податкового навантаження. Кошти, отримані із системи обов'язкового медичного страхування, мають використовуватися на оплату вартості надання медичної допомоги пацієнту, який оформив поліс обов'язкового медичного страхування; преміювання персоналу, який має високі показники лікування застрахованих, а також на оновлення застарілого обладнання та закупівлю ліків.

5. Серед переваг ДМС слід відзначити основну – можливість вибору. У першу чергу, вибору лікарні, пакету послуг, яких потребує застрахований, у тому числі й профілактичних. Єдиною перешкодою є те, що страховики дуже несміливо та обережно розвивають коло своїх послуг. З іншого боку, громадяни у страхових пакетах іноді хочуть бачити досить низькі ціни, однак страхові компанії не будуть працювати собі на збиток. Добровільне страхування розкриває перед клієнтом величезні перспективи: набагато покращені умови перебування у стаціонарі, вибір лікарів-професіоналів, можливість догляду за місцем проживання, можливість отримання медичних послуг за кордоном у разі настання страхового випадку. З-поміж недоліків ДМС слід зазначити досить значні витрати на щомісячне погашення ставок, а також неповне охоплення діапазону медичних послуг.

6. Для виходу з економічної кризи у короткостроковій перспективі Урядом України має бути запропоновано комплекс жорстких заходів.

Запровадження системи оплати за конкретний випадок стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування станів і хвороб, оскільки лікарня буде отримувати відшкодування у межах розрахунків, необхідних для лікування конкретного випадку (що унеможливило б надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). Використання такого інструменту, як діагностично споріднені групи, дає змогу порівняти продуктивність лікарень та вдосконалити систему контролю якості. Таким чином, заклади будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбутися непотрібних процедур, що зрештою вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень.

РОЗДІЛ 2

ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Аналіз сучасного стану ринку медичного страхування в Україні

Побудова науково обґрунтованої системи медичного страхування є однією з найважливіших і водночас найскладніших проблем, що зумовлює формування ефективного соціально-економічного середовища в національній економіці. При побудові комплексної системи медичного страхування головним і визначальним чинником має стати поєднання державного та приватного фінансування медичного страхування. Процес побудови комплексної системи медичного страхування передбачає чотири рівні, кожен з яких формується за рахунок таких фінансових джерел: мінімальний рівень (базовий) – за рахунок усіх рівнів бюджетів; якщо говорити про основний рахунок, то він наповнюється коштом роботодавців, благодійної допомоги, персоналу, що працює на виробництві, а також шляхом використання оплачених штрафних квитанцій, задіяння держпрограм та іншого типу внесків. Ще два рахунки – сервісний та солідарний. Перший виживає шляхом дотацій юридичних осіб та пересічних громадян. Другий, який ще називається суспільним, наповнюють ті, хто працює на підприємствах і є учасниками профспілкових кас. Таким чином, суб'єкти страхування обмежуються МОЗ, що володіє держбюджетом, місцевими адміністраціями, Фондами обов'язкового медичного страхування, самими страховиками та лікарняними касами [58; 59].

Підсистема використання визначає шляхи застосування зазначених фінансових ресурсів на відповідному рівні системи медичного страхування.

Підсистема контролю складається з державного регулювання (Національна агенція медичного страхування, Центр громадського здоров'я) та саморегулювання. Контроль за якістю наданих послуг і відповідність медичним протоколам має здійснювати Національна агенція медичного страхування, до того ж у кожній області України будуть працювати відділення агенції.

Міністерством охорони здоров'я України 31.05.2016 зареєстровано в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ДУ «ЦГЗ МОЗУ»).

ДУ «ЦГЗ МОЗУ» буде мати на меті здійснення статистичних і контрольних функцій, також його співробітники будуть створювати різноманітні програми, що покликані розвинути профілактичну роботу серед населення. Якість препаратів для щеплення та функціональність лабораторно-наукової бази теж буде зоною відповідальності цієї установи. Його філіали будуть розгалужені по всій країні, щоб охопити всі верстви населення. На ДУ «ЦГЗ МОЗУ» покладено відповідальність за епідеміологічну картину в країні, а також контроль за покращенням здоров'я нації [28].

Основне завдання Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» – розвиток системи громадського здоров'я та формування стійкої системи епідеміологічного нагляду в Україні, а саме запобігання і контроль над інфекційними хворобами (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, грип, поліомієліт, гепатити тощо), підвищення готовності до спалахів високопатогенних хвороб.

У сучасних умовах розвитку ринку медичного страхування в Україні страховим компаніям, які вже закріпились на ньому, і тим, які тільки виходять на ринок, доводиться все складніше. Їх проблеми пов'язані з високим рівнем жорсткої конкуренції, перенасиченням рекламних та інформаційних потоків, зростаючими вимогами споживачів до якості медичних послуг, а також з

появою та розвитком новітніх технологій у діагностиці та лікуванні різноманітних захворювань.

Одним із основних інструментів державного стратегічного управління, що оцінюють в комплексі внутрішні і зовнішні чинники, які впливають на розвиток як окремої страхової компанії, так і ринку медичного страхування в цілому, є SWOT-аналіз [2]:

- S – strengths – сильні сторони;
- W – weaknesses – слабкі сторони;
- O – opportunities – можливості;
- T – threats – загрози.

Методика проведення SWOT-аналізу передбачає реалізацію трьох етапів:

I етап. Визначення власних сильних і слабких сторін страхової компанії (табл. 2.1). Для цього необхідно: скласти перелік параметрів, згідно з якими оцінюватиметься діяльність страхової компанії; за кожним параметром визначити, що є сильною стороною підприємства, а що – слабкою; зі всього переліку обрати найбільш важливі сильні та слабкі сторони підприємства.

Таблиця 2.1

Загальні характеристики сильних і слабких сторін будь-якої страхової компанії в Україні, що використовуються у SWOT-аналізі

Потенційні внутрішні переваги	Потенційні внутрішні недоліки
<ul style="list-style-type: none"> – конкурентні переваги (унікальність); – сильна позиція у специфічних ринкових сегментах, добре знаний лідер; – жорсткий конкурент на ринку; – стратегія наступу чи інша важлива стратегія; – сприяння зростанню кількості цільових груп споживачів чи їхній лояльності; – вища за середню обізнаність про стан ринку; – можливості захисту від конкурентів; – достатні фінансові ресурси; – добре вивчений ринок, потреби покупців; – вища за середню рентабельність і прибутковість та маркетингові навички 	<ul style="list-style-type: none"> – відсутність реальних конкурентних переваг; – постійні атаки з боку ключових конкурентів; – нижчі за середні темпи зростання; – брак фінансових ресурсів, недостатній прибуток; – втрата репутації у споживачів; – недоліки в стратегічній діяльності; – відсутність реальних особливих навичок у галузі менеджменту, брак талантів; – «новачок» у справі, чию репутацію ще не доведено; – відсутність міцної позиції, щоб боротися із загрозами

II етап. Визначення ринкових можливостей і загроз (табл. 2.2). Це своєрідне оцінювання ринку. Цей етап дає змогу оцінити ситуацію поза страховою компанією і зрозуміти, які у страхувальника є можливості, а також яких загроз йому слід побоюватися.

На першому етапі необхідно проаналізувати та зіставити комплекс фактів та обставин, щоб надалі зробити певний висновок. Вивчається ринкова кон'юнктура, можливі негаразди щодо впровадження програми-стратегії у канву державної структурної системи, а після встановлення чітких взаємозв'язків доведеться розробити план, на основі добутих знань та детального аналізу інформаційних матеріалів. У результаті має виникнути інструментальне підґрунтя для створення відповідного середовища, комфортного для всіх учасників ринку.

Таблиця 2.2

**Загальні зовнішні можливості та загрози для страхової компанії в Україні,
що використовуються в SWOT-аналізі**

Потенційні зовнішні можливості	Потенційні зовнішні загрози
<ul style="list-style-type: none"> – розвиток економіки країни; – соціально-політична стабільність; – обґрунтоване законодавство; – обслуговування додаткових груп споживачів; – входження у нові ринки (сегменти); – розширення переліку послуг відповідно до потреб споживачів 	<ul style="list-style-type: none"> – інфляція; – велика ймовірність виникнення нових конкурентів; – уповільнення темпів зростання ринку
<ul style="list-style-type: none"> – самозаспокоєність ключових конкурентів; – швидке зростання ринку 	<ul style="list-style-type: none"> – виникнення труднощів при укладанні договорів між надавачами та споживачами медичних послуг; – зміни в потребах споживачів; – негативні демографічні зміни; – соціально-політична нестабільність

Наочно процес SWOT-аналізу у страховій компанії можна подати у вигляді схеми (рис. 2.1).

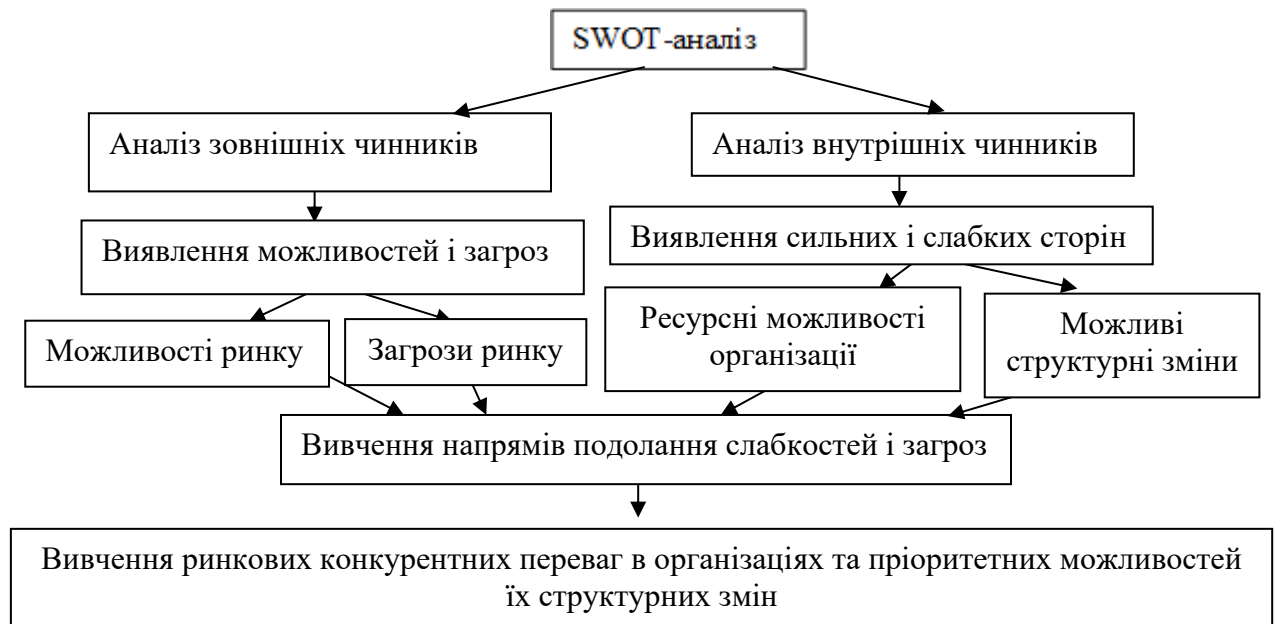


Рис. 2.1. Процес SWOT-аналізу в страховій компанії

Сильними сторонами страхової компанії можна вважати ті напрями, у яких вона досягла успіху, або якісь її унікальні особливості, що можуть надати додаткові можливості. Зокрема, сильною стороною може бути досвід у роботі, наявність висококваліфікованого персоналу, висока якість послуг, добре зарекомендований бренд (назва) компанії, відомий лідер ринку, переваги у сфері витрат, перевірений часом менеджмент.

Слабкі сторони – це відсутність важливих для бізнесу елементів у роботі компанії або те, що не дає їй перевагу перед конкурентами. Прикладами можуть бути недосконалість страхових продуктів, негативна репутація у ринковій ніші, низький рівень обслуговування, відсутність або дефіцит фінансування, вразливість до конкурентних послуг, брак чітких стратегічних вказівок, недостатнє орієнтування у ситуації на ринку.

Можливостями можна вважати сприятливі умови, якими компанія може скористатися для досягнення певних вигод. Зокрема, значне зростання попиту

послуг, зростання кривої доходів, вихід на свіжі ринки, ініціювання топових страхових продуктів тощо.

Загрози – це події, настання яких може спричинити негативний вплив на діяльність компанії. Зокрема: вихід на ринок нових конкурентів, зміна податкового законодавства (збільшення податків), несприятлива політика держави, настання економічних криз, несприятливі демографічні зміни.

III етап. Зіставлення сильних і слабких сторін підприємства з можливостями і загрозами ринку. Сила і можливості – стан безпеки страхової компанії. Слабкість і можливості – стан ризику страхової компанії. Сила і загрози – стан загрози в страховій компанії. Слабкість і загрози – стан небезпеки в страховій компанії. Для зіставлення можливостей підприємства умовам ринку й узагальнення результатів SWOT-аналізу застосовується матриця SWOT, яка має такий вигляд (рис. 2.2).

	Зовнішнє середовище	
	Можливості (шанси)	Загрози
Сильні сторони	Поле СлМ (заходи)	Поле СлЗ (заходи)
Слабкі сторони	(заходи)	(заходи)
	Внутрішнє середовище	

Рис. 2.2. Матриця SWOT-аналізу

Ринок, що досліджується, характеризується взаємозв'язками усіх суб'єктів, які забезпечують його функціонування як єдиного цілого, що взаємодіє з економічною системою як відокремлена підсистема. Системний характер ринку забезпечується наявністю трьох складових: суб'єкти ринку, взаємозв'язки між суб'єктами ринку, механізм взаємодії суб'єктів ринку у формі комплексного обслуговування щодо надання послуги медичного страхування. Розвиток ринку медичного страхування – це комплексний

поетапний процес, результатом якого є позитивна зміна показників його діяльності: зростання обсягів страхових премій, збільшення кількості договорів, зростання рівня задоволення населення якістю наданих послуг, зростання кількості переукладених договорів (рис. 2.3).

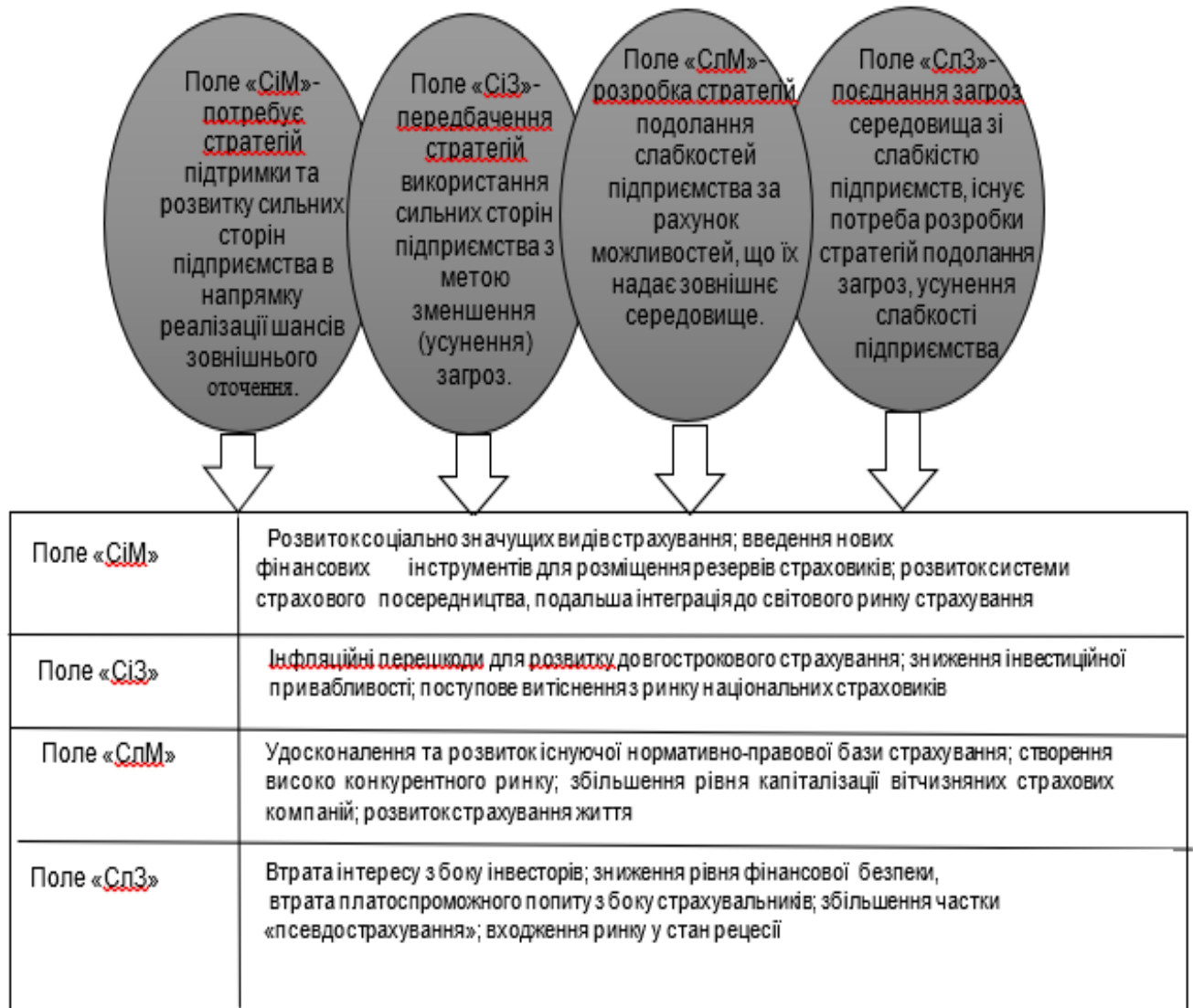


Рис. 2.3. Розширена матриця SWOT-аналізу страхових компаній

Високий рівень конкуренції на страховому ринку, економічний спад в країні, вибагливість споживачів, низький рівень купівельної спроможності населення, науково-технічний прогрес людства – усе це є чинниками, які

спонукають страхові компанії України проводити інноваційні процеси у своїй діяльності. При цьому страховий маркетинг відіграє роль так званого інструменту інноваційної діяльності. Завдяки збільшенню та розвитку каналів просування страхових продуктів страховики знаходять підхід до найвибагливіших клієнтів, а завдяки інноваційним каналам комунікацій привертають увагу та залучають велику кількість страхувальників (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Маркетинговий аналіз ринку медичних страхових послуг

№ з/п	Показник оцінювання	Внутрішні особливості	Маркетинговий аналіз послуги страхової компанії
1	тип клієнтурного ринку	споживачі, виробники, посередники	більша частина, звісно, споживачі, але можливі й виробники послуг
2	наявність конкурентів	загальна оцінка ринку	головні конкуренти на ринку страхових послуг
3	рівень рекламної активності основних конкурентів, які основні аргументи вони використовують	висока якість послуг, індивідуальний підхід, соціальна орієнтованість страхових полісів	звертають увагу на високу якість запропонованих послуг, на індивідуальний підхід, мають соціальну орієнтованість страхових полісів
4	де переважно розміщується реклама	реклама в метро, реклама на бігбордах, реклама в ЗМІ має нерегулярний характер	реклама в ЗМІ має нерегулярний характер, недостатньо інформації про компанію. Існує Інтернет-реклама, але лише у вигляді сайта компанії

Очевидно, що стратегічне планування – ключ до успіху будь-якого починання, тому наразі термін «стратегічний менеджмент» розглядається також крізь призму діяльності страховиків у медичній галузі. Розроблена методологія, яка приведе до відмінного кінцевого результату, якщо виявляти певну гнучкість та професіоналізм. Виділяють декілька напрямів роботи, а саме з персоналом, сучасними технологіями та фінансовою стороною питання. Наприклад, корпоративна стратегія має на меті визначити доцільний перелік послуг та розподілити їх регіонально, а функціональна з-поміж іншого – взяти відповідальність за навчання персоналу та розробку інформаційних важелів

впливу на суспільну думку і вподобання. Визначальною серед функціональних стратегій страховика є фінансова (табл. 2.4), оскільки компанії з високим рівнем фінансової стійкості мають більше можливостей для задоволення страхових потреб своїх клієнтів та забезпечення відповідних умов для довгострокового розвитку власних працівників.

Таблиця 2.4

Характеристика функціональних стратегій страхової компанії

№ з/п	Функціональна стратегія	Характеристика
1.	Маркетингова стратегія	Вона надзвичайно необхідна для оптимізації відносин між страховою компанією та громадянином, що користується її послугами. Вона передбачає розробку страхових полісів з огляду на ринкові потреби, промоутерські дії задля реалізації варіативних пакетів, оцінювання ситуації через маркетингову призму, розробку конкурентоспроможних стратегій та моніторинг економічної доцільності надання певних страхових пакетів і розробки акційних пропозицій
2.	Операційна стратегія	Операційна стратегія є «набором правил для прийняття рішень, якими керується компанія під час ведення своєї господарської діяльності». Відповідно до цього, вона пов'язана із розробкою політики використання ресурсів організації, спрямованих на її максимально ефективну підтримку на ринку
3.	Фінансова стратегія	Фінансова стратегія страховика охоплює визначення перспективних напрямів його діяльності з урахуванням їх прибутковості та охоплює: розробку інвестиційної стратегії, тобто розміщення тимчасово вільних грошових коштів страховика; оцінювання та прогнозування поточного фінансового стану страховика, планування його поточної діяльності та складання бізнес-плану; план-прогноз розширення діяльності страхової компанії
4.	ІТ-стратегія	ІТ-стратегія страхової компанії передбачає створення систем інтегрованої системи електронного документообігу, використання автоматизованої підтримки управлінського обліку та контролю, впровадження ІТ-забезпечення в регіональних підрозділах, розвиток ІТ-підтримки продажу страхових послуг та системи управління відносинами з клієнтами
5.	HR-стратегія	Стратегія управління персоналом – це розроблене керівництвом страховика пріоритетне, якісне визначення довгострокових цілей зі створення високопрофесійного, відповідального та згуртованого колективу, що враховує стратегічні завдання й ресурсні можливості страхової компанії

Бізнес-стратегії компанії спрямовані на вирішення двох основних цілей – забезпечення конкурентних переваг і підвищення прибутковості бізнесу шляхом створення нових страхових послуг, розширення або скорочення мереж збуту, інвестицій у нові технології просування страхових послуг, збільшення обсягу відрахувань на рекламу.

Метод стратегічного планування дає змогу виявити та проаналізувати всі фактори й аспекти проблемного середовища, які виникли в державі. У контексті інтегрування медстрахування у структуру охорони здоров'я цей метод виявляє сукупність аспектів, які гальмують розвиток окресленої ринкової ніші та порушують послідовність його асиміляції у конкретному середовищі (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

SWOT-аналіз ринку медичного страхування України

Зовнішнє середовище	
Можливості (Opportunity)	Загрози (Threats)
<p>Прийняття стратегії реформування охорони здоров'я. Інвестиційна привабливість ринку. За результатами підписання угоди про асоціацію з Євросоюзом значні перспективи спрощення співпраці з європейськими партнерами. Відкриття європейських ринків для вітчизняних страховиків. Висока прибутковість за умови стабільності ринку</p>	<p>Стрімке зростання рівня захворюваності, низький рівень заробітної плати громадян. Невизначена система фінансування охорони здоров'я, випадки корупції під час надання медичних послуг, неналежне оснащення лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, відсутність чітко визначених стандартів надання медичної допомоги та контролю за їх виконанням. Порядок оподаткування підприємств, відсутність необхідних медичних страхових полісів у своїх працівників та відсутність зацікавленості роботодавця в збереженні їх здоров'я. Недосконала законодавча база є суттєвою перешкодою активного розвитку системи медичного страхування. Вкрай необхідна розробка чітко продуманої стратегії щодо включення цієї програми у структуру ОЗ, а також створення статистичних та моніторингових баз для здійснення контрольних функцій. Необхідним є створення дієвої моделі, за якою працюватимуть суб'єкти ринку медичного страхування та чітке формування алгоритмів їх відносин, створення глобальної комунікативно-інформаційної мережі. Правова невизначеність та відсутність необхідної фінансової бази – основні загрози побудови гармонійної системи медичного страхування в державі</p>
Внутрішнє середовище	

З метою визначення перспектив побудови ефективної системи медичного страхування в Україні було здійснено відповідний SWOT-аналіз системи медичного страхування в Україні (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

SWOT-аналіз системи медичного страхування в Україні

Сильні сторони	Слабкі сторони
Динамічне зростання ринку. Зростання рівня капіталізації ринку. Зростання обсягу страхових операцій. Зацікавленість іноземних інвесторів. Можливості для розвитку	Недосконалість нормативно-правової бази. Високий рівень концентрації ринку. Недостатність фінансових інструментів для інвестування. Низька конкурентоспроможність національних страховиків. Інформаційна закритість. Відсутність стратегії розвитку. Низький рівень страхової культури. Слабкий фінансовий моніторинг
Можливості	Загрози
Введення обов'язкового медичного страхування; збільшення ролі страхового посередництва; додаткові фінансові ресурси в галузь охорони здоров'я; більш ефективний соціальний захист населення; зацікавленість населення в медичному страхуванні; підвищення страхової культури населення	Низька платоспроможність населення. Недовіра населення до послуг медичного страхування. Політична нестабільність. Високий рівень інфляції. Низькі темпи надходження іноземних інвестицій. Зростання цін на послуги медичного страхування. Зростання конкуренції з боку іноземних страхових компаній. Конкуренція з боку іноземних страхових компаній. Спад економічного розвитку країни. Надмірна залежність системи недержавного іноземного капіталу соціального забезпечення від іноземного капіталу

Полю 1 відповідають дії, спрямовані на розвиток внутрішніх позитивних властивостей ринку медичного страхування та реалізацію наявних можливостей, які склалися на цьому ринку. Співвідношення наведених характеристик дає змогу вирішити завдання ефективного використання

позитивних тенденцій внутрішнього й зовнішнього середовищ ринку. Полю 2 притаманні дії, що спрямовані на подолання слабких сторін ринку за рахунок використання реальних можливостей зовнішнього середовища. Аналіз цього поля дає можливість визначитися з внутрішніми чинниками, які можуть завадити використанню ринкових можливостей страховика та перетворитись на загрози.

Поле 3 передбачає застосування сильних сторін ринку медичного страхування для подолання ринкових загроз і визначає, за рахунок яких внутрішніх сильних сторін можна подолати негативні чинники зовнішнього оточення страхових компаній. Поле 4 дає змогу виявити найбільші небезпеки для функціонування ринку медичного страхування. Вважаємо, що перше поле є базисом розвитку системи страхової медицини, ключом до її ефективної діяльності. Потенційна рушійна енергія перебуває на місцях перетину сильних сторін і можливостей. До того ж особливу увагу треба звернути на поля два – чотири, адже в них систематизується та аналізується поданий матеріал.

Не менш важливим є встановлення взаємозв'язків між складовими елементами і побудова матриці SWOT-аналізу системи медичного страхування в Україні.

З метою надійного й ефективного функціонування системи медичного страхування в Україні доцільно сформулювати пропозиції щодо її покращення:

- сформувати єдиний державний фонд соціального обов'язкового медичного страхування для громадян України з територіальними відділеннями;
- забезпечити ефективне використання коштів та розвитку професійної конкуренції;
- забезпечити покриття державою медичних витрат людей, які не в змозі робити відрахування, що дає змогу зберегти універсальність охоплення медичними послугами;
- визначити реальні джерела здійснення страхового захисту.

З метою визначення перспектив побудови ефективної системи медичного страхування в Україні було досліджено вплив внутрішнього та зовнішнього середовища як на окрему медичну страхову компанію, так і на розвиток ринку медичного страхування в цілому шляхом здійснення SWOT-аналізу.

Моніторинг сфери охорони здоров'я у галузі медичного страхування дасть змогу розробити низку заходів, спрямованих на нівелювання конкурентного середовища шляхом адекватного розвитку своєї страхової компанії з урахуванням індивідуальних потреб замовника послуг. Також потрібно звернути увагу на більш дієвий збут медичних пропозицій. Обов'язково потрібно підвищити кваліфікацію співробітників медустанов, підняти рівень їх стресостійкості, навчити працювати у кризових умовах. Також у цьому конкурентному середовищі важливим моментом стане створення програми лояльності для постійних відвідувачів, оскільки це є вигідним і приваблює пацієнтів.

За результатами SWOT-аналізу можна стверджувати, що існуючі загрози та слабкі сторони страхового ринку України не дають можливості достатньою мірою використати потенціал вітчизняних страховиків.

SWOT-аналіз порівняно з іншими методами має як переваги, так і недоліки. Основною його перевагою є простота і можливість витратити невеликі кошти на його проведення, а також гнучкість і наявність безлічі варіантів. Недоліками SWOT-аналізу, які потрібно враховувати, є такі: неможливість врахування всіх сил та слабкостей, шансів і загроз; суб'єктивність вибору та ранжування факторів зовнішнього і внутрішнього середовища; погана адаптація до середовища, що постійно змінюється.

Отже, проведення SWOT-аналізу має важливе значення для здійснення стратегічного планування, оскільки його методика – ефективний, доступний, дешевий засіб оцінювання стану проблемної та управлінської ситуації в установі. Він дає змогу систематизувати проблемні ситуації; краще розуміти

структуру ресурсів, на які слід опиратися в удосконаленні діяльності та розвитку компанії на перспективу; відстежувати загальний стан і постійні зміни зовнішнього середовища; виділяти і використовувати нові потенційні можливості швидше, ніж конкуренти; обирати оптимальний шлях розвитку й уникати небезпек; приймати зважені рішення, що стосуються ринку розвитку медичного страхування.

Правильно і вчасно прийняті стратегічні рішення сьогодні відіграють ключову роль в успішній діяльності організації. Саме вони справляють вирішальний вплив на конкурентоспроможність медичних страхових компаній і системи медичного страхування України в цілому.

2.2. Порівняльний аналіз систем медичного страхування в країнах світу

Вектором розвитку медичної галузі в багатьох країнах Європи, у США, Австралії та Японії є саме медичне страхування, яке довело свою зручність та економічну ефективність. Євроінтеграційний курс України також потребує реформ у медичній галузі, які, зокрема, передбачають перехід до обов'язкового медичного страхування. Оскільки ситуація в Україні за цим напрямом ще далека від ідеальної, доцільно взяти до уваги досвід інших країн світу, які давно впроваджують у себе цю систему.

Угорщина. Насамперед, звертаємо увагу на становлення системи оплати надання медичної допомоги в системі ОМС в Угорщині. Державна система медичного страхування охоплює 99% населення країни та включає широкий спектр медичних послуг. До обов'язків фонду медичного страхування Угорщини входить збір внесків соціального страхування та цільових

податкових відрахувань на охорону здоров'я. Постійною проблемою Угорщини є ухилення від податків.

При вивченні питання доцільно звернути особливу увагу на реформування фінансування системи охорони здоров'я Угорщини, яке відбувалось поступово, кількома етапами: впровадження системи соціального страхування здоров'я як способу фінансування охорони здоров'я; введення системи оплати сімейних лікарів за кількістю прикріплених пацієнтів; впровадження фінансування лікарні за кількістю випадків госпіталізації для невідкладної стаціонарної допомоги та за обсягом наданої допомоги – для амбулаторій; введено податкові видатки в розмірі 30% від страхового внеску для додаткового приватного медичного страхування; виключено з державного медичного страхування стоматологічні послуги; введено доплати за транспортування хворих; зниження розміру внесків роботодавців на медичне страхування й введення цільового податку на охорону здоров'я; збільшення цільового податку на охорону здоров'я з метою боротьби з ухиленнями від сплати внесків; оплата урядом видатків у вигляді фіксованої суми за лікування громадян, які не сплачують податків на охорону здоров'я; впровадження часткової оплати амбулаторної та стаціонарної допомоги; закупівля медичних послуг для населення не державним фондом медичного страхування, а кількома конкуруючими страховими медичними компаніями. Первинна допомога нерідко надається приватними спеціалістами. А фінансується вона за специфічним принципом, який з часом зазнає певних коректив. Лікарі отримують гонорари виключно з огляду на кількість пацієнтів. Звичайно, кваліфікація фахівця також відіграє роль у цьому процесі. Що стосується медичних інституцій, то вони підпорядковані центральній владі країни [175].

Румунія. Не менш цікавим для розгляду є процес становлення системи оплати надання медичної допомоги в системі ОМС у Румунії. Державна система охорони здоров'я охоплює всіх громадян і постійних жителів країни,

забезпечуючи їх широким набором медичних послуг. До базового пакету медичних послуг не входять: екстракорпоральне запліднення; косметична хірургія для дорослих; деякі види стоматологічного лікування. Часткова оплата застосовується щодо: оплати лікарських засобів, призначених амбулаторно; тривалого курортного лікування; візитів до лікарів-спеціалістів без направлення лікарів загальної практики. Як і для інших країн пострадянського простору, проблемним для системи охорони здоров'я Румунії залишається використання неофіційних платежів з метою забезпечення більш якісного лікування або більш швидкого доступу до медичної допомоги. Дійсно, Румунія недалеко відійшла від України стосовно корупційних схем, у тому числі й галузі охорони здоров'я. Зрозуміло, що така ситуація не може задовольняти уряд та відповідні інституції, які постійно розробляють програми, що убезпечили б країну від економічного дефіциту бюджету та налаштували систему на коректну і плідну роботу.

З 1999 р. охорона здоров'я Румунії фінансується переважно за рахунок внесків соціального страхування і частково – центральних податкових надходжень. Розмір внесків соціального страхування встановлюється централізовано, а самі внески виплачують роботодавці, самостійно зайняті працівники, пенсіонери, а діти, підлітки, інваліди з низьким доходом, ветерани війни від сплати внесків звільнені. Центральний уряд вносить кошти за деякі інші категорії населення, такі як військовослужбовці, ув'язнені, безробітні і особи, які одержують допомогу.

Внески збирає податкове агентство; вони перераховуються до Національного фонду медичного страхування та розподіляються за кількістю застрахованих із урахуванням ступеня ризику по 42 окружних фондах медичного страхування і двох загальнонаціональних професійних фондах медичного страхування – для службовців Міністерства юстиції і Міністерства транспорту і зв'язку.

Умови річного рамкового договору узгоджуються між Національним фондом медичного страхування і Міністерством охорони здоров'я, а потім затверджуються урядом. У договорі визначаються перелік послуг, умови надання допомоги і механізми оплати. За виконанням умов договору стежать Національний і окружні фонди медичного страхування. Умови контрактів однакові для державних і приватних медичних установ, проте конкуренції між установами майже немає.

Змінилися деякі фінансові алгоритми на початку 90-х рр. ХХ ст., а точніше в 1994 р. Фіксовану ставку отримують лише фахівці держустанов, а лікарі інших ланок, а також ті спеціалісти, які працюють у приватних закладах, мають заробітну плату залежно від напливу пацієнтів та обсягу наданих послуг [151].

Чехія. Особливої уваги заслуговує становлення системи оплати надання медичної допомоги в системі ОМС у Чеській Республіці. Державна система охорони здоров'я охоплює всіх громадян, які мають бути зареєстровані в одному з фондів медичного страхування. У рамках державної системи надається широкий набір медичних послуг.

Частковій оплаті підлягають тільки лікарські засоби, призначені амбулаторно, та стоматологічне лікування. З 2008 р. введено часткову оплату відвідування лікаря, госпіталізації і невідкладної медичної допомоги, за винятком вагітних, хворих хронічними захворюваннями і людей з низьким доходом. При вивченні питання доцільно звернути особливу увагу на те, що приватне медичне страхування в чеській системі охорони здоров'я відіграє лише незначну, додаткову або альтернативну роль, покриваючи витрати на побутові зручності при лікуванні і стоматологічну допомогу.

Охорона здоров'я в Чехії фінансується в основному із внесків соціального страхування, а також за рахунок центральних і муніципальних податків. Внески соціального страхування стягуються із заробітної плати за централізовано

встановленою ставкою, що дорівнює 13,5%, з яких 9% вносять роботодавці, а 4,5% – працюючі громадяни. Внески із самостійно зайнятих стягуються тільки з половини їх чистого доходу і мають верхню межу. Кожен фонд медичного страхування самостійно збирає внески. Центральний уряд виплачує внески за дітей, безробітних військовослужбовців і пенсіонерів.

Оскільки фондів страхування у країні достатньо, то громадяни мають право вибору. Тому подібні організації перебувають у стані перманентної конкуренції та намагаються виграти у тендері на закупівлю медичних послуг, наприклад, для пенсіонерів. На Загальний фонд припадає більше ніж половина страхових надходжень, які потім перерозподіляються по регіонах. У сфері страхування прийнята практика укладання контрактів з лікарями та медичними установами на поставлення певного виду послуг. Як правило, дія угоди пролонгована – до двох років включно. А ось тарифи можуть змінюватися набагато частіше внаслідок інфляційних процесів економіки. У їх обговоренні беруть участь відповідні фонди та асоціації, а затвердження покладено на державні органи.

Реформи 1994 і 1997 рр. підсилили можливості фондів медичного страхування впливати на закупівлю медичних послуг, дали їм змогу погоджувати граничні обсяги надання послуг і використовувати інші методи оплати. З 1993 р. до 1997 р. основним методом фінансування медичних установ була оплата за обсягом наданих послуг. З 1997 р. лікарям загальної практики почали платити залежно від кількості прикріплених пацієнтів з урахуванням віку (70%) з додатковими виплатами за діяльність з профілактики та зміцнення здоров'я. Оплата праці лікарів – спеціалістів амбулаторних закладів здійснюється за обсягом наданих послуг з верхньою межею суми виплат. З 1997 р. фінансування лікарень здійснюється на основі загальних бюджетів з деяким корегуванням (з 2001 р.) за рівнем інтенсивності роботи. У ряді лікарень

впроваджено оплату за системою клініко-статичних груп. Лікарі лікарень у Чехії отримують фіксований оклад.

У Чеській Республіці також прийнято чітко розподіляти види допомоги, які надаються населенню. Первинна допомога фінансується з огляду на кожного громадянина, що звернувся до лікаря. Клініки амбулаторного лікування належать до вторинної ланки допомоги. Серед таких закладів є як приватні, так і комунальні. Також треба згадати спеціальні установи та наукові клініки – всі вони перебувають під юрисдикцією уряду. Але кількість приватних ліжко-місць у цілому по країні дуже незначна і не перевищує 9%. Що стосується оперативних втручань, то страховики відшкодовують вартість тільки тих маніпуляцій, що були проведені в державних клініках.

Капітальне інвестування забезпечує держава або регіональні органи державної влади. Усі лікарні, незалежно від форми власності, укладають контракти з фондами страхування здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я в Чеській Республіці засноване на принципі солідарності і справедливості, його основним джерелом є державні кошти. Фінансування первинної ланки медичного обслуговування населення здійснюється з фонду обов'язкового медичного страхування, яким забезпечується майже 80% витрат сектора охорони здоров'я, тоді як загальні податки покривають лише 11%. Приватне добровільне страхування здоров'я і готівковий розрахунок становлять лише 7%.

Фонд ОМС фінансують самі громадяни, причому приватні підприємці віддають досить відчутну частку доходів – близько 14% (іноді внесок доходить навіть до 30%). Пересічні громадяни сплачують у 3 рази менше, виключаючи роботодавців, – їх частка доходить до 9%. У Чехії одночасно працює дев'ять фондів, які займаються медичною страховкою громадян. Таким чином, у країні існує здорова конкуренція. Найбільшим за обсягом є Загальний фонд (те, що він не збанкрутує, гарантує сама держава) [108].

Словенія. Варто звернути також увагу на становлення системи оплати надання медичної допомоги в системі ОМС у Словенії.

Програма державного медичного страхування охоплює всіх громадян Словенії, забезпечуючи їх широким набором медичних послуг, а також компенсує заробітну плату за період непрацездатності унаслідок захворювання або травми, витрати на похорони і надає допомогу у разі смерті застрахованого. При цьому значно поширена часткова оплата послуг. При вивченні питання доцільно звернути особливу увагу на те, що для громадян Словенії є доступним доповнююче приватне медичне страхування, що покриває витрати на часткову оплату і охоплює більше ніж 74% населення (98% осіб, що мають частково сплачувати медичну допомогу та лікарські засоби).

Охорона здоров'я Словенії у більшості випадків фінансується за рахунок внесків на соцстрахування, які беруть із загального доходу та які оплачує персонал, роботодавці; урядових програм, відповідних фондів (скажімо, по безробіттю). Через високий рівень часткових виплат країна має розвинутий ринок приватного медичного страхування. Частка додаткового приватного медичного страхування в загальній структурі витрат на охорону здоров'я є однією з найвищих в ЄС (поступається лише Франції). Окрім часткової виплати, застрахована особа оплачує ліки, послуги, включені в програму страхування, а також лікування у приватних фахівців. Внески державного медичного страхування збирає Національний фонд медичного страхування (Інститут медичного страхування Словенії). Приватне медичне страхування надається трьома страховими компаніями. Національний фонд медичного страхування відповідає за закупівлю послуг, гарантованих державою. Щорічно Міністерство охорони здоров'я, фонд медичного страхування і медичні установи визначають: перелік послуг, які мають увійти до державного набору, загальну вартість послуг, що покриваються державним медичним страхуванням; загальний рівень державного фінансування охорони здоров'я; узгоджують права й обов'язки

страховиків, надавачів медичної допомоги та застрахованих; нормативи, стандарти і методи оплати для кожного виду медичних закладів. Лікарям – спеціалістам амбулаторних установ платять за обсягом наданих послуг. Невідкладна допомога в лікарнях оплачується з урахуванням клініко-статистичних груп. Планове стаціонарне лікування фінансується за кількістю ліжко-днів із щорічним узгодженням ставок. Лікарі, які уклали договір із Національним фондом медичного страхування, отримують фіксований оклад. Такий підхід дає змогу забезпечити відносний баланс та справедливий розподіл фінансів, призначених для забезпечення галузі охорони здоров'я.

У Словенії обов'язкове медичне страхування надається будь-якій особі, яка офіційно влаштована на роботу і сплачує відсоток від заробітної плати до фонду медичного страхування. Особи, які мають постійну посвідку на проживання в Словенії, зобов'язані оформити поліс обов'язкового медичного страхування, проте, беручи до уваги, що обов'язкове медичне страхування не покриває всіх можливих витрат на медобслуговування, іммігрантам так само, як і уродженцям Словенії, надається можливість добровільного медичного страхування [152].

Росія. Галузь медичного страхування у найближчого географічного сусіда України – Росії загалом почала свою історію з січня 1993 р., з моменту оприлюднення відповідного Закону про медичне страхування російських громадян. У цій країні є два види страхування – ДМС та ОМС, причому перше було введено на рік раніше. Фонди медичного страхування у Росії розподіляються відповідно до двох названих груп і вважаються позабюджетними організаціями.

Якщо говорити про обов'язкове медичне страхування, то ним охоплено все населення країни, а здійснюється процедура з огляду на те, працює громадянин чи є безробітним:

1. Працююче населення. Страхування цієї категорії громадян РФ здійснюється згідно з такими правилами: страхувальники цієї групи – суб'єкти господарювання без урахування правових та організаційних нюансів їх діяльності і форм власності. Другий вид застрахованих – це росіяни, що займаються приватною діяльністю, митці, що не входять до жодного об'єднання, а також роботодавці для найманих працівників. Що стосується відсотка страхових внесків, то вони становлять 3,6. Вказані суми зараховуються на відповідні рахунки Центробанку. Страхові внески не сплачують інваліди або колективи, де таких громадян більше ніж половина. Також під статтю обов'язково медичного страхування не підпадають гонорари одноразового характеру або кошти, виплачені як компенсація.

2. Страхування непрацюючої категорії населення. Процедура здійснюється за посередництва республіканських урядів та місцевої адміністрації. За потрібні внески несе відповідальність регіональна влада, яка задіює місцевий бюджет – з нього беруть кошти для страхування громадян. Подібний вид соціального захисту гарантує первинну медичну допомогу, амбулаторне та стаціонарне лікування, деякі діагностичні процедури, профілактичні заходи.

Програма обов'язкового медичного страхування включає в себе компенсацію витрат на медикаменти при стаціонарному лікуванні та отриманні екстреної допомоги. Що стосується амбулаторій та поліклінік, то під вищезазвані умови вони не підпадають, і громадяни оплачують лікування самостійно. Перелік медичних послуг, що надаються в рамках страхової програми, не передбачає косметичних втручань, стоматологічного протезування, офтальмологічних операцій. Як правило, подібні послуги оплачуються громадянами особисто або компенсуються за рахунок ДМС.

Організації, які відповідають за кошторис суспільного МС, фінансують профілактичні та лікувальні програми, які мають стосунок до хворих на СНІД

та туберкульоз. Також вони беруть участь у фінансовій підтримці дитячих будинків, лікувально-профілактичних закладів тощо. Крім того, при настанні техногенної катастрофи, пандемії або стихійного лиха подібні фонди також включаються в роботу [71].

Німеччина. Німеччина має найцікавішу історію медичного страхування. Для неї характерна подвійна система страхування здоров'я за участю як приватних, так і державних установ. У Німеччині однаково розвинуті обов'язкове (державне) й добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону здоров'я у Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6% ВВП, або 2 840 євро на одну особу.

Сьогодні в системі медичного страхування Німеччини величина внесків відповідає рівню платоспроможності застрахованих. Страхові внески діляться між роботодавцем та працівником приблизно порівну і становлять 12–14% заробітної плати працівника до оподаткування. При розрахунку внесків до уваги беруть перші 53–63 тис. євро річного доходу працівника, залежно від того, яка це частина кар'єри – східна чи західна. Непрацюючі члени родини, у тому числі діти та люди похилого віку, як правило, є застрахованими автоматично й за відсутності внесків. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я пацієнта і не залежать від величини його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, при якому здорові несуть витрати за хворих, молоді – за осіб похилого віку, забезпечені – за малозабезпечених. Менше ніж 10% населення Німеччини має можливість придбати за власні кошти приватні медичні страховки та не здійснює відповідні внески в державні лікарняні каси. Таку можливість мають особи, річний дохід яких становить понад 47 250 євро. Цю межу уряд щорічно переглядає (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Переваги та недоліки у механізмах реалізації медичного страхування

Країна	Переваги	Недоліки
1	2	3
Німеччина	<p>Страховання відрізняється подвійною структурою: у процесі беруть участь як приватні, так і державні страхові організації. Приватне страхування є добровільним, державне – обов'язковим. Медичне страхування здійснюється через суспільні лікарняні каси</p>	<p>Розміри відрахувань перманентно збільшуються. Сьогодні витрати на медичне страхування становлять 13,4% неоподаткованої заробітної плати громадянина Німеччини. Але це не є фінальною часткою, спостерігається тенденція до зростання через погіршення демографічної ситуації в країні</p>
	<p>Розрахунок внесків проводиться за такою схемою: до уваги беруть тільки певну частину доходів громадян Німеччини – 52 тис. євро для жителів сходу та 63 тис. євро – для інших. Слід відзначити, що члени родини громадян, застрахованих за такою схемою, отримують страхування автоматично та безкоштовно.</p> <p>Медичне обслуговування високої якості, достатній рівень фінансових можливостей; максимальне охоплення громадян обов'язковим медичним страхуванням; високі витрати на фінансування галузі охорони здоров'я Україні в цілому; пропаганда профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас; значне державне фінансування наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів та клінік</p>	<p>По-друге, суттєве збільшення організаційних витрат у системі охорони здоров'я. До лікарняних кас потрібно щомісячно відраховувати 5% від загальної суми внесків. Майже 30 років тому, у 1992 р., ця сума на одного платника становила 106 євро, потім, у 2005 р., – майже 160 євро. Це свідчить не на користь ефективної роботи відповідних кас.</p> <p>До того ж додаткові витрати виникають через мережу посередників, які збирають та акумулюють рахунки за медичні послуги і передають їх у лікарняні каси.</p> <p>Також діє принцип «зіпсованого телефона», при якому втрачаються функції контролю, покладені на лікарняні каси. Справа в тому, що кошти, а також документація, яка супроводжує транзакції, у буквальному сенсі «мандрують» між різними інстанціями, а відтак, співробітники кас не отримують оплату безпосередньо від пацієнтів. Звичайно, у такій ситуації здійснити контроль якісної сторони послуг, що надаються, вкрай проблематично</p>
Україна	<p>Здійснюється адміністративно-територіальна реформа, що дасть змогу наблизити до громадян адміністративні та соціальні послуги з боку державних органів та органів місцевого самоврядування; забезпечення загальнодоступності медичної допомоги; пріоритетність первинної медичної допомоги; запровадження обов'язкового медичного страхування; визначення державних гарантій надання громадянам медичної допомоги</p>	<p>1) формування системи нових рамкових обмежень доступності різних видів медичної допомоги для окремих верств (груп) населення;</p> <p>2) виявлення додаткових передумов складності фінансового планування у короткостроковому та середньостроковому періодах, а також довгострокового прогнозування обсягу фінансування;</p> <p>3) відсутність економічної зацікавленості медичних працівників у поліпшенні здоров'я пацієнтів; відсутність стимулів до ефективного використання фінансових ресурсів (пацієнтам можуть надаватися непотрібні їм послуги);</p>

Продовження табл. 2.7

		<p>4) збільшення страхової витратності, включаючи й видатки на послуги ІТ-сфери [76].</p> <p>Збереження сьогодні в Україні переважно державної медицини. Відведення обов'язковому соціальному медичному страхуванню та приватному медичному страхуванню ролі виключно допоміжних механізмів фінансування системи охорони здоров'я в Україні</p>
--	--	---

Франція. Загальноприйнята на теренах Франції модель страхування є централізованою. Програмою охоплено майже все населення – більше ніж 80%. Звичайно, всім керує відповідний закон, у якому прописано, хто і скільки має вносити у вигляді страхових сум. Роботодавці сплачують набагато більше ніж наймані робітники – 12,5% та 7% відповідно [189, с. 379].

Лікарняні виплачуються із Національної каси, яку контролює Міністерство соціального забезпечення Франції. Названу касу ще називають органом страхування найманих працівників. Відповідальний персонал цього державного органу здійснює контроль за діяльністю регіональних лікарняних кас, моніторить вартість медичної допомоги та її якість, а також визначає розміри виплат та ставок. Відділення національних кас знаходяться рівномірно по всій республіці та працюють цілком автономно. Проте французи не можуть обирати касу, яка сподобалася, оскільки все розподіляється, згідно з територіальним розміщенням. Але є і значний плюс – держава суворо контролює вартість ліків в аптеках, забезпечуючи невисокі ціни.

Альтернативною формою, що протиставляється лікарняним касам, є фонди взаємодопомоги, які відповідають за додаткові страхові послуги. До подібних пакетів, зокрема, включається стоматологічна допомога. Іноді в таких товариствах пропонують послуги по догляду за старими та немічними громадянами, також їх представники беруть участь у погашенні страхових

рахунків учасників. Роботу товариств координує Національна федерація. Ще однією альтернативою двом названим формам страхування є приватні компанії.

Система охорони здоров'я Франції надає змогу всім французам користуватися як традиційними терапевтичними послугами, так і новітніми науковими досягненнями. Підтвердженням ефективності організації охорони здоров'я є високий рівень здоров'я нації і щорічне підвищення очікуваної тривалості життя населення більше ніж на три місяці. Майже для 96% громадян терапевтичні послуги абсолютно безкоштовні або ж повністю відшкодовуються. Французи також мають право вибору між медичними установами, незалежно від рівня доходу і величини страхового внеску.

У Франції немає поняття «черга», пов'язана з очікуванням якоїсь маніпуляції чи оперативного втручання, оскільки всі послуги завжди надаються громадянам вчасно. Що стосується малозабезпечених верств, то вони абсолютно нічим не обмежені відносно доступу до медичних послуг – все компенсує солідарний податковий фонд. Інші прошарки населення теж мають можливість звернутися до медичної установи будь-якого профілю – від державної клініки до приватних установ та НДІ.

У Франції медичне страхування фінансується податками на заробітну плату, пропорційними прибутковими податками, а також непрямими податками на алкогольні й тютюнові вироби.

Однією з фундаментальних переваг французької системи охорони здоров'я є тісна співпраця між державними і приватними медичними структурами, яка дає змогу уникнути виконання хірургічних маніпуляцій. Приватні лікувальні установи Франції працюють дуже активно і здійснюють більше ніж 50% хірургічних втручань, а також проводять лікування 60% випадків злоякісних новоутворень.

Цікаво, що, незважаючи на те, що пацієнти мають доступ до дуже великого за європейськими стандартами вибору медичних послуг при державному забезпеченні, значне поширення має також додаткове страхування.

У зв'язку з цим уряд Франції був вимушений запровадити заходи, які були спрямовані на зниження витрат. Перш за все, це активне впровадження практики залучення лікарів первинної ланки для обмеження потоку пацієнтів до спеціалізованих установ, як це прийнято в багатьох інших європейських країнах.

До спільних рис моделей, прийнятих у Німеччині та Франції, можна зарахувати очевидну доступність медичних послуг для всього населення без винятків, причому незалежно від виду захворювання. Також їх об'єднує обов'язковість медичного страхування, широке застосування інноваційних технологічних пристроїв, активна участь держави у справі контролю вартості ліків та компенсування витрат на лікування. Можна відзначити серед спільних рис і суспільну солідарність [12; 26].

Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії (далі для зручності – Великобританія). Влада країни дуже відповідально ставиться до медичного страхування та надає відповідні послуги усім без винятку громадянам, що проживають на території держави. Причому це не залежить від наявності громадянства або кількості отриманих коштів і статусу.

За медичне страхування у Великобританії відповідає в основному держбюджет. Проте це не єдине джерело доходу, наприклад, близько 7% займають кошти, внесені роботодавцями. Як би там не було, але пріоритетна фінансова складова національної системи ОЗ – податки громадян, які становлять 90% бюджету, відведеного на охорону здоров'я. Отже, базис британської системи медичного страхування – це податки та підтримка держави.

Послугами приватних компаній добровільного страхування охоплено 13% населення Великобританії. Проте вони виконують допоміжну функцію до основної державної програми та надають послуги, які не включені до головного пакету.

За медичне обслуговування у Великій Британії відповідає національна служба ОЗ. До базового пакету її послуг входить стаціонарне та амбулаторне лікування, включаючи реабілітацію, огляди сімейних лікарів, прийоми вузькопрофільних фахівців, купівля медикаментів, а також послуги стоматологів.

Основне фінансування National Health Service відбувається за рахунок податкових надходжень, лише частково із страхових внесків і зборів з пацієнтів. Уряд Великобританії пропонує стимулювати спроби Національної системи охорони здоров'я підвищити ефективність надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її видами [63, с. 382, 384].

Розглядаючи системи страхування у країнах Північної та Південної Європи, найдоцільніше звернути увагу на системи медичного страхування у Швеції та Іспанії.

Швеція. Увесь тягар витрат на охорону здоров'я населення країни шведський уряд покладає на суспільні фонди – ця частка сягає 90%. При цьому приватні фонди вкладають кошти у цей процес не дуже активно. ОМС у Швеції було введено в 1955 р. З того часу ним охоплено все населення Швеції, включаючи дітей віком до 16 років (спочатку це були виключно маленькі діти та підлітки). Варто зазначити, що до пакету обов'язкового медичного страхування входять також і стоматологічні послуги.

ОМС у Швеції жваво розвивалося, починаючи з 1955 р. до 1962 р. З'явилися незалежні суспільні фонди, які наразі відшкодовують майже всі витрати населення на медичне обслуговування та працюють з лікувальними закладами на контрактній основі. Наразі громадяни Швеції лікуються

практично безкоштовно, виключаючи деякі амбулаторні процедури, тому доступ до якісної медичної допомоги у цій країні наданий усім без винятку верствам населення.

У Швеції діє закон децентралізації підрозділів галузі охорони здоров'я, тому усі питання, що стосуються лікування населення, вирішує місцева влада. Очевидно, що і страховими коштами розпоряджаються посадовці на місцях, точніше спеціально організовані фонди. Проте загальне планування здійснює Міністерство охорони здоров'я: воно визначає перспективну стратегію (сукупно із Національною радою), а також контролює роботу місцевих служб.

Якщо брати до уваги кошти, які перебувають у розпорядженні ради округу, то вони складаються з таких часток: 70% – податки громадян, 20% – державні субсидії, все інше – оплата медичних послуг самими шведами.

У 80–90-х рр. ХХ ст. назріла необхідність у реформуванні та рефінансуванні медичного обслуговування у Швеції. У вказаний період значно погіршилася фінансова ситуація, яка потребувала негайного втручання держави та прийняття організаційних рішень. Все це відбувалося на тлі зростання потреб громадян та необхідності величезних видатків для забезпечення нормального функціонування структури охорони здоров'я. Перше, чим зайнялися посадовці – зміцнили засади надання невідкладної медичної допомоги як базису, необхідного для збереження здоров'я нації.

Треба сказати, що шведська система охорони здоров'я значною мірою децентралізована та побудована за територіальним принципом, тобто кожен регіон та місцева адміністрація відповідають за медзахист своєї частини населення. Між тим центральна влада відповідає за розробку перспективних стратегій, а також покладені на неї функції контролю. Другою ланкою трирівневої системи управління охороною здоров'я Швеції є регіональні інстанції. На них покладено зобов'язання організації та планування схеми медичної допомоги населенню. Третьою, останньою ланкою, є місцеві органи.

Вони відповідають за діяльність медичних служб, які здійснюють догляд за пенсіонерами, дітьми, психохроніками та інвалідами.

Основна частка медичних послуг відводиться на державне медичне страхування, хоча й добровільне також існує. Від загальної суми ВВП задля забезпечення нормальної та задовільної роботи охорони здоров'я у Швеції виділяється 9,5%, що є дуже високим показником.

Треба сказати, що децентралізація спочатку викликала значне покращення якості послуг, оптимізацію статей витрат, зробила більш доцільним регулювання ринку послуг та забезпечила досягнення інших пріоритетів реформування охорони здоров'я. Однак згодом все почало зводитися до регулювання взаємодії між медично-лікувальними закладами та наведення порядку на ринку послуг, тому наразі у Швеції обрали вектор у бік централізації.

Незважаючи на все вищесказане, а також на те, що ліжковий фонд у шведських лікарнях серйозно скоротився, система охорони здоров'я цієї країни все ж перебуває на одному з найвищих рівнів у Європі. Не останню роль у цьому відіграли впровадження надсучасних технологій у галузі медицини та покращення й поглиблення діагностичних процедур, що дало змогу виявити захворювання на початкових стадіях, коли їх було простіше вилікувати.

Медичне страхування включає страхування на випадок хвороби, стоматологічне страхування і допомогу батькам у зв'язку з хворобою дитини. У країні існує практика співучасті громадян у покритті витрат на медичне обслуговування. При збільшенні вартості передбачається зниження частки участі пацієнта в оплаті послуги.

Для шведського уряду пріоритетним є питання найефективнішого розподілу ресурсів, що наявні в державі, зокрема, у галузі охорони здоров'я. Крім того, саме Швеція посідає одне з флагманських місць у світовому

рейтингу країн з найкомфортнішими та найдієвішими медичними послугами [74; 128].

Іспанія. Система охорони здоров'я Іспанії є складовою системи соціального забезпечення Іспанії, та втілює «південну» модель системи охорони здоров'я. Згідно з цією моделлю, сфера охорони здоров'я значною мірою фінансується за рахунок відрахувань, пов'язаних із занятістю населення. Високі податки в Іспанії на алкогольні напої (10%) й тютюнові вироби (5,3%) введені для збільшення фінансування охорони здоров'я. Державна система охорони здоров'я (Sistema Nacional de la Salud), відповідно до чинного законодавства, забезпечує медичне обслуговування усіх категорій населення та заснована на принципах загальної і рівної доступності медичних послуг. На сьогодні 93,9% населення має право на безоплатне обслуговування. Цю безкоштовну допомогу пацієнти можуть отримувати в будь-якій точці країни. Більшість закладів SNS належать до бюджетної сфери – їх діяльність фінансується за рахунок податків. З кінця 2002 р. повноваження у сфері охорони здоров'я було передано до регіонального рівня: у кожному із 17 регіонів було затверджено регіональне міністерство охорони здоров'я, відповідальне за організацію та надання медичної допомоги на своїй території.

Іспанська система охорони здоров'я базується на постулаті єдності і водночас сповідує принципи децентралізації, тому кожна область являє собою автономну частину держави, де місцева влада, обізнана з конкретними проблемами своїх громадян, ефективно розподіляє кошти на потреби медичної сфери. Щоб ситуація перетворилася на описану вище, було внесено низку системних змін до законодавства. Що стосується найвищої інстанції, якій підпорядкована влада всіх округів та регіонів, то нею є Загальнонаціональна рада. На цей орган покладено місію перспективно-стратегічного планування у масштабах держави. Також вона виконує контрольну функцію. Особлива увага

приділяється дотриманню стандартів надання медичних послуг, чітко розроблених у державі.

На територіальні органи влади (регіональні та місцеві) покладено обов'язки організації системи охорони здоров'я відповідно до встановлених на національному рівні стандартів і норм.

Що стосується надання допомоги первинної ланки, то це роблять всі види лікарень, незалежно від того, підпорядковані вони державі чи ні. Але при цьому в подальшому держустанови мають пріоритет перед приватними, хоча останніх у Іспанії теж дуже багато. Вони функціонують у вигляді медцентрів.

Фінансування системи ОЗ триканальне:

- надходження з ПДВ;
- податки на прибуток;
- податкові фінанси, що надходять з регіонів.

Застосування принципу солідаризму в Іспанії передбачає можливість доступу громадян до медичних послуг незалежно від рівня доходів. Так, вважається, що людина з меншим рівнем доходів має право доступу до медичних послуг, не гірших, ніж людина з вищими доходами. При цьому оплата цих послуг має бути більшою для людей з більшим доходом, аніж для людей з нижчим, а якість послуг має бути встановлена на відповідному рівні.

Кожна людина має право самостійно обирати лікаря, який їй подобається, та медичний заклад, де вона хоче лікуватися.

В Іспанії існує чимало страхових медичних компаній: Asisa, Sanita, Adesla та ін. Всі вони дають змогу безкоштовно або за невелику плату лікуватися як у самій Іспанії, так і за її межами. Залежно від вартості страхового поліса ви можете отримати більший або менший спектр безкоштовних послуг, а ті, які не є безкоштовними, – з більшою чи меншою знижкою. Знижки мають і самі страхові поліси: є знижки для членів родини, дітей тощо.

У цій державі умови для гостей є більш вигідними, ніж в інших країнах. В Іспанії працівник-іммігрант має право зареєструватися в Національній службі охорони здоров'я та отримати медичну карту на рівних умовах з громадянами Іспанії. У будь-якому випадку амбулаторне обслуговування, лікарняна швидка допомога та інші життєво необхідні послуги медичної допомоги (у разі травми на виробництві, нещасного або техногенного випадку) надаються іноземцю безкоштовно. Однак є суттєвий недолік іспанського медичного страхування – лише законні іммігранти можуть користуватися особистою медкарткою. Упершу чергу тому, що зареєструватися в Національній медичній службі можна тільки після надання податкового полісу та дозволу на проживання, що, безперечно, проблематично для нелегалів. Серед українців Іспанії близько 40% – нелегальні мігранти, які часто отримують різні травми в процесі діяльності.

Проте, згідно з трудовим законодавством Іспанії, окремі пільги існують і для нелегалів. Зокрема, не маючи дозволу на проживання й «Особистої медичної картки», такі громадяни мають право безкоштовно отримати амбулаторне лікування, швидку допомогу в умовах госпіталізації та інші медичні послуги. Для цього необхідно запросити в органах Національної медичної служби картку іноземця (*Tarjeta temporal*), який мешкає тимчасово; для її отримання достатньо лише надати паспортні дані і довести відсутність достатньої кількості фінансових коштів.

Проте приватні медичні установи в Іспанії є платними для всіх без винятку. Щоб не опинитися у фінансовій пастці, нелегальним мігрантам рекомендовано звертатися за медичною допомогою в державні урхенсії (лікарні), які надають безкоштовне лікування для іноземців.

З 2012 р. в Іспанії на законодавчому рівні набули чинності норми, згідно з якими, на безкоштовну медичну допомогу можуть розраховувати лише вагітні жінки, підлітки до 18 років, а також ті нелегальні мігранти, які потребують виключно екстрено медичної допомоги.

Оскільки економічна криза не залишає країну, у першу чергу, складно доводиться нелегалам. Що стосується медичної сфери, то практично немає послуг, які були б безкоштовними для незаконних мігрантів. Подібних заходів вимагає режим вимушеної економії. Проте людям з тимчасовим дозволом на проживання в Іспанії пільги ніхто поки що не скасовував, але звертатися потрібно до державних установ.

Іспанський досвід Україні треба взяти до уваги першочергово. У цій країні ефективно діє розроблена система соціального страхування. Залежно від рівня доходів розподіляються ставки внесків, при цьому кількість послуг та їх необхідний обсяг не змінюються для всіх верств населення країни [19; 92].

Сполучені Штати Америки. Основними позитивними рисами охорони здоров'я США є висока якість медичного обслуговування і широкий вибір лікарів та лікарень. Однак проблема медичної допомоги є однією з нагальних у США. Орієнтація медичної допомоги на оптимальний обсяг при мінімальних витратах пов'язана з наявністю в країні переважно «іммігрантського» населення. Витрати на медицину становлять астрономічну суму, але при цьому багато громадян США не мають коштів на візит до лікаря і придбання ліків.

У США не існує обов'язкового медичного страхування всього населення. Активізація суспільної діяльності в США ще в 1983 р. призвела до створення низки національних програм: медичної допомоги біднякам «Медікейд» і немолодим особам – «Медікер». Щорічно органи влади різного рівня змушені витратити до 30 млрд дол. США на покриття витрат незаможних. Ще приблизно 5 млрд дол. США їм фактично «дарують» медики, які часто погоджуються надати медичну допомогу безкоштовно.

В Америці серед базових полісів вибір невеликий. Бюджетний варіант дозволяє звертатися за допомогою до дуже обмеженої мережі клінік і не передбачає лікування у вартісних приватних закладах. При цьому обсяг медичних послуг абсолютно достатній. Другий варіант полісу набагато

варіативніший та більш розгалужений. Крім того, він дозволяє обирати лікаря, але має одну особливість: якщо клініка, у якій працює обраний фахівець, уклала угоду зі страховиком, то вартість послуг і препаратів буде помірною, у протилежному випадку – рахунок буде набагато вищий, хоча все одно зі знижкою. Також при виборі другого варіанта полісу мережа лікарень суттєво більша, ніж у попередньому випадку.

Витрати на діагностику та лікування як незастрахованих, так і застрахованих пацієнтів, є однаковими й частково перекладаються на застрахованих, а частково їх покриває держбюджет. Проте це не зменшує ступеня вираженості проблеми, тому протягом останніх 20 років у США спостерігається стрімке зростання витрат на охорону здоров'я.

З цього приводу погляди багатьох спеціалістів збігаються: економіка медичного обслуговування в США – це й справді суперечливе поєднання переваг, недоліків та надмірностей [74].

Розглядаючи системи страхування у країнах Східної та Південно-Західної Азії, найдоцільніше звернути увагу на системи страхування Японії та Ізраїлю.

Японія. На сьогодні в Японії діє система державної страхової медицини, яка функціонує завдяки державному та приватному страхуванню здоров'я. Є також Закон «Про охорону здоров'я літніх людей».

Згідно із цим законом, літні люди, які потребують лікування, можуть розраховувати на різноманітні страхові відшкодування, які оплачує держава. Люди пенсійного віку діляться на дві вікові категорії, від чого залежить кількість пільг та відшкодувань. На лікування людей похилого віку кошти надходять із фондів муніципальних органів. Окремо виділяється група осіб, визнаних інвалідами чи постраждалими.

Японцям пропонують безліч страхових пакетів з різноманітними умовами – у кожному прописаний свій перелік послуг. Як правило, базовий поліс передбачає поліклінічне обслуговування, що включає в себе

діагностування, проведення лабораторних досліджень, терапію, придбання необхідних медичних препаратів. Часто сюди також включені послуги стоматолога. Але оперативне втручання пацієнти мають сплачувати самостійно. Те ж саме стосується і стаціонарного лікування. В основному страховики повертають кошти не стовідсотково, а всього 70–80%. Перша цифра – це кошти, які співробітники компаній відшкодовують родичам страхувальника, а друга – самому пацієнту. Умови є однаковими як у приватної, так і в державної страховки.

Видається медичний поліс здебільшого на 12 місяців, після чого термін його дії подовжують.

Медичні послуги в Японії представлені двома системами. Національна система страхування працює за територіальним принципом, гарантуючи медичну допомогу власникам дрібних підприємств і членам їх сімей, а також інвалідам та незаможним. Розмір страхового внеску невеликий і залежить від доходу та складу сім'ї. Держава фінансує майже половину внеску. Страхування здійснюють місцеві органи влади (селищні, сільські, міські). Страхування осіб найманої праці організовано за виробничим (професійним) принципом. Уряд бере на себе витрати зі страхування працівників дрібних і середніх підприємств, а також моряків.

Державні службовці та працівники великих підприємств страхуються за допомогою страхових товариств, розділених за професійною ознакою. Внески платять застраховані, роботодавці і держава. Розмір внеску визначається заробітком, але не перевищує встановленої межі. Взагалі такий фінансово-страховий механізм у Японії працює дуже чітко.

У Японії існує бальна система оплати медичних послуг, тобто кожна консультація, обстеження, оперативне лікування оцінюються в балах. Розцінки єдині для всіх медичних установ у всіх містах країни. Вартість хірургічної операції в Японії у 3–4 рази нижче, ніж у США. У Японії медичні установи

виставляють рахунок за лікування не страховим товариством або державним структурам, а фондам оплати медичних послуг. Ці фонди перевіряють адекватність суми і відповідність загальним стандартам лікування. Тільки після такої перевірки (іноді протягом двох місяців) рахунки підлягають оплаті.

Страховка покриває велику частину вартості амбулаторних послуг, а також перебування в стаціонарі. Можливість вибору медичного закладу не обмежена. Вартість медикаментів застраховані оплачують самі за ціною, встановленою державою, без аптечних надбавок.

Думається, що Україна позбудеться багатьох економічних та суспільних проблем, якщо якнайшвидше почне втілювати досвід страхової медицини, запозичений у розвинутих країн світу. У такому разі нівелюється необхідність розробки нескінченних пільг та індексації пенсійних нарахувань, а також можна буде позбутися низки інших проблем [106; 162].

Ізраїль. Система охорони здоров'я Ізраїлю – це висококваліфіковані лікарі, що використовують у своїй практиці найновіші досягнення медичної науки, а також сучасні медичні клініки, оснащені новітнім обладнанням. Кількість медичних працівників на одного жителя Ізраїлю є найбільшою у світі.

Статистика свідчить, що середня тривалість життя в Ізраїлі – одна з найвищих у світі, а дитяча смертність – одна з найнижчих. Медицина Ізраїлю є квінтесенцією державної і соціальної медицини, а саме гарантією надання всім мешканцям медичної допомоги за допомогою лікарняних кас. Страховий внесок справляється у вигляді податку на охорону здоров'я. В Ізраїлі діє «Закон про державне страхування здоров'я», основні положення якого такі: страхування здоров'я є обов'язковим для кожного громадянина; державна система медичного страхування гарантує надання медичної допомоги всім жителям країни.

В Ізраїлі наявні чотири медичні страхові компанії, які пропонують стандартний пакет медпослуг. Кожен має право вибору каси. Ізраїльтянин бере

активну участь у процесі лікування, отримує інформацію на всіх етапах терапії, обстеження та діагностики. Існує таке поняття, як «валіза здоров'я» – набір базових медичних послуг, що надаються пацієнтам з різними захворюваннями. Перелік позицій перманентно оновлюється з урахуванням нових медичних технологій та сучасних ліків. Якщо страхувальник воліє отримати медичну послугу, яка відсутня в поданому списку, він оплачує її самостійно. Базисна програма включає консультацію терапевта та спеціальних, вузькопрофільних фахівців, діагностичні та лабораторні дослідження.

Для Ізраїлю характерна відсутність такого виду медичного сервісу, як виклик лікаря додому. Якщо пацієнт тяжко хворий і не може встати з ліжка, йому викликають швидку допомогу. Швидка допомога в Ізраїлі представлена службою «Амбуланс» (Ambulance). Застрахований пацієнт безкоштовно отримує першу невідкладну допомогу та лікарські препарати, а також проходить необхідне діагностичне дослідження. Безкоштовне лікування в стаціонарі гарантовано, якщо застрахованого пацієнта направив на лікування лікар-куратор або лікар швидкої допомоги.

Але є у майже ідеальній системі страхової медицини Ізраїлю є слабка ланка, а саме непомірна вартість оперативного втручання. При цьому держава компенсує значну частину витрат, проте і та сума, яка залишається, є для громадяни досить високою. Однак застрахований ізраїльтянин все одно має дуже широкі можливості для лікування: громадянин, який придбав поліс, купує ліки з величезними знижками, користується якісними, але значно зниженими послугами стоматолога. Єдиний нюанс – лікар має виписати рецепт, а самі медикаменти мають бути включеними до стандартного переліку. Жителі країни на основі страхового полісу навіть можуть отримувати знижки за кордоном, наприклад при трансплантаційних маніпуляціях. В Ізраїлі функціонує мережа державних лікарень, куди може звернутися будь-який громадянин і йому

гарантовано нададуть допомогу. Це право прописане на законодавчому рівні близько тридцяти років тому.

Також існують приватні клініки. Дитячі медичні заклади відокремлені від дорослих. Надання медичних послуг здійснюється в рамках обов'язкового медичного страхування. Закон гарантує надання медичної допомоги всім громадянам країни. Чотири приватні лікарняні каси, жорстко контрольовані державою, займаються страхуванням населення.

Всі лікарняні каси зобов'язані надати членам базисний кошик послуг, який включає: медичну діагностику та лікування в клініці і у пацієнта вдома; профілактичне обслуговування та навчання необхідним медичним знанням (рання ембріональна діагностика, щеплення, консультації для вагітних жінок, матерів і літніх людей); госпіталізація (загальна, акушерська, психіатрична (тільки для хронічних хворих)). Медичною страховкою не передбачено такі види допомоги: психологічна, психіатрична, стоматологічна і наркологічна.

В Ізраїлі є чотири основні суспільні каси: Clalit, Leumit, Maccabi, Mikesedet. Кожна з них організовує різні акційні пропозиції, рекламні кампанії для залучення нових учасників. Також ініціюються програми для певних категорій населення. Наприклад, у лікарняному фонді «Леуміт» студенти звільняються від страхових виплат на півроку, у лікарняному фонді «Загальний» приваблива програма для маленьких пацієнтів проводиться не рідше двох разів на рік. Медична каса Mikesedet – це спеціальна програма для вагітних жінок та малюків. Кожен громадянин має право переказувати гроші з одного страхового фонду в інший [49].

Кожен житель Ізраїлю зобов'язаний сплачувати податок з метою охорони його здоров'я, за винятком заміжніх непрацюючих жінок і солдатів строкової служби в армії Ізраїлю. Платежі є прогресивними і залежать від доходу застрахованого. Якщо обоє з подружжя працюють, то кожен платить страховку

відповідно до свого доходу. Пенсіонери міністерства фінансів і міністерства оборони Ізраїлю платять тільки з доходів від додаткової роботи.

Основним джерелом фінансування кас є податок на медичне страхування, що сягає 4,8% доходу. Він збирається відомством національного страхування, і роботодавці беруть участь в оплаті вартості страхування своїх працівників. Існує приватне страхування здоров'я: будь-який громадянин держави Ізраїль, зацікавлений в отриманні додаткових медичних послуг, не включених в основний кошик, таких як, наприклад, страхове покриття операцій, що проводяться в Ізраїлі і закордоном, страхове покриття операцій з імплантації (заміна органів) за кордоном, отримання спеціальних ліків, не включених у кошик основних медичних послуг, отримання консультацій у лікарів-фахівців, має оформити приватне комплементарне медичне страхування в одній із страхових компаній Ізраїлю. Медичні послуги приватної страхової компанії – це додаткові послуги. Держава буде в будь-якому випадку, згідно з прийнятим законом, вираховувати із заробітної плати громадянина податок на страхування здоров'я в повному обсязі.

Одним із пріоритетів ізраїльської медицини є підростаюче покоління, тому всім без винятку дітям у цій країні надається безкоштовний медичний сервіс, починаючи з народження. До програми включено карту щеплень, що складається згідно із загальноприйнятою та затвердженою Міністерством охорони здоров'я схемою вакцинації для новонароджених, дошкільнят і школярів [18; 74].

2.3. Прогностична оцінка результатів реалізації механізмів державного управління в галузі медичного страхування в Україні

Серед першочергових питань потрібно виділити аспекти реформування галузі охорони здоров'я, починаючи з реструктуризації та створення рівнів фінансування, що включатимуть у себе страхові та державні програми. Якщо розглянути проблему фінансування медичної сфери, то потрібно виділити державу як джерело надходження коштів, згідно з безкоштовною програмою, а також створення місцевих територіальних громад. Подібні схеми жваво обговорюють посадовці Міністерства охорони здоров'я України, а рішення, видані урядом останнім часом та спрямовані на організацію ринків фінансових послуг, ілюструють спроби запровадження системи медичного страхування у масштабах держави.

Під страховою медициною зазвичай розуміють складну й надзвичайно мобільну систему товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентоспроможна гарантована якісна й достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я, а «покупцем» її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади й установи різних форм власності) або фізичні особи, які перебувають в умовах ризику для здоров'я. Тривале відтермінування легітимізації обов'язкового медичного страхування має досить негативний характер, оскільки людей, які не мають медичної страховки, більше ніж 95%. Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, бо потенційних споживачів страхових послуг багато. Але всі намагання будуть марними без належної та вчасної підтримки держави. Процес переходу на страхову медицину, наведення порядку в системі охорони здоров'я, визначення механізмів її фінансування тощо займе щонайменше три роки. Наразі у Верховній Раді України

розглядають різні моделі медичного страхування. У першу чергу, потрібно налагодити роботу в системі, по-друге, необхідно переформатувати галузь, тобто здійснити повне її перезавантаження. Хоча законодавчо всі названі кроки були прописані давно, але тільки в 2017 р. почалися реальні рухи в бік реформування конкретних структурних підрозділів. Закони щодо впровадження новацій теж недосконалі, тому над ними ще потрібно ґрунтовно попрацювати [123].

Розроблені закони в галузі медичного страхування мають бути ретельно перевірені вітчизняними та зарубіжними спеціалістами, які мають певний досвід у практичному медичному страхуванні. Першочергова роль належить державі для впровадження обов'язкового медичного страхування. Удосконаленню державного управління розвитком медичного страхування сприятиме державно-приватне партнерство. Саме у сфері охорони здоров'я, згідно із законодавством, державно-приватне партнерство (далі – ДПП) передбачається як пріоритетний напрям розвитку.

Є також форми для реалізації проєктів ДПП; класифікація залежить від ступеня залученості та особливостей співробітництва державних і приватних партнерів. Кожна форма впровадження ДПП має особливі, унікальні переваги та певні недоліки, тому вибір залежить від конкретного проєкту та коректного узгодження пріоритетів партнерів. Залучаючи додаткові інвестиційні кошти від приватного партнера, можливий технологічний прорив у галузі охорони здоров'я, і ключовим елементом співпраці має стати механізм медичного страхування з розробкою кластерних схем [122]. Принципи втілення основ законодавства у сфері загальнообов'язкового державного МС та партнерства бізнесу з державою мають спільні риси, що створює основу для ефективної співпраці, взаємоінтеграції партнерів, удосконалення механізмів держуправління системою медичного страхування.

Ефективність державного управління розвитком соціального страхування може бути підвищена через використання кластерної моделі [28]. Кластерний підхід до організації регіональної економіки у багатьох країнах світу став частиною державної політики з підвищення конкурентоспроможності регіонів. Перевагами створення кластера для сфери охорони здоров'я є можливість об'єднання організацій різної форми власності зі збереженням їх господарської самостійності, залучення інвестиції у розвиток системи охорони здоров'я шляхом участі фінансових установ, зокрема, страхових компаній, підвищення якості та конкурентоспроможності медичної продукції та послуг, покращання доступу до нової інформації, технологій та інновацій, спрямованість на довгострокову перспективу розвитку сфери охорони здоров'я, налагодження тривалої співпраці із постачальниками медичних препаратів та обладнання.

Страховик може перетворитися на кластерне ядро охорони здоров'я або виконувати допоміжну функцію. У взаємодії між закладами охорони здоров'я, науково-дослідними університетами та вищими навчальними закладами ключовим є комплекс заходів щодо навчання та кваліфікаційного тренінгу персоналу, мотивації до креативу, стимулювання генерації ідей. Відбір потенційних учасників кластеру охорони здоров'я здійснюється відповідно до Закону України «Принципи партнерства держави та приватного сектора».

Основні принципи, ознаки та форми реалізації ДПП у поєднанні з механізмами впровадження обов'язкового медичного страхування підтверджують можливості їх спільного використання для розвитку сфери охорони здоров'я.

Вибір кластерного підходу зумовлений низкою факторів, які характеризують можливість адаптації цієї форми об'єднання до системи охорони здоров'я регіону.

Під «кластером охорони здоров'я» розуміють об'єднання на основі узгодження спільних інтересів географічно локалізованих медичних

організацій, постачальників і бізнес-оточення (науково-дослідні органи, навчальні заклади, фінансові інститути, органи державної влади, громадські структури та ін.), які діють на засадах партнерства та конкуренції з метою реалізації спільних проєктів, подолання ринкових перешкод і посилення конкурентних переваг на ринку медичних послуг. Таким чином, методика формування кластерів у системі охорони здоров'я регіону, на наш погляд, має включати: інституціональний аналіз ринку медичних послуг на певній території з метою виявлення потенціалів для кластерного об'єднання; вияв ініціативи, яка може полягати в проведенні організаційної роботи, пов'язаної з інформуванням потенційно зацікавлених учасників щодо формування кластерного об'єднання; створення координаційного органу кластера, що виконує організаційні функції; оцінювання зовнішнього середовища: аналіз конкурентних переваг і ринкових загроз кластеру, оцінювання впливу кластера на систему охорони здоров'я, економіку регіону; розробка стратегій і планів заходів щодо подальших дій; реалізація намічених планів, цілей, подальша робота з удосконалення «внутрішньокластерних» відносин, безперервний моніторинг розвитку кластера та оперативний контроль у разі відхилення від запланованих результатів.

Кабмін, восени 2016 р. затвердив розширену концепцію щодо втілення медичного страхування у систему охорони здоров'я. Ця платформа базується на податковій ланці; створенні єдиного органу, який буде розпоряджатися коштами держбюджету щодо охорони здоров'я; проплаченні кожної послуги окремо. Саме так, на думку посадовців, схематично має функціонувати вказана концепція.

Звичайно, введення додаткових внесків не буде сприйнято позитивно, а ринок праці, найімовірніше, спочатку «впаде в депресію». Проте наразі ситуація є настільки неконструктивною, що змінювати її просто необхідно. Ресурси, які використовуються задля підтримки охорони здоров'я, просто величезні, але їх розподіл – вкрай непрофесійний. Українці платять двічі за кожну медичну

послугу: один раз, коли відраховують податки, а другий – під час безпосереднього користування нею. Кризовий стан економіки не дозволяє так розкидатися коштами, а відтак, здоров'я нації помітно знижується.

Запровадження медичного страхування в сучасних умовах не є оптимальним механізмом збору й перерозподілу додаткових ресурсів, оскільки це передбачатиме розширення фіскального тиску, додаткові витрати на адміністрування, а також може створити негативні наслідки для ринку праці. При цьому основна частина зібраних ресурсів, яку можна очікувати від запровадження такого механізму, пішла б на покриття витрат на медикаменти й медичні вироби. Недовикористаний ресурс оптимізації фінансування сектора охорони здоров'я полягає в кращому та більш раціональному використанні тих ресурсів, які сьогодні виділяють на галузь.

У міру активізації питань соціального захисту та мотивації працівників різні страхові компанії пропонують інструменти для вирішення цих проблем та створення позитивного ділового середовища. Зрозуміло, що йдеться про медичне страхування. Зрештою, турбота про здоров'я працівників – це ефективний спосіб надання громадянам медичної допомоги із гарантованими перевагами, уникаючи непередбачуваних витрат. Цей вид страхування відображається й у податковій книзі роботодавця. Відповідно до пунктів ст. 164 Податкового кодексу, податок на прибуток включає, зокрема, страхові виплати (внески-премії), що сплачуються кожним резидентом за платника податку або на його користь, за винятком виплачених коштів роботодавцем за свій рахунок, згідно з довгостроковою страховою угодою, якщо ця сума не перевищує п'ятнадцять відсотків суми, яку підприємець нараховує платнику податків протягом кожного місяця податкової декларації, за який виплачується внесок.

Отже, сума страхових внесків, сплачена суб'єктом господарювання за добровільне страхування на користь найманих працівників, крім випадку, зазначеного вище, вважається додатковим благом фізичної особи, підлягає

оподаткуванню на загальних підставах та відображається в податковому розрахунку за формою № 1 ДФ під ознакою доходу 126. У податковому обліку з податку на прибуток підприємства, згідно з п. 142.2 ст. 142 Податкового кодексу України, до складу витрат платника податку можуть бути включені, зокрема, внески платника податку на обов'язкове страхування життя або здоров'я працівників у випадках, передбачених законодавством. Загальнообов'язкове медичне страхування передбачене п. 1 ст. 7 Закону України «Про страхування». Проте, відповідно до ч. 2 ст. 7 зазначеного Закону, для здійснення обов'язкового страхування Кабінет Міністрів України, якщо інше не визначено законом, встановлює порядок та правила його проведення, форми типового договору, особливі умови ліцензування обов'язкового страхування, розміри страхових сум та максимальні розміри страхових тарифів або методичку актуарних розрахунків. На сьогодні не має затвердженого Кабінетом Міністрів України порядку проведення обов'язкового медичного страхування.

Таким чином, витрати на таке страхування не включаються до складу витрат платника податків та виступають добровільним фінансуванням особистих потреб працівників. Стосовно податкових наслідків з податку на додану вартість слід зазначити таке.

Податковий кодекс України чітко визначає, хто є об'єктом оподаткування податком на додану вартість. У першу чергу, це постачальники послуг, які зосереджені на митній території держави. Якщо звернутися до визначення, поданого в Податковому кодексі, то так може називатися процедура, не пов'язана з товаропостачанням, передачею об'єктів інтелектуальної власності або прав на них. Таким чином, згідно зі ст. 196 ПК України (підпункт 196.1.3, п. 196.1), послуги страхування не є об'єктами оподаткування. Отже, компанії, які оформили ліцензію на здійснення відповідної діяльності (це також страхові брокери та агенти, фонди недержавного пенсійного страхування та органи, що

надають послуги ЗДМС), не можуть мати зобов'язань та заборгованостей, пов'язаних із ПДВ. Аналогічна ситуація і з підприємствами, які страхують своїх працівників власним коштом.

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я» розроблено Міністерством охорони здоров'я України згідно з ініціативою щодо реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка викладена в проекті Концепції реформи фінансування охорони здоров'я. Як йдеться у пояснювальній записці до проекту документа, однією із сильних сторін української системи охорони здоров'я є її фінансування за рахунок загальнодержавних податків. Податки – одна з форм передоплати за медичне обслуговування і розподілу фінансових ризиків між великою кількістю осіб. Кожен громадянин/громадянка заздалегідь сплачує до бюджету відносно невеликий податковий платіж, натомість держава зобов'язується його/її лікувати у разі настання хвороби. По суті така організація оплати медичних послуг втілює страховий принцип, причому «застрахованими» крізь систему загальнодержавних податків є всі без винятку громадяни. Це має забезпечувати універсальність покриття і рівність доступу до медичної допомоги незалежно від виду зайнятості, матеріального забезпечення та стану здоров'я. Фінансування медицини через державні податки поширене в багатьох високорозвинутих країнах (Великобританія, Іспанія, Італія, Ірландія, усі Скандинавські країни) і набуває дедалі більшої популярності. Разом з тим, хоча збір коштів на медицину через Державний бюджет відповідає світовим стандартам, їх подальший розподіл в Україні відбувається через механізми, що є вкрай неефективними і застарілими.

Першочергово, сучасний підхід до фінансування галузі полягає у підтримці існуючої мережі медичних закладів, незалежно від розміру та якості послуг, які вони фактично надають. Іншими словами, «кошти йдуть на інфраструктуру», а не витрачаються на здоров'я пацієнта. Такий

неконструктивний підхід не стимулює оптимізувати якість на інституційному рівні та розкриває недолугість старої мережі.

По-друге, більшість коштів розподіляється через бюджети на рівні міст, районів та об'єднаних територіальних громад, кількість населення яких недостатня для ефективного акумулювання (пулінгу) фінансових ризиків. Кількість осіб, ризик хвороби яких покривається з єдиного страхового пулу, є дуже важливим критерієм його фінансової стійкості. Чим більша кількості страхових внесків об'єднана в один нефрагментований бюджет (тобто в єдиний пул, з якого оплачуються страхові випадки), тим вища ймовірність, що страховик зможе профінансувати кожен випадок хвороби, не банкрутуючи. Якщо кількість людей, чий внески об'єднуються в один бюджет, є недостатньою, то відповідний бюджет або потрапляє в дефіцит, або вимушений недоплачувати за лікування пацієнтів, порушуючи взяті зобов'язання.

Результатом цих слабкостей у розподілі бюджетних коштів є ситуація, у якій більшість платників податків не можуть розраховувати на вчасне та якісне безкоштовне лікування в комунальних лікарнях і поліклініках. Це призводить до катастрофічних фінансових наслідків для домогосподарств, які стикаються із хворобами.

Зараз при взаємодії з Національним переліком Міністерство охорони здоров'я створило базу, щоб забезпечити всіх українців ефективними та доброякісними основними ліками, необхідними для загальної терапії. На лікарняному етапі всі препарати, що входять до Національного переліку, є безкоштовними, а на рівні амбулаторії їх витрати відшкодовуються. Всі медзасоби поміщаються до Національного переліку. Для цього потрібно довести їх доказову ефективність, відносну безпеку та економічно-кошторисну доцільність.

Р. Ілік, заступник міністра охорони здоров'я України, зауважив, що «національний перелік лікарських засобів включатиме найважливіші базові

препарати для лікування пріоритетних захворювань і станів, вказані за міжнародною непатентованою назвою, формою випуску і дозою. Це дасть змогу зменшити можливості для зловживань в інтересах певних виробників і уникнути закупівлі неефективних препаратів, які присутні у чинному національному переліку» [40]. Якщо ціна лікарського засобу в аптеці не перевищує мінімальну ціну в Україні та не перевищує встановлену МОЗ референтну ціну, то пацієнт отримує лікарський засіб безоплатно (повна реімбурсація). Якщо ціна лікарського засобу в аптеці перевищує мінімальну ціну в Україні, однак є нижчою ніж медіанна ціна, то пацієнт отримує відшкодування коштів, витрачених на придбання лікарського засобу в розмірі мінімальної ціни (часткова реімбурсація). Якщо ціна лікарського засобу перевищує медіанну ціну, то пацієнт не отримує жодного відшкодування придбання лікарського засобу (без реімбурсації). Аптека надає місцевій владі фінансовий звіт та документальне підтвердження продажу лікарських засобів, які підлягають відшкодуванню, та отримує повернення коштів місцевих бюджетів протягом 15 робочих днів.

Вимоги, яким має відповідати вказана модель, подано нижче:

1. Ідентифікація закупівельної мети. Йдеться про базисний пакет послуг, який має складатися з першої-третьої ланки меддопомоги, а також екстреного її виду. Пакет додатково дає можливість закупівлі медикаментів. Саме такий затверджений поліс держава пропонує користувачу в разі, якщо людина опинилася у складній ситуації щодо її здоров'я. Перелік затверджує МОЗ та Мінфін.

2. Універсальність покриття медичним страхуванням: доступ до послуг у межах гарантованого пакета повинні мати всі громадяни країни, незалежно від віку, статі, рівня достатку, стану здоров'я та місця проживання.

3. Консолідація в єдиний пул для оплати страхових внесків коштів від якомога більшої кількості застрахованих громадян (але не менше ніж 450 тис. осіб).

4. Консолідація коштів для закупівлі послуг на такому рівні, який забезпечить замовнику (розпоряднику бюджетних коштів) достатню ринкову силу, щоб досягати найкращої ціни за послуги та медикаменти.

5. Запровадження чітких правил здійснення оплати за кожним страховим випадком (методів оплати, стандартів надання послуг, медичних протоколів, механізмів контролю якості).

6. Організація закупівель медичних послуг таким чином, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, був зацікавлений діяти в інтересах пацієнта, а не в інтересах постачальника (закладів, лікарів).

7. Організація закупівель медичних послуг таким чином, щоб їх замовник (розпорядник бюджетних коштів), що діє від імені застрахованих громадян, не мав фінансового інтересу відмовляти застрахованим особам у виплаті.

8. Організація закупівель медичних послуг таким чином, щоб після політичного затвердження гарантованого пакета подальші рішення щодо виплат у його межах на лікування за окремими випадками приймалися виключно на основі технічних критеріїв (медичних підстав, стандартів, правил оплати) і не залежали від політичного вибору на жодному рівні врядування.

9. Забезпечення прозорості й суворої підзвітності у використанні бюджетних коштів.

10. Забезпечення можливості вільного вибору закладів пацієнтом та конкуренції постачальників, яка мотивуватиме їх надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи.

Щоб ефективно реалізувати вищезазначені вимоги пропонується інтегрувати модель використання бюджетних асигнувань на галузь охорони здоров'я, яка базуватиметься на принципі стратегічних закупівель опосередковано через національного страховика. Водночас основним джерелом фінансування реструктуризованої системи ОЗ залишаються ресурси, залучені з державного бюджету України у вигляді національних податків. Виплати за індивідуальне лікування не пов'язані з їх внесками. Це забезпечує універсальність та рівнодоступність до медичних послуг (вимога друга).

Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів медичних закладів – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг (а також аптекам як постачальникам призначених лікарями ліків). Таким чином, «гроші йдуть за пацієнтом», а не за інфраструктурою медичних закладів та іншими надавачами послуг (вимога п. 6). Предметом закупівлі стає гарантований пакет медичної допомоги – чітко визначений набір послуг первинної, вторинної, третинної, екстреної допомоги та ліків, право на отримання якого в разі хвороби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг буде покрита системою страхування повністю або частково. У разі часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/чи ліки. Підходи до встановлення розмірів такої співоплати будуть чітко визначеними і єдиними для всієї країни. Пільгові категорії громадян, перелік яких встановлюється законодавством, звільнені від співоплати (вимога п. 1). Кінцевим завданням реформи є організація закупівель гарантовано пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника – Національну службу здоров'я України.

Єдиний національний замовник є розпорядником бюджетних коштів, призначених для покриття витрат на страхування всіх громадян України в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги.

Згідно з вимогами пункту третього та четвертого, Єдиний замовник є закупівельником медпослуг із загального пулу (національного кошторису). Саме тут забезпечується належна якість, незмінні тарифи та сталий алгоритм оплати (подібне відбуватиметься, згідно з п'ятою вимогою Закону). Треба сказати, що термін «Єдиний національний замовник» означає абсолютно незалежний орган, що діє виключно в інтересах громадян України, не володіє та не керує державними чи приватними закладами галузі охорони здоров'я, тому в цьому випадку залучається принцип розмежування інтересів та функцій постачальника і замовника послуг (пункт б).

На національного замовника покладені функції укладання договорів з будь-якими постачальниками медпослуг. Предметом таких угод виступає закупівля останніх. Медичні послуги мають перебувати у рамках держпакету, що забезпечує гарантовану медичну допомогу. Таким чином, складаються умови для здорової конкуренції між постачальниками медичних послуг, що надзвичайно вигідно громадянам України, які їх потребують.

Наявність єдиного реєстру пацієнтів, а також медпослуг та закладів дасть змогу проводити універсальні розрахунки, незалежно від того, до якої медичної установи звертається застрахований (це свідчить про виконання вимоги пункту 10).

Якщо дотримуватися вимоги пункту сьомого, то потрібно зауважити, що Єдиний національний замовник є абсолютно некомерційною організацією, яка бере на себе функції центральної виконавчої влади. Проте формування держполітики Єдиного національного замовника недоступне. Він буде відповідати виключно за реалізацію проєктів, таким чином, можна досягти максимальної незаангажованості та аполітичності при використанні коштів,

відведених для забезпечення гарантованого пакету медичних послуг. Про це говориться у вимозі пункту восьмого.

Незважаючи на повноцінну незалежність, Єдиний національний замовник – орган підзвітний та гранично прозорий, що відповідає вимозі пункту дев'ятого. Тому розпорядження бюджетним кошторисом буде пильно контролюватися відповідними інстанціями. Коли Єдиний національний замовник буде брати кошти з казначейства для здійснення платежів та закупівлі медичних послуг, то це завжди робитиметься, згідно із затвердженим Кабміном переліком та планом.

Необхідно вдосконалити механізми державного регулювання медичним страхуванням для збільшення попиту та підвищення рівня соціального захисту населення. Удосконалення підходів до державного управління розвитком медичного страхування відповідає завданням Уряду з покращення якості життя населення, Загальнодержавній програмі «Здоров'я 2020: український вимір», розвитку медичного страхування.

Витрати на охорону здоров'я в Україні щороку зростають, що пов'язано зі збільшенням кількості хворих, а добровільним медичним страхуванням в Україні активно займається незначна кількість страхових компаній, що пов'язано з високим рівнем витрат та мінімальною прибутковістю. Одним із шляхів реалізації фінансового забезпечення медицини є стимулювання добровільного медичного страхування. На зацікавленість суб'єктів приватної системи охорони здоров'я в становленні та розвитку в Україні цивілізованого ринку медичних послуг впливає рівень забезпечення надійних гарантій високої якості і сервісу медичних послуг.

Пріоритетними для гармонійного розвитку ринку страхової медицини в Україні мають стати досить очевидні аспекти, але їх інтегрування буде пов'язане з певними труднощами політичного, суспільного й економічного характеру. Перша вимога – платоспроможність системи, яка б не зазнавала

колапсу при можливих форс-мажорах. Далі необхідно є оптимізація фінансового базису та розподілу кошторису. Безперечно, важливим також є активне залучення інвесторів на територію України, які б хотіли вкласти кошти у галузь страхової медицини, однак для цього потрібно створити законодавчі підвалини.

Висновки до розділу 2

Побудова науково обґрунтованої системи медичного страхування є однією з найважливіших і водночас найскладніших проблем, що зумовлює формування ефективного соціально-економічного середовища в національній економіці.

1. Поєднання державного та приватного фінансування медичного страхування, поділеного на чотири рівні: базовий, основний, сервісний та суспільно-солідарний, – а також підсистем формування, розподілу, використання, контролю фінансових ресурсів є головним і визначальним чинником при побудові комплексної системи медичного страхування.

2. Тенденції зростання захворюваності, низький рівень доходів населення, відсутність єдиного переліку медичних послуг та базових цін на них, вибагливість споживачів, високий рівень конкуренції на страховому ринку, науково-технічний прогрес людства є основними чинниками, що спонукають страхові компанії України проводити інноваційні процеси у своїй діяльності та здійснювати стратегічне управління. Одним із основних інструментів стратегічного управління, які впливають на розвиток як окремої страхової компанії, так і на розвиток ринку медичного страхування в цілому, є SWOT-аналіз.

3. Методика здійснення SWOT-аналізу має таку мету (трифазову): по-перше, визначення балансу якостей страховика, його недоліків і достоїнств, по-друге, моніторинг ринкової кон'юнктури та оцінювання ризиків, по-третє, порівняльний аналіз якостей підприємства в сукупності з можливими труднощами, які виникають на ринку страхових медичних послуг. Саме детальний SWOT-аналіз допоможе чітко зрозуміти ситуацію на вітчизняному ринку страхових медичних послуг та провести комплексне оцінювання його викликів і переваг.

4. У сучасних умовах розвитку ринку медичного страхування в Україні страховим компаніям, що укоренилися в ньому, і тим, які тільки виходять на ринок, доводиться все складніше. Тенденції зростання захворюваності та низький рівень доходів населення – це суттєві загрози для розвитку ринку медичного страхування, адже відсутність достатнього обсягу коштів для нормального рівня життя виключає можливість оплати недешевого полісу медичного страхування. В Україні до сьогодні не існує єдиного переліку медичних послуг та базових цін на них. Усі страховики, що здійснюють медичне страхування, користуються власним, не завжди обґрунтованим, прейскурантом вартості наданих у медичному закладі послуг.

5. У результаті проведеного SWOT-аналізу окремої медичної страхової компанії як дієвої одиниці на ринку медичного страхування з урахуванням виявлених недоліків і загроз доцільно провести низку заходів, зокрема: посилити інформованість населення про пакет наданих послуг; покращити систему збуту страхових медичних послуг, спираючись на індивідуальний підхід; провести програму лояльності серед клієнтів, щоб запобігти їх переходу до інших компаній; підвищити кваліфікацію персоналу та створити спеціальні антикризові тренінги співробітникам, виключити подвійне страхування й фінансування, визначити зв'язок розміру внесків до фонду ОМС із величиною доходів їх платників, стимулювати розвиток приватного медичного страхування задля забезпечення припливу додаткових коштів до системи охорони здоров'я,

не допускаючи заміщення безкоштовної медичної допомоги населенню платною.

6. Проведений порівняльний аналіз систем медичного страхування в різних країнах виявив переваги і недоліки різних систем страхування і, безумовно, сприяє глибшому розумінню усіх переваг і «підводних каменів» сучасного процесу впровадження системи медичного страхування в Україні.

7. Реформи служби охорони здоров'я щодо запровадження медичного страхування на первинному рівні системної онкологічної допомоги приведуть до розгляду питань про надання базового полісу від раку громадянам, незалежно від їх платоспроможності. Впровадження обов'язкового страхового пакету сукупно з розвитком добровільного медстрахування допоможе впоратися з високими витратами на лікування раку.

8. Одним із пріоритетів Уряду є проведення реформи системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень. Протягом трьох років має відбутися перехід на модель національного солідарного медичного страхування зі 100% покриттям громадян. Запроваджується поняття гарантованого пакета медичної допомоги – чітко визначеного набору медичних послуг та ліків, право на отримання якого матимуть всі без винятку громадяни України. Однією з найголовніших змін у системі охорони здоров'я є створення національної агенції медичного страхування, яка матиме дві компетенції – фінансову та компетенцію контролю медичної якості. Українська медицина перейде до принципу «гроші ходять за пацієнтом», що збільшить конкуренцію у сфері охорони здоров'я і сприятиме покращенню послуг та зменшенню їх вартості.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Шляхи розв'язання існуючих проблем у галузі медичного страхування в країнах світу

Звичайно, у європейських країнах існують і певні проблеми у сфері медичного страхування. Практика засвідчує, що не можна ґрунтуватися виключно на вірі у децентралізацію та розподіл влади і коштів. Таким чином, українській системі охорони здоров'я потрібно враховувати не тільки позитивні, але й негативні моменти, а також вихідні умови, які, звичайно, різняться у кожній державі. Крім того, на основі аналізу зрозуміло, що жодна країна не віддає перевагу якомусь єдиному типу страхування, а компілює їх між собою. Цікаво, що при наявній різноманітності всі потреби громадян все одно не задовольняються.

Існує ще один аспект, що значно впливає на економіку країн ЄС, США та України, а саме ухилення від податків. Це загальна проблема всього світу, тому уряди ведуть з нею активну боротьбу, формують схеми та алгоритми, які будуть перешкоджати такому ухиленню. Проте не всі заходи є ефективними, а відтак, з'являються бюджетні прогалини, що, звичайно, не йде на користь економіці.

У кінці січня цього року Єврокомісія опублікувала проєкт директиви, який накладає на країни – учасниці ЄС певні зобов'язання щодо реалізації заходів боротьби з ухиленням від сплати податків. Ці заходи багато в чому є відображенням розробленого раніше країнами, що входять до складу міжнародної організації ОЕСР (Organization for Economic Co-operation and

Development), проекту BEPS (Base Erosion and Profit Shifting), який передбачає заходи з протидії розмиванню податкової бази та виведенню прибутку з-під оподаткування. Фінальний пакет заходів включає в себе нові мінімальні стандарти: двосторонню звітність між країнами, яка вперше відкриє для податкових адміністрацій глобальну картину діяльності багатонаціональних підприємств; заходи для запобігання використанню холдингових компаній як «транзитного центру» для інвестицій; припинення недобросовісних податкових практик, зокрема у сфері інтелектуальної власності, відсутність подвійного оподаткування. Пакет заходів з протидії BEPS також переглядає керівництво з метою запобігання використанню платниками податків об'єктів для укриття прибутку в безподаткових юрисдикціях.

ОЕСР опублікувала остаточний перелік реформ міжнародної податкової системи. Пакет BEPS пропонує урядам низку нових заходів, які можуть бути реалізовані за допомогою внутрішніх законодавчих змін. Сюди входять жорсткіші правила для іноземних компаній, загальний підхід до пом'якшення ерозії бази оподаткування шляхом відрахування відсотків та нові правила для запобігання використанню суперечностей в операціях для «виведення» податкового прибутку за допомогою передових фінансових інструментів [101].

Остаточний пакет заходів складається з таких дій: податкові виклики в цифрову економіку; нейтралізація ефектів гібридних невідповідностей у домовленостях; розробка ефективних правил для контрольованих іноземних компаній; обмеження документації податкової бази; більш ефективна протидія згубним податковим практикам; запобігання наданню договірних переваг у невідповідних обставинах; запобігання штучному уникненню статусу Постійного представництва; вирішення питань щодо трансферного ціноутворення для нематеріальних активів; вимір і моніторинг BEPS; обов'язкові правила розкриття інформації; удосконалення документації, що стосується трансфертного ціноутворення та двосторонньої звітності між

країнами; підвищення ефективності механізмів вирішення спорів; розробка багатостороннього інструменту для зміни двосторонніх податкових договорів.

Євросоюзом було встановлено, що втрати бюджету через недобросовісних платників податків щорічно становлять від 50 до 70 млрд євро.

Угорщина. За останній час угорське податкове регулювання загалом стало відповідати західноєвропейській моделі оподаткування.

Угорщина у 2007–2009 рр. була лідером серед нових країн ЄС за показником рівня оподаткування, надаючи дуже важливого значення соціальній складовій функціонування держави. Причому до останньої світової рецесії Угорщина збільшувала соціальні видатки навіть в умовах відносно низьких темпів зростання ВВП, значного дефіциту бюджету та швидкого накопичення державного боргу.

Податкову політику Євросоюзу допустимо вважати системою заходів, ініційованих установами та органами ЄС, а також держав-учасниць з метою оптимізації цієї ланки на теренах Євроальянсу. Подібним чином можна усунути податкові перешкоди та дискримінаційні нюанси на внутрішньоекономічному ринку, гарантувати виконання домовленостей щодо гуманітарних свобод, закріплених в угоді про європейське об'єднання (вільне переміщення товарів, громадян, послуг, фінансових потоків). Крім того, недопустимою є нечесна податкова конкуренція в юрисдикціях держав, і навпаки, бажаним генерування інноваційних і дієвих принципів та інструментів нівелювання подвійного оподаткування, координація дій, спрямованих на боротьбу з податковими махінаціями.

На сьогодні, враховуючи специфіку бюджетно-податкової політики та систем оподаткування кожної країни, в ЄС відмовились від створення єдиної податкової системи. Замість цього було вирішено привести законодавства країн-членів ЄС з питань оподаткування у відповідність з Договором про ЄС.

Гармонізація податків обмежує частину податкових повноважень державами – членами міжурядової асоціації. Окреслені кордони виявляються у формі регулювання видів зборів, створення цінового шлагбауму, розгалуження методів адміністрування тощо. Таким чином, формування рівних умов та можливостей та податковий суверенітет держав – учасників асоціації забезпечать дотримання базових інституційних принципів спрощення й оптимізації податкових виплат, зокрема:

– принцип пропорційності – передбачає обмеження діяльності інститутів ЄС повноваженнями, наданими їм установчими документами ЄС та встановленими цілями європейської інтеграції (ст. 5 Договору про ЄС);

– принцип субсидіарності – інститути ЄС не мають права самостійно втручатись у функціонування будь-якого із сегментів економіки держав – членів ЄС за винятком випадків, коли подібне втручання необхідне для виконання стратегічних завдань ЄС (ст. 5 договору про ЄС);

– принцип одноголосності – будь-яке рішення щодо формування і політики в ЄС мають приймати за єдиною згодою держав – членів ЄС і зафіксувати у відповідній нормі інтеграційного законодавства. Можливість держави – члена ЄС накладати вето на будь-яке рішення гармонізації податків здатне спричинити згубні наслідки для економіки цієї держави;

– принцип податкової недискримінації – охоплює два основні положення: по-перше, неможливість прямого або непрямого оподаткування внутрішніми податками однією державою – членом ЄС продукції іншої держави – члена ЄС у розмірі, що перевищує оподаткування національної продукції; по-друге, держава – член ЄС не повинна оподатковувати продукцію інших держав – членів ЄС внутрішніми податками з метою непрямого захисту своїй продукції (ст. 90 Договору про ЄС);

– принцип нейтральності оподаткування – полягає у забороні відшкодування внутрішнього оподаткування при вивезенні продукції на

територію іншої держави – члена ЄС в розмірі, що перевищує рівень сплачених прямих або непрямих податків [190].

Перші два принципи – пропорційності і субсидіарності, з одного боку, виконують роль «вмонтованих стабілізаторів», обмежують роль інституцій Євросоюзу, відстоюючи тим самим податковий суверенітет держав – членів ЄС, а з іншого боку, забезпечують ефективність проведення податкової гармонізації.

Корупція та ухиляння від податків є найбільш болючою та проблемною ланкою на теренах Євросоюзу, не говорячи вже про країни третього світу. Було сформовано навіть так званий індекс сприйняття корупції, який виявив дуже невтішну картину на території всього альянсу (рис. 3.1).

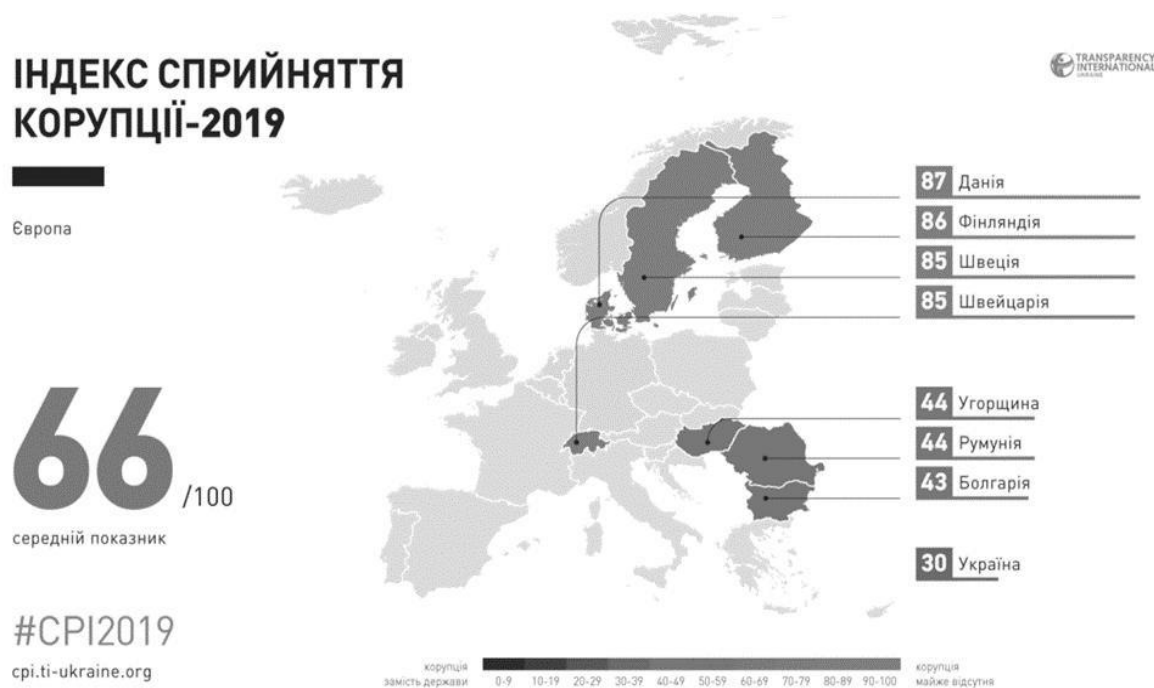


Рис. 3.1. Індекс сприйняття корупції у країнах Євросоюзу

Україна наразі посідає у переліку 120-те місце. Це свідчить про те, що доки проблема не буде подолана хоча б частково, бюджетного дефіциту не уникнути, а отже, впровадження страхової медицини може зіткнутися з

величезними труднощами, для подолання яких знадобляться кардинальні політичні й економічні кроки.

Інноваційний пакет, у якому економістами, політиками та іншими фахівцями альянсу розписана низка заходів, наразі представлений на суд суспільства. У ньому, зокрема, йдеться про жорстке блокування всіх без винятку знаних корупційних схем на будь-яких рівнях, створення «чорних переліків», куди вноситимуться країни, які не бажають брати участь у співробітництві та подоланні цієї проблеми, а також пропозиції щодо формування відповідних податкових угод та єдиної мережі, де відповідна інформація зберігатиметься. У документі розглянуті ефективні податкові схеми та важелі їх управління .

Основні дії, які планує реалізувати Єврокомісія, зосереджені за трьома напрямками: 1) забезпечення ефективного оподаткування в ЄС, яке базується на застосуванні фундаментального принципу корпоративного оподаткування, а саме компанії мають платити податки там, де вони отримують свій прибуток; 2) підвищення прозорості в системі оподаткування, що є найважливішим фактором виявлення агресивних методів податкового планування з боку великих компаній і забезпечення справедливої податкової конкуренції; 3) забезпечення рівних умов – застосування міжнародних стандартів щодо досягнення податкової прозорості та справедливої податкової конкуренції до всіх країн, включаючи країни, що розвиваються, а також зміцнення міжнародного співробітництва в спільній боротьбі проти ухилення від сплати податків.

Румунія. Головним недоліком системи охорони здоров'я Румунії є спільна з Україною проблема – неофіційні платежі медичним працівникам для забезпечення кращих умов перебування у лікарні, підвищення уваги до пацієнта, миттєвого доступу до певних медичних послуг. Такі додаткові виплати є ключовою ланкою корупційних дій у галузі охорони здоров'я. Більше

того, подібні «дотації» від пацієнтів сприймаються лікарями та молодшим медичним персоналом як справедлива компенсація за невисоку заробітну плату. Деякі працівники медичної сфери тільки завдяки таким «фінансовим надходженням» залишаються на своєму місці роботи. Такий стан справ порушує справедливий розподіл медичних послуг, адже пріоритетними стають пацієнти з високим рівнем доходу порівняно з бюджетними верствами населення. Звичайно, внаслідок цього підринається також прозорість системи охорони здоров'я, що значно деморалізує. Проведення операційних втручань – сфера, де корупція в Румунії особливо розвинута. Також сюди можна віднести пологи та доступ до вартісного діагностичного обладнання.

Поширення неофіційної оплати «безкоштовної» медичної допомоги можна пояснити так:

1) пацієнти хочуть віддячити лікарям та іншому медичному й адміністративному персоналу; скоротити час очікування в черзі на прийом лікаря чи проведення операції; отримати медичну допомогу вищої якості чи ширший спектр послуг; пройти лікування в конкретному закладі охорони здоров'я або в обраних пацієнтом лікарів; отримати в медичній установі послуги, які формально недоступні; замінити високу офіційну оплату на нижчу, неофіційну; пацієнти сплачують у відповідь на прохання чи натяк лікаря й іншого персоналу;

2) лікарі та медичний персонал приймають такі платежі через: низький рівень доходів і заробітної плати; відсутність ресурсів для придбання необхідного обладнання, інструментів і матеріалів; відсутність ресурсів для професійного розвитку й удосконалення; можливість отримати безпосередньо від пацієнта більше, ніж у разі офіційної сплати коштів, навіть якщо пацієнт платить більшу суму. Що вища кваліфікація лікаря, то більшою є неофіційна плата за його послуги.

Офіційні платежі мають забезпечувати ці функції підтримки, інакше офіційний платіж не замінить неформальні виплати, що в результаті призведе до подвійного фінансового навантаження. Неформальні виплати з боку пацієнтів існують через брак фінансування медичних закладів, недостатню компенсацію роботи медичних працівників, корупцію в багатьох галузях економіки та не завжди прозорі дії уряду. Вирішення потреби у необхідних виплатах, які порушують гармонію відносин пацієнта та лікаря, має бути частиною реформи охорони здоров'я. У постсоціалістичних країнах, що стали державами Європейського Союзу, відбулася планова систематична реорганізація: було запроваджено соціальне медичне страхування, посилені темпи створення загальної практики та первинної медико-санітарної допомоги, створено базовий пакет безкоштовних медпослуг, а також вироблено стратегію інформаційно-просвітницької роботи, орієнтованої на покращення якості і способу життя [151].

Чехія і Словенія. Для того, щоб у медичній галузі вирішити проблему високої частки самостійної оплати медичних послуг за наявності медичного страхування в країні, треба розширити державний безоплатний перелік послуг, які надають лікарі, перелік захворювань, які мають лікувати безкоштовно, і перелік видів безоплатної медичної допомоги, яка надається відповідно до кожного з цих захворювань, а також розширити перелік ліків, які мають надавати безоплатно.

Для цього треба максимально підвищити податки на алкоголь, тютюнові вироби та на відкриття мереж розважальних нічних закладів.

Росія. Суттєвою проблемою в галузі охорони здоров'я Росії є також проблема високої частки самостійної оплати медичних послуг за наявності функціонуючого медичного страхування в країні, безвідповідального ставлення населення до власного здоров'я, і найбільш нагальним залишається питання вартості медикаментів.

Отже, для вирішення цієї проблеми необхідно підвищити податки на алкоголь, тютюнові вироби та на відкриття мереж розважальних нічних закладів, головне – розробити доцільну політику реімбурсації ліків. Усе працює дуже просто: пацієнт відвідує лікаря, який виписує йому рецепт (зазначає активну речовину), після чого пацієнт іде в аптеку. Загалом у світі є два основних підходи до реімбурсації.

Перший – пацієнт безкоштовно або з певною доплатою отримує потрібні ліки в аптеці. Безкоштовно пацієнт отримує в аптеці такий препарат, вартість якого забезпечує держава. Якщо ж пацієнт хоче придбати дорожчий препарат, то різницю доплачує сам. Наприклад, держава покриває всім хворим на діабет купівлю певного виду інсуліну. Купити більш очищений, іншого виробництва можна, доплативши різницю. Уже потім держава реімбурсує (відшкодовує) вартість цих ліків аптеці. Другий підхід: пацієнт іде в аптеку і за рецептом купує потрібний препарат, оплачуючи його самостійно, а потім держава повертає вартість цього препарату не аптеці, а безпосередньо пацієнту.

Реімбурсація ліків працює в усіх розвинутих країнах світу, як-то Центральна та Західна Європа, Австралія, Канада, Нова Зеландія, Японія.

Німеччина. Суттєвим недоліком німецької системи медичного страхування є постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які нині становлять приблизно 13,4% заробітної плати до оподаткування. Сьогодні прогнозується подальше зростання цього показника. Насамперед, це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні. Таким чином, Уряд Німеччини має забезпечити соціальну підтримку, розробивши систему пільг для подружжя, яка пропорційно зростатиме у випадку народження другої дитини.

Позитивом у розвитку лікарняних кас є те, що на їхньому рівні відбувається апробація використання окремих страхових медичних технологій у практиці відносин між надавачами медичних послуг і пацієнтами,

упровадження принципів і традицій соціальної солідарності й відповідальності, а також розвитку громадської ініціативи та взаємодії громадськості з органами влади. Зрозуміло, що лікарняні каси не можна вважати панацеєю від усіх лих, адже вони також мають цілу низку недоліків: існуючі механізми закупівель лікарських засобів для потреб лікарняних кас можуть призвести до зловживань; при зберіганні медикаментів іноді порушуються терміни й умови їх зберігання; лікарняні каси не мають затверджених стандартів, медичних технологій, не дотримуються системи ведення лікарняних формулярів.

У Німеччині недостатньо контролюються обсяги та якість медичних послуг, зокрема, цього майже не роблять суспільні лікарняні каси. Рахунками, які надходять за отримання медичних послуг, переймаються посередницькі організації, які потім їх збирають і передають до лікарняних кас. Таким чином, не відбувається безпосереднього спілкування з отримувачами послуг, у чому є позитивний момент, адже анонімність та нейтральність і становить одну з переваг німецької системи охорони здоров'я. На сьогодні в Німеччині не існує універсального носія інформації, де б накопичувалися відомості про здоров'я пацієнтів [72].

Система побудована таким чином, що лікарняні каси не можуть ні інвестувати у будь-які проекти, ні отримувати прибутки, ні накопичувати отримані внески – знову ж таки, діє принцип повної нейтральності. Відзначається неприємний момент: перелік послуг у гарантованому страховому державному пакеті щорічно зменшується. Наприклад, раніше стоматологія та офтальмологія зазначалися у загальних списках, але зараз замовити окуляри або контактні лінзи, а також протезування зубів неможливо, користуючись загальним страховим пакетом.

Загалом німецька система охорони здоров'я десятиліттями вважалася еталоном у ЄС. Серед її переваг треба виділити дуже високий рівень надання медичних послуг, обов'язковий пакет медичного страхування охоплює

максимальну кількість населення, а з бюджету виділяються величезні кошти на видатки галузі охорони здоров'я. Крім того, у Німеччині на постійній основі діє розгалужена пропагандистська програма, яка мотивує громадян проходити профілактичні огляди та вчасно лікуватися. Також держава не шкодує коштів на лабораторно-наукові дослідження у галузі медицини.

Проте часи змінюються, і наразі умовах економічної та демографічної кризи система охорони здоров'я Німеччини продемонструвала низку недоліків, що виявилися внаслідок вказаних метаморфоз. З точки зору розроблення схожої стратегії в Україні, на це потрібно звернути особливо пильну увагу. Найбільш нагальна проблема – це постійне збільшення відрахувань коштів у страхові фонди, а також занадто компактний пакет обов'язкових медичних послуг. Таким чином, погіршення економічного стану не повинно позначатися на солідарності страхової медичної допомоги: розподіл коштів у галузі охорони здоров'я має бути максимально справедливим та здійснюватися згідно із затвердженими соціальними програмами. А прогресивні страхові внески мають розподілятися прямо пропорційно від доходів громадян.

Франція. Ця країна також зіткнулася з проблемою щорічного збільшення страхових внесків, оскільки Державний фонд соцстраху, який складає угоди з лікарями та встановлює ціни, як правило, двічі на рік переглядає прайси.

Що стосується страхової організації, то у Франції вона єдина і називається Національна лікарня. Філіали її розташовані по всій території країни. Жодної конкуренції між ними немає, а їх діяльність регулює центральна Національна лікарня. Також на території республіки є дуже багато приватних компаній, що надають послуги медичного страхування на добровільній основі. До речі, за кількістю таких фірм Франція посідає третє місце в Європі. Перше і друге – за Німеччиною та Нідерландами.

Система медичного страхування є частиною глобального конгломерату Security Social. Схема його діяльності є такою: працююча частина населення

отримує соціальну карту Carte Vitale, що забезпечує медичне страхування не тільки самим застрахованим, але й членам їх сімей – всі вони мають гарантований безкоштовний доступ до медичних послуг. Дітей записують до медичної карти або чоловіка, або дружини у разі, якщо обоє працюють. Нещасні випадки оплачуються у стовідсотковому розмірі, цей обов'язок покладено на лікарняні каси. Якщо захворів працівник, то цей же орган виплачує 75% допомоги, яка використовується на лікування.

Цікавий момент: якщо людина захворіла та потребує стаціонарного перебування, то лікарняні каси оплачують рівно 33 доби, якщо потрібно більше часу, то це оплачує сам хворий. Проте якщо людина перебуває в лікарні більше ніж два місяці, то її переправляють до безкоштовного госпіталю. Статус інваліда призначається громадянину, який хворіє більше, ніж три роки, і його стан не покращується. У Франції діє така система відносно груп інвалідності: перша група призначається хворому, який у змозі обслуговувати себе самостійно, а друга – підходить для всіх інших станів [106].

Якщо хвороба нетривала, то лікарняний видає відповідна каса (вона ж і оплачує), а не роботодавець. У Франції є два типи страхування – обов'язкове державне та добровільне. Якщо у громадянина додатково до соціального пакету є поліс добровільного страхування, то він зовсім не сплачує за медичні послуги, адже дві третини видатків покриває програма державного страхування, а третину – добровільне. До складу останнього зараховують ті послуги, які не ввійшли до основного пакету, зокрема, придбання окулярів та пластикових лінз, серед яких можуть бути дуже вартісні, користування послугами масажистів, косметологів тощо.

Таким чином, організація і безпосередньо роботодавець не здійснює жодних матеріальних витрат щодо оплати лікарняного хворому працівникові, що надає можливість працівникам «хворіти» без шкоди для свого матеріального становища, не завдаючи при цьому матеріальної шкоди роботодавцю й не

провокуючи конфлікт із ним навіть через часті випадки перебування на лікарняному. На нашу думку, для вирішення цієї проблеми необхідно змінити принцип оплати лікарняних: на 70% усі витрати, пов'язані із перебуванням хворого працівника на лікарняному має сплачувати роботодавець, а 30% витрат – лікарняні каси.

Великобританія. У Великобританії відзначають високий рівень централізації управління галуззю охорони здоров'я та функціонування системи бюджетного фінансування цієї галузі. Відповідна фінансова база представлена надходженнями з податків, які становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, які вносять платники податків та які виділяє уряд на охорону здоров'я зі статті витрат на соціальні потреби.

У Великобританії превалює обов'язкове страхування. Не підпадають під нього тільки заміжні жінки, що офіційно не працюють, – для них є можливість приєднатися до одного з полісів ДМС. Громадяни, незважаючи на те, що постійно виплачують податки на страхування, не користуються повністю безкоштовною медициною. Вони щоразу мають оплачувати 10% від повноцінного обсягу наданої допомоги. Кошти, які надходять до бюджету, розподіляють відповідні організації, зокрема, як допомогу через непрацездатність. Організовує процес спеціальна національна служба, яка фінансує багато видів послуг, – від стоматологічних до профілактичних та реабілітаційних. Крім того, цей орган проводить закупівлю медикаментів та оплачує прийоми вузьких спеціалістів [73].

Уряд Великобританії пропонує стимулювати спроби Національної системи охорони здоров'я підвищити ефективність медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Крім того, чинна на сьогодні система оцінювання – Outcomes («Кінцеві результати») містить усі три

складові якості показників, якими є ефективність, відгуки пацієнтів і безпека. Мета такої системи оцінювання – відійти від показників процесу і зосередитися на кінцевих результатах. Outcomes застосовується з 2013 р. і щорічно вдосконалюється, забезпечуючи найсвіжішу актуальність показників.

Таким чином, здійснюється вплив на політику визначення пріоритетів у наданні медичних послуг на всіх рівнях у галузі управління охороною здоров'я, які зорієнтували NHS на досягнення кінцевих результатів і високу якість роботи.

Цікавим є досвід Великобританії щодо бальної системи, яка запроваджена виключно у цій країні. Це схоже на те, як ми зараз оцінюємо роботу того чи іншого застосунку в мережі. Існує спеціальний сайт, де відвідувачі оцінюють роботу лікарів (як у Лондоні, такі у віддалених графствах). Про бали, виставлені пацієнтами, повідомляють керівництво кожного закладу, що поліпшує контроль за діяльністю кожного фахівця. Подібна система стосується також дій молодшого медичного персоналу, а також зручності інфраструктури кожної окремо взятої клініки. Принцип, який покладено у основу цього нововведення, – збереження здоров'я пацієнта та зменшення часу на відвідування великої кількості лікарів. Наразі у Великобританії галузю керують не міністри, а фахівці з різних сфер медицини. Вони ж відповідають за цільовий розподіл коштів.

На нашу думку, проблема тривалого очікування проведення необхідної процедури, обмеження щодо вибору лікаря та медичної установи, незважаючи на зусилля уряду та системи охорони здоров'я щодо підвищення якості надання медичної допомоги лікарями будь-яких спеціальностей кожної функціонуючої медичної установи, має бути вирішена збільшенням кількості підготовки фахівців у вищих медичних навчальних закладах Великобританії. Медичні заклади мають бути реорганізовані таким чином, щоб передбачити і забезпечити робочі місця для більшої кількості працюючих лікарів.

Швеція. Лікарняне обслуговування, яке у Швеції розвинуто найбільш широко, повністю безкоштовне для населення. Плата стягується лише за деякі види амбулаторного обслуговування.

Приватна практика у Швеції ніколи не заборонялася, але попит на неї був невеликий і спостерігався тільки серед найбільш забезпечених жителів великих міст. Шведська система охорони здоров'я значною мірою децентралізована. На вищому урядовому рівні Міністерством охорони здоров'я визначаються стратегія і загальне планування розвитку охорони здоров'я, а Національна рада охорони здоров'я і добробуту визначає та контролює роботу служб охорони здоров'я в масштабах усієї країни. На місцях кожна рада округу забезпечує медико-санітарне обслуговування всіх, хто проживає на території цього округу. Вона є власником всіх державних медичних установ округу і всіх фінансових коштів, які розподіляє між ними. Кошти, які перебувають у розпорядженні ради округу, складаються приблизно на 70% з податкових надходжень, на 20% – з державних субсидій, на 10% – з інших надходжень (плата пацієнтів за послуги, відшкодування витрат від муніципалітету на пацієнтів, які мають залишатися в лікарнях після лікування).

З кінця 1980-х до початку 1990-х рр. фінансове становище всіх районних рад погіршувалось зі збільшенням потреб та витрат на охорону здоров'я, тож для полегшення ситуації необхідним було додаткове державне фінансування.

Оскільки охорона здоров'я у Швеції є головним пріоритетом за міжнародними стандартами, метою реформи є створення найоптимальніших можливостей для використання та освоєння ресурсів, що відповідають двом керівним принципам – постулату рівності, що розуміється як рівний доступ до медичних послуг, та використання державних коштів як основного джерела фінансування [128].

З метою вирішення проблеми щодо фінансового становища в усіх радах округів при зростанні потреб і витрат на охорону здоров'я, цілком доцільним

має бути підвищення податків на алкоголь, тютюнові вироби та на відкриття мереж розважальних нічних закладів.

Збільшення кількості підготовки фахівців у вищих медичних навчальних закладах Швеції може вирішити проблему щодо усунення черг у лікарнях на отримання певних стаціонарних медичних послуг.

Медичні заклади мають бути реорганізовані таким чином, щоб передбачити і забезпечити робочі місця для більшої кількості лікарів різних спеціалізацій, які надають стаціонарну допомогу.

Іспанія. В Іспанії преференції у сфері захисту від травматизму для трудових мігрантів дуже неоднозначні. З одного боку, іспанське медичне страхування надає легальним мігрантам рівні права й умови з громадянами країни, однак з іншого боку, нелегальні мігранти стали значно обмежені у правах на безкоштовні медичні послуги.

На сьогодні це питання майже повністю і делікатно вирішено таким чином. Громадянам Іспанії (кожному окремо) на підставі карток соціального страхування видають індивідуальні документи. З огляду на їх наявність іспанці отримують безкоштовні медичні послуги. Громадяни Іспанії, а також офіційно працевлаштовані іноземці, отримують Європейську санітарну картку, яка забезпечить їх безкоштовними медичними послугами також в іншій країні. Заява на надання Європейської санітарної картки заповнюється онлайн, її можна отримати протягом 1–2 тижнів. Альтернативним варіантом є оформлення приватної медичної страховки [92].

В Іспанії сповідується принцип свободи вибору. По-перше, можна підібрати собі максимально вигідний поліс, а під час акцій можна придбати дешевий і розгалужений страховий пакет. По-друге, навіть якщо громадянин звернувся до сторонньої медичної установи, що не уклала договір з його страховиком, після повної оплати послуг та отримання чеків, компанія на 80% відшкодує клієнту затрачене.

Єдине, до чого іспанці мають бути «прив'язані», це адреса. Адже обирати медичну установу можна тільки за місцем реєстрації.

Слід зазначити, що при бажанні цілком спокійно можна користуватися послугами обох систем медичного обслуговування – приватної і державної. Для більшості іспанців це досить поширена та цілком звичайна практика. Так, увесь передпологовий період можна спостерігатися у приватного лікаря, а для пологів обрати державний госпіталь.

Не є рідкісними випадки, коли лікарі одночасно працюють і в приватних консультаціях, і в державному медичному секторі. Поряд з невеликими центрами існують багатопрофільні приватні клініки, оснащені новітнім обладнанням, що мають свою власну службу екстреної допомоги, операційні, відділення реанімації, стаціонарні відділення, лабораторний центр тощо. У таких клініках працюють лікарі усіх медичних спеціалізацій. Зазвичай приватне медичне страхування пропонує більш швидке і якісне лікування і вищий рівень комфорту порівняно з державним сектором. У разі відсутності страховки обслуговуватися в приватних центрах здоров'я, спеціалізованих клініках і шпиталях можна за свій рахунок. Лікування у приватній клініці – задоволення дуже дороге, особливо якщо необхідні всебічне обстеження або операція. Ціни дуже високі, тому понад 99% пацієнтів приватних клінік – це люди, які оформили приватну медичну страховку.

Сполучені Штати Америки. У Сполучених Штатах Америки за наявності функціонування усіх видів медичного страхування більша частина населення країни не має медичної страховки або має так звану перервану страховку, тобто у певні періоди не мала жодної (наприклад, у разі втрати роботи). Витрати на обслуговування незастрахованих хворих (а вони такі самі, як і витрати на застрахованих) частково перекладаються на застрахованих, а частково покриваються держбюджетом [63]. Однак це не робить проблему більш нагальною, тому за останні десятиліття в США відзначається неконтрольоване

зростання витрат на охорону здоров'я і подальше зростання вартості страхування деяких верств населення з низьким рівнем доходу, для інвалідів та безробітних існує державна програма медико-санітарної допомоги «Medicaid».

На нашу думку, вирішення цієї проблеми може бути дуже простим. Молода людина до 45 років у разі зміни місця працевлаштування має бути забезпечена медичною страховкою протягом шести наступних місяців після залишення попереднього місця роботи, а люди із відповідним досвідом роботи, але у віці, старше ніж 45 років, мають бути забезпечені медичною страховкою протягом року з урахуванням часу для пошуку нового місця роботи, адаптації, а також перенавчання у випадку, якщо за станом здоров'я вони не можуть впоратися із тим різновидом або тим обсягом роботи, який виконували на попередньому місці, а податки за тих, хто заново працевлаштовується протягом цього часу (шість місяців або один рік), мають сплачувати колишні роботодавці.

Проте якщо проблема до цього часу не вирішена, можливо, існують якісь законодавчі перепони, що перешкоджають процесу, або уряд США має низку інших викликів, які потребують нагального вирішення. Однак вважаємо, що вищеназваним способом можна було б значно скоротити страхові видатки та знизити градус невдоволення суспільства.

Японія. Основним недоліком у системі медичного страхування в Японії є проблеми зі страховими полісами. Незважаючи на те, що вони пропонують різні умови, від яких і залежить перелік медичних послуг, на які можна розраховувати, мають певні переваги (передбачають усі види амбулаторної допомоги, придбання ліків, які призначаються амбулаторно і стоматологічну допомогу), такі поліси взагалі не покривають лікування у стаціонарі, операції та пологи, і це при тому, що значних витрат на лікування потребують пацієнти саме із тяжкими хворобами, які не можуть задовольнятися амбулаторною допомогою.

Розв'язання цієї проблеми можливо у випадку розробки і впровадження урядом Японії загальнодержавних програм медичної допомоги онкологічним хворим, а також постраждалим від нещасних випадків. Додаткові гроші на фінансування цих програм уряд може отримати шляхом підвищення податків на тютюнові вироби, алкогольні напої, відкриття і утримання нічних розважальних закладів. Таким чином вчиняють уряди багатьох країн, а отже, подібний підхід видається логічним та продуманим (тютюн та алкоголь – руйнують здоров'я, а податки з їх продажу – допомагають його відновити).

Ізраїль. Медицина Ізраїлю визнана однією з найкращих у світі, і медичне страхування в країні відіграє в досягненні такого успіху далеко не останню роль. Але система медичного страхування Ізраїлю, незважаючи на переваги, має й недоліки. Усі громадяни Ізраїлю забезпечені набором безоплатних обов'язкових медичних послуг, які пропонуються у випадку захворювання. Набір таких послуг включає консультацію сімейного лікаря, консультацію вузьких фахівців, діагностичні обстеження, лабораторні дослідження. Також застрахований пацієнт безкоштовно отримує невідкладну допомогу та лікарські препарати. Безкоштовне лікування у стаціонарі гарантовано, якщо пацієнта направив на лікування його лікар-куратор або лікар швидкої допомоги. Але суттєвим недоліком системи охорони здоров'я Ізраїлю є те, що так званий «кошик здоров'я», тобто перелік безоплатних медичних послуг, не передбачає оперативні втручання як в країні, так і за кордоном, трансплантацію органів, помісячні виплати після важких операцій, оплату ліків, не включених до «кошику здоров'я», помісячну оплату на випадок тривалого перебування в безпорадному стані.

Враховуючи той факт, що рівень захворюваності в Ізраїлі досить низький, а рівень соціально-економічного розвитку країни високий, цілком доцільною буде пропозиція щодо перегляду набору безоплатних обов'язкових медичних послуг. На нашу думку, послуги з «кошику здоров'я» має сплачувати на 50%

держава, а на 50% – самі пацієнти, а всі оперативні втручання, у тому числі й трансплантація органів, мають стати безкоштовними; також держава має передбачити помісячну оплату на випадок тривалого перебування в безпорадному стані. Така схема підтримає свідоме ставлення населення щодо свого здоров'я і захистить усіх тих, хто дійсно потребує уваги й допомоги внаслідок непередбачуваних тяжких хвороб або непередбачуваних ушкоджень (аварії, стихійні лиха, ушкодження через випадкову необачність (людський фактор, одноразовий випадок) або не з вини пацієнта, а через дії оточуючих тощо). Інші послуги, як-то косметичні втручання (не після опіків та онкологічних операцій, а з естетичної точки зору), стоматологічна та наркологічна допомога, нетрадиційні методи лікування, санаторно-курортне лікування мають сплачуватись повністю за рахунок пацієнтів.

3.2. Механізми розв'язання існуючих проблем медичного страхування в Україні

Головна роль у розв'язанні вищеперелічених проблем відводиться державі. Важливим питанням залишається узгодження політики, спрямованої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування. Держава має подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси усіх суб'єктів ринку медичного страхування. Треба переводити систему охорони здоров'я на фінансування практично досягнутих результатів. Це дасть змогу створити конкуренцію, що зумовить зниження цін та зростання якості наданих послуг. Першою метою реформи є зміна моделі відносин між громадянами, державою та системою охорони здоров'я. Для цього треба

створити мотивацію та залучати фахівців до роботи із системою охорони здоров'я.

Разом з усіма проблемами Україна має багато можливостей і перспектив щодо розвитку системи медичного страхування. У чинній системі ОЗ відсутня структуризація медичних закладів і фахівців, які надають первинну медичну санітарну допомогу. Вплив держави, що реалізується за допомогою органів управління охорони здоров'я, є необхідною умовою функціонування медицини в країні.

Для вирішення існуючих проблем та підготовки до запровадження обов'язкового медичного страхування як дієвого механізму фінансування охорони здоров'я населення слід вжити такі заходи:

- розробка та впровадження системи персоніфікованого обліку надання медичної допомоги;

- створення загального реєстру, щоб уникнути нечесних дій з подвійними «каруселями» застрахованих осіб, а також здійснення контролю за обов'язковим дотриманням норм повсюдного страхування; крім того, треба сформувати базу даних, щоб адекватно організувати процес втілення страхових медпослуг у систему ОЗ;

- розробка прогресивної системи ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, яка буде відображати зв'язок між розміром внесків та розміром доходів платників внесків, а також визначення їх нижньої межі для соціально вразливих категорій громадян;

- визначення категорій громадян, за яких внески сплачуватиме держава (ветерани, герої, сироти);

- визначення розподілу ставок внесків на обов'язкове медичне страхування між роботодавцем і працівником;

– пошук додаткових джерел фінансування, таких як збільшення ставок акцизних платежів на небезпечні для здоров'я людини товари (тютюн, алкогольні напої тощо) та спрямування цих коштів на охорону здоров'я;

– проведення благодійних акцій, пожертвування релігійних і громадських благодійних організацій тощо;

– стимулювання розвитку добровільного медичного страхування за участю страхових компаній з метою забезпечення припливу додаткових коштів до системи охорони здоров'я;

– розвиток можливих методів співфінансування населенням різноманітних додаткових послуг усіх регіональних та місцевих стаціонарних медичних установ (таких, як, наприклад, покращені умови перебування для пацієнтів) для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ;

– розробка стратегії зменшення тінізації економіки та імплементація відповідних заходів; перехід від фінансування щодо постатейного бюджету до фінансування за пролікований випадок і відповідна зміна способу обчислення заробітної плати лікарів та медичних сестер.

Перехід до обов'язкового медичного страхування може здійснюватися таким чином: першим кроком має бути розробка чіткої моделі обов'язкового медичного страхування та стратегії її впровадження; наступним кроком має стати підготовка та затвердження відповідних законодавчих норм, внесення змін до чинного законодавства, визначення основних умов та принципів функціонування системи, надалі є необхідним проведення реструктуризації закладів охорони із наданням їм статусу некомерційних неприбуткових підприємств; пізніше необхідно надати закладам охорони здоров'я статусу некомерційних неприбуткових підприємств; визначити чіткий перелік медичних послуг, що будуть безкоштовно надаватися усім громадянам за обов'язковим медичним страхуванням та розрахувати їхню вартість – єдину на всій території

України; визначити податкові пільги для роботодавців, які страхуватимуть своїх працівників певним видом страхування, необхідним є звільнення від оподаткування страхових платежів, що стане істотним кроком до популяризації цього виду страхування; на основі двох регіонів відпрацювати систему обов'язкового медичного страхування та створити систему обов'язкового медичного страхування на рівні всієї країни, яка дасть змогу максимально відстежувати рух коштів, які отримує лікар, а також побачити, як часто до нього повертаються пацієнти і чи є його робота ефективною [182, с. 245–246].

Сучасний темп життя громадян свідчить про необхідність суттєвого оновлення системи охорони здоров'я. Зберігаючи ставлення до медичної діяльності як до однієї із соціальних функцій держави, останнім часом з'являються та посилюються тенденції ставлення до охорони здоров'я як до фактору безпеки громадян України. Назріла істотна необхідність зміни пріоритетів напрямів організації у сфері охорони здоров'я через певні обставини, такі як:

- створення різноманітних форм власності лікувальних установ, де громадянам може надаватись медична допомога;
- визначення пріоритетами прав, свобод і законних інтересів пацієнтів у процесі надання медичної допомоги;
- потреби зміни акцентів при визначенні державного фінансування сфери медичної діяльності України тощо.

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль та нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Основним пріоритетом у здійсненні відшкодування в 2017 р. було лікування захворювань, які в основному впливають на базові показники здоров'я населення (кардіологічні захворювання, діабет другого типу, хронічна астма) і які ефективно піддаються терапії в амбулаторній фазі. Відшкодування витрат на ліки визначається Національним переліком основних лікарських засобів, який складається з двадцяти двох міжнародних немайнових назв [84]. Для того, щоб дещо знецінити та збільшити доступність ліків, необхідно спростити доступ до купівлі іноземних валют імпортерами препаратів та компенсувати потенційні валютні ризики. Крім того, очікується зниження ПДВ на фармацевтичні препарати та медичні вироби до третини, а оптові та роздрібні націнки будуть обмежені регресивними націнками (чим вище вартість, тим нижча націнка).

Метою Національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами є гарантування якості, ефективності та безпеки всіх лікарських засобів, раціонального їх застосування, а також підвищення економічної та фізичної доступності, зниження цін та підвищення доступності основних лікарських засобів, зниження соціального напруження, пов'язаного з доступністю ліків та раціонального використання наявних бюджетів і ліків. У разі, якщо робота спеціаліста не задовольнятиме клієнтів, вони матимуть право змінити лікаря.

Особливістю нової системи є той факт, що надання медичних послуг вже не буде прив'язаним до місця проживання, і пацієнт зможе обирати собі лікаря не лише серед спеціалістів місцевої поліклініки, а й серед лікарів інших закладів чи медичних працівників, які працюють як приватні підприємці. Заробіток лікарів при цьому буде залежати від кількості укладених із ними угод. Новинкою в цьому випадку буде створення закупівельної агенції, яка виконуватиме роль оператора бюджетних коштів та підписуватиме угоди на закупівлю медичних послуг з лікарями та медичними закладами. Саме ці зміни

наближають новий механізм до страхової моделі фінансування медицини, адже так звана соціалістична медицина практично не існує.

З метою вирішення проблем пропонується створити систему, яка буде складатися з державного, обов'язкового, добровільного медичного страхування. Найнеобхідніша для життя медична допомога фінансуватиметься за кошти держави, медична допомога, яка надається для підтримання здоров'я населення, фінансуватиметься завдяки ОМС. Інші медичні послуги буде покривати ДМС [160, с. 7].

Для ефективного функціонування бюджетно-страхової моделі запропоновано затвердити таку структуру: 1) Українське медичне страхове бюро (далі – УМСБ), яке буде координувати діяльність страховиків, здійснювати загальний контроль за правилами страхування, тарифами, умовами та якістю наданих медичних послуг тощо. УМСБ складатиметься із Наглядової ради та виконавчої дирекції [102]. 2) Гарантійний фонд медичного страхування, який наповнюватиметься за рахунок відрахувань валових доходів страховиків за програмами обов'язкового медичного страхування, забезпечуватиме виконання гарантій, які не зміг виконати страховик.

Основною категорією страхувальників за добровільним медичним страхуванням залишаються юридичні особи. Така ситуація склалася, перш за все, саме через небажання страховиків працювати зі звичайними громадянами. Виняток становлять директори, власники автомобілів або особи, які вже застраховані за якимось видом страхування у цій страховій компанії.

Проте це не означає, що всі страхові компанії однаково упереджено ставляться до громадян і що така тенденція зберігатиметься й надалі. Як засвідчують тенденції розвитку добровільного медичного страхування, кількість громадян, які бажають отримати поліс медичного страхування, зростає з року в рік, що змушує страховика задовольняти і роздрібний попит. Добровільне

медичне страхування зможе виступити важливим елементом як ефективно доповнення до обов'язкового медичного страхування.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. Добровільне медичне страхування співробітників – дуже вигідний вибір керівника, який піклується про працездатність своїх працівників.

Підводячи підсумки, слід відзначити, що в Україні поступово формується перспективна система організації медичного страхування, однак вона потребує суттєвого вдосконалення.

Сучасне становище фінансування охорони здоров'я України за рахунок бюджету є вкрай недостатнім і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених верств населення. Сьогодні навіть економічно розвинуті країни не можуть дозволити собі виключно державне фінансування медичних установ, тому створюють організаційно-економічні механізми для акумулювання внесків роботодавців, застрахованих осіб або окремих громадян. Медичне страхування дає можливість контролювати свій бюджет. У сучасних умовах у страховій медицині необхідно сформулювати продуману державну й регіональну політику цін, оскільки штучне страхування послуг охорони здоров'я знижує якість медичної допомоги населенню.

У справі медичного страхування можна спостерігати два підходи – загальнодержавний та комерційний. На наш погляд, на сучасному етапі розвитку України перший має переважати. Очікувати великих прибутків від цього виду страхування, звичайно, не доводиться, а страхові компанії орієнтовані на успішний бізнес.

Вивчаючи досвід країн зі схожими соціально-економічними умовами, на сучасному етапі організації медичного забезпечення населення необхідним є

використання усіх можливих засобів фінансування та створення ефективно функціонуючої системи фінансово-економічного забезпечення медичної галузі, яка буде запорукою збереження здоров'я населення України. Якщо не зважати на таке явище, як демпферування (скорочується бюджетна частина фінансування обов'язкового медичного страхування, автоматично збільшується частина внесків медичних страхових компаній), то, наприклад, у Росії в цілому справляються зі справою фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я. Найважливіше питання – це готовність страхових організацій забезпечити реальну ефективно діючу систему медичного страхування, тому доцільно розширити сферу страхових послуг у галузі медичного страхування шляхом включення профілактичних заходів, пов'язаних із хворобою, після її фактичного лікування.

В Америці та у країнах Західної Європи функціонує соціальна система медичного страхування за рахунок коштів держави, внесків роботодавців та їх працівників, базуючись на принципі «соціальної солідарності»: здорова людина сплачує за хворих, молодь – за літніх людей, заможні – за малозабезпечених. До того ж, пацієнти мають отримувати бажане одужання без зайвих матеріальних та моральних витрат і в найкоротші терміни.

На сьогодні в Україні пріоритетом розвитку є бюджетно-страхова медицина. Лікування СНІДу, туберкульозу, вроджених захворювань, отримання невідкладної медичної допомоги, допомоги породіллям, педіатричних послуг, сімейну медицину фінансує держава, а інші послуги покриває обов'язкове медичне соціальне страхування.

Хоча страхування на випадок хірургічного лікування і реконструктивних операцій найпоширенішої онкологічної хвороби серед жінок (пухлини молочної залози) є досить поширеним за кордоном, пластичні операції з корекції розміру і форми молочної залози не є операціями життєвої необхідності, тому не покриваються медичною страховкою в більшості країн. У контексті медичного

страхування гарним прикладом є Італія та Ізраїль. Там повною мірою покриваються витрати на хірургічне лікування, хіміотерапію та променеву терапію, навіть на купівлю імпланта для одномоментної або відстроченої реконструкції молочної залози. Сьогодні лікарня ізраїльської онкології (LISOD) вже представляє ізраїльську медицину в Україні: пацієнткам Центру сучасної мамології доступні всі світові методики лікування цієї хвороби [143].

На ринку поступово з'являються нові страхові компанії, які сприяють підвищенню конкуренції, а отже, й зниженню цін. Важливою проблемою, крім цінового фактора, залишається занадто повільний розвиток ринку добровільного медичного страхування, переважно тільки за рахунок корпоративного страхування.

Страхування ж фізичних осіб для страховиків є не вигідним, оскільки якщо клієнт платить за медичну страховку, то це може свідчити про наявні або потенційні проблеми з його здоров'ям, а відтак, він буде прагнути максимально використати поліс. Корпоративні ж клієнти є прибутковішими, оскільки компанії страхують оразу 100–500 працівників (часто за найдорожчою програмою з великим набором послуг).

Безперечно, досить цікавими для розгляду залишаються питання з приводу добровільного медичного страхування, страхування на випадок критичного захворювання та оформлення відповідних полісів.

Незважаючи на те, що деякі види полісів користуються перемінним успіхом, є одна група страхових пакетів, які завжди є популярними. Це страхові угоди, що укладаються задля захисту від критичних захворювань та пов'язаних з ними фінансових ризиків. Попит на них ніколи не зменшується, незалежно від будь-якої економічної ситуації в державі. Під критичними захворюванням треба розуміти такі хвороби та стани: онкологічні переродження, необхідність трансплантації внутрішніх органів, судинні захворювання, такі як інсульт або інфаркт, ниркова недостатність у термінальній стадії, прогресуюча деменція, що

має назву хвороба Альцгеймера, синдром Паркінсона, розсіяний склероз, операції на серці, травми, які викликали втрату кінцівок, тотальні опіки, амавроз тощо [191].

Звичайно, подібні види страхування сприймаються як своєрідна фінансова безпека, що гарантує перелік коштів у випадку настання вказаного вище критичного захворювання. Таким чином, щоб медичне страхування в Україні розвивалася правильним шляхом, необхідно зробити для цього декілька важливих кроків, і насамперед, ввести обов'язковий профілактичний огляд один раз на 180 днів. Це значно знизить кількісний відсоток захворювань по країні. Досягти цього можна добровільно-примусовим способом, штрафуючи людей, які ігнорують цю норму, наприклад, стягуючи певну суму із заробітної плати. Ці кошти можна розподілити тим, хто їх потребує, перерахувавши фінанси зі страхового фонду на користь людей, які не можуть собі дозволити якісної медичної допомоги.

На нашу думку, така пропозиція є хорошою альтернативою як обов'язковому, так і добровільному медичному страхуванню власного здоров'я, через суперечки щодо необхідності медичного страхування протягом багатьох років для молоді, яка дотримується здорового способу життя, але, звичайно, не може убезпечити себе від онкологічного захворювання або нещасного випадку; людей зрілого віку, які, виходячи з реалій нашого життя, віддають перевагу самолікуванню; людей похилого віку, які мають різні хронічні захворювання і потребують постійного лікування, контролю за перебігом захворювання та результатами цього лікування, запобігання ускладненням, загальнозміцнювальної терапії.

Важливим питанням залишається узгодження політики, спрямованої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування. Держава має подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування.

Окремо слід відзначити необхідність демонополізації управління галуззю охорони здоров'я та використання способів контролю витрат на охорону здоров'я. Демонополізація управління зазначеною сферою має здійснюватися шляхом залучення до участі в управлінні професіоналів зі сфери охорони здоров'я (лікарів, медичних сестер, фармацевтичних працівників).

Що стосується контролю та управління витратами у сфері охорони здоров'я, то у світовій практиці виокремлюють чотири основні стратегії:

1) розподіл витрат на основі попиту, тобто через ціни, які сплачує споживач за медичні послуги. Ця стратегія передбачає існування в системі медичного страхування стимулів для споживача до раціонального здійснення медичних витрат, тобто пошуку медичних послуг високої якості за помірною ціною;

2) розподіл витрат на основі пропозиції, тобто використання цін на медичні послуги з метою зменшення використання цих послуг і/або зменшення платежів на одну особу;

3) нецінове регулювання, або встановлення лімітів на кількість доступних ключових ресурсів для забезпечення медичного обслуговування (ліміти на обсяги витрат, на кількість візитів до лікаря);

4) поширення інформації, яка впливає на догляд за здоров'ям і попит на медичні послуги.

Відповідно до обраної моделі обов'язкового страхування та системи оплати медичних послуг, держава має обрати стратегію (або їх комбінацію) для управління витратами на охорону здоров'я. На нашу думку, в Україні найбільш дієвою буде комбінація стратегії управління витрат на основі попиту з конкретним обмеженим обсягом фінансових ресурсів та стимулювання населення до догляду за власним здоров'ям і профілактики захворювань.

Починати впровадження обов'язкового медичного страхування доцільно з працюючих громадян віком від 18 до 50 років. Вразливі категорії населення,

такі як пенсіонери і діти до 18 років, мають отримувати безкоштовну медичну допомогу, і лише після успішного запуску системи медичного страхування вони мають бути так само обов'язково застраховані.

Цілком доцільним було б запровадження податкових пільг, наприклад, податкових бонусів за здоровий спосіб життя, коли страховик заохочує застрахованого, знижуючи для клієнта тариф на наступний договір страхування. Так, у разі позитивних результатів в кінці звітної періоду держава може певним чином заохочувати громадянина, знижувати розмір страхового внеску або повертати громадянину до 100% сплаченого на доходи фізичних осіб. За рахунок цього країна отримає більш здорове населення, якому потрібно значно менше лікарняних ліжок, соціальних програм та імпортованих медикаментів, що дасть змогу оптимізувати витрати на охорону здоров'я.

3.3. Стратегія Уряду та Міністерства охорони здоров'я щодо впровадження медичного страхування в Україні

Активний процес переведення української системи охорони здоров'я на страхову модель почався у 2017 р. На засіданні Кабінету Міністрів України 30.11.2016 р. було затверджено концепцію реформи системи охорони здоров'я. Концепція пропонує модель національної системи медичного страхування і безпосередньо стосується трьох напрямів: збір внесків через загальне оподаткування, які йтимуть у держбюджет; створення національного страховика – оператора коштів держбюджету, який отримав назву «Національна служба здоров'я»; оплата за кожну окрему послугу [121]. Головним принципом зміни системи фінансування, згідно із затвердженою Концепцією, є оплата державою гарантованого переліку медичних послуг за рахунок загальних

податків. Для послуг, які держава не може покрити, будуть розроблені механізми покриття їх вартості для громадян – приватне медичне страхування, механізм легальної співоплати за медичну послугу.

Однією з найголовніших змін у системі охорони здоров'я є створення Національної агенції медичного страхування, яка не є фондом та не збиратиме коштів з громадян. Агенція оперуватиме коштами, що наявні в держбюджеті, та займатиметься технічною роботою. Створив агенцію Кабмін, вона діятиме як центральний орган виконавчої влади і матиме дві компетенції – фінансову та контролю медичної якості. Національна агенція медичного страхування буде укладати контракти з постачальниками медичної допомоги, лікарями первинної ланки, амбулаторіями, центрами первинної медико-санітарної допомоги. Тарифи формуватимуть відповідно до наявних коштів.

Кабінет Міністрів України ухвалив десять ініційованих постанов для реформування системи охорони здоров'я.

З часом прибутки приватних страхових компаній сприятимуть кращому фінансуванню страхової медицини, зменшивши навантаження на видатки держави. Медичні послуги УНП передбачають медичну допомогу за державні кошти, громадяни додатково сплачують мінімальні суми [133]. Держава визначає ринкову ціну УНП, а потім виділяє кошти, щоб малозабезпечені громадяни могли користуватися медичними послугами універсального нестрахового пакету повністю безкоштовно.

Щороку Верховна Рада України затверджує національний бюджет та окрему його частину, яка йде на охорону здоров'я. Замість нового особливого медичного фонду створена Національна служба здоров'я України, яка буде здійснювати виплати напряму з бюджету та контролюватиме якість медичних послуг.

Щороку Кабмін затверджуватиме «Державний гарантований пакет медичних послуг» – повний обсяг послуг, які пацієнт отримає безоплатно.

А також список послуг, для яких потрібна співплата за єдиними для всієї країни тарифами.

У людини буде широкий вибір послуг добровільного медичного страхування. Осторонь залишається важливе питання реструктуризації самої системи охорони здоров'я і зміни принципів фінансування (не за кількістю прикріпленого населення, а за надані фактичні послуги). Сьогодні установи охорони здоров'я на основі міжнародних уніфікованих медичних протоколів затверджують локальні протоколи, впроваджують індикатори якості лікування, тобто вдосконалюють медичні стандарти. Разом з тим немає єдиного підходу до того, як правильно оцінювати вартість тієї чи іншої медичної послуги.

По-друге, треба розуміти, що зібраних грошей у всій системі ОМС не вистачить на той рівень медичної допомоги, який ми згадуємо як стару систему Семашко. Уряд має сказати, що в рамках системи ОМС ми зможемо забезпечити тільки певний рівень медичної допомоги, який буде базовим. Все, що перевищує цей рівень, можна буде отримати в умовах добровільного медичного страхування або за оплату.

Для розвитку адміністративно-правового забезпечення обов'язкового медичного страхування необхідно створити національний центр медичної стандартизації. Ця структура має бути у держвласності, але не входити до складу Міністерства охорони здоров'я України. Основними аспектами її побудови має бути дотримання таких моментів: участь представників органів управління галузі ОЗ, заохочення провідних практичних спеціалістів та науковців у галузі медицини, для яких стандарти створюються на договірній основі, участь у роботі українського центру з питань медстандартизації представників медичного страхування. Обов'язкове погодження стандартів із ФЗМС. Також необхідним є широке громадське обговорення перед затвердженням медичного стандарту.

У 2015 р. заступник в. о. міністра Міністерства охорони здоров'я П. Ковтонюк, виступаючи на VI міжнародному медичному форумі «Інновації в медицині – здоров'я нації», відзначив, що «історія медичного страхування в Україні дуже проста. Вона починається і закінчується тим, що хтось колись вирішив, що Україні потрібна «страхова медицина». Цього виявилось достатньо, щоб думка про необхідність страхової моделі була сприйнята як аксіома. Однак нерозуміння формування містичного мислення, заснованого на віруваннях, завело у глухий кут – всі спроби із впровадження страхування виявилися безрезультатними. Значною мірою це пояснюється тим, що вітчизняна економіка неспроможна фінансово забезпечити цю модель» [40].

Страхова медицина – це механізм, який дає змогу обійти тарифікацію медичних послуг, що є еквівалентом ринкової адаптації в медицині. За словами відповідального секретаря ради Національної медичної палати України С. Кравченка, ідея МОЗ нічого спільного зі страхуванням не має. А головне, що в Україні наразі неможливо ввести медичне страхування [120; 109].

Головне в медичному страхуванні – це покриття ризиків у страхових випадках. Рання діагностика захворювань і оплата лікарям тарифу за людину – це не страхування, оскільки вони не містять засад медичного страхування. Щоб забезпечити фактичну оплату сімейному лікарю за надання послуг пацієнту, має бути створений Національний реєстр пацієнтів. Під час першого звернення до сімейного лікаря, після укладання угоди лікар вносить усі основні дані про пацієнта до Національного реєстру.

Загалом ідеальна схема має такий вигляд. Щоб ретельно контролювати якість постачання медичних послуг і ефективність роботи конкретних спеціалістів, треба створити розгалужену систему статистики, за яку буде відповідати Нацагенція. Діяльність лікарів та належний рівень послуг мають порівнюватися з державним стандартом, який зараз перебуває на стадії створення. Отже, реформування галузі буде спиратися на певні постулати, які

зрештою приведуть до значного покращення стану системи охорони здоров'я в умовах корисної конкуренції між медичними закладами та фахівцями, а також страховиками. До обов'язкового пакету має бути включений вичерпний перелік послуг, що задовольнить усі потреби громадян.

Однією з основних причин низької якості охорони здоров'я в Україні є неефективне витрачання коштів. Загальну площу всіх медичних закладів України можна порівняти з площею Естонії. Всі ці заклади наразі мають утримувати, ремонтувати та опалювати за рахунок коштів платників податків. Застаріла модель фінансування медицини передбачала спрямування бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури, а не на відшкодування фінансових ризиків громадян у разі хвороби.

Одним із пріоритетів Уряду є проведення реформи системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень. Головна мета – підвищення якості медичних послуг, заробітних плат фахівцям у медичній галузі, запровадження страхової медицини, автономізація лікувальних закладів тощо.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 06.08.2014 р. № 385 про державну стратегію регіонального розвитку на період до 2020 р., передбачається модернізація системи екстреної медичної допомоги, забезпечення створення та функціонування перинатальних центрів 2-го рівня допомоги; створення спортивної інфраструктури для занять фізичною культурою та спортом [142; 85, с. 100]. Особливу увагу звертають на постійне збільшення кількості випадків виявлення ВІЛ-інфікованих, високою залишається територіальна диспропорція щодо забезпечення населення вільним доступом до медичних послуг.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 р. № 735-р схвалено стратегію державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р., яка визначає напрями та механізми скорочення незаконної пропозиції

наркотиків і попиту на них, досягнення балансу в наркополітиці держави між каральними заходами щодо незаконного обігу наркотиків і забезпеченням їх доступності в медичних цілях [125; 85, с. 100].

Отже, галузь наразі перебуває у стані якісних змін. У першу чергу, кошти більше не скеровуються на оплату другорядних речей, а виділяються для поліпшення якості медичних послуг та закупівлю ліків. Особливо останнього потребують пацієнти, що давно і важко хворіють. Таким чином, видатки з держбюджету на охорону здоров'я значно збільшуються, пропорційно до запланованих витрат. Зокрема, регулярно закуповується обладнання для тих, хто погано чує, вводиться в дію компенсаторний ціновий механізм для категорії медпрепаратів, за допомогою яких проводиться терапія кардіологічних, ендокринних та дихальних хвороб. За цей час також відбулася децентралізація з актуалізацією ролі територіальних органів самоврядування [179].

Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я у 2018 р. загалом становили 86 млрд грн. Уперше в історії у 2018 р. для розвитку послуг з трансплантації в Україні Уряд виділив 112 млн грн. Додатковий 1 млрд грн було спрямовано на розвиток сільської медицини. Зведений бюджет на охорону здоров'я 2019 р. становив 95,8 млрд грн – на 10% більше, ніж у 2018 р.

Запровадження нової моделі фінансування охорони здоров'я на принципах медичного страхування мало відбуватись поступово до 2020 р. У результаті українська медицина переходить до принципу «гроші ходять за пацієнтом», здоров'я кожного громадянина буде застраховано, а лікар чи лікарня отримають адресний дохід за роботу з конкретною особою.

Протягом трьох років має відбутися перехід на модель національного солідарного медичного страхування зі стовідсотковим охопленням громадян. Збори страхових внесків здійснюватимуться через загальну систему оподаткування та збиратимуться у державному бюджеті, а страхові виплати за

лікування окремої людини не будуть прив'язані до розміру її індивідуальних внесків.

Остаточне запровадження моделі було заплановане на 2020 р., а до кінця року МОЗ мало розробити план заходів щодо її реалізації. До 2020 р. – затвердити гарантований пакет спеціалізованої медичної допомоги та процес компенсації пацієнту коштів, витрачених на ліки.

Свого часу прем'єр-міністр України В. Б. Гройсман заявляв, що, згідно з концепцією, кошти будуть виділятися на медичні послуги та «ходитимуть за людиною», а не фінансуватимуть «стіни та ліжко-місця в лікарнях». З-поміж іншого це дасть можливість підвищити заробітну плату лікарів. Також уже створено єдиного національного замовника, який має регулювати відносини між лікарем та пацієнтом, планувати та закуповувати медичні послуги для громадян, контракувати медичні заклади, оцінювати та контролювати якість послуг, підтримувати електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Пацієнт зможе отримувати допомогу і в приватній клініці, а платити за нього (в установленому обсязі) буде держава, через цього національного закупівельника медичних послуг. За новою системою, громадянин України зможе звернутися в лікарню будь-якого регіону й отримати безкоштовну допомогу.

Наразі відсутнє недоцільне ускладнення схем побудови та наповнення кошторису. До нього вносяться перспективні трати та видатки на поточні потреби. Адміністрації медичних установ отримують можливість самостійного розподілу фінансових потоків та виявлятимуть більшу гнучкість в ухваленні рішень.

Ще одне глобальне нововведення – госпітальні округи. Це формація, яка передбачає покращення та вдосконалення управлінського компоненту, що регулює взаємодію між інфраструктурними медзакладами. Далека

перспектива – утворення величезної комунікативно-розподільчої мережі у масштабах країни [183].

Згідно з новою Концепцією, всі лікарні мають бути трансформовані у бюджетні установи – у комунальні або державні некомерційні підприємства. Запроваджено процес стратегічної зміни фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини.

Уряд також ухвалив «Ліцензійні умови впровадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), що має визначити єдині вимоги до суб'єктів ринку та створити умови для захисту інтересів громадян.

Сьогодні багато говорять про неготовність України до впровадження системи медичного страхування. Однак якщо держава визначиться з гарантованим рівнем надання медичної допомоги, а кошти на його забезпечення будуть акумулюватись у єдиній державній агенції, то Україна зможе це зробити.

Іноді до роботи в нових умовах не завжди готові самі медики. Однак лікарі первинної ланки зацікавлені у змінах, бо зможуть отримувати вищу заробітну плату, тобто це станеться, коли вони будуть розпорядниками коштів. Зрозуміло, що з отриманого внаслідок укладання контрактів із пацієнтами фонду сімейний лікар буде мати заробітну плату вищу у 2–3 рази. Щоб усі ці плани стали реальністю, Уряд і зокрема МОЗ України мають якнайшвидше затвердити відповідні нормативні акти.

Необхідно, щоб агенція взяла на себе функцію контролю за якістю надання медичної допомоги. Однак для цього потрібно забезпечити первинну ланку електронною системою обліку, а звітність для сімейних лікарів має бути спрощена.

При цьому також зазначимо, що багато сімейних лікарів, особливо із західних регіонів України, виїхали за кордон, де працює страхова медицина і де з лікарями укладають контракти та дотримуються чітких критеріїв роботи.

Що стосується доцільності існування регіональних департаментів охорони здоров'я паралельно з Національною службою здоров'я, то висловимо припущення, що вони однозначно будуть скорочені або ж буде визначено їх нові функції.

Запропонована модель обов'язкового державного медичного страхування використовується в багатьох країнах, зокрема, майже в половині країн – членів ЄС, а саме Іспанії, Італії, Ірландії, Скандинавських країнах. Процес переходу на нову модель відбуватиметься поступово, остаточне запровадження передбачалося у 2020 р. На першому підготовчому етапі – у 2017 р. – було впроваджено нову модель фінансування медичної допомоги на первинній ланці, а також розпочалося впорядкування мережі стаціонарів вторинного рівня, створення госпітальних округів. Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні приблизно такий самий, як і в Польщі, але, на відміну від поляків, українці більшу половину витрат на лікування сплачують самостійно (у Польщі – частка державних витрат становить 70%).

Метаморфози формування стратегії розподілу коштів давно відбулися, тому тепер галузь фінансується за новим принципом. Акценти – на результативності страхової медицини. Що стосується винагороди лікарям, то вона перебуває на належному рівні, як і якість послуг, які пропонують та надають медичні заклади [178].

Реформою передбачається впорядкування мережі медичних закладів вторинної (спеціалізованої) допомоги в рамках формування госпітальних округів. Мало завантажені і погано оснащені лікарні будуть перепрофільовані, додатково оснащені сучасним обладнанням, до роботи в них будуть залучені

висококваліфіковані спеціалісти. У кожному госпітальному окрузі буде сучасна багатопрофільна лікарня.

Встановлено технічні критерії для визначення географічних меж госпітальних округів: наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування (першого чи другого рівня); охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб у разі наявності лікарні 2-го рівня або 120 тис. осіб у разі наявності лікарні тільки 1-го рівня; можливість добратися до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хвилин. Госпітальний округ планується з такими межами і набором закладів, щоб у перспективі на його основі можна було створити ефективну й сучасну медичну мережу. Також Уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні. Вона закладає засади переорієнтації фокусу охорони здоров'я від політики лікування до зміцнення та збереження здоров'я людини.

Буде запроваджено процес стратегічного планування розвитку системи із залученням зацікавлених сторін, планування заходів на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Окремої уваги та розгляду заслуговує питання перспектив впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, найвищі показники онкологічної захворюваності зареєстровані серед соціально незахищених прошарків населення в країнах з несприятливими соціально-економічними умовами. Згідно зі статистичними даними, наданими експертами Національного інституту раку, щорічно більше ніж 160 тис. українців уперше стикаються з онкологічним діагнозом і, відповідно, з високою собівартістю лікування онкологічних захворювань.

Українське законодавство з погляду боротьби зі злоякісними новоутвореннями складається з таких документів: Конституція, закон про Державний бюджет, законодавчі постулати у галузі охорони здоров'я, видані у

1992 р., а також ще три закони, які регулюють соціальні стандарти та розробку національних програм. Галузеві стандарти на онкологію затверджені протоколом охорони здоров'я (тією частиною, яка відповідає за вказану сферу), виданим Міністерством охорони здоров'я та за поточний період декілька разів зміненим. При створенні посадовці керувалися багатьма чинниками та документами, зокрема, звертали увагу на правила проведення паліативної допомоги згідно з протоколом, переліком заходів, які здійснюються з цією метою, тощо.

Основним нормативним актом регулювання діяльності онкологічної служби та надання онкологічної допомоги населенню України є наказ МОЗ «Про заходи подальшого покращення і розвитку онкологічної допомоги населенню» від 30.12.1992 р. № 208, проектом нової редакції якого передбачено вдосконалити державну систему протиракової боротьби, поліпшити стан діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації онкологічних хворих, що сприятиме зменшенню смертності від онкологічних захворювань, летальності онкологічних хворих працездатного віку, зниженню показників занедбаності, а також зменшенню ступеня інвалідизації [140; 155].

Приблизно двадцять років тому у світі були розроблені документи, які гарантують хворим онкологічними патологіями максимальні права та зручності. Зокрема, йдеться про правову Декларацію та Хартію, що була підписана у Парижі. Згідно з названими документами, онкохворі мають повне право на якісну терапію та гідні умови перебування. Також органи влади мають забезпечити цій категорії населення психологічну підтримку та низку ефективних реабілітаційних програм залежно від виду хвороби. Крім того, дуже важливо приділити увагу придбанню якісних анестетиків та надати гідну й продуману паліативну допомогу важко хворим на останніх стадіях [188; 155].

Враховуючи низьку платоспроможність більшості населення України та хронічний дефіцит коштів у системі охорони здоров'я, реалізація зазначеного

права можлива лише за умов впровадження обов'язкового медичного страхування. Задоволення потреб населення у спеціалізованій онкологічній допомозі визначалось такими нормативними актами: державною програмою «Онкологія» на 2002–2006 рр. (затверджено Постановою КМУ від 29.03.2002 № 392); галузевою програмою «Скринінг патології шийки матки» на 2005–2010 рр. (затверджено наказом МОЗ від 31.12.2004 р. № 677); державною програмою «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр. (затверджено Постановою КМУ від 19.07.2006 р. № 983); розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 рр.» від 10.07.2006 № 393-р. та ін.

Держава не припинила фінансувати лікування онкохворих у 2017 р.: 445 013,80 тис. грн було виділено на фінансування програми «Онкологічні захворювання», 558 056,90 тис. грн – на фінансування програми «Дитяча онкологія» [80; 155]. За рахунок оптимізації розподілу коштів вдалося скерувати додаткові кошти на напрям «Доросла онкологія», щоб значно підвищити забезпеченість ліками онкохворих. До передбачених за цим напрямом у 2018 р. 709 млн грн вдалося додати у 2019 р. ще 910 млн грн, тобто збільшити фінансування вдвічі. Закупівлі на загальну суму близько 1,6 млрд грн дали змогу забезпечити 80% від потреби в препаратах. Крім того, в Україні функціонує Національний канцер-реєстр, який є автоматизованою системою збору, накопичення, збереження та обробки персоніфікованої інформації про онкологічних хворих.

Кількість онкохворих постійно збільшується, що потребує розробки комплексу дій, спрямованих на реімбурсацію (оптимізацію доступності) препаратів ургентної категорії. Без таких медикаментів смертність від пухлин значно збільшиться, тому питання є вкрай важливим. Держава, що поступово переходить до страхової моделі медицини, звичайно, не може не перейматися рівнем доступності життєвонеобхідних ліків. Таким чином, створюється

ефективна схема реімбурсації та спроби замінити деякі препарати на групи дженериків – менш вартісних ліків з аналогічними активними речовинами. Щоб фахово оцінити цей показник, розроблено спеціальну директиву. Також держпарат працює над удосконаленням механізму тендерних закупівель. На цьому тлі також треба стимулювати лабораторно-наукові розробки в плані вивчення та впровадження нових технологій при виготовленні більш бюджетних препаратів [155].

Сьогодні в Україні придбання полісу добровільного медичного страхування не є досить поширеним, проте покриття навіть базового рівня поширюється на лікування різноманітних онкологічних захворювань. Впровадження програм медичного страхування від онкозахворювань для жінок і дітей стає не стільки комерційним, скільки соціальним проектом. Малозабезпечені громадяни України залишаються абсолютно незахищеними перед захворюваннями онкологічного профілю. Онкологічні захворювання вимагають найдорожчих видів лікування – частого застосування хіміо- і гормонпрепаратів.

Ми визнаємо необхідність оптимізації, підвищення ефективності та раціональності бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, але ми принципово виокремлюємо онкологію як сферу, що має особливе «соціальне навантаження», а тому потребує співпраці лікарів, мобілізації громади та особливої уваги влади (табл. 3.1).

Компанія «МетЛайф Україна» представляє програми страхування – «Жіноче здоров'я» і «Дитяче здоров'я» зі страховим покриттям до 600 тис. грн і до 1 млн грн відповідно [171; 155, с. 148]. Окрім виплати на лікування, програма «Жіноче здоров'я» включає додаткові виплати: це виплата за кожний день лікування в стаціонарі – від 100 до 600 грн; протягом 12 місяців після закінчення безпосереднього лікування щомісяця здійснюються виплати від 3 до

7 тис. грн для фізичної і психологічної реабілітації пацієнтки з метою її повернення до звичного ритму життя [2, с. 3].

Таблиця 3.1

Смертність населення України від злоякісних новоутворень*

№ з/п	Адміністративні території	2016 р.						2017 р.	
		Всього померло		Міські жителі		Сільські жителі		Всього померло	
		абсолютні числа	на 100 тис. населення	абсолютні числа	на 100 тис. населення	абсолютні числа	на 100 тис. населення	абсолютні числа	на 100 тис. населення
1.	Автономна Республіка Крим	–	–	–	–	–	–	–	–
2.	Вінницька	3139	196,7	1551	192,8	1588	200,8	3099	195,7
3.	Волинська	1562	150,2	870	161,2	692	138,2	1489	143,4
4.	Дніпровська	7450	229,1	6320	232,6	1130	211,0	6426	199,1
5.	Донецька	4469	227,3	3861	232,6	608	198,6	3534	181,6
6.	Житомирська	2388	191,2	1421	194,2	967	187,1	2069	166,7
7.	Закарпатська	1959	155,9	838	181,4	1121	141,0	1725	137,4
8.	Запорізька	4524	258,0	3561	263,8	963	238,8	3210	184,6
9.	Івано-Франківська	2279	165,1	987	164,9	1292	165,3	2164	156,1
10.	Київська	3910	226,4	2206	206,7	1704	258,3	3210	159,6
11.	Кропивницька	2079	215,0	1443	238,2	636	176,1	1918	202,0
12.	Луганська	1621	227,6	1276	250,3	345	170,4	1101	156,3
13.	Львівська	4531	180,1	2841	186,6	1690	170,0	3523	140,0
14.	Миколаївська	2017	174,2	1450	184,0	567	153,3	1836	159,7
15.	Одеська	4823	202,7	3398	215,1	1425	178,0	3048	128,3
16.	Полтавська	3274	228,7	1994	226,6	1280	232,2	2805	197,7
17.	Рівненська	1897	163,4	946	172,7	951	155,1	1853	159,5
18.	Сумська	2506	225,5	1637	215,6	869	246,9	2277	206,6
19.	Тернопільська	1884	177,3	825	175,3	1059	178,9	1821	172,5
20.	Харківська	5894	218,0	4909	225,9	985	185,7	5345	199,0
21.	Херсонська	2048	193,3	1301	201,0	747	180,5	1940	184,0
22.	Хмельницька	2540	196,7135 7	187,3		1183	208,6	2461	192,0
23.	Черкаська	2465	198,8	1436	204,9	1029	190,0	2474	201,5
24.	Чернівецька	1652	182,1	708	183,0	944	181,5	1490	164,6
25.	Чернігівська	2030	195,8	1253	188,4	777	209,2	1967	191,9
26.	м.Київ	5245	183,0	5245	183,0	–	4729	164,0	164,0
27.	м. Севастополь	–	–	–	–	–	–	–	–
Україна		78186	183,5	53634	182,7	24552	185,3	67083	158,2
			201,4		208,3				173,6

*за даними державної служби статистики України

У контексті медичного страхування ідеальними прикладами є італійська та ізраїльська медицина. У названих державах онкохворий повністю захищений страховою медициною, адже всі етапи, починаючи від хіміотерапії та оперативного втручання і закінчуючи імплантуванням, покриває поліс медичної

страховки. Головна та найвідоміша клініка Ізраїлю вже зараз працює на теренах України, тому українці мають можливість користуватися її вартісними послугами та отримують доступ до світових здобутків у подоланні онкологічних хвороб [143; 155, с. 148].

У цілому ж на території України питання страхування від онкопатологій залишається відкритим та досить проблематичним. Особливо з погляду вартості таких послуг, хоча самі страховики наголошують на тому, що це тимчасове явище.

Сьогодні реформи охорони здоров'я щодо впровадження страхової медицини на первинному рівні системного надання онкологічної допомоги населенню дали б змогу вирішити питання щодо забезпечення громадян країни базовою якісною онкологічною допомогою, незалежно від рівня їх доходів. Впровадження обов'язкового медичного страхування паралельно з розвитком добровільного медичного страхування допоможе вирішити питання щодо високої вартості лікування онкологічних захворювань.

На сьогодні Україна може досягти практично таких самих результатів у лікуванні онкохворих дітей, як і інші країни Європи. Завдяки впровадженню сучасних протоколів хіміотерапії вдалося домогтися одужання близько 75% дітей із лімфобластною лейкемією – найпоширенішим серед дітей онкологічним захворюванням. Проте наразі існує серйозна проблема – неможливість забезпечення дітей усіма видами трансплантації. На лікування маленьких пацієнтів онкологічного профілю за кордоном щороку витрачається більше коштів, ніж держава вкладає у покращення надання онкологічної допомоги онкохворим дітям в Україні. Цей парадокс існує вже кілька років, тому необхідно докласти зусиль, аби припинити виведення коштів за кордон і надати можливість усім дітям, які цього потребують, отримати повний перелік лікувальних заходів в Україні.

Починаючи з 2004 р., у відділенні трансплантації кісткового мозку національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» вилікували 126 дітей: це 62% з тих, хто звернувся і отримав трансплантацію. У клініці вже успішно проводять трансплантації і від частково сумісних родинних донорів. При цьому досі немає цілеспрямованої державної програми фінансування ТКМ у дітей як однієї з найдорожчих медичних технологій.

Процедура закупівлі медикаментів для хворих дітей проводиться вкрай повільно та недбало. Так, придбані у 2015 р. препарати з'явилися на складі лікарень тільки через два роки. Зрештою до Держбюджету було закладено певну суму, щоб покрити хоча б якусь частку потреб у сфері дитячої онкології, однак навіть розробка програм та виділені кошти іноді не рятують від недобросовісного виконання своїх обов'язків деякими посадовцями та компаніями на місцях.

Реформи щодо впровадження страхової медицини вже проведені на первинному рівні надання медичної допомоги населенню сімейними лікарями, проте процес впровадження такої реформи найпопулярніший на первинному рівні надання онкологічної допомоги населенню. Оpubліковано чимало наукових праць, присвячених медичним та юридичним аспектам лікарських помилок (М. Зарецький, В. Струнцова, Є. Черніков, Н. Чернікова та ін.), проблемам та способам їх вирішення в системі надання онкологічної допомоги населенню України (І. Бондаренко, С. Бугайцов, В. Завізіон, В. Кісліцина, Л. Присяжна та ін.). Однак особливості управління якістю надання онкологічної допомоги населенню в період впровадження страхової медицини в Україні недостатньо розглянуті.

Для адміністрування відрахувань на страхування за онкологічним профілем до повноцінного введення системи загальнообов'язкового медичного страхування можна створити Фонд боротьби з онкологічними захворюваннями і «прикріпити» його до Пенсійного фонду України.

Таким чином, створений Фонд буде накопичувати кошти на окремому рахунку застрахованої особи, що отримуватиме щомісячну страхову премію у розмірі 3% від заробітної плати за принципом єдиного соціального внеску.

Боротьба зі злякисними новоутвореннями – одна з найважливіших проблем здоров'я населення України, актуальність якої зумовлена постійним зростанням ураження населення злякисними новоутвореннями, труднощами своєчасного діагностування, високою вартістю та складністю комбінованого й комплексного лікування, високим рівнем інвалідизації та летальності онкологічних хворих (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Захворюваність населення на злякисні новоутворення
по Запорізькій області за 2015–2017 рр.**

№ з/п	Адміністративні території	Абсолютні числа			Показник на 100 тис. населення		
		2015 р.	2016 р.	2017 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
	2	3	4	5	6	7	8
1	Україна				313,6	315,4	
2	Запорізька обл.	6613	6704	6592	374,6	382,5	379,1
3	м. Запоріжжя	3054	3172	3036	402,9	421,3	406,6
4	м. Бердянськ	508	487	466	429,1	414,4	400,3
5	м. Мелітополь	569	592	580	363,9	380,1	374,6
6	м. Енергодар	165	178	226	302,7	327,5	416,1
7	Якимівський район	97	99	123	283,0	290,8	364,5
8	Бердянський район	70	54	52	271,1	211,4	205,8
9	Великобілозерський район	28	32	28	343,1	396,0	350,6
10	Василівський район	267	244	236	409,8	377,8	368,3
11	Веселівський район	77	72	71	349,9	329,4	327,3
12	Вільнянський район	151	162	202	314,1	339,0	425,9
13	Гуляйпільський район	94	107	77	346,8	399,0	290,0
14	Запорізький район	290,0	178	178	317,0	307,9	309,4
15	Більмацький район	59	63	57	258,8	280,1	257,1
16	Кам'янсько-Дніпровський район	157	130	142	385,5	321,3	353,7
17	Мелітопольський район	166	174	192	330,6	348,1	386,6
18	Михайлівський район	95	102	104	323,1	348,8	358,8
19	Новомиколаївський район	50	51	51	305,9	314,7	320,2

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8
20	Оріхівський район	155	177	152	330,8	380,7	330,0
21	Пологівський район	141	141	127	344,1	347,8	315,9
22	Приазовський район	91	100	96	325,0	361,8	350,7
23	Приморський район	89	84	79	290,4	276,6	262,0
24	Розівський район	31	23	28	339,2	255,7	315,9
25	Токмацький район	270	222	246	476,5	396,4	443,6
26	Чернігівський район	45	60	43	258,3	347,3	251,6

За розрахунками фахівців Національного канцер-реєстру України при Національному інституті раку Міністерства охорони здоров'я України, до 2020 р. кількість українців з уперше встановленим діагнозом «злоякісне новоутворення» може збільшитись до 200 000.

Особлива увага приділяється поширенню та контролю за впровадженням скринінгів у закладах охорони здоров'я, що надають первинну та вторинну медичну допомогу (табл. 3.3).

Практична відсутність ранньої діагностики – головна проблема у терапії дитячих онкопатологій. Щороку пацієнтів відповідних диспансерів стає на тисячу-півтори більше. Вилікувати можна майже всі випадки, тільки 20% є вкрай важкими, але за умови гідної та своєчасної діагностики [17; 88, с. 37].

Державні лікарні купують ліки від раку на 400% дорожче ніж міжнародні організації. Таку статистику наводить Центр протидії корупції за результатами моніторингу закупівель ліків для онкохворих міжнародними організаціями та через систему Proorro.

Так, членкиня правління Центру протидії корупції О. Устінова відзначила, що «394% становила різниця в цінах Закарпатського онкодиспансеру та міжнародної організації ПРООН за той самий препарат для лікування раку передміхурової залози» [40]. Йдеться наразі про препарат «Бікалутамід», виробництва компанії «Віста».

Таблиця 3.3

План скринінгу онкологічних захворювань на первинному рівні

Нозологія	Групи ризику	Вікові групи	Стать	Метод виявлення	Періодичність обстеження
Рак шийки матки	Розпочинання статевого життя та вагітність у віці до 18 років; чотири та більше вагітностей; венеричні хвороби	30–60 років	ж	Пап–тест	Кожні 5 років За наявності ФР – щорічно
Колоректальний рак (КРР)	Наявність колоректального раку, неполіпозного колоректального раку та/або аденоматозного поліпозу у членів родини. Наявність у пацієнта запальних захворювань кишківника та аденоматозних поліпів	50–74 роки	ч/ж	Аналіз калу на скриту кров	Кожні 2 роки За наявності ФР – щорічно
Рак молочної залози (РМЗ)	Підтверджена мутація BRCA–1 або BRCA–2. Наявність у родичів раку молочної залози. Променева терапія ділянки грудної клітки в анамнезі. Перші пологи у віці після 30 років. Безпліддя. Менопауза у віці після 55 років. Тривала гормонозамісна терапія менопаузи. Постменопаузальне ожиріння. Вживання алкоголю. Паління. Малорухливий спосіб життя. Фонові передракові захворювання	50–69 років За наявності ФР – із 40 років	ж	Мамографія	Кожні 2 роки
Рак передміхурової залози (РПЗ)	Обтяжений спадковий анамнез (рак передміхурової залози у родичів у віці до 65 років)	50–69 років	ч	ПСА	При ПСА < 2,5 – кожні 2 роки При ПСА ≥ 2,5 – щорічно

Найпоширеніші схеми завищення вартості на медикаменти включають: закулісні угоди між учасниками ринку; поєднання різних ліків в одній партії;

формування техзавдань для конкретного виробника або постачальника; реєстрація високих цін на ліки в національному реєстрі. Наприклад, деякі учасники у посадовій інструкції прописують необхідність доставляти щорічну партію ліків миттєво або протягом шести годин після укладання угоди.

Однією з найбільших проблем, яка залишилася в регіонах, є закупівля ліків через недобросовісних дистриб'юторів. Якщо в 2014 р. під час закупівель МОЗ ліків для онкохворих частка виробників, які вийшли на торги, становила лише 3%, то в 2017 р. у ПРООН ця цифра сягнула майже 60%.

Загальна економія за програмами з онкології у 2016 р., порівняно з цінами МОЗ у 2014 р., становила 52% за програмою дорослої онкології, та 27% за програмою дитячої онкології; 93% препаратів для лікування дорослої онкології та 78% препаратів для лікування дитячої онкології було закуплено дешевше, ніж у 2014 р.; 31 препарат було додатково закуплено за програмою дитячої онкології, які раніше держава не закуповувала.

Щоб допомогти онкохворим, Україна покриває дуже малий відсоток медикаментозних препаратів: для дітей ця цифра є більш значною, а для дорослих ледве сягає 20%. Проте корупційні схеми при закупівлях майже не використовуються, оскільки процедура здійснюється на міжнародних платформах, без задіювання законодавчих норм України.

Однак ліки, які замовляє державний закупівельник, використовуються у комплексній терапії онкологічних захворювань, а доровартісні препарати не закуповуються [66]. Деякі з цих дорогих супровідних препаратів, як-то антибіотики чи протигрибкові засоби, не рекомендовані для використання Всесвітньою організацією педіатрів-онкологів.

Фактично багато з них закуповують, проте не використовують, при цьому показники летальності збільшуються, зокрема в Запорізькій області (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Показники летальності дітей від злоякісних новоутворень у віці від народження до 12 міс. по Запорізькій області за 2015–2017 рр.

№	Найменування	2015 р.	2016 р.	2017 р.
1	Запорізька обл.	28,5	31,9	27,1
2	м. Запоріжжя	21,7	26,8	20,2
3	м. Бердянськ	32,3	35,1	30,7
4	м. Мелітополь	35,3	37,1	34,5
5	м. Енергодар	17,3	16,8	21,0
6	Якимівський район	31,1	41,3	29,5
7	Бердянський район	35,5	45,3	38,5
8	Великобілозерський район	51,4	53,8	41,4
9	Василівський район	40,4	39,1	35,6
10	Веселівський район	23,4	48,1	34,3
11	Вільнянський район	43,9	38,6	30,5
12	Гуляйпільський район	31,6	40,0	43,0
13	Запорізький район	24,8	39,8	22,3
14	Більмацький район	32,1	39,5	30,5
15	Кам'янсько-Дніпровський район	28,0	31,1	34,4
16	Мелітопольський район	38,1	45,6	38,4
17	Михайлівський район	33,9	41,2	40,0
18	Новомиколаївський район	43,2	39,6	42,6
19	Оріхівський район	33,3	34,8	30,0
20	Пологівський район	40,2	33,8	21,5
21	Приазовський район	41,2	39,6	36,2
22	Приморський район	37,9	48,8	26,3
23	Розівський район	38,9	48,6	40,0
24	Токмацький район	36,2	39,9	42,9
25	Чернігівський район	37,1	30,0	46,2

На виконання завдань цього напрямку спрямовані, зокрема, заходи програми «Дитяча онкогематологія та гемофілія» на 2013–2018 рр. (згідно із зареєстрованим у листопаді рішенням обласної ради), на реалізацію якої в 2016 р. з обласного бюджету було передбачено виділення коштів в обсязі 2,9 млн грн, з яких на станом 01.07.2016 р. було профінансовано 207,0 тис. грн (6,9% від передбаченої суми), у т. ч. на придбання: медикаментів та лікарських

засобів згідно зі стандартизованими протоколами лікування дітей з онкологічними захворюваннями – 3,2 тис. грн; механогідравлічного операційного столу та монітору пацієнта для відділення загальної хірургії зі спеціалізованими дитячими онкологічними ліжками та гематологічного відділення Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні – 203,8 тис. грн.

У системі надання медичної допомоги пацієнтам із злоякісними новоутвореннями спеціальними юридичними засобами забезпечення законності є контроль і нагляд за дотриманням чинного законодавства, оскарження, заохочення та юридична відповідальність. Державна десятирічна програма «Онкологія» завершилась у 2016 р. У деяких областях пішли шляхом створення регіональних програм з онкології і вишукують змогу виділяти кошти на їх реалізацію з місцевих бюджетів, усе ще сподіваючись, що МОЗ зрештою почне виконувати свої зобов'язання.

Чернігівщина. У Чернігівській області діє програма боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017–2021 рр., яку обласна рада ухвалила 23.02.2017 р. Згідно з цією програмою, у 2017 р. Чернігівщині було виділено фінансування в розмірі 24 млн грн. На ці гроші закінчили проєкт із лінійним прискорювачем, зокрема придбали необхідне дозиметричне обладнання, а також розпочали інший важливий проєкт – створення центру пересадки кісткового мозку, для реалізації якого залучають кошти з обласного бюджету та інших джерел.

Онкологічні стратегії фінансуються переважно з місцевого бюджету. Громадські об'єднання на місцях у 2016 р. надали серйозну допомогу хворим з Чернігова та області. Саме завдяки цим коштам було придбано такий апарат, як лінійний прискорювач. Селищні та міські організації також регулярно перераховують кошти для цієї мети. Взагалі ж суми, які виділяють за програмою, є досить мізерними з огляду на величезні потреби, – близько 2,5 млн грн щорічно, а це лише 3–5% від необхідного.

Крім того, препарати державних закупівель надходять із великими затримками, тому пацієнти вимушені докуповувати їх самостійно. Так, у 2018 р. було завезено ліки за 2017 р. Також Чернігівська обласна рада мала затверджену регіональну програму з онкології, розраховану на 2017–2019 рр.

Буковина. Щоб забезпечити онкохворих хіміопрепаратами, депутати Чернівецької обласної ради підтримали регіональну програму «Онкологія». Протягом трьох років на її реалізацію з обласного бюджету буде виділено 30 млн грн. Програма включає забезпечення найнеобхіднішим мінімумом хіміопрепаратів, деякими ліками супроводу. Крім того, вона передбачає виділення близько 200 тис. грн з метою проведення щеплень молодих жінок проти раку шийки матки.

Згідно з програмою, розподіл коштів було здійснено відповідно до пріоритетних завдань, які потребували першочергового вирішення. Онкодиспансер для дорослих і дитячий медзаклад отримали п'ять та три мільйони гривень відповідно. Також кошти були скеровані і до закладу екстреної допомоги – на потреби онкогематології.

Вкрай важливими та необхідними є розрахунки витрат на хіміотерапевтичні ліки. Вартість необхідної кількості хіміотерапевтичних препаратів у минулому році становила понад 54 млн грн. Наразі ж одного мільйона гривень вистачає на 5–6 варіантів хіміотерапевтичних препаратів. Крім того, на фармацевтичному ринку з'явилося багато нових, переважно імунотерапевтичних ліків, які доступні онкохворим тільки в умовах клінічних досліджень. В Україні вони ще не зареєстровані, тому й недоступні, а ціни на зареєстровані препарати, які вже стають доступними для придбання, залишаються дуже високими. Розраховуючи на суму приблизно один мільйон гривень, імунотерапевтичними засобами нового покоління можна пролікувати лише двох пацієнтів упродовж року.

Онкологічні диспансери отримують препарати переважно першої та другої ліній, про що можна дізнатись з їх офіційних сайтів. Також раз на тиждень оновлюють інформацію на стендах, розміщених біля входу до стаціонару. Відтак, коли надходить партія вартісних ліків, хіміотерапевтичне відділення переповнюється пацієнтами. Це ще раз підтверджує необхідність програми «Онкологія». Онкологічні захворювання перебувають під пильною увагою у всіх країнах світу, і Україна, яка впевнено прямує шляхом євроінтеграції, не повинна відставати у цьому питанні.

Рівненщина. З припиненням у 2016 р. дії державної програми «Онкологія» ситуація із забезпеченням онкохворих є досить складною. Останні поставки ліків за цією програмою проводилися ще в 2015 р. Регіональної програми поки що немає, тому пацієнтам доводиться самостійно знаходити кошти на придбання ліків.

На парламентських слуханнях з питань онкологічних захворювань було порушено багато важливих для онкологічної служби питань. Було, зокрема, наголошено, що впродовж останнього десятиріччя в Україні спостерігається суттєве зростання онкологічної захворюваності та смертності від цієї патології як серед дорослого, так і серед дитячого населення, що відбувається через недостатнє фінансування галузі.

Кількість громадян, які мають онкологічні захворювання, щороку збільшується. Темпи зростання, можливо, дещо знизилися, якщо порівнювати з минулими періодами, але поки що незначно. Оскільки лікування є вартісним, то кількість зареєстрованих пацієнтів – далеко не показник, насправді хворих на онкопатології громадян може бути значно більше. В умовах економічних негараздів українці йдуть до лікарів тільки у крайніх та занедбаних випадках. Як правило, навіть у кращі часи держава забезпечує не більше ніж 25–30% потреб пацієнтів онкодиспансерів, а решта людей змушені оплачувати лікування самостійно.

Дещо краща ситуація із лікарським забезпеченням категорії пацієнтів, які мають статус осіб, потерпілих від аварії на ЧАЕС. Хоч і не на 100%, але вони отримують ліки в рамках відповідної «чорнобильської» програми. Так, станом на 2018 р. на неї було виділено 1,5 млн грн.

Окремо розроблено та затверджено у ході засідання колегії Рівненської обласної державної адміністрації обласну програму покращення діагностики, лікування та профілактики злоякісних новоутворень на 2017–2022 рр.

Загалом пацієнти, що мають онкологічні захворювання, стикаються з такими труднощами, як висока вартість лікування, яке їм доводиться оплачувати самостійно, а також відсутність деяких препаратів в мережі українських аптек та необхідність їх закупівлі за кордоном. Без загальнодержавної програми вирішити вказані проблеми вкрай складно.

Запоріжжя. Оскільки державної програми з лікування онкологічних хворих станом на 2018 р. не було, то в Запоріжжі намагались вирішувати проблему нестачі ліків для онкологічних пацієнтів самостійно. Однак регіональну програму не було прийнято через нестачу фінансування. Варто зазначити, що державна програма «Онкологія» на 2010–2016 рр. не була реалізована повною мірою через військово-політичні дії в Україні. Зокрема, не всі протипухлинні лікарські препарати за 2015 р. були отримані. Однак якщо в монорежимі ще можна провести певне лікування, то поліхіміотерапія неможлива через відсутність навіть одного з компонентів, тож пацієнтам доводиться купувати ці ліки самостійно.

Однак навіть під час дії програми «Онкологія» хворі забезпечувалися препаратами недостатньо (дещо менше, ніж на третину від потрібної кількості), наразі ж ситуація ще більше погіршилася. Якщо взяти до уваги життєво необхідні гамма-апарати, то заряджання кожного з них обходиться надзвичайно дорого, а робити це потрібно досить часто. Таким чином, ситуація по

Запоріжжю та регіону залишається складною і виправити її самостійно обласна адміністрація поки що неспроможна.

Тим часом рівень онкологічної захворюваності та смертності від цієї патології збільшився приблизно вдвічі. Щороку з'являються 6,7–6,8 тис. нових пацієнтів, вмирають – 3,7 тис. (близько 2 тис. – протягом першого року), і покращення ситуації є можливим, насамперед, за умов ранньої діагностики.

Харківщина. Національної онкологічної програми в країні сьогодні не існує, а закупівлі лікарських препаратів для регіонів країни через МОЗ – це лише частина необхідної роботи, яку належить ретельно планувати. У Харківській області наразі діють дві регіональні програми, але вони створені для вирішення питань охорони здоров'я населення в цілому, – «Здоров'я Слобожанщини», що охоплює всі медичні напрями, і «Право на життя», яка спрямована на лікування пацієнтів із хронічним мієлолейкозом.

Однак слід відзначити, що Обласний центр онкології розробив програму, що стосується розвитку онкологічної служби у Харківській області. За участю депутатів обласної ради, управління охорони здоров'я Харківської ОДА та відповідних фахівців було створено програму підтримки лікування пацієнток із раком молочної залози.

Проблема потребує комплексного вирішення. Тільки завдяки використанню грамотних та підтверджених світовою практикою схем лікування, а також, приділяючи значну увагу профілактичним заходам і розвиваючи ранню діагностику ракових новоутворень, будуть відбуватись позитивні зміни у сфері онкології.

Суспільну думку важко змінити, а громадяни не можуть відійти від усталеної парадигми, що рак – це майже стовідсоткова смерть. Водночас, згідно зі статистичними даними, від хвороб серця помирає набагато більше людей. Суспільство має зрозуміти один визначальний момент: регулярна перевірка

стану свого здоров'я – обов'язок кожного, адже вчасно виявлена онкопатологія не призводить до летальних наслідків.

Однак для впровадження широкомасштабних профілактичних проєктів необхідна загальнонаціональна фінансова підтримка, оскільки регіональне фінансування лікувальної та господарської діяльності установ охорони здоров'я здебільшого спрямоване на забезпечення заробітної плати медиків, неповну підтримку матеріальної бази та мінімальне харчування пацієнтів.

Насправді регіональні програми з онкології не затверджуються через брак коштів, але це не означає, що коли немає фінансування, то немає роботи поза програмою. Вона здійснюється, хоча й у меншому масштабі. Сьогодні проводиться активна робота з районними фахівцями щодо профілактики онкопатології, підвищення їх кваліфікації, впровадження загальних стандартів лікування.

Дніпропетровщина. Наразі Дніпропетровщина відчуває хронічне недофінансування в постачанні препаратів для лікування онкологічних хворих. Пацієнти забезпечені ними приблизно на 25–30% за рахунок центральних закупівель МОЗ, які після проведення відповідних тендерів традиційно відбуваються із великим запізненням, та обласної програми «Здоров'я населення Дніпропетровщини», що була розрахована на 2015–2019 рр. У рамках цієї програми на придбання хіміотерапевтичних препаратів з обласного бюджету щорічно виділялось близько 6 млн грн.

Проте остаточного проблеми ще не вирішена. Кабмін обмежив список препаратів, проводити закупівлю яких допустимо за державний кошт (у переліку, що складається із сорока позицій, є тільки базові ліки для здійснення хіміотерапевтичних заходів). Однак лікування не обмежується тільки ними. Коли названа вище програма функціонувала, то потрібне можна було докупувати за рахунок обласних коштів. Наразі ж онкохворі вимушені

самостійно купувати дуже вартісні препарати для комплексної терапії ракових захворювань.

Однак треба відзначити, що коли функціонувала державна програма «Онкологія», то забезпечення відповідних верств населення препаратами не перевищувало 30%, хоча доцільність та корисність програми вимірюється не тільки одним параметром. Онкологічні хвороби лікуються не лише за допомогою хіміотерапії, яка є однією зі складових лікування, одним із пріоритетних методів все ж вважається оперативний. Для забезпечення проведення операцій на високому рівні потрібне якісне інноваційне обладнання. Також не можна забувати про ранню діагностику, профілактичні заходи, диспансеризацію тощо. Всі вказані моменти охоплює програма «Онкологія», тому її можна вважати доцільною стратегією, розробленою для ефективної боротьби з хворобами такого плану. Отже, проблема не тільки у дефіциті лікарських препаратів, а й у відсутності чіткого вектору руху, яким би керувалися спеціалісти-онкологи. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки витрачають досить значні кошти на лабораторні розробки та вивчення онкології, тому закупівля препаратів не є основною статтею видатків.

Львівщина. Програми боротьби з онкологічними хворобами були розроблені у Львівській області задовго до впровадження системи медичного страхування, проте кошторис, виділений для цієї мети, був недостатнім. Але завдяки Світовому банку програма фінансування набагато збільшилася, тому Львівська рада сформувала кроки боротьби з раковими захворюваннями, розписані до 2020 р. включно.

Фахівці Світового банку під певний відсоток (10%) видали кредит у 10 000 000 дол. США, тому завдяки цим коштам було закуплено велику кількість обладнання, зокрема, цитологічні скринінги, мамологічні апарати, значно модернізовані вже існуючі технології. Також гроші були скеровані на закупівлю хіміопрепаратів та комп'ютерного обладнання. Звичайно,

позитивним є той факт, що в регіонах відбуваються певні зміни, однак до лікування та боротьби з онкологічними хворобами краще підходити централізовано. Проте обласна програма допомагає регіонам вижити у важких умовах скорочення фінансування.

Відсутність препаратів для терапії онкології – дуже складна проблема, оскільки від неї залежить життя мільйонів людей. Не повинно бути ситуацій, коли лікар-онколог змушений відхилитися від світових протоколів з тієї причини, що у його розпорядженні просто немає потрібного препарату; коли більш вартісний препарат замінюють дешевшим аналогом; коли пацієнт вимушений купувати вартісні медикаменти в аптеці, тому що лікарня ними не забезпечена. У цьому контексті варто згадати конституційні постулати про безкоштовне та доступне медичне обслуговування.

Таким чином, держава має втрутитися в ситуацію та розробити низку цільових програм, щоб допомогти онкохворим. Для цього потрібні каси взаємодопомоги, різноманітні фонди на благодійній основі тощо.

На 13-му з'їзді працівників галузі онкології України було висловлено занепокоєння лікарями-радіологами та онкологами несприятливою ситуацією з державними програмами. Однак прийняти більш доцільну та розгалужену програму можливості не було через урядову заборону на формування нових утворень.

Тернопільщина. У цій області також діяла програма «Онкологія», але після її закінчення пацієнти були вимушені оплачувати дороговартісне лікування самостійно. Наразі сфера терапії онкологічних хвороб Тернопільщини дуже потерпає та потребує близько 80 млн грн. Водночас державою було виділено 2,5 млн грн на придбання хіміопрепаратів, а дещо більше ніж 1 млн грн надійшли з місцевого бюджету. Цього вистачило, щоб забезпечити ліками соціальні верстви населення, а також військовослужбовців, які перебувають (або раніше служили) в АТО.

Вважаємо, що проблему вдасться вирішити хоча б частково за допомогою новоствореного проекту «Здоров'я тернополян», де в розділі «Онкологія» передбачено певні кошти на придбання ліків. Важливо, щоб ця програма виконувала не тільки свою основну місію – забезпечення хворих хіміопрепаратами, а й уможливила оснащення закладу медичним інструментарієм, новітньою апаратурою, високотехнологічним діагностичним обладнанням.

Посадовці обласної адміністрації та ради Тернопільщини С. Барна та В. Овчарук значно покращили стан галузі охорони здоров'я у підпорядкованому регіоні за рахунок оснащення закладів високоточним та сучасним обладнанням, призначеним для діагностики онкології. У рамках розробленої програми кошти було витрачено на придбання хірургічних приладів, рентген-апарату, цілої низки медикаментів для проведення хіміотерапії та дуже рідкісного лабораторно-діагностичного обладнання. За роки незалежності це був перший серйозний внесок у галузь охорони здоров'я цього регіону.

Оскільки в цілому становище є досить складним, Тернопільська обласна державна адміністрація та рада прагне долучити до фінансування онкогалузі представників територіальних громад. У самому обласному центрі близько 15–20% потреб онкохворих громадян покриває міський бюджет.

Наступна проблема, яка потребує вирішення, – це купівля лінійного прискорювача. Згідно з нормами, на Тернопільську область таких апаратів має бути не менше ніж чотири, але наразі немає жодного.

Херсонщина. Згідно з даними Національного канцер-реєстру, Херсонщина перебуває в трійці лідерів за рівнем онкологічної захворюваності.

Програма, спрямована на лікування онкопатології відсутня, однак у травні 2017 р. було запроваджено програму Херсонської обласної ради «Наближення якісної діагностики до населення області». Лікарі Херсонського обласного онкологічного диспансеру у 14 районах області за допомогою спеціалістів з

районних лікарень проводили огляд та консультації населення. Обласна програма онкологічної допомоги включала також виконання швидких онкотестів, які дають змогу виявити 12 видів раку.

Фінансування проводилося за участі державних бюджетів різних рівнів. Розроблений алгоритм став значною підтримкою для онкохворих і передбачав безкоштовний огляд з метою виявлення патологій на ранніх стадіях.

Онкологічні втручання, особливо у сфері мамології, передбачають майбутнє протезування, що є надто вартісним для більшості жінок. Проте це дуже важлива проблема естетичного характеру, яка має значення для успішної постопераційної реабілітації. Тому в межах області діє спеціальна програма, що забезпечує жінок, які перенесли операцію, якісними імплантами. У стаціонарах також організовані кабінети психологічної допомоги, де працюють фахівці, які допомагають жінкам адаптуватися до нових обставин [100].

У ході засідання колегії Херсонської обласної державної адміністрації 30.01.2019 р. було презентовано проєкт обласної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2019–2023 рр.

Відзначається, що перспективною формою оптимізації системи надання населенню України онкологічної допомоги слід вважати сучасні профілактичні технології (рання діагностика та вторинна профілактика), а також біотехнології (лікування злоякісних пухлин за допомогою різних біологічно активних речовин: моноклональні антитіла, протипухлинні вакцини, цитокіни, активовані лімфоцити – метод адаптивної імунотерапії з метою активації клітинного протипухлинного імунітету).

Для збереження і зміцнення здоров'я населення, поліпшення онкоепідеміологічної ситуації в країні необхідно виконати загальнодержавні заходи щодо реформування правової, економічної, медичної складових онкологічної галузі для забезпечення конституційного права онкологічного хворого на отримання ефективного, адекватного спеціального лікування,

створити відповідну законодавчу базу і програму реалізації національної концепції боротьби зі злякисними новоутвореннями.

Зростання онкологічної захворюваності та боротьба зі злякисними новоутвореннями є найважливішими проблемами охорони здоров'я України, проте найбільш актуальним завданням для Міністерства охорони здоров'я України все ж залишається впровадження в країні страхової медицини.

Зауважимо, що збільшення витрат держави на закупівлю лікарських препаратів для онкологічних хворих тісно корелює з постійним збільшенням кількості пацієнтів зі злякисними новоутвореннями. Впровадження обов'язкового медичного страхування паралельно з розвитком добровільного медичного страхування сприятиме вирішенню питання відносно високої вартості лікування онкологічних захворювань.

Щоб онкологічна служба перетворилася у дієвий та функціональний механізм, потрібно розробляти дієві програми і стратегії та активно втілювати вже існуючі, зокрема Національну стратегію, розраховану до кінця 2021 р. Вона охоплює багато аспектів, починаючи від законодавчих актів та положень і закінчуючи особливостями діяльності кожного конкретного підрозділу [145].

Перспективним напрямом в організації та підвищенні якості надання онкологічної допомоги населенню України є впровадження сучасних інформаційних технологій для оцінювання діяльності онкологічних установ і визначення ефективності лікування пацієнтів.

Реформа системи охорони здоров'я, безперечно, належить до найскладніших, тож спробуємо оцінити заходи, які необхідно здійснити під час її впровадження.

Перш за все, централізація фінансів в особі новоствореного офісу Нацслужби охорони здоров'я держави суперечить децентралізації влади. Нарешті, теорія деконцентрації органів місцевого самоврядування передбачає,

що соціальні послуги передаються повністю, а не частково. В іншому випадку важко назвати особу, відповідальну за надання послуги.

Органи місцевого самоврядування не візьмуть на себе відповідальності за неналежну якість медичних послуг, якщо не матимуть інструментів для її забезпечення. До того ж комунальні послуги також є частиною медичного обслуговування, так само, як і капітальний ремонт амбулаторій і лікарень. Відтак, централізація фінансування принаймні частини такої послуги обов'язково змусить органи місцевого самоврядування відмовитися від утримання медичних установ.

В Україні страхова медицина не запроваджується і залишається «бюджетною» (окрема установа поєднує в собі і розпорядника коштів, і контролера якості, і «чистильника» мережі медичних установ у процесі реалізації новоствореного принципу «гроші ходять за пацієнтом»).

На нашу думку, дещо нелогічним кроком, який було здійснено після так званого «старту» страхової медицини в Україні, стала повсюдна ліквідація реєстратур. Імовірно, під час затвердження відповідного законопроекту самоціллю стало формування Національної служби здоров'я, однак, якщо говорити про розформування реєстратур як структурного підрозділу, то цей крок значно ускладнює контроль за пересуваннями пацієнта [47].

Також із Закону була вилучена норма співфінансування, хоча формально вона залишилася.

Докорінно неправильним є погляд на лікування хворих, який залежить від місця роботи лікаря. Наприклад, той, хто працює у стаціонарі, зацікавлений у тому, щоб хворих було якомога більше, а сімейний лікар, навпаки, оскільки в такому випадку він буде менш завантажений. Тож з економічного боку це перетворюється у буквальному сенсі на бізнес.

Згідно з рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я, будь-який громадянин може обирати собі сімейного лікаря за бажанням. І не важливо, де

працює цей спеціаліст. Однак насправді навіть в умовах великого міста реалізувати це дуже важко, а якщо до цього додати необхідність заохочувати спеціаліста до підписання декларації, то ситуація виглядає неконструктивною.

Ще один аспект – скасування диспансеризації, що зробило майже неможливим повноцінне охоплення населення якісним медичним обслуговуванням. Таким чином, пацієнти будуть звертатись до лікарів лише в крайніх випадках, із застарілими, давно нелікованими хворобами. Очевидно, що, незважаючи на ризик для життя, громадянину такі нечасті візити до лікаря обійдуться фінансово дешевше, оскільки корупційні схеми в Україні до цього часу працюють, і лікарю іноді доводиться додатково (неофіційно) платити. А ось для держави оперативні втручання та інші послуги будуть набагато дорожчими, що є вкрай невігідним.

Викликає побоювання також твердження Міністерства охорони здоров'я про те, що заробітна плата лікаря буде прямо залежати від кількості декларацій, які уклали зі спеціалістом пацієнти. Однак кошти ці отримає медичний заклад, а не сам лікар, якщо він, звичайно, не оформлений як ФОП. Таким чином, розумніше створювати амбулаторії з груповим типом медичної практики, щоб кожен лікар відчував вигоди від якісного виконання роботи.

Проблемою є й те, що МОЗ не враховує молодший медичний персонал, і не тільки медсестер але й фельдшерів, послуги яких особливо актуальні у сільській місцевості, оскільки саме до них звертаються люди у разі захворювань. Звичайно, потрібно враховувати також інший персонал лікарень, який працює в бухгалтерії, лабораторії, адміністрації тощо, і на це теж будуть фінансові видатки.

Все вищесказане після проведення медичної реформи та встановлення страхової медицини ляже на плечі місцевих органів самоврядування, адже кожна область, місто чи село стануть суб'єктами абсолютно автономними. Наразі процес проходить вкрай інертно, скоріше, це призводить до

нарощування комерційної складової, коли адміністрація лікарні, розуміючи що наступним етапом стане приватизація, намагається за державний кошт покращити матеріально-технічну базу медичного закладу. Автономізація та централізація фінансів – розумне рішення влади, але не допрацьоване до кінця, адже місцеві органи самоврядування та політикум не бачать вигоди та підозрюють, що на них очікує черговий обман.

У цілому галузь охорони здоров'я на сьогодні потребує докорінних реформ, адже медичні заклади часто мають некомпетентний персонал, потребують капітального ремонту та сучасного обладнання, але інвестувати в цю сферу ніхто не бажає. Держава ж, у свою чергу, не справляється з повноцінним та ефективним фінансуванням. Таким чином, єдиний вихід – якнайшвидше впровадження страхової медицини. Наразі в парламенті на розгляді перебувають декілька законопроектів, що гарантують проведення докорінних медичних реформ. У кожному з них як обов'язковий пункт названо страхову медицину.

Вважаємо за необхідне озвучити деякі некоректні уявлення про обов'язкове медичне страхування:

1. *Безкоштовне медичне страхування в Україні.* Насправді цю галузь фінансують самі громадяни держави за допомогою щомісячних податкових відрахувань у держбюджет. Наприклад, у 2014 р. для підтримки галузі охорони здоров'я було виділено близько 70 млрд грн. Крім того, задекларовані безкоштовні послуги насправді потребують оплати, тому українці сплачують за медичні послуги ще й готівкою, тобто по суті віддають кошти двічі.

Україна перебуває у авангарді переліку держав, де пацієнт кожную медичну послугу оплачує самостійно та часто має ще й давати хабарі. Тож сумарно, наприклад, у 2014 р. громадяни України витратили на медичне страхування близько 120 млрд грн. Однак цієї суми не вистачить, щоб покращити ситуацію в галузі охорони здоров'я. Отже, потрібно терміново впроваджувати обов'язкове

медичне страхування, а також покращувати інвестиційну привабливість країни, щоб були бажаючі вкласти власні кошти у галузь медицини.

2. *Форма фінансування не дорівнює покращенню медичних послуг.* Якість послуг залежить від розподілу коштів – це є відомою аксіомою. Наприклад, стара система передбачала, що соціальні внески, які складаються із податків громадян України, скеровуються до держбюджету, а вже звідти Міністерство охорони здоров'я розподіляє кошти до медичних установ. Звичайно, лікарня користується цими коштами не для задоволення потреб пацієнтів (на це йде лише 12% виділених фінансів), а покриває заробітну плату персоналу, сплачує комунальні послуги тощо.

Із введенням страхової медицини ситуація має кардинально змінитися, адже розподіл коштів переформатується та буде переадресований до страхових компаній. Таким чином, фінансування буде відбуватися відповідно до наданої послуги, тому лікарням вигідно підвищувати їх якість. Це той самий багаторазово згаданий формат, коли «гроші йдуть за пацієнтом». Очевидно, що застрахований звернеться до того закладу, який надасть медичну послугу якісно і в повному обсязі, а отже, кількість звернень до таких лікарень збільшиться, як і конкурентоспроможність.

Експерт Інституту суспільно-економічних досліджень І. Яковенко зауважує, що, виходячи із соціально-економічних досліджень та вивчення досвіду зарубіжних країн щодо впровадження обов'язкового медичного страхування (хоча стратегія ОМС у кожній окремій державі дещо відрізняється), можна зробити висновки, що якість медобслуговування в цілому по країні значно покращується [192].

Таким чином, це дасть можливість кожному громадянину України обирати медзаклад, а страхові компанії зацікавлені в тому, щоб порекомендувати пацієнту найкращий. Звісно, перерозподіл клієнтів медичних

закладів відбудеться, але не буде занадто значним, оскільки й сьогодні громадяни обирають найкращі лікарні.

3. Яка різниця, кому сплачувати кошти – лікарні чи страховій компанії?

На сьогодні в Україні база лікарень «прив'язана» до кількості ліжок. Відтак іноді виникають ситуації, коли лікарі обирають такі схеми лікування, щоб якомога довше затримати пацієнта в лікарні. Для страховика ж найбільш пріоритетним є здоров'я пацієнта, а не утримування його в медичному закладі.

До речі, у багатьох країнах світу розвинута бонусна система для людей, які дотримуються здорового способу життя. Для таких громадян при замовленні страхового полісу пропонують відчутні знижки. Звичайно, подібні програми лояльності дуже вигідні страховикам, оскільки такі люди зрідка хворіють та не часто звертаються до лікарів і медичних закладів.

Кожна страхова компанія має відповідних експертів, які контролюють якість медичної допомоги в окремих закладах, а також проводять моніторинг доцільності медичних маніпуляцій згідно з протоколами. Звичайно, у першу чергу, подібні суб'єкти господарювання проводять такий аналіз задля захищення компанії від надлишкових видатків, але є й позитивний момент – працівники страхових компаній зацікавлені в тому, щоб надати та запропонувати найкращий пакет медичної допомоги у конкретному випадку.

4. Чи доцільно здоровій людині платити наперед? Справа в тому, що обов'язкове медичне страхування будується на принципі солідарності, тобто це означає, що будь-який громадянин України зможе оплатити медичну послугу, оскільки існує страховий фонд, який надасть допомогу. Обсяг та якість медичної послуги не будуть пропорційні здійсненому страховому внеску, адже бувають ситуації, коли потрібні реанімаційні заходи та процедури, набагато дорожчі, ніж сума внесків. Це можна розглянути на конкретному прикладі: якщо за рік громадянин України сплачує 1000 грн, а йому потрібна операція, яка коштує 10 тис. грн, то цю суму покриє страхова компанія в разі настання такого

випадку. Звичайно, це заспокоює застрахованих громадян, адже вони мають можливість отримати послуги будь-якої вартості, оскільки задіяні в програмі обов'язкового медичного страхування.

5. *Українські страхові компанії мають замало досвіду.* Як аргумент можна навести слова С. Совінського, який працює генеральним директором компанії «Інтер-Поліс». Він наголошує на тому, що вже близько 40 років задіяний у сфері медичного страхування, а останні 15 займається ДМС, надаючи послуги працівникам «Укрзалізниці».

Засади добровільного медичного страхування вже давно та успішно впроваджуються на українській залізниці, зокрема у Львівському регіоні. Після того, як інновація показала себе з найкращого боку, подібна практика перейшла у підрозділи «Укрзалізниці» по всій країні. На ситуацію сприятливо вплинула профспілка залізничників, яка активно поширювала цю ідею. Як приклад можна навести компанії «Інтер-Поліс» та «Укрзалізниця»: працівники підприємств давно користуються послугами пакетів ДМС, причому не тільки самі, але й члени їх родин, і навіть люди пенсійного віку. Страхова медицина покриває персоналу цих компаній витрати на вакцинування, закупівлю медичних препаратів та послуг, лікування в амбулаторії або на стаціонарній формі.

Працівники «Інтер-Полісу» наразі успішно обслуговуються у сотнях медичних установ України, крім того, страхова компанія, яка надає послуги ДМС, потурбувалася про розвиток інтернет-інфраструктури, зокрема, на офіційному сайті працює цілодобова служба підтримки, кол-центр, де можна поговорити та безкоштовно проконсультуватися з професіональним лікарями. У контактному центрі діє функція запису дзвінків, реєстрації звернень, електронного обчислення страхових випадків, також співробітники пильно стежать за якістю обслуговування. Одним словом, це європейський сервіс у дії, з усіма його зручностями та перевагами.

Генеральний директор компанії «Інтер-Поліс» С. Совінський наголосив, що «за результатами конкурсу з відбору страховика для працівників та пенсіонерів «Укрзалізниці», програма страхування СК «Інтер-Поліс» була визнана найкращою. <...> клієнти можуть розраховувати на медичну допомогу найширшого спектра, починаючи від профілактичних оглядів та поліклінічного обслуговування і до стоматологічних послуг, складних операцій на серці та суглобах. До того ж і за рівнем виплат за страховими випадками СК «Інтер-Поліс» випереджає основних конкурентів» [115].

Враховуючи сьогоденний стан української медицини, реформа галузі може виявитися тривалою і непростою. Однак усі цивілізовані країни світу проходили подібний шлях, а отже, Уряд України може скористатися їхніми здобутками й досвідом, залучаючи іноземних експертів.

До того ж, як бачимо, українські страховики вже мають позитивний досвід роботи в сьогоденних реаліях сфери охорони здоров'я, який, без сумніву, може і має бути застосований на етапі впровадження системи медичного страхування в Україні, а в подальшому – поширений серед її населення.

Висновки до розділу 3

Головну роль у розв'язанні існуючих проблем медичного страхування в Україні відведено державі. Важливим питанням залишається узгодження політики, спрямованої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування.

1. Розглянуті шляхи розв'язання існуючих проблем у галузі медичного страхування в країнах світу з урахуванням української ментальності та соціально-економічного розвитку країни забезпечують той самий досвід, який є необхідним для вибору найдоцільнішої стратегії впровадження системи медичного страхування в Україні.

2. В Україні найбільш дієвою буде комбінація стратегії управління витрат на основі попиту з конкретним обмеженим обсягом фінансових ресурсів та стимулювання населення до догляду за власним здоров'ям і профілактики захворювань.

3. Для найоптимальнішої реалізації стратегії медичного страхування в Україні потрібно скомпіювати сукупний досвід багатьох держав та використовувати його з урахуванням місцевих особливостей. У першу чергу, необхідно звернути увагу на нюанси економіки в контексті реструктуризації схеми грамотного розподілу коштів. Старт ОМС треба розпочинати з відповідної вікової амплітуди, яка стосується працездатних громадян з 18 до 50 років. Саме цей віковий діапазон характеризується контролюванням свого життя та намаганням скерувати його у бік здорового способу існування. Людей пенсійного віку та дітей до обов'язкового страхування треба долучати поступово, спочатку ці незахищені категорії українців повинні мати безперешкодний доступ до безкоштовної допомоги, причому повноцінного її пакету.

4. Особливість систем фінансування охорони здоров'я за рахунок медичного страхування полягає в тому, що всі вони забезпечують лікування громадян лише у випадку їх хвороби, але заходи щодо профілактики хвороб і зміцнення здоров'я вони практично не передбачають. Тому доцільно розширити сферу страхових послуг у галузі медичного страхування шляхом включення профілактичних заходів, пов'язаних із хворобою після її фактичного лікування.

Цілком доцільним було б запровадження податкових пільг, наприклад, податкових бонусів за здоровий спосіб життя, коли страховик заохочує застрахованого, знижуючи для клієнта тариф на наступний договір страхування. Так, у разі позитивних результатів у кінці звітного періоду держава може певним чином заохочувати громадянина, знижувати розмір страхового внеску або повертати громадянину до 100% сплаченого податку на доходи фізичних осіб. За рахунок цього країна отримає більш здорове населення, якому потрібно значно менше лікарняних ліжок, соціальних програм та імпортованих медикаментів, що дасть змогу оптимізувати витрати на охорону здоров'я.

5. Удосконаленню державного управління розвитком медичного страхування сприятиме державно-приватне партнерство. Саме у сфері охорони здоров'я, згідно із законодавством, ДПП передбачається як пріоритетний напрям розвитку цієї галузі. Впроваджувана модель страхової медицини в Україні базується на трьох напрямках: збір внесків через загальне оподаткування, які будуть скеровуватись у держбюджет; створення національного страховика – оператора коштів держбюджету – «Національна служба здоров'я»; оплата за кожну окрему послугу.

Якщо говорити про Україну, то оптимальною системою саме для неї є модель, яку можна назвати бюджетно-страховою. Вона передбачає трирівневу систему фінансування галузі охорони здоров'я. Зрозуміло, що це ОМС + ДМС + підтримка держави. Перший рівень фінансування передбачає задоволення базових потреб, що зберігають життя людини. Отже, у першу чергу, потрібно фінансувати лікування та профілактику таких хвороб, як туберкульоз, онкологія, особливо дитяча, СНІД або ВІЛ-інфікування, а також компенсацію вроджених захворювань і все, що пов'язано з пологами та материнством, послуги сімейних лікарів. Усе вищеназване має оплачуватися за рахунок

держави і входити до пакету обов'язкового медичного страхування з відповідними внесками із заробітної плати працюючого населення.

Що стосується другого рівня фінансування, то за його забезпечення відповідають страхові компанії. Його називають здоров'язберігаючим, і ці послуги належать до пакету відповідного медичного страхування.

Третій рівень фінансування має назву сервісного, його підтримка буде здійснюватись за допомогою добровільних страхових програм. До цього пакету буде входити все, що не було включено у попередні два.

6. Найдорожчим для пацієнта у випадку захворювання є той самий третій рівень, фінансування якого передбачається за рахунок добровільного медичного страхування, адже найдорожчого лікування потребують онкологічні захворювання, високоспеціалізовані оперативні втручання та операції щодо трансплантації органів.

Іноді захворювання виявляється дуже складним, а його лікування – довготривалим та вартісним. Саме з такою метою формують поліси, які захищають громадянина від подібних ризиків. Звичайно, вони належать до системи ДМС. Чим варіативнішим є вибір медполісів, тим спокійніше та впевненіше людина відчуває себе у своїй країні.

Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню й виступають важливим елементом як ефективного доповнення до обов'язкового медичного страхування, забезпечуючи оплату витрат за надану медичну допомогу понад рівень, який гарантується обов'язковим медичним страхуванням.

7. Страхування на випадок критичного захворювання відрізняється від добровільного медичного страхування насамперед тим, що передбачає пряму виплату страхової суми в руки клієнтові, а далі він сам витрачає її на оплату

стаціонару, на ліки та інші потреби, і ніхто його витрат контролювати не буде. Причому ті випадки, у яких застрахований отримає виплати за полісом критичних захворювань, зазвичай не покриваються полісом добровільного медичного страхування. Враховуючи постійний рівень зростання випадків критичних захворювань, кожен має обов'язково придбати поліс страхування на випадок того чи іншого критичного захворювання з урахуванням спадковості й сімейного анамнезу або наявних хронічних захворювань, які можуть ускладнитися і, відповідно, виникне потреба у лікуванні на високоспеціалізованому (третинному) рівні.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі обґрунтовано теоретичні засади та практичні пропозиції щодо вдосконалення державного регулювання системи медичного страхування в Україні. Одержані результати дали змогу зробити такі висновки.

1. Розкрито сутність понять «державне регулювання медичного страхування», «механізм державного регулювання медичного страхування». Державне регулювання медичного страхування – це комплекс механізмів державного регулювання збалансованого й ефективного розвитку діяльності щодо страхового захисту здоров'я населення, що включає систему методів, засобів, заходів, інструментів державного впливу на ефективне функціонування системи медичного страхування (обов'язкового та добровільного). Державне регулювання медичного страхування охоплює безпосередню участь держави в становленні системи страхового захисту здоров'я населення, нормативно-законодавче регулювання цього процесу, здійснення спеціального нагляду за діяльністю страхувальників відповідно до інтересів громадян, держави, суспільства загалом. Механізм державного регулювання медичного страхування є складною організаційною системою, що включає нормативно-правовий, організаційний, економічний, мотиваційний компоненти і яку створено з метою цільового впливу на об'єкти управління (систему страхової діяльності у сфері охорони здоров'я) з метою забезпечення розвитку цієї діяльності за допомогою певних методів та інструментів. Запропоновано авторські дефініції понять «державне регулювання медичного страхування» (як комплексу механізмів державного регулювання страхового захисту здоров'я громадян, який охоплює сукупність заходів, методів, засобів та інструментарій державного впливу на ефективне функціонування системи медичного страхування) та «механізм державного регулювання медичного страхування» (як організаційної системи

впливу на об'єкти управління страхової діяльності у сфері охорони здоров'я, структура якої включає нормативно-правовий, економічний, організаційний, мотиваційний компоненти, з метою забезпечення ефективного функціонування медичного страхування).

2. Висвітлено механізми державного управління охороною здоров'я у сфері медичного страхування. Інструментарій державного регулювання медичного страхування спрямований на максимальне задоволення потреб у страховому захисті здоров'я громадян і створення умов для фінансової безпеки та виключення будь-яких маніпулятивних дій щодо населення. Державне регулювання медичного страхування здійснюється через державні механізми: нормативно-правовий, організаційно-адміністративний, фінансово-економічний. Реформування економіки охорони здоров'я в Україні варто розпочинати із системи фінансування, ґрунтуючись на світовому досвіді. Це дасть змогу стати менш залежними від бюджетної системи фінансування й перейти до змішаної бюджетно-страхової системи. Важливу роль у цьому питанні відіграє добровільне медичне страхування.

3. Визначено концептуальні засади впровадження в Україні обов'язкового та добровільного медичного страхування: застосування підходу до фінансування системи охорони здоров'я як державного фінансування; запровадження обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування, що сприятиме наданню своєчасних якісних і доступних медичних послуг населенню та ранній діагностиці складних захворювань; створення Фонду боротьби з онкологічними захворюваннями та забезпечення його взаємодії з Пенсійним фондом України; посилення інформованості населення про можливості й переваги медичного страхування; індивідуалізація підходу до клієнта; підвищення кваліфікації працівників медичних закладів та органів управління у сфері охорони здоров'я щодо проведення заходів антикризового менеджменту; визначення зв'язку між розміром внесків до

фонду ОМС і величиною доходів їхніх платників; стимулювання розвитку приватного медичного страхування.

4. Здійснено порівняльний аналіз систем медичного страхування в Україні та за кордоном і з'ясовано напрями використання зарубіжного досвіду з вирішення порушеної проблеми. Зазначено, що більшість населення не задоволена станом медичного страхування в Україні; лише незначний відсоток громадян мають поліс медичного страхування, а на підприємствах узагалі не практикується страхування працівників на випадок хвороби, не пов'язаної з виробництвом. Серед чинників, що спричинили низький рівень розвитку медичного страхування, виокремлено такі: відсутність законодавчої бази, низький рівень доходів населення, недостатність інформації про медичне страхування, нерозвиненість страхового ринку України, відсутність попиту на страхові послуги, економічна нестабільність у державі. Країнами з найефективнішими системами обов'язкового медичного страхування є Франція та Німеччина. Соціальне (обов'язкове) медичне страхування – механізм фінансування й покриття фінансових ризиків медичної галузі, що домінує в Нідерландах, Чехії та Словаччині. У середньому за всіма групами країн, де соціальне медичне страхування є провідним механізмом фінансування охорони здоров'я, ставки внесків для найнятого персоналу становлять близько 13% та 2–4% у країнах, де воно є додатковим джерелом доходів. У більшості країн ставки внесків розподіляються між роботодавцями та працівниками. Ставка внесків залежить від вартості пакету пільг і медичної допомоги; чисельності охопленого населення; рівня перерозподілу коштів безробітним та іншим вразливим верствам населення; наявності інших джерел фінансування.

5. Обґрунтовано фінансові механізми побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах. Для впровадження ефективної системи медичного страхування в Україні необхідно змінити систему фінансування, оскільки бюджетних коштів на розвиток медицини недостатньо.

Із цією метою доцільно здійснювати фінансування охорони здоров'я з використанням особистих внесків громадян і цільових внесків підприємств, про що свідчить досвід розвинутих країн світу. Цьому також сприятиме розвиток добровільного медичного страхування. Останнім часом в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості страхових премій, зростання надходжень від яких пов'язано передусім зі зростанням вартості страхових програм через подорожчання медикаментів і медичних послуг і з упровадженням дорогих програм.

6. Окреслено перспективи й обґрунтовано практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання процесу розвитку медичного страхування в Україні. Для впровадження ефективної системи медичного страхування в Україні на нормативному рівні необхідно розробити за участю фахівців ринку та прийняти профільний закон, який сприяв би розвитку медичного страхування й удосконаленню діяльності страхових компаній, податкової політики і державного нагляду в цій галузі, захисту інтересів пацієнтів. Доцільним буде також запровадження ефективного механізму стимулювання прямих і непрямих дотацій. Під прямою дотацією розуміється надання податкових пільг підприємствам для купівлі пакетів медичного страхування своїм співробітникам. Непряма дотація може бути здійснена через зміну системи фінансування лікувальних установ. Такий комплексний підхід сприятиме зниженню витрат держави на утримання мережі медичних закладів, населення отримає більш якісні медичні послуги, а страховики – можливість розвитку ринку обов'язкового медичного страхування. Додаткові гроші на фінансування загальнодержавних програм онкохворим та постраждалим від нещасних випадків Уряд може отримати шляхом підвищення податків на тютюнові вироби, алкогольні напої, розважальні заклади. При залученні додаткових інвестиційних коштів приватного партнера можливий і технологічний прорив у сфері охорони здоров'я, а ключовою ланкою взаємодії з

урахуванням принципів державно-приватного партнерства та результативності механізмів державного управління має бути механізм медичного страхування, який необхідно розвинути через використання кластерних моделей, особливо на регіональному рівні, що сприятиме підвищенню конкурентоспроможності регіонів. Для адміністрування відрахувань на страхування за онкологічним профілем до повноцінного введення системи загальнообов'язкового медичного страхування запропоновано створити Фонд боротьби з онкологічними захворюваннями у взаємодії з Пенсійним фондом України. Таким чином, створений фонд буде щомісячно накопичувати кошти на окремому рахунку застрахованої особи від онкологічного захворювання в розмірі 3% від заробітної плати за принципом єдиного соціального внеску. Реформи охорони здоров'я щодо впровадження обов'язкового медичного страхування паралельно з розвитком добровільного медичного страхування допоможуть вирішити питання з високою вартістю лікування онкологічних захворювань. З метою забезпечення захисту населення України від потенційних фінансових ризиків, пов'язаних з витратами на медичну допомогу, доцільною є розробка Міністерством охорони здоров'я України деталізованого переліку медичних послуг, які мають надаватися населенню на безкоштовній основі. Крім того, запровадження системи оплати за випадок стимулюватиме лікарні до підвищення ефективності лікування, оскільки лікарня буде отримувати відшкодування в межах розрахунків, необхідних для лікування конкретного випадку (що унеможливило надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації). Удосконаленню державного управління в галузі сприятиме державно-приватне партнерство як пріоритетний напрям розвитку медичного страхування в Україні.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів окресленої проблеми, що відкриває перспективи для подальшої наукової роботи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бас-Юрчишин М. А. Формування та розвиток регіональних ринків медичного страхування в Україні : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.05. Львів, 2016. 315 с.
2. Бас-Юрчишин М. А. SWOT-аналіз ринку медичного страхування в Україні. *Молодий вчений*. 2015. № 2 (17), лютий. С. 1–5.
3. Бідник Н. Медичне страхування в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія «Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку»*. 2013. № 767. С. 263–269.
4. Биховченко В. П., Гончар А. О., Федорович І. Я. Українські реалії та світовий досвід розвитку ринку медичного страхування. *Гроші, фінанси і кредит. Глобальні та національні проблеми економіки* : електронне наукове фахове видання. 2016. Вип. 10. URL: <http://global-national.in.ua/arcihve/10-2016/152.pdf> (дата звернення: 12.02.2020).
5. Бобров О. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность. *TRIGGER*. URL: <https://trigger.in.ua/analitika/vrachebnaya-oshibka-ili-professionalnoe-nevezhestvo-mifyi-illyuzii-realnost.html> (дата обращения: 12.02.2020).
6. Богомаз Н. В. Маркетингові дослідження українського ринку добровільного медичного страхування : дис. ... канд. екон. наук : 08.06.01. Київ, 2003. 178 с.
7. Богомолець про медреформу : Закон № 6327 призведе до закриття лікарень і скорочення лікарів. URL: https://ua.censor.net.ua/news/459383/bogomolets_pro_medreformu_zakon_6327_pryzvede_do_zakryttya_likaren_i_skorochennya_likariv (дата звернення: 12.02.2020).

8. Бондаренко И., Завизион В., Кислицина В. Организация онкологической службы в Украине. Общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей : пособ. для студ. 5-х, 6-х курсов мед. факультетов высш. мед. учеб. завед. и врачей-интернов. Днепропетровск, 2011. 57 с.
9. Бугайцов С. Государственное регулирование системы онкологической помощи в Украине, генезис и тенденции развития : автореф. дис. ... д-ра наук по гос. упр. : 25.00.02. Киев, 2009. 40 с.
10. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. *Науковий вісник НЛТУ України* : зб. наук.-тех. пр. 2011. Вип. 21.10. С. 178–184.
11. Внукова Н. М., Кузьминчук Н. В. Соціальне страхування: кредитно-модульний курс : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 412 с.
12. Даценко В. В. Перспективи впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні з урахуванням досвіду іноземних держав. *Ефективна економіка* : електронне фахове видання. 2015. № 4. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=4019> (дата звернення: 12.02.2020).
13. Лобас В. М., Вовк С. М., Шутов М. М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом. *Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.
14. Взносы по страхованию здоровья. Ведомство национального страхования. URL: https://www.btl.gov.il/RussianHomePage/Gvia_ru/dmeBituhachBriiut_ru/Pages/default.aspx (дата звернення: 12.02.2020).
15. Вороненко Ю. В., Скороход А. В. Запровадження бюджетно-страхової медицини на принципах державно-приватного партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 2 (60). С. 79–83.
16. Вимоги у системі охорони здоров'я. URL: http://www.rri.ro/uk_uk/Вимоги_у_системі_охорони_здоров'я-2545_133 (дата звернення: 12.02.2020).

17. В Україні ежегодно регистрируют около 1200 новых случаев рака у детей. *Минздрав*. URL: <https://focus.ua/content/try/366474/> (дата звернення: 12.02.2020).

18. Орел Г. Правова медицина Ізраїлю. URL: <http://jakvylikuvaty.pp.ua/4605-pravova-medicinazrayilyu.html/default.aspx> (дата звернення: 12.02.2020).

19. Гапонова Е. О. Державна політика Іспанії в системі охорони здоров'я. URL: [http://hero.knmu.edu.ua/.../Державна %20політика% 20Іспанії%2](http://hero.knmu.edu.ua/.../Державна%20політика%20Іспанії%2) (дата звернення: 12.02.2020).

20. Гавва О. Основні принципи реформи охорони здоров'я. URL: <http://m.mechnikova.com/clients/doc1/index.nsf/%28mobile%29/C4B5C4851DAD6A8DC2257DDB00243602> (дата звернення: 12.02.2020).

21. Ганущак Ю. Медична реформа: експеримент із запланованим провалом? URL: http://dt.ua/POLITICS/medichna_reforma_eksperiment_iz_zaplanovanim_provalom-83382.html (дата звернення: 12.02.2020).

22. Городецька А. Приватна і державна медицина в Україні в умовах реформування: симбіоз замість конкуренції? *Український медичний часопис*. 2011. № 9. URL: <https://www.umj.com.ua/article/19076/privatna-i-derzhavna-medicina-v-ukraini-v-umovax-reformuvannya-simbioz-zamist-konkurencii> (дата звернення: 12.02.2020).

23. Госпітальні округи та гарантований пакет медпослуг: уряд схвалив 10 реформаторських постанов МОЗ. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/gospitalni-okrugi-ta-garantovaniy-paket-medposlug-uryad-shvaliv-10-reformatorskih-postanov-moz-816520.html> (дата звернення: 12.02.2020).

24. Гуріна Л. Що готує нам медична реформа. URL: <http://www.n-slovo.com.ua/index.php/component/content/article/9-news-paper/2137-oj-ujne.html> (дата звернення: 12.02.2020).

25. Дегтяр А. О. Моделювання наслідків державно управлінських рішень у фінансово-економічній сфері. *Право та державне управління* : зб. наук. пр. Київ : КПУ, 2013. № 1. С. 123–127.

26. Дейниховська К. А. Європейські принципи та методи функціонування системи охорони здоров'я (на прикладі Франції та Іспанії). *Державне будівництво*. 2008. № 2. С. 12–15.

27. Державна програма «Онкологія» завершена. Як бути хворим у 2017 році? URL: https://www.ukrinform.ua/rubric–press_hall/2169396–derzavna–programa–onkologija–zaversena–ak–buti–hvorim–u–2017.html (дата звернення: 12.02.2020).

28. Державна політика у сфері охорони здоров'я : монографія / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.

29. Державна служба статистики України. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році : статистичний бюлетень. Київ, 2016. URL: https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/publzdorov_u.htm (дата звернення: 12.02.2020).

30. Державна стратегія регіонального розвитку на період до 2020 року. URL: http://www.zoda.gov.ua/news/33208/zvit–pro–stan–vikonannya–planu–roboti–na–2016–2017–roki–z–vikonannya–zavdan–derzha_vnoji–strategiji–regionalnogo–rozvitku–na–period–do–2020–roku–v–zaporizkiy–oblasti–z (дата звернення: 12.02.2020).

31. Державна стратегія регіонального розвитку на період до 2020 року. Постанова КМУ від 06.08.2014 № 385. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/385–2014–п> (дата звернення: 12.02.2020).

32. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / кол. авт.; упоряд. Я. Ф. Радиш ; передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

33. Державна фіскальна служба України. Офіційний портал. URL: http://kyiv.sfs.gov.ua/okremi-storinki/arhivl/print-1596_34.html (дата звернення: 12.02.2020).

34. Диденко Ю. Ю., Бондар Н. О. Особливості медичного страхування як частини соціального захисту населення в Україні. URL: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=435> (дата звернення: 12.02.2020).

35. Добровільне медичне страхування. URL: http://insins.net/insurance-services/111-dobrovlne-medichne-strahuvanny_a.html (дата звернення: 12.02.2020).

36. Добровільне медичне страхування. URL: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=3212> (дата звернення: 12.02.2020).

37. Добровільне медичне страхування. URL: <http://insins.net/insurance-services/111-dobrovlne-medichne-strahuvannya.html> (дата звернення: 12.02.2020).

38. Експерт розповів, чому українці приречені на впровадження медичного страхування. URL: http://obozrevatel.com/ukr/health/strakhovaya_medicsina/ekspert-roz-poviv-chmu-ukraintsi-prirecheni-na-vprovadzhennya-mwwwedichnogo-strahuvannya.htm (дата звернення: 12.02.2020).

39. Ізраїль. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchniki.com/1212012437409/meditsina/izrayil_organizatsiya_ohoroni_zdorovu (дата звернення: 12.02.2020).

40. Інтернет-журнал Forinsurer. URL: <http://forinsurer.com/> (дата звернення: 12.02.2020).

41. Інформація щодо запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20150306_e.html (дата звернення: 12.02.2020).

42. Илык Р. Минздрав разрабатывает проект программы для борьбы с онкологией на 2017–2021 гг. URL: ya-borotbi-z-onkologiyeyu-na-2017-2021-godi (дата обращения: 12.02.2020).

43. Загальна характеристика медичного страхування та аналіз основних його систем. URL: http://ebooktime.net/book_138_glava87 (дата звернення: 12.02.2020).

44. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96–ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 12.02.2020).

45. Закон України «Про страхування» станом на 20.03.2014 : прийнято Верховною Радою 07.03.1996 № 85/96–ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 12.02.2020).

46. Закон України «Про Державний бюджет України» на 2015 рік. URL: <http://search.ligazakon.ua/doc2.nsf/link1/T140080.html> (дата звернення: 12.02.2020).

47. Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів». URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566 (дата звернення: 12.02.2020).

48. Законопроект «Об общеобязательном государственном медстраховании» противоречит развитию ГЧП в сфере здравоохранения. *ЛСОУ*. URL: <http://forinsurer.com/news/13/04/09/29123> (дата обращения: 12.02.2020).

49. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження досвіду функціонування медичного страхування в Ізраїлі для України. *Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія «Державне управління»* : зб. наук. пр. Донецького держ. ун-ту упр. Маріуполь : ДонДУУ, 2017. Т. XVIII. Вип. 302. С. 110–116.

50. Здравоохранение и расширение Европейского союза / М. Мак-Ки, Л. Мак-Лехос, Э. Нолте ; Европейская обсерватория по системам здравоохранения ВОЗ. Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2006. 293 с.

51. Зінькова І. О. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <http://ua/2014/vprovadzhennya-obovyazkovoho-medychnoho-strahuvannya-vas> (дата звернення: 12.02.2020).

52. К 2020 году в Украине ожидается полный переход на систему обязательного медицинского страхования. URL: <http://minfin.com.ua/2016/10/07/24401139> (дата звернення: 12.02.2020).

53. Камінська О. Теоретична концептуалізація асистансу та механізму його надання. *Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки*. 2010. № 20. С. 4–8.

54. Карпишин Н. І. Держава і ринок медичних послуг: концептуалізація причин і наслідків взаємодії. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2010. № 9. С. 118–124.

55. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96–ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.02.2020).

56. Коаліційна угода. 2014. Проект : станом на 2014 р. / Верховна Рада України. – Київ, 2014. URL: http://solydarnist.org/wp-content/uploads/2014/11/the_coalition_agreement_1.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

57. Когда ждать ОМС (обязательное медицинское страхование) в Украине? – прогнозы экспертов. URL: <https://news.maanimo.com/experts/kogda-zhdat-oms-obyazatelnoe-meditsinskoe-strahovanie-v-ukraine-prognozyi-ekspertov-277> (дата звернення: 12.02.2020).

58. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_o_dod.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

59. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України : станом на 5 лют. 2016 р. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_odod.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

60. Кризина Н. П., Радиш Я. Ф. Державна політика галузі охорони здоров'я в контексті Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/-galuz/05knpznu.pdf> (дата звернення: 12.02.2020).

61. Ліга страхових організацій України. URL: <http://uainsur.com/massmedia> (дата звернення: 12.02.2020).

62. Манжосова О. В. Окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні. *Європейські перспективи*. 2012. № 2. Ч. 1. С. 195–199.

63. Машина Н. І. Міжнародне страхування : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 504 с.

64. Медичні помилки в онкології : монографія / Б. Т. Білинський ; відп. ред. Я. В. Шпарик. Львів : Афіша, 2013. 324 с.

65. Medicare по-українськи: у країні вирішили ввести обов'язкове медичне страхування. URL: bc.ua/ukr/show/medicare-po-ukrainski-strane-reshili-vvesti-1476275289.hu (дата звернення: 12.02.2020).

66. «Медична мафія»: державні лікарні купують ліки від раку на 400% дорожче міжнародних організацій. URL: <http://argumentua.com/novosti/medychna-maf-ya-derzhavn-l-karn-kupuyut-l-ki-v-d-raku-na-400-dorozhche-m-zhnarodnikh-organ-z> (дата звернення: 12.02.2020).

67. Медична реформа по-українському: якщо немає грошей – матимемо зиск. URL: http://dt.ua/internal/medichna-reforma-po-ukrayinskomu-yakscho-nemaye-groshey-ma-timemo-zisk-245826_.html (дата звернення: 12.02.2020).

68. Медреформа: 5 нововведень у системі охорони здоров'я з 2017-го (стаття). URL: <http://9-channel.com/medreforma-5-novovveden-u-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-z-2017-go-stattya-000121224.html> (дата звернення: 12.02.2020).

69. Медстрахование сегодня. *Lviv Polytechnic National University Institutional Repository*. URL: <http://ena.lp.edu.ua> (дата звернення: 12.02.2020).

70. Медичне страхування (особливості оподаткування). URL: <http://forinsurer.com/public/03/07/19/595> (дата звернення: 12.02.2020).

71. Медичне страхування в Росії і його особливості. Розвиток медичного страхування в Росії. URL: <http://faqukr.ru/finansi/149931-medichne-strahuvannja-v-rosii-i-logo-osoo1.html> (дата звернення: 12.02.2020).

72. Медичне страхування у Німеччині. URL: http://pidruchniki.com/1958051942545/strahovasprava/medichne_strahuvannyanimechchini (дата звернення: 12.02.2020).

73. Медстрахування для всіх – чи стане ідея реальністю. URL: <http://ua.racurs.ua/1337-medstrahuvannya-dlya-vsih> (дата звернення: 12.02.2020).

74. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. URL: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=340:2010-06-18-07-17-14&catid=94&Itemid=136 (дата звернення: 12.02.2020).

75. Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/medichne-strahuvannya-v-reformuvanni-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini> (дата звернення: 12.02.2020).

76. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах. URL: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok/084.htm (дата звернення: 12.02.2020).

77. Медстрахование сегодня. URL: <http://www.prostrah.com> (дата звернення: 12.02.2020).

78. Мельник В. М., Кошук Т. В. Сучасні податкові реформи у нових країнах – учасницях ЄС. *Економіка і прогнозування*. 2012. № 3. С. 102–118.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/econprog_2012_3_10 (дата звернення: 12.02.2020).

79. Мник В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні. *Економіка та держава*. 2006. № 11. С. 39–41.

80. МОЗ збільшив фінансування лікування онкохворих. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161108_b.html (дата звернення: 12.02.2020).

81. Могилова А. Ю., Алізаде Я. Н. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Молодий вчений*. 2014. № 6 (09). С. 178–181.

82. Молода М. Стан та перспективи розвитку страхування в Україні. URL: <http://intkonf.org/moloda-m-stan-ta-perspektivi-rozvitku-medichnogo-strahuvannya-v-ukrayini/> (дата звернення: 12.02.2020).

83. МОЗ презентувало громадськості зміни, які чекають медичну галузь в 2017 р. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161021_a.html (дата звернення: 12.02.2020).

84. МОЗ пояснило, які ліки будуть безкоштовними для українців. URL: http://vcrl.com.ua/novini/moz_poyasniloyaki_likibudut_bezkoshtovnimi_dlya_ukrain tsiv (дата звернення: 12.02.2020).

85. Мордвінов О. Г., Сердюк М. Ю. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2016. № 1 (53). С. 98–102.

86. Мордвінов О. Г., Сердюк М. Ю. Проблеми і перспективи впровадження системи медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2016. № 3 (53). С. 128–133.

87. Мордвінов О. Г., Сердюк М. Ю. Сучасний стан фінансування охорони здоров'я та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *State and law. Slovak international scientific journal*. 2017. № 11 (11). С. 52–56.

88. Сердюк М. Ю. Юридические аспекты управления качеством онкологической помощи и внедрения страховой медицины в Украине. *Национальный юридический журнал: теория и практика*. 2017. № 5 (27). С. 35–39.

89. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2017. № 1. С. 1–16.

90. Сердюк М. Ю. Сучасний стан медичного страхування як невід'ємної частини впроваджуваної медичної реформи в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. 24 листопада 2017 р. / за ред. В. М. Огаренка, О. В. Покатаєвої та ін. Запоріжжя : КПУ, 2017. С. 231–233.

91. На громадське обговорення винесено проект постанови про закупівлю медичних послуг. URL: <http://www.umj.com.ua/article/101651/na-gromadske-obgovorennya-vineseno-proekt-postanovi-pro-zakupivlu-medichnih-poslug> (дата звернення: 12.02.2020).

92. На закінчення номера. Система охорони здоров'я Іспанії. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/september/article-10.php?print=1> (дата звернення: 12.02.2020).

93. Належна медицина – основа права на достатній життєвий рівень: європейська практика. URL: http://www.cga.in.ua/print.php?itemid=1074&portal_pic=europe.jpg (дата звернення: 12.02.2020).

94. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

95. Національна служба здоров'я в Україні: чи не впаде зерно на камінь? URL: <http://www.VZ.kiev.ua/ru/natsionalna-sluzhba-zdorov-ya-v-ukrayini-chu-ne-vpade-zerno-na-kamin/> (дата звернення: 12.02.2020).
96. Национальный закон о медицинском страховании. URL: http://www.kolzhut.org.il/he'שחג_גמזע (дата звернення: 12.02.2020).
97. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. *Український медичний вісник*. 1997. № 2–3. С. 40–41.
98. Новосельська Л. Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні. *Науковий вісник*. 2010. № 18. С. 82–85.
99. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 № 16/98–ВР. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 12.02.2020).
100. Камська О., Романюк Д., Пойда А., Фалько О., Кадченко І., Масюкевич Ю., Лукащук Л., Келеберда К. Державна програма з онкології: кожен сам за себе? URL: <http://www.vz.kiev.ua/derzhavna-programa-z-onkologiyi-kozhen-sam-za-sebe/> (дата звернення: 12.02.2020).
101. ОЕСР випустила остаточний пакет ініціатив, що узгоджує міжнародний підхід до реформування податкових систем в рамках проекту ОЕСР/ G20 BEPS. URL: http://www.eba.com.ua/static/members_reviews/EY-OECD-Newsletter-06-10-2015-Ukr.pdf (дата звернення: 12.02.2020).
102. Окунський А. Р. Медичне страхування в Україні: проблеми і перспективи. *Медичне право України: проблеми встановлення та розвитку*: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. Львів. 19–20.04.2007. Львів, 2007. С. 203–209.
103. Кондратьєва О. Медична реформа: від хвороби до... хвороби? URL: http://yurincom.ua/legalpractice/analychnayurysprudentsiia/medychna_reforma_vid_khvorobydokhvoroby_publication (дата звернення: 12.02.2020).

104. Основи страхової медицини. URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/socmedic/lectures_stud/uk/pharm/klinpharm/ptnosnovi%20oos%20ta%20strahovoi%20meditsini/5/09.%20osnovi%20strahovoi%20meditsini.htm (дата звернення: 12.02.2020).

105. Островська А. О. Види договорів у сфері медичного страхування. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2015. № 3. С. 76–79.

106. Організація охорони здоров'я в різних країнах світу. URL: http://pidruchniki.com/1506091337399/meditsinalorganizatsiya_ohoroni_zdorovya_riznikrayinah_svitu (дата звернення: 12.02.2020).

107. Остання інформація від МОЗ про зміни у національній системі охорони здоров'я. URL: <http://www.medsprava.com.ua/news/1862-qqn-lom12-08-12-2016Ostannya-nformatsya-vid-moz-pro-zmni-u-natsionalny-sistem-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 12.02.2020).

108. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховаєш. URL: <http://health-ua.com/articles/2848> (дата звернення: 12.02.2020).

109. Первинне медичне страхування: чи будуть тернополяни лікуватися безкоштовно. URL: <https://www.0352.ua/news/1424772/pervinne-medicne-strahuvanna-ci-budut-ternopolani-likuvatisa-bezkostovno> (дата звернення: 12.02.2020).

110. Переваги проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні. URL: <http://dozoda.dp.ua/site/index.php?newsid=856> (дата звернення: 12.02.2020).

111. Переваги медичного страхування для роботодавців. URL: <https://ngs.biz.ua/2-uncategorised.html?start=12> (дата звернення: 12.02.2020).

112. Пилипенко С. Поняття та особливості договору добровільного медичного страхування. URL: Цивільне право і процес 2/2016 (дата звернення: 12.02.2020).

113. Податковий кодекс України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 12.02.2020).

114. Положение об Общественном Совете при Министерстве здравоохранения Украины. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/polog_grRADA.html (дата обращения: 12.02.2020).

115. Правда і неправда про обов'язкове медичне страхування в Україні. URL: <http://expres.ua/news/2016/10/02/205705-pravda-nepravda-obovyazkove-medychnes-trahuвання-ukrayini> (дата звернення: 12.02.2020).

116. Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 08.07.2010 № 2464-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2464-17> (дата звернення: 12.02.2020).

117. Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування : проект Закону України від 30.07.2015 № 2462а. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511-56215 (дата звернення: 12.02.2020).

118. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua> (дата звернення: 12.02.2020).

119. Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування : проект Закону України від 30.07.2015 № 2462а. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf351-2621 (дата звернення: 12.02.2020).

120. Про нові принципи фінансування. URL: <http://trigger.in.ua/analitika/pro-novi-printsipi-finansuvannya.html> (дата звернення: 12.02.2020).

121. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/car_dnpd?doc_id=24961879_9 (дата звернення: 12.02.2020).

122. Про державно–приватне партнерство : Закон України від 01.07.2010 № 2404–VI. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 12.02.2020).

123. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735–р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення: 12.02.2020).

124. Про схвалення концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України : проект Розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html (дата звернення: 12.02.2020).

125. Про схвалення стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 р. : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735–р. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80#n8> (дата звернення: 12.02.2020).

126. Про страхування : Закон України від 07.03.1996 № 85/96–ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 18. Ст. 78.

127. Про затвердження загальнодержавної програми боротьби онкологічними захворюваннями на період до 2016 року : Закон України від 23.12.2009 № 1794–VI–ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 11. Ст. 110.

128. Про медицину в Швеції. URL: <http://uk.peopleandcountries.com/article-967-1.html> (дата звернення: 12.02.2020).

129. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. : Закон України від 23.12.2009. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17#Text> (дата звернення: 12.02.2020).

130. Прес-служба МОЗ України. МОЗ працює над впровадженням реформи фінансування системи охорони здоров'я: прес-релізи, новини та оголошення: Новини. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20151222_a.html (дата звернення: 12.02.2020).

131. Проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». Висновок Головного науково-експертного управління 17.01.2017. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59811 (дата звернення: 12.02.2020).

132. Проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні». Висновок Головного науково-експертного управління 17.01.2017. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862 (дата звернення: 12.02.2020).

133. Проект національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. URL: <http://uoz-zak.gov.ua/uploads/doc/1/4/9/149.pdf> (дата звернення: 12.02.2020).

134. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131024_0.html (дата звернення: 12.02.2020).

135. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення концепції національної системи охорони здоров'я України». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pro_20140618_0.html (дата звернення: 12.02.2020).

136. Проект Закона Украины «Об общеобязательном государственном социальном медицинском страховании». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20081223_0.html#2 (дата звернення: 12.02.2020).

137. Проект распоряжения Кабинета Министров Украины «Об одобрении Концепции реформы финансирования системы здравоохранения

Украины». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20160505_0.html#2 (дата звернення: 12.02.2020).

138. Присяжна Л. Государственные программы по онкологии. Взгляд на проблему. URL: http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=851:borotba-z-onkologichnimi-zakhvoryuvannyami&catid=8&Itemid=350 (дата звернення: 12.02.2020).

139. Перспективи впровадження медичного страхування в Україні. URL: <http://ektsii.net/1-34724.html> (дата звернення: 12.02.2020).

140. Проект нової редакції наказу МОЗ України «Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України» від 30.12.1992 № 208. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110104_p.html (дата звернення: 12.02.2020).

141. Показатели финансирования здравоохранения в проекте Бюджета – 2017 г. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160927_b.html (дата звернення: 12.02.2020).

142. Рабінович М. Л. Світові пріоритети в галузі захисту психічного здоров'я: до перспективи прийняття концепції державної політики охорони психічного здоров'я в Україні на 2014–2018 роки. *Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки»*. 2013. Т. 26 (65). Ч. 1. С. 375–383.

143. Рак молочної залози – пухлина грудей. URL: <http://www.lissod.com.ua/ua/about-cancer/cancer-typemolochnoj-zhelezy> (дата звернення: 12.02.2020).

144. Рекомендації щодо удосконалення системи профілактики та раннього виявлення захворювань. URL: <http://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/rekomendacii-schodo-udoskonalennja-sistemi-profilaktiki-ta-rannogo-vijavlennja-zahvorjuvan> (дата звернення: 12.02.2020).

145. Резолюція XIII з'їзду онкологів та радіологів України (26–28 травня 2016 року, м. Київ). *Клиническая онкология*. 2016. № 2 (22): Организация противораковой борьбы. URL: <http://www.clinicaloncology.com.ua/article/16530/rezolyuciya-xiii-z-izdu-onkologiv-ta-radiologiv-ukraini-26-28-travnua-2016-r-kiiv> (дата звернення: 12.02.2020).

146. Реформування системи охорони здоров'я в Україні (ч. 1): дослідження стану охорони здоров'я в Україні та запропонованої медреформи. URL: <http://publicaudit.com.ua/reports-on-audit/doslidzhen-nya-stanu-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-ta-zaproponovanih-medreform/> (дата звернення: 12.02.2020).

147. Реформа медичної галузі – Що? Як? Навіщо? URL: http://elearn.univector.net/file.php/796/4_Reforma_medichnoji_galuzi.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

148. Реформа охорони здоров'я – питання національної безпеки держави. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170602_b.html (дата звернення: 12.02.2020).

149. Реформа системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень – один із пріоритетів діяльності Уряду. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=249498722&cat_id=244276429 (дата звернення: 12.02.2020).

150. Решение Конституционного Суда Украины по делу по конституционному представлению 53 народных депутатов Украины относительно официального толкования положения ч. 3 ст. 49 Конституции Украины «в государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно» (дело о бесплатной медицинской помощи) от 29.05.2002. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02> (дата звернення: 12.02.2020).

151. Румуни та система медичного страхування. URL: http://www.rri.ro/uk_uk/Румуни_та_система_медичного_страхування – 2528338 (дата звернення: 12.02.2020).

152. Словенія – про медицину для всіх. URL: <http://uk.peopleandcountries.com/article-768-1.html> (дата звернення: 12.02.2020).

153. Страхування : підручник / за ред. В. Д. Базилевича. Київ : Знання, 2008. С. 901–1000.

154. Сердюк М. Ю. Соціально-економічні передумови розвитку медичного страхування в Україні. *Наука. Інновації. Соціально-економічний розвиток* : матеріали XLVII Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 30–31 жовтня 2016 р. Київ : Наук.-вид. центр «Лабораторія думки», 2016. Т. 3. С. 29–30.

155. Сердюк М. Ю. Особливості реалізації державної політики з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями у період впровадження медичного страхування в Україні. *Перспективи розвитку сучасної науки*. Херсон : Гельветика, 2016. С. 146–149.

156. Сердюк М. Ю. Проблеми та перспективи державного фінансування медичної галузі в Україні. *Наука і вища освіта* : тези доповідей XXIV Міжнар. наук. конф. студентів і молодих учених, м. Запоріжжя, 8 квітня 2016 р. Запоріжжя, КПУ, 2016. С. 221–222.

157. Сердюк М. Ю. Особливості впровадження добровільного медичного страхування в Україні. *Зміни в соціально-економічному розвитку країни* : матеріали XLVI Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 15–16 жовтня 2016 р. Київ : Наук.-вид. центр «Лабораторія думки», 2016. С. 39–41.

158. Сердюк М. Ю. Особенности внедрения медицинского страхования в Украине в период реформ финансирования системы здравоохранения. *Наука и образование в современном мире* : материалы Междунар. науч.-практ. конф. Караганды : РИО «Болашак–Баспа» 2017. С. 212–214.

159. Сердюк М. Ю. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 18 листопада 2016 р. / за ред. В. М. Огаренка, О. В. Покатаєвої та ін. Запоріжжя : КПУ, 2016. С. 199–202.

160. Сердюк М. Ю. Особливості державного регулювання системи медичного страхування в Україні. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2017. Вип. 1 (17). С. 1–9.

161. Сердюк М. Ю. Фінансові аспекти впровадження медичного страхування в Україні. *Трансформація моделі фінансово-кредитних відносин: виклики глобалізації та регіональні аспекти* : зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 23 листопада 2016 р.). Ужгород : Вид-во УжНУ «Говерла», 2016. С. 379–381.

162. Система охорони здоров'я в Японії. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1> (дата звернення: 12.02.2020).

163. Система охорони здоров'я Ізраїлю. URL: http://ua.israel-clinics.guru/news/sistema_ohoroni_zdorov_ja_zrajil_u (дата звернення: 12.02.2020).

164. Система охорони здоров'я Ізраїлю. URL: <http://www.mzz.com.ua/sistema-okhoroni-zdorovya-zra70D707ml> (дата звернення: 12.02.2020).

165. Слюсаренко О. О. Медичне страхування: стан та тенденції розвитку. URL: <http://forinsurer.com/public/03/04/22/419> (дата звернення: 12.02.2020).

166. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатки охорону здоров'я. *Юридична Україна*. 2010. № 4. С. 53–58.

167. Солдатенко О. Законодавчі ініціативи запровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2013. № 3 (4). С. 163–170.

168. Степанова О. В. Обов'язкове медичне страхування як фактор фінансової стійкості охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2015. № 11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2015_11_106 (дата звернення: 12.02.2020).

169. Струнцова В. Правовий наслідок медичної помилки. *Актуальні проблеми держави і права*: зб. наук. пр. 2008. Вип. 38. С. 234–238. URL: <http://www.apdp.in.ua/v38/46.pdf> (дата звернення: 12.02.2020).

170. Стартує громадське обговорення Постанови КМУ про новий Національний перелік основних лікарських засобів. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161229_a.html (дата звернення: 12.02.2020).

171. Страхування й медицина: разом проти раку. URL: <http://virgo.org.ua/index.php/novini/1616-strakhuvannia-1-medytyna-ra-zom-proty-raku> (дата звернення: 12.02.2020).

172. Система охорони здоров'я Угорщини. URL: <http://msvitu.com/archive/2015/november/article-9.php> (дата звернення: 12.02.2020).

173. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Фінансовий простір*. 2015. № 1. С. 292–297.

174. Титиш Г. Реанімувати медицину. Експерт ВООЗ про помилки, які не варто повторювати в Україні. URL: <http://life.pravda.com.ua/health/2016/03/3/208937/> (дата звернення: 12.02.2020).

175. Угорщина. Система охорони здоров'я Угорщини: тернистий шлях до європейського досконалості. URL: <http://healthy-society.com.ua/index.php?>

option=com_content&view=article&id=429:201108-06-05-36-05&catid=35:2011-04-19-08-30-36&Itemid=57 (дата звернення: 12.02.2020).

176. Україна та Ізраїль підписали п'ятирічний договір про співпрацю в охороні здоров'я. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2229308-ukraina-ta-izrail-pidpisali-patiricnij-dogovir-pro-spi-vpracu-v-ohoroni-zdorova.html> (дата звернення: 12.02.2020).

177. Уралова Ю. П. Щодо умов виконання договорів медичного страхування через організацію асистанс. *Право і суспільство*. 2012. № 3. С. 110–113.

178. Уряд розпочинає реформу системи охорони здоров'я. *Інформаційний вісник уряду*. URL: <http://drabiv-rda.gov.ua/main/uryad-rozprochinae-reformu-sistemi-ohoroni-zdorovya/> (дата звернення: 12.02.2020).

179. Уряд затвердив концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. URL: <http://www.minfin.gov.ua/news/view/uriad-zatverdyu-kontseptsiiu-reformy-finansuvannia-systemy-okhorony-zdorovia?category=bjudzhet> (дата звернення: 12.02.2020).

180. Про страхування : Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 12.02.2020)

181. Фінансово-економічне обґрунтування до проекту Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів». URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566 (дата звернення: 12.02.2020).

182. Феденько С. М. Медичне страхування в системі національної лікарської політики Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики : матеріали IV Всеукр. наук.-освітньої інтернет-конф., м. Харків,

15 березня 2017 р. / ред. кол.: А. С. Немченко та ін. Харків : Вид-во НФаУ, 2017. С. 245–246.

183. Фундамент медичної реформи в Україні до 2020 року: Які ініціативи МОЗ сьогодні підтримав Кабмін. URL: <http://ua.112.ua/statii/fundament-medychnoi-reformy-v-ukraini-do-2020-rosuya-initsiatyvy-moz-sohodni-pidtrymav-kabmin-356261.html> (дата звернення: 12.02.2020).

184. Цивільне право України. Договірні та недоговірні зобов'язання : підручник / С. С. Бичкова, І. А. Бірюков, В. І. Бобрик та ін. ; за заг. ред. С. С. Бичкової. 3-тє вид., змін. і доп. Київ : Алерта, 2014. 496 с.

185. Цивільний кодекс України: чинне законодавство зі змінами та доповненнями станом на 14 серпня 2015 р. Київ : Паливода А. В., 2015. 408 с.

186. «Чудо» медичного страхування. URL: <http://www.apteka.ua/article/14538> (дата звернення: 12.02.2020).

187. Черников Е., Зарецкий М., Черникова Н. Врачебная ошибка: невежество или халатность? *Медицинская этика*. 2009. № 2 (70). URL: <http://www.umj.com.ua/article/2695/vrachebnaya-oshibka-nevezhestvo-ili-xalatnost> (дата обращения: 12.02.2020).

188. Шалімов С. О., Литвиненко О. О., Кирилов Ю. Є. Кластери як інструмент підвищення конкурентоспроможності національної економіки в умовах глобалізації. URL: <http://www.m.nayka.com.ua/?op=1&j-efektyvna-ekonomika&s=eng&z=2608> (дата звернення: 12.02.2020).

189. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування : підручник. Київ : Кондор, 2006. 464 с.

190. Юрченко В. В. Сучасні тенденції розвитку та гармонізації податкових систем країн Європейського Союзу. Вектори для України. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2651> (дата звернення: 12.02.2020).

191. Як українцям застрахуватися на випадок критичного захворювання.
URL: <http://www.insurance.lviv.ua/?q=news/як-українцям-застрахуватися-на-випадок-критичного-захворювання> (дата звернення: 12.02.2020).
192. Яковенко І. Реформа системи охорони здоров'я: чотири напрямки.
URL: <http://www.segodnya.ua/opinion/akovenkocolumn/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya-chotifi-paru760222.html> (дата звернення: 12.02.2020).
193. Якименко А. Страхова медицина: раціонально про ірраціональне.
URL: <http://trig ger.in.ua/de-facto/strahova-meditsina-ratsionalno-pro-ir.html> (дата звернення: 12.02.2020).
194. Янишен В. П. Понятіе и признакі страхових правоотношений в Украине : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03. Харків, 1997. 210 с.
195. Дробот Я. В., Бороденко А. М. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та заходи щодо їх розв'язання. *Фінансовий простір*. 2015. № 2 (18). URL: <http://fp.cibs,ubs.edu.ua/files/1502/15djvpzo.pdf> (дата звернення: 12.02.2020).
196. Allin S., Davaki K., Mossialos E. Paying for 'free health care: The conundrum of informal payments in post-communist Europe. *Transparency International. Global Corruption Report*. 2006. URL: http://www.Transparency.org/publications/gcr/download_ger (дата звернення: 12.02.2020).
197. Implementing health financing reform. Lessons from countries in transition / ed. by J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. *WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*. 2010. 425 p.
198. Institute for Economic Research and Policy Consulting in Ukraine. German Advisory Group on Economic Reform Promoting private health insurance in Ukraine. URL: http://www.beratergrupmpeukraine.de/download/Beraterpapiere/2005/u11_en_Handrich%20BetliyPrivate%20health%20insurance.pdf (дата звернення: 12.02.2020).

199. Normand C.H., Weber A. Social Health Insurance: a guidebook for planning. Copenhagen : WHO, 1994. 136 p.

200. Medicaid. URL: <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/medicaid/medicaid.html> (дата звернення: 12.02.2020).

201. Pavlova M., Stepurko T., Goreev V., Tomini S., Gryga I., Groot W. Informal patient payments for health care services: policy challenges and strategies for solutions. *Academic Journal of Public Health*. 2010. № 1. P. 5–11.

202. Randall P. Ellis Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. URL: <https://www.elsevier.com/books/encyclopedia-of-health-economics/culyer/978-0-12-375678-7> (дата звернення: 12.02.2020).

ДОДАТКИ

Додаток А

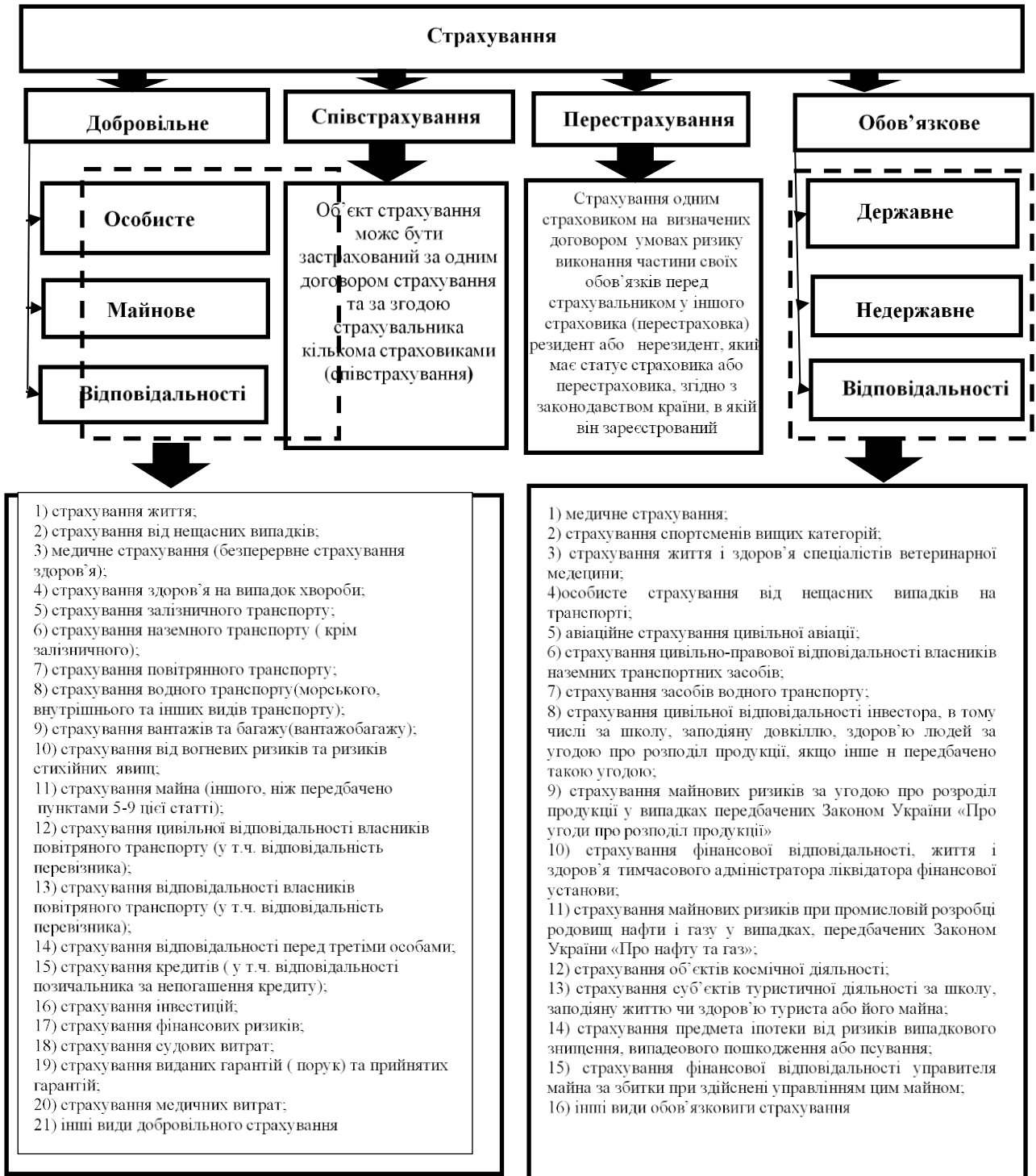


Рис. А.1. Концептуальні засади обов'язкового та добровільного медичного страхування в Україні

**Переваги та недоліки існуючих систем медичного страхування
у країнах світу**

Країна	Переваги існуючої системи медичного страхування	Недоліки існуючої системи медичного страхування
Угорщина	Державна система медичного страхування охоплює 99% населення країни та включає широкий спектр медичних послуг	Постійною проблемою Угорщини є ухилення від податків
Румунія	Державна система охорони здоров'я охоплює всіх громадян і постійних мешканців країни, забезпечуючи їх широким набором медичних послуг	Проблемним для системи охорони здоров'я Румунії залишається використання неофіційних платежів з метою забезпечення більш якісного лікування або більш швидкого доступу до медичної допомоги
Чехія	Державна система охорони здоров'я охоплює всіх громадян, які зобов'язані бути зареєстровані в одному з дев'яти фондів медичного страхування. У рамках державної системи надається широкий набір медичних послуг	Частковій оплаті підлягають лікарські засоби, призначені амбулаторно, консультація лікаря, госпіталізація, невідкладна медична допомога та стоматологічне лікування
Словенія	Програма державного медичного страхування охоплює всіх громадян Словенії, компенсуючи їм заробітну плату за період непрацездатності внаслідок захворювання або травми, витрати на похорони і надає допомогу у разі смерті застрахованого	Значно поширена часткова оплата послуг. Часткове доповнення приватного медичного страхування в структурі загальних витрат на охорону здоров'я – одне з найвищих в ЄС. Крім часткової оплати, застраховані самі оплачують лікарські засоби, послуги, що не входять до програми страхування, а також медичне обслуговування у приватних лікарів

Продовження табл. А.1

Росія	За загальним медичним страхуванням здійснюється оплата ліків і медикаментів у стаціонарі і при наданні швидкої й невідкладної допомоги	В амбулаторно-поліклінічних умовах ліки оплачуються за рахунок особистих коштів громадян. До переліку захворювань і послуг, що покриваються загальним медичним страхуванням, не входять спеціальні види медичної допомоги, які суттєво покращують життя, але не є життєво необхідними: косметологічні втручання, протезування зубів тощо. Такі медичні послуги мають покриватися добровільним медичним страхуванням або оплачуватися особисто
Німеччина	Гарантований державою високий рівень медичного обслуговування громадян, незалежно від їх фінансових можливостей; максимальне охоплення обов'язковими медичними послугами; пропаганда профілактичних оглядів і превентивного лікування з боку суспільних лікарняних кас; значне державне фінансування наукових досліджень у сфері медицини, медичних навчальних закладів та клінік при них	Постійне збільшення розмірів відрахувань на медичне страхування, які становлять приблизно 13,4% заробітної плати до оподаткування, і прогнозується подальше зростання цього показника; суттєве збільшення організаційних витрат у системі охорони здоров'я, що свідчить про неефективну організацію роботи суспільних лікарняних кас; обмежений контроль з боку суспільних лікарняних кас за обсягами та якістю надання медичних послуг
Франція	Майже для всіх громадян терапевтичні послуги абсолютно безкоштовні або ж повністю відшкодовуються. Тісна співпраця між державними і приватними медичними структурами дає змогу уникнути списків очікування на виконання хірургічних маніпуляцій	Функціонування на високому рівні та подальший розвиток системи охорони здоров'я, зокрема й системи медичного страхування, обходиться французькому уряду недешево. Крім того, існує практика зловживаннями лікарняними

Продовження табл. А.1

	Крім того, що пацієнти мають доступ до дуже великого за європейськими стандартами вибору медичних послуг при державному забезпеченні, значного поширення набуло також додаткове страхування	
Великобританія	Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування	Істотним недоліком бюджетного фінансування охорони здоров'я є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, як правило, відсутність можливості вибору лікаря і лікарської установи
Швеція	Лікарняне обслуговування, у тому числі й стоматологічні послуги, є повністю безкоштовними для населення	Надмірна децентралізація зумовила зміну курсу реформ у бік покращання взаємодії між медичними закладами й покупцями медичних послуг та посилення централізації. Недоліком шведської системи, як і будь-якої бюджетної моделі, є наявність черг на отримання певних стаціонарних медичних послуг
Іспанія	На сьогодні 93,9% населення має право на безоплатне обслуговування. Цю безкоштовну допомогу пацієнти можуть отримувати в будь-якій точці країни	В Іспанії преференції у сфері захисту від травматизму для трудових мігрантів дуже неоднозначні. З одного боку, іспанське медичне страхування надає легальним мігрантам рівні права й умови з громадянами країни. З іншого боку, нелегальні мігранти стали значно обмеженими в правах на безкоштовні медичні послуги

Продовження табл. А.1

Сполучені Штати Америки	Основними позитивними рисами охорони здоров'я США є висока якість медичного обслуговування і широкий вибір лікарів та лікарень	Суттєвим недоліком є постійне зростання вартості страхування, поза сферою уваги всіх видів медичного страхування в США опиняється більша частина населення країни. Приблизно 44 млн американців (з них третина – діти) не мають медичної страховки, а 77 млн мають так звану перервану страховку, тобто у певні періоди не мали жодної (наприклад, у разі втрати роботи)
Японія	Страхові поліси пропонують різні умови, від яких і залежить перелік медичних послуг, на які можна розраховувати: типовий пакет медичної страховки здебільшого передбачає всі види амбулаторної допомоги, включаючи обстеження, аналізи, лікування у стоматолога, а також придбання ліків, медичний сервіс з перших хвилин життя	Страхові поліси пропонують різні умови, від яких і залежить перелік медичних послуг, на які можна розраховувати, однак лікування у стаціонарі, операції, пологи тощо доводиться оплачувати окремо і це чималі суми. Типова приватна страховка передбачає повернення 80% коштів для застрахованого та 70% коштів – для членів його родини. Державна страховка має приблизно ті самі умови. У національній системі страхування Японії застрахований має додаткову страховку на випадок смерті в результаті операції, помісячні виплати після важких операцій, оплату ліків, не включених у коштик основних медичних послуг, помісячну оплату на випадок тривалого перебування в безпорадному стані, альтернативну медицину, спеціальний набір страховок на дітей, комунікаційне обслуговування після операції. Медичною страховкою не передбачено такі види допомоги: психологічна, психіатрична, стоматологічна і наркологічна

Порівняльні характеристики існуючої системи і системи, заснованої на кластерному підході управління системою охорони здоров'я регіону

Характеристика існуючої системи	Характеристика системи, заснованої на кластерному підході
З точки зору організації медичної допомоги	
<p>Система орієнтована не на людину, охорону здоров'я, а на досягнення результатів власної діяльності (нормативи і стандарти). Внаслідок, є серйозні структурні диспропорції мережі лікувальних закладів, неефективне розміщення і використання ресурсів охорони здоров'я, вкрай незбалансована система державних закупівель і додаткового лікарського забезпечення</p>	<p>Кластерний принцип формування моделі управління передбачає: функціонування на принципах економічної доцільності з урахуванням потреб пацієнтів, що дасть змогу усунути дисбаланс поліклінічної та стаціонарної допомоги, стимулювати власників раціонально розпоряджатися своїми ресурсами; географічну локалізацію суб'єктів, що дає змогу забезпечити близькість усіх споживачів і контрагентів</p>
З точки зору управління	
<p>Система слабо керована і децентралізована, про що свідчить незадовільна координація дій органів управління охороною здоров'я ослаблення функцій стратегічного та поточного планування в їх діяльності, недостатня взаємодія між медичними організаціями одного рівня</p>	<p>У кластері між учасниками формуються тісні партнерські відносини (формально і неформально закріплені), засновані на розумінні взаємних інтересів та спільності ринкових бар'єрів. Утворений учасниками координаційний орган забезпечує акумуляцію і актуалізацію цілей і завдань суб'єктів, чітко розподіляє сфери відповідальності та обов'язки кожного учасника</p>
З погляду фінансування	
<p>Недостатнє фінансове забезпечення територіальних програм державних гарантій, неефективність методів і способів оплати медичних установ (збереження принципу фінансування закладів охорони здоров'я з бюджету у розрахунку на ресурсні показники незалежно від їх реальної роботи)</p>	<p>Кластерний підхід до організації та управління охороною здоров'я передбачає діяльність в умовах конкурентного ринку (співконкуренція учасників), тому система фінансово-економічних відносин має бути спрямована на максимально ефективне використання всіх наявних ресурсів</p>
	<p>Крім того, фінансування діяльності кластера здійснюється за допомогою спеціально сформованого фінансового пулу, що розподіляється за взаємною згодою всіх учасників кластерного об'єднання</p>

Ресурсне забезпечення обласної Програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2017–2021 рр.

Обсяг коштів, які пропонуються залучити на виконання програми	Етапи виконання програми					Усього витрат на виконання програми
	2017	2018	2019	2020	2021	
Обсяг ресурсів, всього (тис. грн)	17 800,0	24 100,0	14 996,0	21 952,0	19 252,0	98 100,0
у тому числі:						
кошти обласного бюджету	16 900,0	23 100,0	13 996,0	21 052,0	17 852,0	92 900,0
кошти інших джерел	900,0	1 000,0	1 000,0	900,0	1 400,0	5 200,0

Додаток Б

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

***Публікації, що висвітлюють
основні наукові результати дисертації****Статті в наукових фахових виданнях*

1. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2016. № 1. С. 98–103. *Особистий внесок здобувача: висвітлено управлінський аспект реформування системи охорони здоров'я в Україні.*

2. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Проблеми і перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління.* 2016. № 3. С. 128–134. *Особистий внесок здобувача: визначено негативні чинники впливу на впровадження медичного страхування в Україні.*

3. Сердюк М. Ю. Особливості державного регулювання системи медичного страхування в Україні. *Публічне адміністрування: теорія та практика.* 2017. № 1 (17). С. 1–9.

4. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування.* 2017. № 1. С. 1–16.

5. Сердюк М. Ю. Перспективи впровадження досвіду функціонування медичного страхування в Ізраїлі для України. *Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія «Державне управління».* 2017. Т. XVIII. Вип. 302. С. 110–116.

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях

6. Сердюк М. Ю., Мордвінов А. Г. Юридические аспекты управления качеством онкологической помощи и внедрения страховой медицины в

Україне. *JURNALUL JURIDIC NATIONAL: TEORIE TI PRACTICĂ*. 2017. № 5 (27). С. 35–39. *Особистий внесок здобувача: окреслено перспективи впровадження страхової медицини в Україні.*

7. Сердюк М. Ю., Мордвінов О. Г. Сучасний стан фінансування охорони здоров'я та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Slovak international scientific journal*. 2017. № 11 (11). С. 52–57. *Особистий внесок здобувача: схарактеризовано сучасний стан фінансування галузі охорони здоров'я.*

Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації

Матеріали конференцій

8. Сердюк М. Ю. Фінансові аспекти впровадження медичного страхування в Україні. *Трансформація національної моделі фінансово-кредитних відносин: виклики глобалізації та регіональні аспекти*: матеріали наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 23 листопада 2016 р.). Ужгород, 2016. С. 379–381.

9. Сердюк М. Ю. Сучасні трансформації у сфері охорони здоров'я в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 20 листопада 2015 р.). Запоріжжя: КПУ, 2015. С. 218–220.

10. Сердюк М. Ю. Особливості впровадження добровільного медичного страхування в Україні. *Зміни в соціально-економічному розвитку країни*: матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 15–16 жовтня 2016 р.). Київ, 2016. С. 39–41.

11. Сердюк М. Ю. Соціально-економічні передумови розвитку медичного страхування в Україні. *Наука. Інновації. Соціально-економічний розвиток*:

матеріали XVII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Чернівці, 30–31 жовтня 2016 р.). Київ, 2016. Т. 3. С. 29–30.

12. Сердюк М. Ю. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 18 листопада 2016 р.). Запоріжжя : КПУ, 2016. С. 199–202.

13. Сердюк М. Ю. Особливості реалізації державної політики з питань профілактики та боротьби з онкологічними захворюваннями у період впровадження медичного страхування в Україні. *Перспективи розвитку сучасної науки* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 2–3 грудня 2016 р.) : у 2 ч. Львів, 2016. Ч. 2. С. 146–149.

14. Сердюк М. Ю. Сучасний стан страхування як невід’ємної частини впроваджуваної медичної реформи в Україні. *Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 24 листопада 2017 р.). Запоріжжя : КПУ, 2017. С. 231–233.

Прізвище Сердюк змінено на Свет на підставі Свідоцтва про шлюб, серія І-ЖС № 229381 від 16 листопада 2018 р, виданого Запорізьким міським відділом державної реєстрації актів цивільного стану Головного територіального управління юстиції у Запорізькій області

Додаток В

Довідки про впровадження результатів дослідження

КЛАСИЧНИЙ
ПРИВАТНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

Україна, 69002
м. Запоріжжя,
Жуковського, 70 "Б" тел. (061) 764-57-15
(0612) 63-99-73
факс (061) 764-57-15
(061) 220-10-02



CLASSIC
PRIVATE
UNIVERSITY

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 764-57-15
69002 Zaporizhja, (0612) 63-99-73
UKRAINE fax (061) 764-57-15
(061) 220-10-02

№ 52

"09" 09 2020 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

СВЕТ МАРГАРИТИ ЮРІЇВНИ

на тему: «Державне регулювання медичного страхування в Україні»

Теоретичні положення дисертаційного дослідження Свет Маргарити Юріївни на тему «Державне регулювання медичного страхування в Україні» були використані в навчальному процесі Класичного приватного університету при підготовці навчальних програм до таких дисциплін: «Державне управління», «Державне та регіональне управління».

Перший проректор
з науково-педагогічної
та наукової роботи



О.В. Покатаєва

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет

Ministry of Education and Science of Ukraine
Sumy State University

КАФЕДРА УПРАВЛІННЯ



DEPARTMENT OF MANAGEMENT

40007, Україна, м.Суми,
вул. Римського-Корсакова, 2
тел. (0542) 68-78-78, 68-78-79
факс: (0542) 334-058

2 R-Korsakova St., Sumy,
Ukraine, 40007
Phone: +38-0542- 68-78-78, 68-78-79
Fax: 380-542-334-058

ДОВІДКА

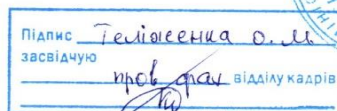
про впровадження в навчально-методичну роботу **кафедри управління Сумського державного університету** наукових розробок дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** на тему: «**Державне регулювання медичного страхування в Україні**».

Сформульовані висновки та науково-обґрунтовані пропозиції й рекомендації дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** «**Державне регулювання медичного страхування в Україні**», а саме пропозиції щодо удосконалення стратегії Уряду та Міністерства охорони здоров'я відносно державного управління системою охорони здоров'я України й впровадження медичного страхування як інструменту боротьби із високими показниками смертності від онкологічних та критичних захворювань в Україні використані співробітниками **кафедри управління Сумського державного університету** при підготовці навчально-методичних матеріалів, зокрема з дисципліни «Публічні фінанси і фінансовий менеджмент». Застосування в навчальному процесі матеріалів дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** дало змогу підвищити якість підготовки фахівців із спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

Завідувач кафедри управління
Сумського державного університету
д.е.н, професор



О.М.Теліженко



**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
"СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПРОВІДНА"
(ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»)**

м. Запоріжжя, пр-т Соборний, 98, 69095 Тел.: 0612804196, 2804191, 2804195

КОД ЄДРПОУ: 34832490

1/120 № 22.05.2018

На № 1/20 від 22.05.2018

ДОВІДКА

про впровадження в практичну діяльність в страховій компанії "ПРОВІДНА" наукових розробок дисертаційного дослідження Сердюк Маргарити Юріївни на тему: "Державне регулювання медичного страхування в Україні".

Сформульовані висновки та науково-обґрунтовані пропозиції й рекомендації Сердюк Маргарити Юріївни на тему "Державне регулювання медичного страхування в Україні" на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління використані в практичній діяльності страхового ПрАТ «ПРОВІДНА». Зокрема, в розроблених рекомендаціях знайшли відображення проблемні питання, пов'язані з впровадженням медичного страхування в Україні. Зазначена дисертаційна робота містить змістовний матеріал щодо аналізу поточного стану та тенденцій розвитку медичного страхування в Україні.

Посада, *Г. Д. Сердюк*
ПІБ *Маргарита Юріївна Сердюк*



[Signature] Підпис

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
"СТРАХОВА КОМПАНІЯ "PZU УКРАЇНА"
(ПрАТ «СК «PZU УКРАЇНА»)**

м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 7, 69035 Тел.: (061)212-15-12, 0673220122

E-mail: szveginceva@pzu.com.ua КОД ЄДРПОУ: 40680700

№ _____

На № 20/58 від 22.08.18

ДОВІДКА

про впровадження в практичну діяльність в **страховій компанії "PZU УКРАЇНА"** наукових розробок дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** на тему: **"Державне регулювання медичного страхування в Україні"**.

Сформульовані висновки та науково-обґрунтовані пропозиції й рекомендації **Сердюк Маргарити Юріївни** на тему **"Державне регулювання медичного страхування в Україні"** на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління використані в практичній діяльності **страхового ПрАТ «PZU УКРАЇНА»**. Зокрема, в розроблених рекомендаціях знайшли відображення проблемні питання, пов'язані з впровадженням медичного страхування в Україні. Зазначена дисертаційна робота містить змістовний матеріал щодо аналізу поточного стану та тенденцій розвитку медичного страхування в Україні.

Посада, *Директор РО в м. Запоріжжя*
ПІБ *Махінсько К.О.*



Підпис



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
**КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА «ОБЛАСНИЙ ІНФОРМАЦІЙНО –
 АНАЛІТИЧНИЙ ЦЕНТР МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ»**
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
 вул. Седова, 31а, м. Запоріжжя, 69057, тел. (061) 220-21-02
 e-mail: ocms.zp@ukr.net
 Код ЄДРПОУ 19269118

Від 03.07.2018 № 316/1

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження в практичну діяльність **комунальної установи «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Запорізької обласної ради** наукових розробок дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** на тему: «**Державне регулювання медичного страхування в Україні**»

Розглянуті висновки, пропозиції та рекомендації дисертаційного дослідження **Сердюк Маргарити Юріївни** на тему «**Державне регулювання медичного страхування в Україні**» щодо перспектив впровадження та розвитку страхової медицини як боротьби з онкологічною захворюваністю в Україні використані **комунальною установою «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Запорізької обласної ради** при розробці Стратегії регіонального розвитку Запорізької області на період до 2020 року.

Начальник



М.Я.Чуприна