

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему

**МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ – ПЕРСПЕКТИВИ ТА  
УПРАВЛІНСЬКІ РІШЕННЯ НА РІВНІ ДЕРЖАВИ**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

*Студента гр. \_\_\_\_\_* Кладко Леоніда Семеновича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ **Кладко Л.С.**

*Наукові керівники:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Суми 2021 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю  
281 Публічне управління та адміністрування,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»  
студенту групи \_\_\_\_\_ **Кладко Леоніду Семеновичу**

1. Тема роботи «Медичне страхування в Україні – перспективи та управлінські рішення на рівні держави» затверджена наказом по СумДУ №\_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_

3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичний аналіз стану та перспектив розвитку сфери медичного страхування в Україні.

4. Об'єкт дослідження – система медичного страхування в Україні.

5. Предмет дослідження – стан та перспективи сфери медичного страхування в Україні.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність Держкомстату та МОЗ України.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ СВІТУ	

II	АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ СФЕРИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	
III	ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має проаналізувати системи медичного страхування в країнах Євросоюзу та медичного забезпечення в США.

У розділі 2 студент має проаналізувати стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні та оцінити особливості ринку страхових медичних послуг в Сумській області.

У розділі 3 студент має проаналізувати основних напрямки у розвитку системи медичного страхування та запропонувати рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні.

#### 8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ

## АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз системи медичного страхування в країнах Євросоюзу та медичного забезпечення в США.

Також в дослідженні проаналізовано стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні та надано оцінку особливостям ринку страхових медичних послуг в Сумській області.

Проаналізовано основні напрямки у розвитку системи медичного страхування та запропоновано рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні.

**Ключові слова:** *обов'язкове медичне страхування, медичне страхування, добровільне медичне страхування, страхові компанії, програми медичного страхування.*

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 47 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 47 с., у тому числі 7 таблиць, 1 рисунок, список використаних джерел - 5 сторінок.

**Актуальність.** Реформу сфери охорони здоров'я, одним з компонентів якої є впровадження системи медичного страхування, ми розглядаємо як можливість вирішення більшості проблем держави в цій сфері.

Розгляду проблеми медичного страхування присвячувалися праці як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. В більшості проаналізованих нами наукових розвідок розглядаються теоретичні аспекти сутності медичного страхування, а також механізм його здійснення, але, незважаючи на широкий спектр напрямків досліджень у галузі реформування національної системи охорони здоров'я, тема перспективи розвитку медичного страхування залишається, на нашу думку, мало розробленою. Необхідність дослідження цього питання з урахуванням демографічної ситуації та трендів соціально-економічного розвитку країни, потреба розробки практичних рекомендацій щодо реалізації інновацій у сфері медичного страхування визначають **актуальність** теми нашого дослідження.

**Метою роботи** є теоретичний аналіз стану та перспектив розвитку сфери медичного страхування в Україні.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі **задачі**:

1. Висвітлити організаційно-методичні та практичні аспекти медичного страхування в країнах світу.
2. Розглянути стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні.
3. Проаналізувати особливості ринку страхових медичних послуг в Сумській області.

4. Надати рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні

**Об'єкт дослідження** – система медичного страхування в Україні.

**Предмет дослідження** – стан та перспективи сфери медичного страхування в Україні.

**Методи дослідження.** Для розв'язання окреслених завдань та досягнення мети дослідження використано загальнонаукові теоретичні методи: аналізу та синтезу наукових джерел з проблеми дослідження, узагальнення отриманих даних. Також використовувалися статистичні методи та метод моделювання.

**Наукова новизна.** Результати дослідження дозволили науково обґрунтувати пріоритетні державні напрямки покращення політики медичного страхування в Україні. В дослідженні розроблено модель багаторівневого медичного страхування в Україні.

**Науково-практична значимість** роботи полягає, з нашої точки зору, в систематизації теоретичних розробок у сфері медичного страхування населення. Положення і висновки дослідження можуть бути використані при розробці концепцій і доктрин, призначених для подальшого розвитку інституту медичного страхування в Україні

**Ключові слова:** *обов'язкове медичне страхування, медичне страхування, добровільне медичне страхування, страхові компанії, програми медичного страхування.*

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	9
РОЗДІЛ 1.ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ СВІТУ .....	12
1.1. Аналіз систем медичного страхування в країнах Євросоюзу .....	12
1.2. Аналіз системи медичного забезпечення в США.....	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ СФЕРИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	23
2.1. Стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні .....	23
2.2. Оцінка особливостей ринку страхових медичних послуг в Сумській області.....	26
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ..	34
3.1. Аналіз основних напрямків у розвитку системи медичного страхування.....	34
3.2. Рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні.....	36
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЦТР - Центральне тарифне управління

ДМС – добровільне медичне страхування

ОМС – обов’язкове медичне страхування

НМО - Health maintenance organizations - тип страхового полісу

ЕРО - Exclusive Provider Organization – тип страхового полісу

РРО - Preferred provider organizations - тип страхового полісу

ЗОЗ – заклад охорони здоров’я

СК – страхова компанія

ФСС - фонд соціального страхування

ФДМС - Фонд добровільного медичного страхування



## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Здоров'я населення є найважливішою характеристикою рівня соціально-економічного розвитку країни та відноситься до невід'ємних елементів трудового потенціалу суспільства. Показники здоров'я населення знаходяться в прямій залежності від стану національної охорони здоров'я, на процес функціонування якого в значній мірі впливає існуюча система фінансового забезпечення.

На сьогодні джерелами фінансового забезпечення охорони здоров'я служать бюджетні кошти, кошти системи медичного страхування та особисті кошти громадян і підприємств в різному співвідношенні. Демографічні показники та тенденції їх розвитку, а також сучасна економічна ситуація не дозволяють органам державної влади виконувати в повному обсязі взяті на себе зобов'язання щодо забезпечення населення медичною допомогою. Дефіцит фінансових ресурсів обумовлює декларативний характер тих державних гарантій, які залишаються не забезпеченими фінансовими ресурсами.

Система медичного страхування в умовах переходу на багатоканальне фінансування системи охорони здоров'я стає основним механізмом забезпечення конституційних прав громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги.

Реформу сфери охорони здоров'я, одним з компонентів якої є впровадження системи медичного страхування ми розглядаємо як можливість вирішення більшості проблем держави в цій сфері.

Розгляду проблеми медичного страхування присвячувалися праці як вітчизняних, так і зарубіжних науковців (Астахова & Касьян, 2011; Баєва, 2017; Василенко, 2018; Симиджийський, 2019, та ін.). В більшості проаналізованих нами наукових розвідок розглядаються теоретичні аспекти сутності медичного страхування, а також механізм його здійснення, але, незважаючи на широкий спектр напрямків досліджень у галузі реформування національної системи

охорони здоров'я, тема перспективи розвитку медичного страхування залишається, на нашу думку, мало розробленою. Необхідність дослідження цього питання з урахуванням демографічної ситуації та трендів соціально-економічного розвитку країни, потреба розробки практичних рекомендацій щодо реалізації інновацій у сфері медичного страхування визначають **актуальність** теми нашого дослідження.

**Мета дослідження:** теоретичний аналіз стану та перспектив розвитку сфери медичного страхування в Україні.

**Об'єкт дослідження** – система медичного страхування в Україні.

**Предмет дослідження** – стан та перспективи сфери медичного страхування в Україні.

**Завдання дослідження:**

1. Висвітлити організаційно-методичні та практичні аспекти медичного страхування в країнах світу.
2. Розглянути стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні.
3. Проаналізувати особливості ринку страхових медичних послуг в Сумській області.
4. Надати рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні.

**Методи дослідження.** Для розв'язання окреслених завдань та досягнення мети дослідження використано загальнонаукові теоретичні методи: аналізу та синтезу наукових джерел з проблеми дослідження, узагальнення отриманих даних. Також використовувалися статистичні методи та метод моделювання.

**Наукова новизна.** Результати дослідження дозволили науково обґрунтувати пріоритетні державні напрямки покращення політики медичного

страхування в Україні. В дослідженні розроблено модель багаторівневого медичного страхування в Україні.

**Науково-практична значимість** роботи полягає, з нашої точки зору, в систематизації теоретичних розробок у сфері медичного страхування населення. Положення і висновки дослідження можуть бути використані при розробці концепцій і доктрин, призначених для подальшого розвитку інституту медичного страхування в Україні.

## РОЗДІЛ 1.

### ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ СВІТУ

#### 1.1. Аналіз систем медичного страхування в країнах Євросоюзу

Аналіз систем охорони здоров'я деяких країн-членів Європейського Союзу висвітлив, що ці системи можуть бути розділені на наступні моделі:

– *Універсалістська модель* (модель Беверіджа) – (Великобританія, Ірландія, частково Данія) – національні системи охорони здоров'я, що фінансуються в основному за рахунок загального оподаткування, базуються на принципі рівного і загального доступу до всеосяжного комплексу послуг.

Медичне обслуговування надається в основному в державних установах найманими службовцями (лікарні) або залученими за контрактом працівниками (виробники первинного медичного обслуговування, зубні лікарі та фармацевти).

– *Модель соціального страхування* (модель Бісмарка) – (Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди, Бельгія, Люксембург) – заснована на традиції підприємництва та принципах соціальної солідарності. В основному вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати та інших державних фондів, які складають приблизно три четвертих сукупних витрат на охорони здоров'я. Соціальне партнерство в управлінні системою відіграє важливу роль (Особенности, 2019; Система охорони, 2020).

– *«Південна модель»* (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія) – тут системи охорони здоров'я представленої групи країн аналогічні північним країнам спільноти, хоча вони менш розвинені. Всі вони в значній мірі покладаються на внески, пов'язані з зайнятістю населення, які, можливо, являють собою настільки ж важливе джерело доходу, як і в групі 1. Однак, багато людей не мають права на користування системою та покладаються на

соціальні допомоги, що фінансуються за рахунок загального оподаткування. Медичне обслуговування в основному надається державними установами (лікарнями), а також приватними лікарями (первинна медична допомога).

В Таблицях 1.1.-1.2. представлено основні характеристики систем медичного забезпечення в різних країнах (. Декілька таблиць ми зробили для порівняння відповідних характеристик різних систем фінансування охорони здоров'я, таких як державна (національна) система (Великобританія та Італія).

**Таблиця 1.1.**

**Характеристики систем медичного забезпечення в країнах світу з обов'язковим медичним страхуванням**

<b>Держав а</b>	<b>Джерело фінансов их коштів</b>	<b>Страхове вішкоду вання</b>	<b>Принцип оплати медичних послуг</b>	<b>Контроль</b>	<b>Включення лікарськог о забезпечен ня в програму страхуванн я</b>
<b>Німечч ина</b>	Внески працівники в і роботодав ців. Держава сплачує внески за незаможн их громадян (2%).  ДМС (8% найбільш забезпечен их громадян)	Натураль не – медичне обслугов ування при виникнен ні страховог о випадку	Принцип «надання послуги», тобто метод оплати лікарів за послугу, зокрема метод оплати за послуги на підставі балів, одержуваних лікарями. Найчастіше контракт укладається між	Держава спостерігає за діяльністю системи охорони здоров'я, а також створює умови для успішного її функціонуван ня. Контроль здійснюють управлінці діяльністю лікарняних	Всі медикамент и, виписані за рецептом лікаря, клієнта отримують в аптеці безкоштовн о. Але в залежності від кількості придбаних упаковок

			лікарняною касою та Асоціацією лікарів лікарняних кас.	кас.	необхідно доплачувати.
<b>Нідерланди</b>	Внески працівників та роботодавців.  Принцип-внесок платить та структура, яка забезпечує громадянину дохід	Натуральне – надання медичної послуги при виникненні страхового випадку. В системі ДМС існує компенсація витрат пацієнта	Оплата безпосередньо лікарям загальної практики, включається і оплата фахівців, якщо ЦТР дає потрібне направлення.  Закон про тарифи забороняє виробникам медичних послуг отримувати оплату роботи від пацієнтів або від страховиків, без схвалення цієї оплати Центральним тарифним управлінням	Міністр охорони здоров'я визначає сферу діяльність Центрального тарифного управління. Контроль приватного (медичного) страхування здійснюється Міністерством фінансів. Міністерство охорони здоров'я відповідає за соціальні програми з медичного страхування	Позитивний список ліків (типові назви ліків), містить граничні суми відшкодування витрат на ті ліки, які можуть застосовуватися в комплексі з терапевтичними еквівалентними ліками, умови виписування та отримання деяких ліків (дорогі або специфічної дії), а також критерії комплексного застосування ліків.
<b>Франція</b>	Єдиний соціальний податок для всіх галузей	Компенсація витрат пацієнта за	Принцип «відшкодування витрат», тобто застраховани	Міністерство праці та соціального забезпечення контролює	1) при покупці лікарського препарату пацієнт

	соціально о забезпечен ня. Частина податку відраховує ться до Національ ної Лікарняно ї каси на медичне забезпечен ня громадян. ДМС.	отриману медичнуд опомогу	й пацієнт повинен спочатку сам оплатити медичні послуги. А потім вони будуть йому компенсовані	діяльність системи охорони здоров'я	оплачує його повну вартість. Впродовж п'яти днів на рахунок застрахован ого переводитьс я сума в розмірі 75% вартості препарату;  2) застрахован ий оплачує неповну вартість препарату (свої 25%)
--	--	---------------------------------	--	--	---

Джерело: укладено автором за даними (Симиджийский & Викам, 2019).

**Таблиця 1.2.**

**Характеристики систем медичного забезпечення в країнах світу з  
системою державної (національної медицини)**

<b>Держав а</b>	<b>Джерело фінансов их коштів</b>	<b>Страхове вішкоду вання</b>	<b>Принцип оплати медичних послуг</b>	<b>Контроль</b>	<b>Включення лікарського забезпеченн я в програму страхування</b>
<b>Велико британі я</b>	Державни й податок, введені спільні платежі. ДМС		Оплата лікарів загальної практики методом оплати кожного	Державний контроль місцевими департамент ами охорони здоров'я..	Частина населення купує ліки за єдиною ціною, встановлено ю державою..

			пацієнта (капітація).		
<b>Італія</b>	За рахунок державного бюджету та внесків робітників та роботодавців		Міністерство охорони здоров'я оплачує вартість медичних послуг	Локальні (регіональні) структури охорони здоров'я здійснюють управління та контроль	Державна медицина безоплатно забезпечує всіх громадян рецептурним і ліками, але також встановлено оплату за надання лікарем рецепту, яка здійснюється з пацієнта.

Джерело: укладено автором за даними (Симиджийский & Викам, 2019).

Таким чином, дослідження різних систем соціального забезпечення, перш за все, систем надання (організації та фінансування) медичної допомоги громадянам в різних країнах Європи дозволяє виділити ряд основоположних принципів.

По-перше, існує чіткий розподіл функцій виробника, покупця і споживача специфічного товару - медичної послуги. Найістотнішим моментом тут є те, що всі взаємини між виконавцем медичної послуги будуються виключно на договірних підставах з покупцем. Ніякий медичний заклад не підпорядковується адміністративно державним або муніципальним органам. В Україні цей принцип дотримується не до кінця (Піріг, 2016).

По-друге, в системі ОМС країн Європи внесок на ОМС громадянина забезпечує та структура, яка забезпечує громадянину дохід. В Україні однією з найскладніших проблем фінансового наповнення системи ОМС є збір внесків (платежів) за непрацюючих громадян. Відомо, що ці гроші надходять вкрай



нерегулярно і в недостатньому обсязі. І це притому, що основними споживачами медичних послуг є саме непрацюючі громадяни: пенсіонери, діти, інваліди (Голяченко, 2010).

По-третє, досить суттєвою рисою ОМС в країнах Європи є участь самих застрахованих громадян у формуванні страхового внеску. У Німеччині та Нідерландах внесок в систему ОМС за працюючих громадян розділений порівну між роботодавцем і працівником, між пенсіонером і Пенсійним фондом, і т. д. (Медицинское страхование в Германии, 2019). Наскільки можливе прийняття таких заходів в Україні? Питання дуже складне, як організаційно, так і чисто психологічно.

Ми вважаємо, що подібні заходи необхідні для подолання найголовнішого протиріччя в сучасній охороні здоров'я України - невідповідності обсягу державних гарантій та обсягу фінансових коштів (бюджет і кошти ОМС) для їх забезпечення. Крім того, прийняття рішень про участь громадян у формуванні внеску в систему ОМС, або їх участь в оплаті медичної допомоги, (спільні платежі, широко поширені як в країнах з системою ОМС, так і з бюджетним фінансування охорони здоров'я) дозволить значною мірою легалізувати так звані «тіньові» платежі при отриманні медичної допомоги. Ми вважаємо, що необхідно проявити політичну волю для проведення дійсно значущих перетворень в розглянутій сфері.

В-четвертих. В згаданих країнах Європи функціонує багаторівнева система охорони здоров'я. Йдеться про розумне поєднання ОМС і добровільного медичного страхування (ДМС). Розподіл проводиться за майновим принципом: участь конкретного громадянина в системі ОМС і ДМС визначається рівнем його річного доходу. При цьому медичний зміст програм ОМС і ДМС практично однаковий, відмінність існує лише в джерелі фінансування. Слід мати на увазі, що введення такого майнового принципу в Україні відразу ж натрапить на необхідність відкритого декларування громадянами доходів, що надзвичайно ненадійно; крім того, слід мати на увазі, що відхід громадянина з системи ОМС автоматично «виводить» з цієї системи і

його внески.

## 1.2. Аналіз системи медичного забезпечення в США

Відразу зауважимо, що система охорони здоров'я США визнана найдорожчою в світі (близько 19,5% від ВВП) (Медичне страхування, 2020). В Америці діє зовсім інша система, там немає ОМС, навпаки, там громадяни мають вибір оформляти страховку чи ні. Однак тільки при наявності страховки в медичних установах їм нададуть послуги безкоштовно.

Оформлення страховки в Сполучених штатах – процедура достатньо дорога, й не кожен громадянин може собі її дозволити, але в той же час оплачувати послуги самостійно може ще сильніше «вдарити» по бюджету індивіда. Але на це в США також розробили різні програми медичного страхування, що враховують всі умови страхувальника. Це видно на прикладах таких систем:

- система Medicaid – для незаможних – (для цієї страховки необхідно документально довести низький рівень життя);
- Medicare – для пацієнтів старше 65 років;
- Medicare Part D (включає в себе також отримання призначених медикаментів на пільгових умовах);
- SCHIP страхування дітей (з сімей, які не відносяться до Medicaid, але недостатньо платоспроможних для отримання приватної страховки);
- приватні системи (як правило 60% американців спонсоруються працедавцем, і лише 9% можуть дозволити собі даний вид страховки самостійно);
- COBRA – для тих, хто втратив роботу (надається тимчасово, враховуючи причину відходу з роботи);
- PCIP – для людей з високим ризиком (окремий вид медичної страховки, для людей, які мають серйозні захворювання).

Також, у зв'язку з тим, що число застрахованих стало знижуватися через

відсутність фінансової можливості оформлення страховки, з 2013 р американців зарахували до Health Insurance Marketplace. Ця система допомагає громадянам підібрати для них ту страхову компанію і страховий план, який відповідає їх потребам і фінансовому стану. В цілому, можна сказати, що, незважаючи на дороге страхування в США, громадяни отримують в повному обсязі дійсно високо якісні послуги, а наявність страховки робить їх ще й вигідними, щодо цін на окремі види медичних послуг (Медичне страхування, 2020).

В таблиці 1.3. представлено характеристики системи медичного забезпечення в США

**Таблиця 1.3.**

**Характеристики систем медичного забезпечення в США  
(приватна система страхування)**

<b>Держав а</b>	<b>Джерело фінансов их коштів</b>	<b>Страхове вішкоду вання</b>	<b>Принцип оплати медичних послуг</b>	<b>Контроль</b>	<b>Включення лікарськог о забезпечен ня в програму страхуванн я</b>
<b>США</b>	ДМС (внески працівникі в і роботодав ців). Медикер (особливи й податок на всіх працівникі в і роботодав ців надходжен ня	Найчасті ше натураль не відшкоду вання, але можуть бути й компенса ційні виплати	1) компен саційне страхуванн я, принцип «плати за послуги»; 2) страху вання «керованих послуг».	Страхування регулюється на основі законів штатів. Департамент з охорони здоров'я та соціальних питань США керує програмами Медикер і Медикейд.	В залежності від програми медичного страхування

	прибутков ого податку). Медикейд (надходже ння від загального податку та спеціальн ий податок органи управлінн я Штатів)				
--	---	--	--	--	--

Джерело: укладено автором за даними (Медичне страхування, 2020).

В Сполучених Штатах. виходячи з умов страховки, після прийому лікаря кожному пацієнту повідомляють, чи потрібно йому щось доплачувати. Умови бувають наступні:

- со-рау – фіксована сума, яку потрібно заплатити за кожну медичну послугу, а залишок вартості покриває Страхова компанія;
- deductible – ті гроші, які пацієнт витрачає, звернувшись за медичною допомогою, перш ніж почне діяти страхове покриття;
- co-insurance – обумовлений зі страховою відсоток пацієнт платить самостійно, а решту платить Страхова компанія;
- out-of-pocket maximum – це максимальна сума, витративши яку протягом року пацієнт отримує 100% компенсацію від страхової компанії.

По закінченню лікування вся документація відправляється в страхову компанію, яка оплачує клініці всі розтрата, згідно з полісом пацієнта. Йому приходить виписка (Explanation of Benefits) про те, у скільки обійшлися медичні послуги, яку суму покрила страхова компанія та скільки ще потрібно доплатити (якщо потрібно).

Якщо раніше поліси можна було придбати безпосередньо у страхових

компаній, то після прийняття Obamacare, держава змусила їх продавати страховки через спеціальний ресурс *healthcare.gov*. На сайті всі страхові плани зібрані разом, їх можна порівняти й вибрати відповідний. Також потрібно врахувати, що купити страховку в США можна тільки в період з 15 листопада по 15 лютого.

Існує два основних типи страхових полісів:

1. Health maintenance organizations – НМО – найбільш бюджетний варіант, який дає можливість лікуватися тільки в певній мережі медичних клінік (яких не так вже й багато). Цей страховий поліс не діятиме у разі звернення до лікарів приватної практики.

2. Exclusive Provider Organization – ЕРО - це майже те ж саме, але без лікаря і напрямків до фахівців.

3. Preferred provider organizations (PPO) – пацієнт самостійно вибирає, до якого лікаря йти лікуватися. Але, потрібно врахувати, що у обраної клініки повинен бути укладений договір із страхової (in-network) пацієнта, тоді лікування обійдеться в скромну суму. Якщо ж договір не укладено (out-of-network), то медичні послуги будуть коштувати дорожче. Список клінік набагато ширше, ніж при НМО, і навіть, якщо клініка не входить в список – все одно це буде дешевше ніж у випадку з НМО.

Визначившись з типом страхового поліса, потрібно вибрати план - він визначає, якими будуть платежі, та яку суму компенсації пацієнт отримає від страховика. Плани є наступні:

– *Platinum* – страхова оплачує 90% витрат, але щомісячні внески за цим полісом найвищі.

– *Gold* – компенсація 80% витрат.

– *Silver* – компенсація 70% витрат.

– *Bronze* – компенсація 60%. До слова, це один з найпопулярніших типів страхових полісів з порівняно прийнятною вартістю.

– *Minimal* – цей тарифний план найскромніший. Він підходить тільки

для людей молодше 30 років і тих, хто з якої-небудь причини втратив поточну страховку. Тарифний план компенсує тільки базові медичні послуги

Як бачимо, страхова медицина в США – це дорого і непросто. Питання зручності обов'язкового страхування для суспільства все ще залишається спірним, тому нинішня влада США тримає курс на реформи.

## РОЗДІЛ 2.

### АНАЛІЗ СТАНУ ТА ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ СФЕРИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Стан та проблеми розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування є одним з видів соціального страхування. Саме медичне страхування дозволяє громадянам покрити витрати на медичні послуги, консультаційну допомогу лікарів, діагностику захворювань, отримати медичні препарати та под. (Василенко, 2018).

Щороку чисельність населення України зменшується, стан здоров'я осіб працездатного віку погіршується й кількість економічно активного населення скорочується. Наведемо дані тільки по Сумській області та м.Конотоп й Конотопському району (Таблиця 2.1.).

Конотоп - друге за значенням і населенням місто Сумщини. За показником чисельності населення займає 47 місце в Україні.

**Таблиця 2.1.**

**Чисельність населення (за даними Держстату України) по містах обласного значення та районах Сумської області на 1 серпня 2020 року та середня чисельність у січні–липні 2020 року<sup>1</sup>**

	Наявне населення		Постійне населення	
	на 1 серпня 2020 року	середня чисельність у січні–липні 2020 року	на 1 серпня 2020 року	середня чисельність у січні– липні

				<b>2020 року</b>
<b>Сумська область</b>	<b>1060970</b>	<b>1064609</b>	<b>1058778</b>	<b>1062417</b>
м.Суми (міськрада)	263707	264344	262914	263551
м.Конотоп (міськрада)	89164	89391	88250	88477
<b>райони</b>				
Конотопський	26524	26681	26710	26867

Джерело: укладено автором за даними Держкомстату України, 2020

Чисельність населення, яке обслуговує лікарня, складає 25088, в т.ч. 20929 дорослого населення, 4159 – дітям від 0-17 років включно.

Й така тенденція, яку ми простежуємо, на жаль, не тільки по Сумській області, але по всій країні, в майбутньому з неодмінністю приведе до значного фіскального тиску на систему охорони здоров'я України. Тому основним шляхом створення в майбутньому фундаменту фінансування сфери охорони здоров'я більшість науковців та представників держапарату бачать саме в реформуванні медичної сфери за допомогою впровадження медичного страхування.

Як показав аналіз ситуації системи медичного страхування в країнах світу в попередньому розділі нашого дослідження, саме страхування стає основою соціальної інфраструктури кожної країни. В більшості країн ЄС медичне страхування розглядається як беззаперечна модель організації охорони здоров'я. Воно дає змогу не тільки більш раціонально використовувати кошти, спрямовані на забезпечення охорони здоров'я, але й паралельно підвищувати якість цих послуг; вирівнювати рівень забезпеченості населення якісними медичними послугами (Європейская база, 2020)..

Основними учасниками системи медичного страхування в країнах світу є страхові компанії, страхувальники (фізичні і юридичні особи), страхові посередники, асистуючі компанії, медичні установи.



Аналіз світової практики висвітлив, що саме обов'язкове медичне страхування є основою страхової медицини. Проте вітчизняний ринок страхових медичних послуг й досі тільки формується. Ми вважаємо розвиток медичного страхування в Україні дуже перспективним, тому що в країні з кожним роком збільшується кількість потенційних споживачів страхових послуг (Болдова, 2014)..

Ми також вважаємо, що впровадження ОМС в Україні й надалі буде стикатися з великою кількістю невирішених питань, насамперед з точки зору фінансування, оскільки порядок сплати страхових внесків на соціальне медичне страхування за осіб, яких вони обслуговують, порушує норми Конституції України щодо безкоштовності медичної допомоги.

Також медичне страхування призведе до збільшення нарахувань на фонд оплати праці для роботодавців, а це, в свою чергу, може призвести до поширення використання ними тіньових схем виплати заробітної плати та гальмування її зростання.

Аналіз наукових розвідок (Богусловський, 2017; Кісельов, 2017; Мних, 2018 та ін..) також висвітлив, що в Україні буде запроваджено загальнообов'язкове державне медичне страхування.

Аналізуючи матеріали зі стану розвитку медичного страхування в Україні, ми виділили цілу низку проблем, які, з нашої точки зору, стримують його розвиток. Це зокрема:

- недостатня поінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини;
- подальше зменшення державного фінансування галузі охорони здоров'я;
- існуюча в більшості ЗОЗ застаріла матеріальна база;
- дефіцит лікарських препаратів для складних захворювань;
- показники демографічного розвитку країни;
- показники рівня захворюваності населення;
- неналежна підготовка спеціалістів у сфері саме медичного

страхування;

— бажання страховиків за різними підставами уникнути зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника;

— відсутність повного пакету законів, які б регулювали сферу медичного страхування;

— різне бачення чиновниками, страховиками та медиками моделі, на основі якої має діяти медичне страхування, зокрема, його обов'язкова форма;

таким чином, можемо зробити висновки, що розвиток ринку медичного страхування в Україні є досить проблематичним.

Аналіз цієї проблеми свідчить, що подальші пошуки шляхів оптимізації вартості послуг добровільного медичного страхування можуть з вірогідністю забезпечити баланс інтересів страховиків і страхувальників та сприяти розвитку цього соціально значимого й необхідного для нашої країни сегмента страхового ринку (Батужак & Приступа, 2019).

На разі страхова медицина розвивається повільно, причиною цього є недовіра населення до вітчизняних страхових компаній. До основних проблем також відносяться низький рівень фінансування охорони здоров'я, що повільно знижується, та дефіцит лікарських препаратів для складних захворювань. Загалом медичне страхування не є з дешевих, а тому послуги страхових компаній є для більшості населення недоступними.

Тому, на сьогоднішній день саме вивчення іноземного досвіду, визначення переваг медичного страхування та можливостей впровадження елементів з різних систем медичного страхування в Україні є досить актуальним питанням.

## **2.2. Оцінка особливостей ринку страхових медичних послуг в Сумській області**

Аналіз наукових розвідок дав можливість встановити, що на страховому ринку Сумської області на кінець 2020 року активно працювали 17 страхових

компаній, більша кількість з яких здійснює й медичне страхування (страхування від виникнення захворювання).

Більшість страхових компаній Сумщини пропонує ряд програм з добровільного медичного страхування, які поділяються на чотири основні категорії:

- страхування поліклінічного обслуговування, в тому числі покупки ліків в аптеках;
- страхування обслуговування в стаціонарі;
- страхування послуг невідкладної швидкої медичної допомоги;
- страхування стоматологічних послуг.

Деякі страхові компанії також пропонують різноманітні додаткові послуги в кожній з програм, а саме:

- страхування медичного обслуговування на дому,
- страхування закріплення та медичних послуг визначеного лікаря,
- страхування безоплатних медичних полісів при поїздках за кордон,
- пільгове страхування для членів сім'ї,
- спеціальні страховальні програми для дітей та вагітних.

Широкий спектр страхових програм, різних за ціною і набором послуг, їх комбінація, дає можливість вибрати поліс, виходячи із потреб і фінансових можливостей.

На сьогодні, на жаль, більшість питань щодо медичного страхування в державі не урегульовано, але, не дивлячись на це, аналіз показників діяльності страхових компаній свідчить про те, що питома вага саме медичного страхування у загальному обсязі страхових послуг, починаючи з 2014 р., неухильно зростає. При цьому найбільш популярним вважається страхування життя, яке у структурі загальних видів медичного страхування займає понад 60%. Вважаємо також необхідним звернути увагу на те, що особливістю вітчизняного ринка медичного страхування є те, що на ринку страхування добровільне медичне страхування значно переважає обов'язкове (Баєва, 2017).

Ми провели аналіз функціонування страхування медичних послуг за визначеними групами показників, що, на нашу думку, впливають на якість та ефективність надання медичних послуг в умовах добровільного медичного страхування. У табл. 2.1 ми охарактеризували зазначені показники згідно матеріалам, оприлюдненим на відповідних сайтах страхових компаній.

Таблиця 2.1

**Основні показники діяльності страхових компаній - учасників ринку  
страхових медичних послуг Сумської області за 2020 рік**

Назва страхової компанії	Статутний фонд (млн грн)	Активи (млн грн)	Наявність медичного страхуванн я	Обмеження страхувальних послуг	Обсяг медичних послуг згідно програмі
1	2	3	4	5	6
Нафтогазстрах	327,854	502,733	+	+	повний
Провідна	561,1	-	+	+	неповний
ІНГО Україна	364,07	537,4	+	+	повний
Allianz Україна	708,44	274,4	+	+	неповний
PZU Україна	-	-	+	+	асистанс
UNIQA	85,2	511,3	+	+	неповний
Альфа Страхування			+	+	повний
Універсальна	314,80	631,71	+	+	повний
Інвестсервіс	59,312	52,57	+	+	повний
Оранта+	675,125	261,57	+	+	повний
ПРОСТО					
ТАС	36,2	326,0	+	+	повний
Українська страхова	278,0	444,81	+	+	повний

«-» - дані відсутні

Як показує аналіз таблиці, переважна більшість страхових компаній Сумщини надає послуги з добровільного медичного страхування. Але всі компанії обмежують частину страхових послуг для деяких категорій населення. Основними обмеженнями для медичного страхування (у всіх проаналізованих нами компаній), є наступні категорії громадян:

- інваліди I та непрацюючі інваліди II групи;
- громадяни, які на час укладання договору страхування знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних, ендокринологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Також аналіз програм компаній висвітлив той факт, що страхові компанії у більшості своїй надають страхові послуги перш за все корпоративним клієнтам, в той час як обсяг медичних послуг через співпрацю з державними підприємствами різко обмежено. При цьому всі компанії декларують, що вони надають повний обсяг страхових медичних послуг за програмами ДМС.

Аналіз запропонованих програм страхування діючих учасників страхового ринку на Сумщині дозволив нам відзначити як найкращу програму ДМС страхової компанії «Нафтагазстрах».

Компанія пропонує програми медичного страхування відповідно до фінансових можливостей громадян області. Страховою компанією розроблено програму страхування, вартість щомісячного платіжу в якій складає 34 грн. Запропонована програма покриває перебування застрахованої особи у 35 профільних відділеннях: хірургії, гастроентерології, ендокринології, офтальмології, отоларингології, неврології, кардіології, гінекології, онкології та інших. Сума, на яку застрахована особа може пролікуватися протягом року - 25 тис. грн. Крім того, додатково фінансується харчування (32 грн. на день), м'який інвентар.

Виявлено, що загалом до переліку послуг, які отримуються застрахованими за рахунок поліса ДМС різних страхових компаній, входять діагностичні дослідження, консультації кваліфікованих спеціалістів,

забезпечення необхідними ліками, а за необхідності хірургічного втручання — і вартість операції з відповідними засобами. Оперативні втручання передбачені програмами добровільного медичного страхування, вартість яких 32, 40 та 50 грн на місяць для застрахованих осіб.

ЗАТ СК «Українська страхова» — одна з найбільш відомих українських страхових компаній, яка також здійснює медичне страхування з початку 2000 р. Також вона надає різні програми страхування.

Так. Наприклад, програма «Поліклініка» ЗАТ СК «Українська страхова» вміщує:

- вартість госпіталізації застрахованої особи;
- оплату консультації лікарів;
- лабораторні дослідження та діагностичні тести;
- медичну допомогу на дому;
- первинний огляд лікарів, включаючи стоматолога.

Програма також обслуговує й дорослих, й дітей.

Програма «Невідкладна медична допомога» оплачує:

- приїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- первинний огляд хворого;
- перевезення та госпіталізацію хворого;
- консультацію лікаря та встановлення попереднього діагнозу.

Страхова сума за програмою «Невідкладна медична допомога» не має обмежень.

Страхова програма «Стаціонарна допомога» є, на нашу думку, досить специфічною, тому що вона не включає попереднє медичне обстеження перед укладанням договору страхування, та не включає лікування туберкульозу.

Але аналіз показав, що практично всі страхові компанії пропонують набір стандартних програм медичного страхування та стандартного набору послуг. Майже у всіх програмах громадяни прикріплюються до одних і тих

самих клінік, з однаковою за якістю організацією медичної допомоги (Табл. 2.2.):

**Таблиця 2.2.**

**Порівняльна характеристика набору послуг в програмах медичного страхування**

Критерії Порівняння	Назва страхової програми (різні страхові компанії, назви однакові)		
	Програма «Поліклініка»	програма «Невідкладна Допомога»	Програма «Провідна турбота про родину»
Види медичних послуг в страховій програмі			
Наявність швидкої та/або невідкладної допомоги	+	+	+
Наявність екстреної стаціонарної допомоги	+	+	+
Придбання ліків	+	-	-
Амбулаторно-поліклінічне лікування	+	-	+
Категорія застрахованих громадян	3-50 років	17-60 років	3-50 років
Територія покриття страхового полісу	Україна	Україна	Україна
Строк дії страхового договору, роки	1	1	1
Розмір страхової суми, грн	70 000-220 000	75 000	немає даних
Вартість страхового полісу, грн	3 000-16 000	немає даних	2 500-4 500

За умов однаковості програм та набору медичних послуг представники страхових компаній стає незрозумілою різниця цінової політики страховиків.

При наявності майже подібних програм, які представлені страховими компаніями на ринку добровільного медичного страхування, головним аргументом, здатним залучити страхувальників, на нашу думку, має стати якість медичного обслуговування, яку пропонують страховики.

Також ми детально проаналізували ті сфери соціального страхування, які в Україні відносяться до сфери фонду соціального страхування - ФСС та Фонду добровільного медичного страхування - ФДМС. (Див. Табл.2.3.):

**Таблиця 2.3.**

**Страхові ризики та їх страхове забезпечення у страхуванні**

Страховий ризик	Страхове забезпечення	Сфера забезпечення	
		ФСС	ФДМС
Необхідність отримання медичної допомоги	Оплата медичному закладу витрат, пов'язаних з наданням застрахованій особі необхідної медичної допомоги	-	+
Тимчасова непрацездатність	Допомога з тимчасової непрацездатності	+	+
Трудове каліцтво або професійне захворювання	Оплата медичному закладу витрат, пов'язаних з наданням застрахованій особі необхідної медичної допомоги	+	+
	Допомога в зв'язку з трудовим каліцтвом або професійним захворюванням	+	
Материнство	оплата медичному		+



	закладу витрат, пов'язаних з наданням застрахованій особі необхідної медичної допомоги		
Інвалідність	Пенсія за інвалідністю	+	
Настання старості	Пенсія за старістю	+	

Ми вважаємо, що в процесі формування єдиної системи медико-соціального страхування необхідно подолання ряду істотних організаційних і фінансових відмінностей функціонування систем медичного та соціального страхування. Основні з них наступні.

Структура фондів (ФДМС і ФСС) істотно різниться. В ДМС основною організаційно-фінансовою одиницею є територіальний фонд, який є самостійною юридичною особою, організаційно не залежним від федерального рівня. Іншими словами, в ДМС можна говорити про систему фондів. У соціальному страхуванні ФСС являє собою централізовану вертикальну структуру, що має відділення та філії в регіонах і представництва на підприємствах.

У медичному страхуванні фінансові кошти формуються не тільки за рахунок внесків роботодавців, але також з місцевих (регіональних) бюджетів в якості внеску на страхування непрацюючих громадян. У соціальному страхуванні це фінансове джерело не передбачено.

Страховиками в системі ДМС є страхові організації, участь яких не передбачена в системі соціального страхування (Говорушко, 2005).

## **РОЗДІЛ 3.**

### **ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

#### **3.1. Аналіз основних напрямків у розвитку системи медичного страхування**

Проаналізувавши наукові розвідки (Бачо, 2011; Коцюрубенко, 2018; Черешнюк, 2-14; Шевцов, 2007), ми вважаємо, що переходити до системи ОМС необхідно не революційно, а плавно, не розгубивши позитивний досвід, накопичений як в медичному, так і в соціальному страхуванні.

Перехід до ОМС не повинен привести до зниження рівня соціальних гарантій, тому всі кроки з ведення системи ОМС повинні бути вивірені і заздалегідь прораховані.

Досвід реалізації державної політики інших країн у сфері ОМС показав, що ефективність її реалізації визначається розробкою основних напрямів у нормативних актах. Розвиток системи ОМС має прогнозуватися і плануватися, тому її становлення має носити довгостроковий характер з поетапним досягненням цілей.

Головне - в конструктивній постановці проблеми: в новій якості зробити систему обов'язкового медичного страхування економічно більш ефективною та стійкою.

Поряд з введенням різних заходів щодо введення та подальшого вдосконалення обов'язкового медичного страхування, необхідно розвивати і добровільні форми медичного страхування населення, встановити взаємозв'язок між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням. Різницю ми представимо в Таблиці 3.1.:

Таблиця 3.1.

## Відмінності між ОМС та ДМС

<b>Вид медичного страхування</b>	<b>ОМС</b>	<b>ДМС</b>
	<b>Некомерційне</b>	<b>Комерційне</b>
<b>Є видом</b>	соціального страхування	особистого страхування
<b>Характер страхування</b>	загальне або масове	індивідуальне або групове
<b>Ким здійснюється</b>	державними та контрольованими державною організаціями	страховими організаціями різних форм власності
<b>Хто визначає правила страхування</b>	державна	страхова організація
<b>Хто є страхувальником</b>	державна (органи місцевої виконавчої влади), роботодавці	Юридичні та фізичні особи
<b>Джерела коштів</b>	внески роботодавців; - державний бюджет	особисті доходи громадян; - прибуток роботодавців
<b>Програма медичного страхування (гарантований мінімум послуг)</b>	затверджується органом влади	визначається договором страховика і страхувальника:
<b>Тарифи встановлюються</b>	за єдиною затвердженою методикою	Договором страховика і страхувальника
<b>Система контролю якості</b>	визначається державними органами	встановлюється договором суб'єктів страхування
<b>Доходи можуть бути використані</b>	тільки для основної діяльності-медичного страхування	для будь-якої комерційної і некомерційної діяльності

Ми вважаємо, що в законі про медичне страхування потрібно співвіднести та врахувати можливості ДМС та ОМС, та пропонуємо наступну модель поєднання видів медичного страхування в нашій країні (рис.3.1.):

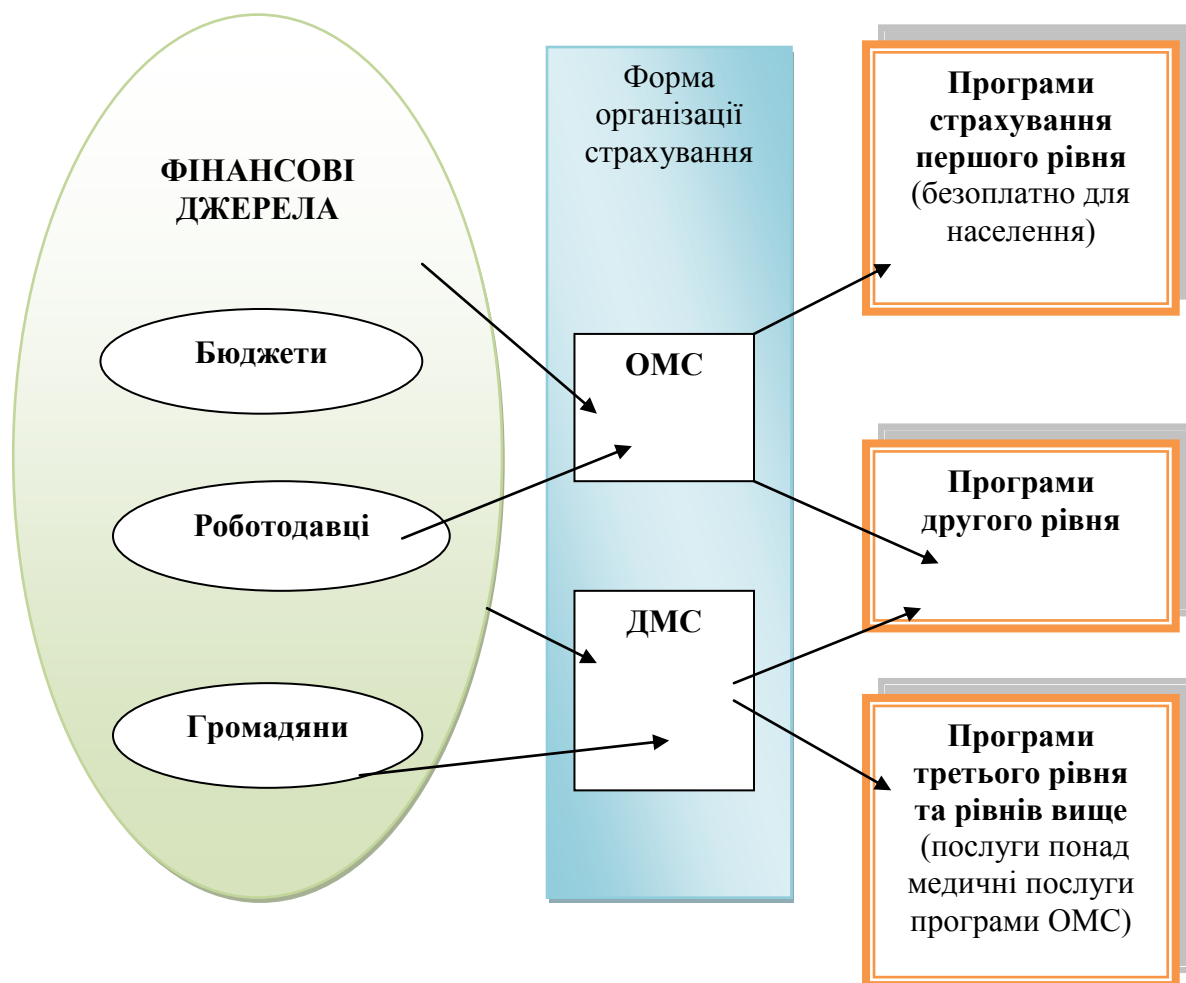


Рис.3.1. Модель багаторівневого медичного страхування

### 3.2. Рекомендації щодо покращення політики медичного страхування в Україні

З нашої точки зору, першим кроком в межах покращення політики медичного страхування має бути створення і прийняття законодавчої бази, яка б затвердила обов'язкове медичне страхування громадян країни. Для ефективної роботи системи ОМС у країні є потрібний адміністративний та матеріально-технічний ресурс. Також потрібно вдосконалювати та розвивати інфраструктуру, бо без якісної інфраструктури здійснення ОМС є неможливим,

для цього уряду потрібно прийняти максимально оптимізовані та раціоналізовані рішення.

На жаль, середня заробітна плата більшості вітчизняних громадян знаходиться на одному з найнижчих рівнів серед країн Європи та колишнього СРСР. Тому для визначення розмірів страхових внесків громадян в систему ОМС Україна повинна застосувати диференціальний підхід, як це робиться в більшості країн ЄС.

Оскільки формування в Україні єдиної системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) - справа майбутнього, ми вважаємо, що в державі потрібно запропонувати для обговорення деякі концептуальні положення щодо розвитку законодавства у сфері медичного страхування. Вони полягають в наступному:

- незалежність (організаційна та фінансова) системи медичного страхування від органів управління охороною здоров'я при координації їх діяльності;
- контрактна система фінансових взаємовідносин суб'єктів при чіткому розмежуванні функцій;
- орієнтована на пацієнта система оплати медичної допомоги;
- наявність спеціальної структури, що представляє інтереси (права) громадян у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення соціального партнерства у сфері медичного обслуговування громадян.

У порівнянні з чинним законодавством, слід розширити права страхувальників щодо їх участі в контролі якості медичної допомоги, діяльності страховиків, раціонального витрачання коштів ДМС. До обов'язків страхувальників, крім своєчасної та повної сплати страхових внесків (платежів) необхідно додати обов'язок укладення договорів медичного страхування з тими страховиками, яким віддають перевагу застраховані.

Особлива роль страховиків у забезпеченні прав застрахованих, здійсненні контролю якості медичної допомоги є принциповою відмінністю медичного страхування від інших видів страхування, оскільки саме надання медичної

допомоги є основною формою страхового забезпечення при медичному страхуванні.

Система ДМС повинна стати переважаючою формою залучення в охорону здоров'я коштів підприємств та особистих коштів громадян. Вона повинна з'явитися альтернативою все більш поширюється практиці платного надання медичної допомоги в рамках прямих господарських договорів.

Для виконання виробниками медичних послуг своїх обов'язків і використання своїх прав необхідно чітко визначення їх юридичного та економічного статусу в якості самостійно господарюючих суб'єктів.

Ми також вважаємо, що доцільно ставити питання про спеціальний закон «Про медичну діяльність», який визначив би, нарешті, межу статусу лікаря як державного найманого працівника, так званого «бюджетника».

У сучасних умовах, коли всерйоз ставиться питання про впровадження принципу адресності медичної допомоги, великого значення набуває диференційований підхід до змісту як базової, так і територіальних програм ОМС, який означає:

- чітке визначення видів медичної допомоги, що надається будь-якому громадянину безкоштовно (оплачується за рахунок коштів ОМС);
- визначення категорій громадян, які мають право на отримання найбільш широкого пакету медичних послуг з ОМС і критеріїв віднесення громадян до тієї чи іншої категорії,
- визначення критеріїв обмеження видів і (або) обсягів медичної допомоги, для різних категорій громадян.

Також нам представляється доцільним реалізувати принцип фінансування лікування конкретних пацієнтів при будь-яких захворюваннях за рахунок коштів медичного страхування, фінансуючи з бюджету(ів) ті заходи, які забезпечують реалізацію державних (обласних) програм з охорони здоров'я громадян і при цьому не пов'язані з лікуванням хворих. У цьому випадку доцільно законодавчо закріпити порядок передачі фондам ОМС коштів

бюджетів, призначених для фінансування медичної допомоги громадянам у рамках бюджетних цільових програм.

Ми вважаємо, що реалізація пропонованого законопроекту може дати певний як соціальний, так й економічний ефект.

## ВИСНОВКИ

Метою нашого дослідження став теоретичний аналіз стану та перспектив розвитку сфери медичного страхування в Україні. Відповідно, аналіз стану медичного страхування в Україні дозволив нам виділити проблеми, які стримують його розвиток. Перерахуємо найголовніші з них, з нашої точки зору:

- зниження загального фінансування системи охорони здоров'я з боку держави,
- наявність в системі ЗОЗ застарілої матеріальної бази;
- дефіцит деяких лікарських препаратів;
- зниження показників демографічного розвитку країни та підвищення рівня захворюваності населення;
- неналежна підготовка спеціалістів в сфері медичного страхування;
- можливість уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника в разі індивідуального страхування;
- відсутність законодавства в сфері медичного страхування, яке б регулювало різні види медичне страхування;
- різне бачення чиновниками, страховиками та медиками моделі, на основі якої має діяти як обов'язкове медичне страхування, так й добровільне страхування громадян;
- мінімальна загальна поінформованість громадян щодо можливостей різних форм медичного страхування.

Таким чином, аналіз стану та проблем розвитку ринку медичного страхування в Україні свідчить, що необхідні подальші пошуки шляхів розвитку медичного страхування (ОМС та ДМС). Також, з нашої точки зору, потрібно в законодавстві щодо системи медичного страхування врахувати баланс інтересів страховиків та сприяти подальшому розвитку цього соціально значимого й необхідного для нашої країни сегмента страхового ринку.

Крім того, подальшого окремого дослідження потребує діяльність укріплення партнерських відносин між страховими компаніями та



різнопрофільними медичними установами. Це ми відносимо до перспектив нашого дослідження

Для забезпечення належного розвитку вітчизняного медичного страхування ми вважаємо необхідним необхідним є також проведення наступних заходів організаційно-правового характеру, які надади б можливість вирішити наступні проблемні питання, які є, з нашої точки зору, дуже важливими:

1. Ввести загальнообов'язкове державне медичного страхування та збереження при цьому в якості конкурентного середовища добровільне медичне страхування.

2. Забезпечити умови для подальшого розвитку добровільного медичного страхування, яке може доповнювати обов'язкове медичне страхування. Це, з нашої точки зору, надалі забезпечить надання якісних медичних послуг населенню понад гарантований державою мінімум.

3. Підвищити зацікавленість роботодавців щодо збереження здоров'я своїх працівників та закріпити в законодавстві економічні закони щодо стимулювання такої зацікавленості.

4. Змінити вимоги щодо ліцензування страховиків, які будуть працювати як в системі добровільного медичного страхування, так і в системі обов'язкового медичного страхування.

5. Створити уніфіковану оптимальну систему ціноутворення на медичні послуги та на програми медичного страхування.

6. Забезпечити належний державний контроль за дотриманням усіма медичними установами, що працюватимуть в системі медичного страхування, єдиних законодавчо закріплених стандартів.

Дуже важливо врахувати підсумки розвитку системи медичного страхування, з тим, щоб виявити головні проблеми, на яких необхідно зосередитися при реформуванні системи. При цьому слід відзначити соціальну спрямованість цих реформ, так як система медичного страхування

безпосередньо пов'язана з об'єктивними інтересами суспільства в збереженні людського ресурсу.

Спільні скоординовані дії органів державного управління, законодавчої влади, страхової спільноти при зацікавленій участі населення дозволять вирішити ці проблеми і досягти найбільш позитивних результатів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахова, І. Е. & Касьян, Є.О. (2011). Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики*. № 1. С. 111-115.
2. Баєва, О. (2017). Аналіз соціально-економічного досвіду із запровадження страхової медицини. Вилучено з: <http://www.mfo-library.com.ua/mdex.phpmagazine&show>
3. Базилевич, В. Д., Базилевич, К. С. & Пікус Р. В. (2008). Страхування : підручник; за ред. В. Д. Базилевича. Київ : Знання.
4. Баранова, Т. Ф. (2000). Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. № 3. С. 80.-82.
5. Батужак, М. І. & Приступа, Л.А. (2019). Запровадження страхової медицини в Україні: проблеми, перспективи, зарубіжний досвід. *У Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених, : збірник статей та доповідей*. Т. 2. С. 13-15.
6. Бачо, Р. Й. (2011). Перспективи розвитку страхового підприємництва в Україні. *Науковий вісник Буковинської державної фінансової академії: збірн. наук. праць. Економічні науки*. Чернівці, БДФА. Вип. 3 (16). С. 57-64.
7. Богусловський, Є. І. & Шибалкіна, Ю.С. (2017). Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи . *Зовнішня торгівля: право та економіка*. № 4 (39). С. 83-86.
8. Болдова, А. А. & Мойко, В. Й.(2014). Особливості медичного страхування в Україні. *Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України*. № 2. С. 33-39.
9. Василенко, П. (2018). Медичне страхування: реалії та проблеми . *Соціальне страхування*. № 3. С. 112-113.

10. Виступ регіонального директора ВООЗ (2019). Вилучено з: <http://www.euro.who.int>
11. Внукова, Н.М. & Кузьминчук, Н.В. (2016). Соціальне страхування: Навчальний посібник. Київ: Кондор.
12. Вовчак, О. Д. (2011). Страхова справа: підручник. Київ.: Знання.
13. Говорушко, Т. А. (2005). Страхові послуги: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури.
14. Голяченко, О.М. (2010). Реформа охорони здоров'я в Україні : як вийти з кризи. К.: ВСВ «Медицина».
15. Державна політика у сфері охорони здоров'я (2013) : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ. : НАДУ. Ч. 1.
16. Державний комітет статистики України (2020). Вилучено з: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
17. Доповідь ВООЗ «Фінансова криза та глобальна Охорона здоров'я» (2019). Вилучено з: <https://ukrjizn.com/finansova-kriza-2019-2020-roki-u-sviti/>
18. Европейская база данных «Здоровье для всех» (2020). Вилучено з: [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html).
19. Европейское региональное бюро ВОЗ (2010). Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB). Вилучено з: <http://www.euro.who.int/hfadb>.
20. Жаліло, Л.І. & Мартинюк, О.І. (2016). Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Вилучено з: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
21. Карамишев, Д. В. (2004). Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: *Держ.-управл. аспекти*. Харків. : Магістр.
22. Карпишин , Н & Комуницька, М. (2017). Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. № 1(14). С.110-117.

23. Квіташвілі, О. (2014). Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Вилучено з: [http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya\\_UKR.pdf](http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf).
24. Кісельов, Є. М., Бурлаєнко, С.В. & Кірпа, І.Г. (2017). Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні. *Фінансові послуги*. № 1. С.24-27.
25. Коцюрубенко, О. М. (2018). Розвиток медичного страхування в Україні. *Вісник соціально-економічних досліджень* . № 35. С. 217-222.
26. Кризина, Н.П. (2008). Обґрунтування реформування галузі охорони здоров'я за даними України та зарубіжних країн у контексті політики Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. № 1. С. 80 - 86.
27. Марченко, Т. В. (2018). Необхідність запровадження і перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в системі соціального забезпечення України. Вилучено з: [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/Nvbdfa/2010\\_1/1\(18\)\\_2018\\_articles/1\(1820\\_10\\_Marchenko.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Nvbdfa/2010_1/1(18)_2018_articles/1(1820_10_Marchenko.pdf)
28. Медицинское страхование в Германии/ Жизнь в Германии (2019). Вилучено з: <https://www.tupa-germania.ru/meditsina/gosudarstvennoe-meditsinskoe-strahovanie>
29. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Італії, Ізраїлі, США. (2020). Вилучено з: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>
30. Мних, М. В. (2018). Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні . *Економіка та держава*. № 2. С. 40-41.
31. Нагайчук, Н. Г. (2011). Суб'єктна складова добровільного медичного страхування . *Вісник КНТЕУ*. № 1. С. 64-69.
32. Нидерланды - уникальное здравоохранение. People&Countries (2020). Вилучено з: <http://peopleandcountries.com/article-693-1.html>
33. Нормативно-директивні документи МОЗ України (2020). Вилучено з: <http://mozdocs.kiev.ua>

34. Окунев, О.Б. (2013). Система обязательного медицинского страхования в свете глобального экономического кризиса: риски финансовой необеспеченности. *Страховое дело*. № 8 (199). С. 5-11.
35. Організація медичного страхування в Японії (2020). Вилучено з: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>
36. Особенности медицинского страхования во Франции (2019). Вилучено з: <https://paris.zagranitsa.com/artide/2807/osobennosti-meditsinskogo-strakhovamia-vo-frantsi>
37. Пиріг, Л. (2016). Тернистий шлях реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Ваше Здоров'я*. № 44-46; № 48.
38. Симиджийский, Ю. & Викам, Ш. (2019). Национальные системы медицинского страхования: международный опыт [технический отчет]. Алматы: Здравреформ.
39. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині (2020). Вилучено з: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>
40. Слабкий, Г.А, Пархоменко, Г.Я. & Астахова, Н.Ю. (2014). Здоровье 2020 – новая европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения. *Вісн. проблем біології і медицини*. (3). Т.1. С.16-20.
41. Урсол, Г. М., Скрипник, О.А. & Бугро, В.І. (2018). Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград : ТОВ УмексЛІД.
42. Центр медичної статистики МОЗ України (2020). Вилучено з: <http://www.moz.gov.ua>
43. Ціборовський, О. М., Істомін, С.В. & Сорока, В.М. (2017). Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ.
44. Черешнюк, Г. С. & Сергета, І.В. (2014). Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання. *Фінансові послуги*. № 2. С. 22-26.
45. Шевцов, В. Г. (2006). Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Актуал. пробл.*

*Розвитку управлінськ. систем: досвід, тенденції, перспективи* : зб. матеріалів наук.-практ. конф., 19 квіт. 2006 р. Харків. : Магістр. С. 157-163.

46. Шевцов, В. Г. (2007). Стратегія державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика держ. упр.* Харків: Магістр. С. 78-86.

47. Ярош, Н. П. (2006). Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : монографія. Київ: Вид-во НАДУ.