

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту



«Допущена до захисту»
В. о. завідувача кафедри
_____ І.В. Сіренко
« ____ » _____ 2022 р.

Кваліфікаційна робота

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
на тему: Формування і розвиток медичного страхування в Україні

Виконав: студент 6431мз групи
_____ Войтюк К. П.
(підпис)

Керівник роботи:
_____ К.е.н., доцент
(посада, науковий ступень вчене звання)

_____ Сергійчук С.І.
(підпис)

Миколаїв – 2022 року

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Менеджмент організацій і адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Гарант освітньої програми

_____ Є. О. Бойко
(підпис)

«____» _____ 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту _____ Войтюк Костянтину Петровичу
 (прізвище, ім'я по батькові)

1. Тема роботи Формування і розвиток медичного страхування в Україні

Керівник роботи _____ к.е.н., доцент Сергійчук Сергій Ілліч,

Затверджені наказом ректора № 1058уч від «21» листопада 2022 року

2. Термін подання роботи: 19 грудня 2022 р.

3. Вихідні дані по роботі: матеріали практик, навчальні, наукові видання, публікації в періодичній літературі та Інтернет, власні дослідження автора, звітність підприємств

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів) _____
розглянути теоретичні і методичні основи медичного страхування; провести аналіз системи управління якістю в сфері охорони здоров'я; запропонувати напрямки удосконалювання системи управління якістю в сфері охорони здоров'я, оцінити стан охорони праці на підприємстві

5. Перелік презентаційних матеріалів _____
соціальні та економічні завдання медичного страхування; ринок медичного страхування у структурі страхового ринку України у 2017-2021 рр.; динаміка показників ринку медичного страхування за 2017-2021 рр.; матриця SWOT-аналізу ринку медичного страхування України; основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу; переваги і недоліки мікрострахування для розвитку медичного страхування в Україні

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4.Охорона праці	Мозговий А.М., доцент кафедри		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення наукового керівника роботи	04.09.2022	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	04.09.2022	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	04.09.2022	
4	Затвердження теми роботи	04.09.2022	
5	Проведення досліджень	11.11.2022	
6	Опрацювання та викладення результатів досліджень	15.11.2022	
7	Оформлення кваліфікаційної роботи	16.12.2022	
8	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, презентаційного матеріалу на попередній захист	19.12.2022	
9	Подання роботи рецензенту та отримання рецензії	19.12.2022	
10	Захист роботи перед атестаційною комісією	За графіком	

Студент _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

Керівник роботи _____

АНОТАЦІЯ

Войтюк Д. М. " Формування і розвиток медичного страхування в Україні"

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 073 «Менеджмент» – Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2022.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення інноваційної діяльності у сфери охорони здоров'я. У роботі розглянуто сутність і зміст страхової діяльності й медичного страхування. Розкриті проблеми фінансування медичного страхування в Україні. Розглянуто системи медичного страхування зарубіжних країн. Проведено аналіз ринку медичного страхування в Україні та досліджено систему медичного страхування.

Запропоновано науково-методичний підхід щодо реалізації медичного страхування як єдиного комплексу, що сприятиме запровадженню державної та приватної підсистем фінансового забезпечення, підвищенню ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки та забезпечить поступові зміни в системі охорони здоров'я, що позитивно впливатиме на поліпшення здоров'я населення й підвищення соціально-економічної ефективності медичної галузі України. Розроблено модель впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні, що сприятиме вирішенню ряду соціальних проблем, забезпечуючи медичне обслуговування всіх категорій громадян та дозволить залучити до страхування нових споживачів страхових послуг з нижчим ризиком для них втрати своїх коштів.

Ключові слова: медичне страхування, медична реформа, охорона здоров'я, мікрострахування медичних послуг.

АННОТАЦИЯ

Войтюк Д. М. " Формирование и развитие медицинского страхования в Украине"

Квалификационная работа на соискание образовательно-квалификационного уровня магистр по специальности 073 "Менеджмент" – Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2022.

Квалификационная работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов усовершенствования инновационной деятельности в сфере здравоохранения. В работе рассмотрены сущность и содержание страховой деятельности и медицинского страхования. Раскрыты проблемы финансирования медицинского страхования в Украине. Рассмотрены системы медицинского страхования за границу. Проведен анализ рынка медицинского страхования в Украине и исследована система медицинского страхования.

Предложен научно-методический подход по реализации медицинского страхования как единого комплекса, который будет способствовать внедрению государственной и частной подсистем финансового обеспечения, повышению эффективности менеджмента в сочетании с развитием медицинской науки и обеспечит постепенные изменения в системе здравоохранения, что будет положительно влиять на улучшение здоровья. а населения и социально-экономической эффективности медицинской отрасли Украины. Разработана модель внедрения микрострахования для развития добровольного медицинского страхования в Украине, что будет способствовать решению ряда социальных проблем, обеспечивая медицинское обслуживание всех категорий граждан и позволит привлечь к страхованию новых потребителей страховых услуг с более низким риском потери своих средств.

Ключевые слова: медицинское страхование, медицинская реформа, здравоохранение, микрострахование медицинских услуг.

ANNOTATION

Voytyuk D. M. "Formation and development of medical insurance in Ukraine"

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of master in the specialty 073 "Management" – Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, 2022.

Master's degree work is devoted to actual problems of theoretical, methodical and practical aspects of improvement of innovative activities in the field of health care. The work examines the essence and content of insurance activity and medical insurance. The problems of financing medical insurance in Ukraine have been revealed. The medical insurance systems of foreign countries are considered. The analysis of the health insurance market in Ukraine was carried out and the health insurance system was studied.

A scientific and methodological approach to the implementation of health insurance as a single complex is proposed, which will contribute to the introduction of state and private subsystems of financial support, increase the efficiency of management in combination with the development of medical science, and ensure gradual changes in the health care system, which will positively affect the improvement of health i population and increasing the socio-economic efficiency of the medical industry of Ukraine. A model for the introduction of microinsurance has been developed for the development of voluntary health insurance in Ukraine, which will contribute to solving a number of social problems, providing medical care for all categories of citizens and will allow attracting new consumers of insurance services with a lower risk of losing their funds to insurance.

Keywords: medical insurance, medical reform, health care, microinsurance of medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	12
1.1. Сутність і зміст страхової діяльності й медичного страхування.....	12
1.2. Проблеми фінансування медичного страхування в Україні	22
1.3. Систем медичного страхування в зарубіжних країн.....	30
Висновок до першого розділу	44
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	45
2.1. Аналіз ринку медичного страхування в Україні	45
2.2. Аналіз системи медичного страхування в Україні.....	55
Висновки до другого розділу.....	61
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	63
3.1. Використання зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні.....	63
3.2. Впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні.....	74
Висновок до третього розділу	Помилка! Закладку не визначено.
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	81
4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні	81
4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером	89
4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення у медичному приміщенні	96
ВИСНОВКИ.....	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103

ВСТУП

Актуальність теми. Необхідність і актуальність медичного страхування визнають усі зацікавлені сторони. Наразі добросовісний платник податків, який захворів і потрапив у державну лікарню, змушений буде самотійно оплачувати своє лікування: держава, декларуючи конституційне право на безкоштовну медичну допомогу, не в змозі виконати свої зобов'язання через бюджетні труднощі. Низький рівень матеріальної забезпеченості охорони здоров'я зумовив постійне зростання захворюваності та зменшення тривалості життя.

Проблемам формування і розвитку медичного страхування присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Ахвледіані Ю. Т. [80], Базилевич В.Д. [16], Внукова Н. М. [82], Вовчак О.Д. [26], Волохова Л. Ф. і Остапенко Д. О. [27], Вороніна О.О. [28], Григораш Т. [29], Губар О. [32], Нагайчук Н. [60], Орланюк-Маліцька Л. О. [79], Сергійчук С.І. [43], Стецюк Т. [77], Третяк Д. Д. [83], Хомініч І. П. [81], Шихов О. К. [90] та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання необхідності подальшого розгляду та поглиблення розуміння сутності медичного страхування, визначення його розвитку з метою забезпечення системного підходу до розуміння проблем подальшого впровадження обов'язкового та поєднання його з розвитком добровільного медичного страхування в Україні залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо їхнього втілення вкрай мало.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо удосконалення системи медичного страхування в Україні.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- досліджено сутність і зміст страхової діяльності й медичного страхування;
- розкриті проблеми фінансування медичного страхування в Україні;
- розглянуто системи медичного страхування зарубіжних країн;
- проведено аналіз ринку медичного страхування в Україні;
- проаналізовано систему медичного страхування в Україні;
- запропоновано використання зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні;
- розроблено рекомендації щодо використання мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є процес розвитку системи медичного страхування в Україні.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку системи медичного страхування в Україні.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведене дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні сутності страхової діяльності й медичного страхування; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення проблем фінансування медичного страхування в Україні, метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу ринку медичного страхування в Україні; метод факторного аналізу – під час дослідження системи медичного страхування в Україні.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– науково-методичний підхід щодо реалізації медичного страхування як єдиного комплексу, що сприятиме запровадженню державної та приватної підсистем фінансового забезпечення, підвищенню ефективності менеджменту в поєднанні з розвитком медичної науки та забезпечить поступові зміни в системі охорони здоров'я, що позитивно впливатиме на поліпшення здоров'я населення й підвищення соціально-економічної ефективності медичної галузі України;

набули подальшого розвитку:

– модель впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні, що сприятиме вирішенню ряду соціальних проблем, забезпечуючи медичне обслуговування всіх категорій громадян та дозволить залучити до страхування нових споживачів страхових послуг з нижчим ризиком для них втрати своїх коштів.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення формування і розвитку медичного страхування в Україні. Найбільшу практичну цінність мають модель

впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку медичного страхування в сфері охорони здоров'я в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 113 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (91 найменування), 13 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність і зміст страхової діяльності й медичного страхування

Більшість країн світу перебувають у процесі зміни або впровадження окремих реформ у сфері охорони здоров'я, спрямованих на створення оптимальної та ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Демографічне старіння та зростання вартості медичної допомоги є загальними факторами, що впливають на зміст реформ у різних державах.

Більшість країн світу перебувають у процесі зміни або запровадження окремих реформ сектору охорони здоров'я, спрямованих на створення оптимальної та ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Демографічне старіння та зростання витрат на охорону здоров'я є загальними факторами, що впливають на зміст реформ у різних державах.

У рамках реформування української економіки питання медичного забезпечення вітчизняних громадян є одними з найбільш актуальних та обговорюваних. Важливість охорони здоров'я полягає в соціальній, економічній та моральній відповідальності держави перед громадянами, оскільки здоров'я нації є основною умовою економічного розвитку країни та соціального благополуччя суспільства.

Сьогодні в Україні, як і в інших країнах, традиційною системою надання медичних послуг населенню є національна охорона здоров'я, згідно з якою медичні послуги оплачуються державою. Інші можливі способи надання медичних послуг громадянам – система обов'язкового (ОМС) і добровільного (ДМС) медичного страхування.

У ринковому середовищі медичне страхування є важливою частиною системи охорони здоров'я, спрямованої на усунення або пом'якшення ряду непередбачених ситуацій. Закон також передбачає створення відділу охорони здоров'я, який відповідає за підтримку здоров'я людини за допомогою повна або часткова програма реабілітації. Наразі в Україні медичне страхування мало попитуване та малодоступне для населення. Тому важливим на даному етапі є

повне визначення сутності та розвитку медичного страхування, що сприятиме розширенню кола користувачів послуг медичного страхування, зростанню попиту на цьому ринку та його ефективному розвитку.

Поняття «медичне страхування» законодавчо не визначено і є предметом дискусій різних авторів. Законом України «Про страхування» визначено, що медичне страхування є добровільно-обов'язковим видом страхування, хоча його сутність та механізми здійснення [8] не визначено. Страхування - це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб при настанні певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових коштів, формується за рахунок сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових внесків) та доходів від розміщення коштів цих фондів»[8]. Статтею 4 Закону медичне страхування, пов'язане з майновими інтересами щодо захисту життя, здоров'я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування. Проте закон, який регламентує його запровадження та реалізацію, досі не прийнятий.

Відповідно до статті 352 Господарського кодексу України «страхування» - це діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язана з наданням юридичним особам або громадянам (страховикам) страхових послуг із захисту їх майнових інтересів у разі страхування настання подій (страхових випадків), визначених законом або договором, за рахунок грошових коштів, утворених шляхом сплати страховиками страхових платежів [2; ч13, с. 191-196].

Законом України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначено медичне страхування як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що є системою прав, обов'язків і гарантій, що передбачає забезпечення соціального захисту, у тому числі матеріального забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності... та в інших випадках, передбачених законодавством, за рахунок грошових коштів, що утворюються за

рахунок сплати роботодавцями, громадянами страхових внесків, а також бюджетних і інші джерела, передбачені законодавством». Відповідно до цього закону медичне страхування надає такі види послуг: діагностика та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; забезпечення готовими лікарськими засобами та виробами медичного призначення; медична реабілітація осіб, постраждалих від особливо важких операцій або хронічних захворювань; профілактичні та виховні заходи. Проте в законі зазначено: «Обсяг послуг, що надаються засобами загальнообов'язкового медичного страхування, визначається базовими та територіальними програмами загальнообов'язкового медичного страхування, які затверджуються в установленому законодавством порядку» [5].

Міністерство охорони здоров'я відповідало за розробку таких програм, і його уряд їх затвердив. Однак в Україні така практика не доступна і не регулюється. У винесеному на громадське обговорення новому проекті закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» ми не знаходимо визначення поняття медичного страхування в цілому. Зазначено, що загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування та формою соціального забезпечення населення у сфері охорони здоров'я [7].

Також непросто знайти єдиний вектор щодо сутності медичного страхування і серед науковців. Медичне страхування розглядається з різних точок зору в залежності від мети досліджень рядом вчених з різних галузей науки. За характером, характером і формами прояву медичне страхування відноситься до складних категорій і явищ. Зовні це виглядає як рух грошей під впливом цивільно-правових договірних відносин або зобов'язальних відносин під впливом законів, встановлених державою.

Медичне страхування – це вид особистого страхування, який здійснюється на випадок втрати здоров'я і передбачає надання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку.

Так, розглядаючи медичне страхування з точки зору особистого страхування, В.Д. Базилевич дає таке визначення: «Медичне страхування – це форма особистого страхування, яка гарантує громадянам отримання медичної допомоги у разі настання страхового випадку за рахунок накопичених страхових коштів» [16].

З позицій соціального захисту Внукової Н.М. медичне страхування розглядалося як форма соціального захисту населення на охорону здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [25].

Т. Стецюк розглядає медичне страхування як систему економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, спрямовану на забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із втратою здоров'я [77, с. 8].

Т. Григораш та Ю. Кириченко визначають медичне страхування як один із видів особистого страхування, яке здійснюється на випадок втрати здоров'я особи та передбачає медичну допомогу за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у випадок настання страхового випадку [29, с. 138-148]. Треба визнати, що медичне страхування є гарантією надання медичної допомоги, воно також має забезпечувати профілактичні заходи, але автори упускають джерела, з яких ці кошти будуть формуватися.

О.А. Воронін розкриває економічну природу медичного страхування в широкому розумінні, визначаючи мету медичного страхування у наданні громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів [28, с. 735]. Конкретніше мета медичного страхування зводиться до його основних завдань, які вчений пропонує поділити на соціальні та економічні (рис. 1.1).

О. Губар обґрунтовує економічну природу та сутність медичного страхування як елемента соціального страхування та важливого виду соціальних гарантій. Автор обґрунтовує об'єктивну необхідність медичного страхування як невід'ємної складової ринкової економіки та засобу реалізації ринкових засад у галузі. А соціальне страхування подається як система правових, економічних,

організаційних відносин захисту майнових інтересів громадян у разі настання страхових випадків, визначених чинним законодавством або договором страхування, за рахунок грошових коштів, що утворюються шляхом сплати громадянами та юридичних осіб страхових виплат і доходів від розміщення цих коштів, а також державних дотацій [32, с. 12-13]. Як частина ринкової економіки медичне страхування не може бути виключно соціальним страхуванням.



Рис. 1.1. Соціальні та економічні завдання медичного страхування

Джерело: складено автором

Н. Нагайчук визначає медичне страхування як систему економічних відносин між страховиком, страховиком та іншими суб'єктами страхування, в яких застрахована особа, сплачуючи страховий внесок, забезпечує собі або іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної допомоги, опіку (послуги) у разі виникнення страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або його

виплату, а страховик формує та ефективно використовує страхові резерви та фінансує заходи, для запобігання або зменшення негативних наслідків страхування та для представлення та захисту інтересів. застрахованих осіб у сфері охорони здоров'я (послуг)» [60].

В табл. 1.1 узагальнено підходи науковців до визначення поняття «медичне страхування», а також визначення, наведене в законодавчих актах.

Очевидно, що в науковій літературі досі немає однозначного тлумачення сутності медичного страхування. Причому багато визначень залежать від конкретних проблем дослідження і можуть бути згруповані таким чином: медичне страхування – це вид соціального страхування; вид діяльності; галузь економіки; сукупність відносин (соціальних, економічних, майнових, грошових, соціальних, перерозподільних); звід законів; спосіб відшкодування шкоди; процеси формування цільових фондів та використання ресурсів; Необхідний елемент соціально-економічної системи.

Медичне страхування має об'єкт, предмет і предмет страхової діяльності.

Г. С. Михайловська суб'єктом медичного страхування, незалежно від форми його здійснення, є «майнові інтереси, пов'язані з порушенням стану здоров'я застрахованої особи, а саме витрати на медичну допомогу або медичні послуги внаслідок хвороби та інвалідності застрахованої особи. застрахована особа»[58]. На думку вченого, об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян.

Щодо суб'єктів медичного страхування науковці висловлюють різні точки зору, зокрема Н. С. Михайловська вважає, що до них слід віднести: 1) страховика; 2) страхувальник; 3) органи державної влади та місцевого самоврядування; 4) застрахована особа; 5) Медичні установи; 6) сімейні лікарі; 7) Допомагаючі організації [58].

В. Д. Базилевич [16] та Д. Д. Третяк [83] включають до складу суб'єктів медичного страхування лише страховика, страхувальника, застраховану особу та медичні заклади.

Таблиця 1.1

Підходи до визначення поняття «медичне страхування»

Автор/ джерело	Визначення
Закон України «Про страхування» [8]	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) і доходів від розміщення коштів цих фондів. медичне, як пов'язане з майновими інтересами захисту життя, здоров'я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування
Господарський кодекс України [2]	діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їхніх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів
Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [5]	вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою «систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, ... та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом
Ахвледіані Ю. Т. і Шахов В. В. [80]	сукупність видів страхування на випадок втрати здоров'я через хворобу або нещасний випадок, що передбачають обов'язки страховика зі здійснення страхових виплат, які компенсують додаткові витрати застрахованого, викликані зверненням до медичної установи за медичними послугами, включеними в програму страхування
Базилевич В.Д. [16]	форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів
Внукова Н. М. [82]	форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування
Вовчак О.Д. [26]	За призначенням медичне страхування – це захист інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я
Волохова Л. Ф. і Остапенко Д. О. [27]	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку

Продовження табл. 1.1.

Вороніна О.О. [28]	надання громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів
Григораш Т. і Кіріченко Ю. [29]	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку
Губар О. [32]	елемент соціального страхування та важливий вид соціальних гарантій. Медичне страхування – невід'ємний компонент ринкової економіки та засіб реалізації принципів ринку в галузі
Нагайчук Н. [60]	система економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими суб'єктами страхових відносин, за яких страхувальник сплатою страхової премії забезпечує собі чи іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або її оплати, а страховик формує та ефективно розміщує страхові резерви і здійснює фінансування заходів, спрямованих на попередження страхового випадку або зменшення негативних його наслідків та представляє і захищає інтереси застрахованих у відносинах із надавачем медичної допомоги (послуги)
Орланюк-Маліцька Л. О. [79]	сукупність видів особистого страхування, які передбачають компенсацію матеріальних втрат і витрат застрахованих осіб, пов'язаних із відновленням здоров'я
Стецюк Т. [77]	система економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із втратою здоров'я
Третяк Д. Д. [83]	одна з форм соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я, сутність якої полягає в гарантуванні оплати послуг медичного характеру, отриманих застрахованою особою, за рахунок акумульованих страхових коштів
Хомініч І. П. [81]	вид страхування, що містить широкий перелік покриттів, які поширюються практично на будь-які види витрат, пов'язаних з амбулаторним або стаціонарним лікуванням, а також зі супутніми послугами, наданими застрахованій особі
Шихов О. К. [90]	сукупність страхових відносин, які передбачають, відповідно до закону і договору (правил) страхування, обов'язки страховика щодо організації та повної або часткової оплати вартості медичної допомоги, наданої застрахованій особі при настанні страхового випадку

Джерело: складено автором

Вважаємо, що доцільно класифікувати суб'єкти медичного страхування за прикладом на основні, додаткові та контролюючі (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Суб'єкти медичного страхування.

Джерело: складено автором.

Слід зазначити, що медичне страхування поєднує в собі як економічну, так і соціальну функції. До економічних належать фінансування охорони здоров'я, захист доходів громадян, перерозподіл коштів на медичні послуги, посилення конкуренції між закладами охорони здоров'я та їх зацікавленість у наданні якісних медичних послуг. До соціальних функцій медичного страхування можна віднести надання медичної допомоги громадянам; розвиток медичних послуг; вдосконалення ринку медичних послуг; підвищення економічної зацікавленості громадян в охороні здоров'я [28].

Медичне страхування класифікується по-різному. Так, за формою участі застрахованих медичне страхування поділяється на індивідуальне та колективне. За принципом управління остання поділяється на централізовану, децентралізовану та змішану форми. Фінансування системи медичного

страхування має бюджетну, соціальну, приватну та змішану форми. За формою медичне страхування буває обов'язковим і добровільним [8].

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є невід'ємною частиною системи соціального страхування і здійснюється на умовах і в порядку, передбачених законодавством країни, згідно з правилами та базовою програмою обов'язкового медичного страхування, затвердженими Урядом [5].

Добровільне медичне страхування (ДМС) — вид особистого комерційного страхування, заснований на принципі страхової еквівалентності. Тобто за договором добровільного медичного страхування страхувальник отримує лише ті види медичних послуг і в обсязі, що покриває сплачений внесок. Добровільне медичне страхування є мінімумом, який регулюється державою, зокрема, Законом України «Про страхування» передбачено, що здійснення обов'язкових видів страхування, не передбачених цим законом, забороняється [77].

Добровільні та обов'язкові медичні послуги мають як спільні, так і відмінні риси. Наприклад, суттєвими відмінностями в системі добровільного медичного страхування є визначення страхового внеску, який може використовуватися лише в медичних цілях, і деякі обмеження ролі держави, яка в рамках обов'язкового медичного страхування визначає перелік основних видів страхування. допомоги, кількості застрахованих, розміру страхового внеску, встановлює правила взаємодії всіх сторін, здійснює моніторинг фінансових потоків і т.д. Водночас ці питання не регулюються добровільним медичним страхуванням. Основною особливістю обов'язкового медичного страхування є те, що форма страхування координується державними структурами і характеризується неприбутковістю. Страхові внески, які сплачують громадяни та юридичні особи, мають форму податку, тому стабільні — відповідно до встановлених розмірів і в обумовлений час, рівень страхового захисту однаковий для всіх застрахованих [7].

Інші, іноді протилежні, характеристики має добровільна форма медичного страхування: держава не координує істотно, страхові платежі сплачують застраховані особи добровільно, відповідно до договору страхові організації

отримують прибуток, але він не є стабільним. Основною причиною запровадження ДМС було обмеження рівня послуг та умов догляду за програмою ОМС.

Поряд з відмінностями між добровільним і обов'язковим медичним страхуванням є спільні риси. Зокрема, останні можуть мати однакову економічну та правову природу, а також мету реалізації, що свідчить про необхідність застосування останніх у державі у вигляді паралельних систем захисту майнових інтересів зацікавлених осіб у разі страхових випадків.

В умовах відсутності нормативно-правової бази, необхідної для запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, добровільне медичне страхування відіграє допоміжну роль у наданні медичної допомоги населенню, а також є доповненням до обов'язкового.

У результаті дослідження причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та провідними ризиками, що впливають на нього, виділено основні групи факторів ризику за критерієм пріоритетності впливу: соціально-економічні показники розвитку економіки; Гігієна навколишнього середовища; рівень розвитку охорони здоров'я та ризику, пов'язані із захворюваністю та смертністю від окремих захворювань.

1.2. Проблеми фінансування медичного страхування в Україні

До останнього часу реформи обходили систему охорони здоров'я, система її фінансового забезпечення перебуває у глибокій кризі, з нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низькою часткою видатків на охорону здоров'я у ВВП [49]. Низька ефективність фінансування галузі охорони здоров'я зумовлена невідповідністю офіційних джерел фінансування потребам. Це явище сприяє корупції та тіньовій економіці.

У 2020 році фінансування галузі охорони здоров'я України становило 8,2 млрд. грн. У 2021 році – 7,4 млрд. грн. У 2022 році рівень фінансування системи охорони здоров'я України за рахунок держави досяг максимуму за останні три роки – 10 млрд. грн. [24]. Джерелом цих коштів є податки та внески на соціальне

страхування. Водночас, за неофіційними даними, стільки ж громадяни сплачують готівкою при зверненні до медичних установ у зв'язку з необхідністю «доплатити» за послуги, які задекларовані як безкоштовні (за ліки, матеріали, консультації лікарів). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна входить до числа країн світу, де медицина фінансується безпосередньо з приватних джерел, такі доплати складають близько 49% усіх витрат на галузь [67].

Друга проблема – неефективний розподіл фінансових ресурсів у галузі, що призводить до низького рівня якості медичної допомоги. Бюджетні кошти виділяються через МОЗ за принципом «підтримки» існуючої мережі лікарень відповідно до їх потреб, які визначаються потужністю самого закладу (кількістю ліжок), а не якістю медичної допомоги, послуг, що надаються ними. Так, згідно з дослідженнями спеціалістів, майже 70% коштів, що виділяються з бюджету, йдуть на заробітну плату лікарів та комунальні платежі медичних установ, лише 12% – на забезпечення потреб пацієнтів [44]. При цьому рівень оплати праці лікарів не залежить від якості та обсягу їх роботи, тому залишається одним із найнижчих в економіці. Залежність фінансування лікарень від кількості ліжок призводить до ситуацій, коли лікарі намагаються довше утримати пацієнта в лікарні.

Медичні заклади, які фінансуються державою і мають статус неприбуткових організацій, не мають можливості оновлювати матеріально-технічну базу, накопичувати ліки та підвищувати оплату праці медичного персоналу. Це призводить до нижчої якості, вищої вартості та антиконкурентної поведінки. Бувають випадки, коли пацієнтам дають невиправдано дорогі ліки з дешевшими або непотрібними альтернативами. У таких акціях зацікавлені фармацевтичні компанії. За таких умов для медичних закладів стає неможливо співпрацювати зі страховими компаніями, які вимагають тотального обліку всіх витрат.

Третя – відсутність фінансових можливостей і небажання самих роботодавців страхувати своїх працівників. На підтвердження цієї тези

вітчизняні експерти страхової галузі наводять такі факти. За даними дослідження влітку 2015 року, з початком кризи більшість роботодавців в Україні почали скорочувати бюджет на персонал і економити на соціальних програмах, особливо на корпоративному медичному страхуванні. За даними опитування, 35% співробітників стверджують, що їхні компанії не піклуються про здоров'я співробітників, 20% – забезпечують нормальний робочий день, 5% – користуються спортивними абонементом, 4% – обідами, 3% – дисконтними ваучерами, 14% – поліси медичного страхування [44]. Зниження платоспроможності населення призводить до припинення діючих договорів страхування, з одного боку, та небажання страховиків обслуговувати критично збиткових клієнтів, з іншого. Подорожчання ліків призводить до того, що деякі страхові продукти, які не мають лімітів на ліки, стають збитковими, а фактичне підвищення страхових тарифів викликає відтік клієнтів.

Четверта проблема – слабкість фінансової підтримки з боку держави, що проявляється у суперечливому податковому законодавстві, високому податковому навантаженні та зарегульованості діяльності страховиків, застарілій системі фінансування медичних закладів, їх технологічній та матеріальній відсталості, відсутності преференцій та податкових пільг для страховиків. запровадження медичного страхування.

П'ята проблема – низький рівень ефективності медицини, що проявляється в її слабкій та нерозвиненій первинній ланці, яка є основою медичної допомоги в розвинених країнах. Медична допомога надається переважно на вторинному рівні, тоді як третинний рівень (спеціалізований) характеризується низькою ефективністю (зокрема хірургічних операцій) та низькою місткістю лікарень (ліжко-місць) порівняно з країнами ЄС.

Значною мірою система медичного страхування здатна вирішити ці фінансові проблеми шляхом:

Зміни у розподілі коштів – фінансування буде забезпечено фактичною послугою належної якості та в повному обсязі. Це спонукатиме постачальників

медичних послуг покращувати якість послуг, що призведе до підвищення конкурентоспроможності та доходів;

Підвищення фінансової спроможності населення користуватися якісними медичними послугами та відповідне підвищення рівня задоволеності цим видом послуг, оскільки страхування розширює можливості вибору закладу, який найкраще відповідає їхнім потребам. Саме страхова компанія зацікавлена в тому, щоб клієнти направлялися в найкращі лікарні. Це призведе до певного перерозподілу потоків пацієнтів і закладів та посилення конкуренції між лікувальними закладами;

Поліпшення співвідношення «ціна-якість» на медичні послуги, оскільки у випадку хвороби клієнта страхова компанія буде контролювати вартість медичних послуг. Для цього в страхових компаніях працюють експерти, які контролюють якість наданих послуг, доцільність призначення лікарських засобів та проведення маніпуляцій відповідно до затверджених медичних протоколів;

Сьогодні серед західних страхових компаній діють гнучкі знижки для здорових клієнтів. Українські страхові компанії також запроваджують бонусні системи під час страхування осіб, які рідко хворіють або не звертаються за медичною допомогою протягом страхового періоду.

Крім переваг медичного страхування, існує ще ряд труднощів і перешкод. Проблеми містяться в площині діяльності страховиків. У цьому полягає специфіка медичного страхування, яке є достатньо технологічним і водночас має високу збитковість. За даними Нацфондслужби, рівень виплат за цим видом страхування становить 70%, частка виплат у загальній сумі виплат на ринку досягла 22% і за останні п'ять років зросла на 2% [61]. Крім того, розвиток медичного страхування в Україні гальмується недостатньою підготовкою спеціалістів із медичного страхування, низьким рівнем заробітної плати та премій, недостатньою поінформованістю населення про переваги та недоліки медичного страхування.

Ці проблеми значною мірою пов'язані з недоліками системи фінансування медичного страхування, тому її розвиток має відбуватися насамперед за рахунок

збільшення фінансування. В Україні система охорони здоров'я фінансується за рахунок сплати загальних податків (донедавна переважно за рахунок податку на доходи фізичних осіб). Такий підхід до фінансування існує також у Великій Британії, Канаді та Австралії. У більшості європейських країн, а також у США фінансування системи охорони здоров'я базується на адресному податку, тобто на обов'язковому медичному страхуванні [20].

Вивчення досвіду фахівців зарубіжних країн дало змогу проаналізувати різноманітні підходи до фінансування системи охорони здоров'я та визначити найбільш прийнятний для України. У табл. 1.1 основні характеристики різних підходів до фінансування представлені з точки зору справедливості та ефективності.

Тому, з точки зору збільшення фінансування та на основі найкращого поєднання справедливості та ефективності, доцільно запроваджувати обов'язкове медичне страхування разом із розвитком добровільного, оскільки використання лише загального медичного страхування означає зміну (доповнення) фінансування із загальних податків на цільові. Це не може вирішити проблему низької ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Слід також підкреслити, що на сучасному етапі розвитку України існують певні ризики запровадження медичного страхування, а саме:

складна економічна та політична ситуація, яка обмежує доступ до додаткових джерел фінансування, не дозволяє Кабінету Міністрів виконувати свої зобов'язання щодо фінансування галузі охорони здоров'я та субсидування страхових внесків;

необхідність створення єдиного реєстру пацієнтів для визначення гарантованого обсягу медичних послуг за бюджетні кошти, розроблення методики визначення вартості медичних послуг, оптимізації ліжкового фонду, навчання персоналу лікарень оцінці їх структури витрат, що є база для розрахунку вартості медичних послуг. Таку аналітичну роботу проводять не більше 10% усіх лікарень в Україні [20];

Таблиця 1.1

Характеристика різних підходів до фінансування охорони здоров'я

Метод фінансування	Об'єднання ризиків	Дотримання принципу «справедливість»	Дотримання принципу «ефективність»
Бюджетне фінансування (за рахунок загальних податків)	Найширше об'єднання ризиків	Найбільш справедлива	Неефективна
Соціальне страхування (обов'язкове)	У межах групи населення, покритого страховкою	Може перерозподіляти вигоди серед включеного населення	Помірна / хороша ефективність
Добровільне страхування			Неефективне через високі адміністративні видатки
– групове	У межах групи	Може перерозподіляти вигоди серед включеного населення	
– індивідуальне	У межах віку/статі	Менш справедлива	
Фінансування за рахунок окремої спільноти	У межах спільноти	Може перерозподіляти вигоди серед включеного населення	Помірна ефективність
Індивідуальні платежі	Немає об'єднання ризиків	Найменш справедлива	Найбільш ефективна

Запровадження обов'язкового медичного страхування – це фактично пошук додаткового джерела фінансування існуючої неефективної системи охорони здоров'я, а не зміна самої системи. Вливання коштів у неефективну систему є недоцільним і може призвести до марної витрати коштів;

Підвищення ставки єдиного соціального внеску (ЄВВ), яка вже є вищою за середню в країнах ЄС, що призводить до тіньової виплати зарплати, з чим бореться уряд України.

Наявність цих ризиків означає, що починати потрібно не з пошуку додаткового фінансування існуючої неефективної системи охорони здоров'я, а зі зміни підходів до фінансування закладів охорони здоров'я та принципів розподілу коштів. Має бути побудована ефективна система медичного обслуговування громадян України, яка базується на поєднанні державної соціальної системи охорони здоров'я та системи державного медичного страхування, крім того, створено умови для розвитку добровільного медичного

страхування, яке має відігравати додаткову роль у фінансуванні системи охорони здоров'я. У світовій практиці остання забезпечує до 5-7 відсотків загального фінансування охорони здоров'я. Добровільне медичне страхування може охоплювати, зокрема:

додаткові медичні послуги (не входять до переліку окремих основних послуг);

додаткові послуги (наприклад, співфінансування ліків, стоматологічних послуг, оптики тощо);

взаємозамінні послуги (такі або подібні послуги для заможних людей або окремих професійних груп).

Для впровадження системи медичного страхування необхідно вжити низку заходів. Перш за все, на законодавчому рівні треба змінити ст. 49 Конституції України щодо «безоплатної медицини». Під час кризи держава може фінансувати лише певні стратегічні програми, такі як інсулін, вакцинація дітей, ведення вагітності та пологів, невідкладна допомога, лікування раку, бідних та інвалідів. Інші медичні послуги повинні покриватися страхуванням. Отже, слід проводити чітке розмежування між тими предметами, які підлягають державній безпеці, і тими, які охоплюються страхуванням.

Необхідно усунути суперечності в законодавчій базі, зокрема прийняти профільний закон, розроблений за участю фахівців у сфері охорони здоров'я та страхування, який би сприяв розвитку медичного страхування та вдосконаленню діяльності страхових компаній, Також розроблено та затверджено податкову політику та державний нагляд у цій сфері, захист інтересів пацієнтів, Стандарти надання медичної допомоги та створено єдину систему ціноутворення на медичні послуги.

Необхідно визначити перелік основних медичних послуг, які надаватимуть заклади охорони здоров'я застрахованим за загальнообов'язковим медичним страхуванням, та розрахувати їх вартість. Оптимально ця вартість єдина на території всієї України, але може залежати від медичного закладу. Решта

медичних послуг має покриватися схемами добровільного медичного страхування.

Для розвитку медичного страхування держава має запровадити дієвий механізм стимулювання через прямі та непрямі субсидії. Прямий грант надає підприємствам податкові стимули для придбання пакетів медичного страхування для своїх працівників, а страхові виплати не оподатковуються. Непряма дотація може бути пов'язана зі зміною фінансування закладів охорони здоров'я – з оплати їх утримання на оплату обсягу медичної допомоги пацієнтам. У цьому контексті лікувальним закладам слід надати повноважень, скасувати їх статус некомерційних організацій і отримати можливість надавати населенню обов'язковий стандартизований пакет медичних послуг за фіксованою вартістю, іншими словами, дозволити охорону здоров'я. установам отримати офіційний дохід без корупційних схем, а також налагодити систему відбору страховиків, так звану акредитацію страхових компаній для здійснення обов'язкового медичного страхування.

Ми приєднуємося до думки Гришана, що з огляду на проблеми Пенсійного фонду України недоцільно створювати Лікарняну касу, до якої, за оцінками експертів, сховається щонайменше від 50 до 70 млрд. грн. [30]. Проте потрібен процесинговий центр, який буде вести облік усіх коштів, отриманих страхувальниками від страховиків. Для здійснення нагляду за системою медичного страхування також потрібен уповноважений орган (Національне агентство охорони здоров'я), який підпорядковуватиметься Кабінету Міністрів і виконуватиме регулятивні та наглядові функції: вирішувати економічні питання, розробляти та затверджувати в Кабінеті управління майном. міністрів програму реформ із запровадження медичного страхування. .

Такий комплексний підхід розширить можливості фінансування розвитку медичного страхування в Україні, стимулюватиме медичні заклади до підвищення якості медичних послуг, а держава отримає зменшення витрат на утримання мережі медичних закладів, люди – якість медичні послуги, а страховики – можливість розвитку.

1.3. Систем медичного страхування в зарубіжних країнах

Медичне страхування як елемент соціального страхування працівників - це сукупність правових, економічних та організаційних відносин щодо захисту інтересів працівників у разі хвороби або втрати працездатності за рахунок грошових коштів, що утворюються шляхом сплати роботодавцями та працівниками пропорційно страхових внесків. Доходи від розміщення та використання отриманих коштів в інвестиційних проектах

У цьому контексті медичне страхування має поширюватися на всіх працівників на умовах трудового договору; джерелами формування фонду обов'язкового медичного страхування є внески роботодавців і працівників; Участь держави у формуванні фонду не передбачається; у процесі такого страхування виникає солідарна взаємодопомога, зв'язок між страховими внесками та майбутніми страховими виплатами.

У розвинених країнах успішно застосовується принцип переорієнтації лікувальних служб на ранню діагностику та профілактику. Ці заходи знижують загальну захворюваність, тяжкість захворювання, рівень інвалідності і, як наслідок, вартість лікування. Доведено, що лікування захворювань на ранніх стадіях в кілька разів дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості, і в десятки разів дешевше, ніж лікування важких і хронічних захворювань. У сформованих системах охорони здоров'я західних країн, незважаючи на фінансові можливості, у багато десятків разів більші, ніж в Україні, 80% обсягу медичних послуг припадає на лікарів загальної практики і лише 20% – на дорогих вузьких спеціалістів. Частка допомоги, яку надають медичні сестри, досить висока. Часткове покриття медичних витрат самими пацієнтами стримує непотрібні витрати.

Перспективним механізмом стримування витрат на підтримку якості медичної допомоги є перехід від фінансування наданих послуг до фінансування за стандартами. Цей механізм спонукає заклади охорони здоров'я стежити за станом здоров'я застрахованих, а в разі потреби – надавати її своєчасно та належним чином.

Розумна конкуренція завжди сприяє підвищенню якості послуг. ВООЗ рекомендує використовувати її принципи, оскільки баланс державної монополії та надмірного регулювання відрізняється від країни до країни з приватними страховими компаніями. Оптимальна конкуренція означає, що страховики докладають усіх зусиль, щоб надати краще обслуговування за найнижчою ціною. Надмірна конкуренція, з іншого боку, коштує дорого, оскільки необхідні витрати на рекламу, іноді за рахунок якості.

В умовах регіональної монополії страховик має змогу надавати медичну допомогу за мінімальними цінами, оскільки він укладає договори лише з одним платником, а єдиний платник забезпечує безперервність та координацію медичної допомоги на місцевому рівні, однак за умови, що стимул працює - бути уважним покупцем медичного обслуговування. Для цього, з одного боку, необхідно передбачити законодавчі стимули, а з іншого – забезпечити, щоб замовник медичних послуг діяв в інтересах суспільства.

Останнім часом у сфері охорони здоров'я України спостерігається позитивна динаміка щодо зниження чутливих до якості медичної допомоги показників, таких як дитяча та материнська смертність. В цілому по Україні вона знизилася, а народжуваність повільно зростає. Істотно поліпшилося медичне забезпечення хворих на ВІЛ/Снід і туберкульоз. Ці позитивні тенденції є результатом останніх структурних змін у Міністерстві охорони здоров'я. Для досягнення результатів необхідно законодавчо закріпити зміни в структурі фінансового забезпечення галузі. Паралельно із запровадженням загальнообов'язкового державного медичного страхування (далі – ОМС) слід суттєво реформувати структуру охорони здоров'я, оскільки нові фінансові механізми не будуть ефективно працювати в старій системі економічних відносин. Консервативне управління медичними закладами буде перешкоджати прогресивним страхуванням.

Лікарям потрібно платити за обсяг і якість наданої медичної допомоги. Обов'язкове медичне страхування по суті є податком, а бюджетні кошти, на жаль, створюють ілюзію, що виділені кошти не потрібно заробляти. Таким чином,

інженерія вартості та механізми контролю витрат повинні відповідати іншим критеріям, які заохочують медичний персонал надавати якісну допомогу, надаючи пріоритет профілактиці захворювань.

Перехід до медичного страхування відображає ідеологічні зміни в державі, перехід від адміністративно-командної системи до ринкової економіки. Зокрема, вони сприяють балансу між попитом і пропозицією, а також створюють ефективність і інтерес серед виробників послуг. Але вільний ринок – не панацея. Ринкові відносини мають позитивний ефект лише за умови суворого дотримання законів, відсутності офіційного диктату та корупції, дотримання прав приватної власності та економічної стабільності. Вільний ринок мало підходить для регулювання охорони здоров'я в нашому психічному середовищі.

При створенні законодавчих актів слід враховувати, що існує необхідність суттєво змінити надмірну структуру управління лікарнями, інакше дублювання їх функцій страховим фондом вимагатиме не лише зайвих витрат на утримання апарату, а й створить дисонанс у творчості потрібного союзу. Необхідно визначити мінімальні гарантовані медичні послуги, розробити вітчизняні стандарти лікування та тарифи на послуги.

Усвідомлення необхідності переходу від принципу загальнодоступності безоплатної медичної допомоги до вищого рівня та обсягу медичної допомоги, але в жорстких фінансових рамках, ще довго буде гальмом реформ. Змінити менталітет українців можна було лише через копітку роботу спеціалістів та ЗМІ. Дивно, але в той час як найвищий законодавчий орган обговорює кроки для вирішення першочергових потреб людей, засоби масової інформації були дуже стриманими у своєму висвітленні. З думкою самих людей, медичних працівників, а також думкою українських роботодавців як основних наповнювачів бюджету страхових коштів ми якось не враховуємо.

Впровадження ОДМС до єдиного соціального податку є найбільш прийнятним механізмом переходу від бюджетної до бюджетно-страхової системи фінансування галузі. Фінансування соціально значущих програм охорони здоров'я, включаючи психіатричну, наркологічну, ендокринологічну,

онкологічну, інфекційну та туберкульозну послуги; Держава має забезпечити громадян пільговими ліками. Однак справжня реформа охорони здоров'я стане можливою лише після запровадження ОДМС і залежатиме від низки фінансових, управлінських та ментальних змін у суспільстві.

В економіці охорони здоров'я страхування відіграє важливу роль майже в усіх розвинених країнах. Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої держави. У розвинених країнах Західної Європи, Америки, Австралії, Японії десятиліттями сформувався і діє організаційно-економічний механізм медичного страхування, що переконливо доводить практичність цієї форми організації медичного обслуговування.

Сьогодні в Україні точаться жваві дискусії щодо переходу на той чи інший вид фінансування. Невизначеність переходу на новий рівень фінансування медичного страхування та відсутність згоди між різними учасниками ринку зумовили необхідність розгляду зарубіжного досвіду провідних країн світу у сфері медичного страхування.

Основними видами фінансування охорони здоров'я є державне (обов'язкове), добровільне та змішане. Ці види не використовуються як поодинокі в жодній країні світу, хоча деякі є домінуючими.

У жодній групі країн із порівнянним рівнем розвитку немає прямого зв'язку між вартістю медичної допомоги та здоров'ям населення. Першу сімку країн за основними показниками здоров'я (тривалість життя, дитяча смертність та ряд інших) складають: Японія, Німеччина, США, Великобританія, Франція, Канада, Нідерланди.

Японія посідає перше та останнє місця за витратами на охорону здоров'я у відсотках від ВВП та наявністю лікарів. США займають перше місце, але найгірші показники дитячої смертності та середньої тривалості життя чоловіків. Отже, можна зробити висновок, що якщо країна подолала бідність, то готової відповіді на питання: чи потрібно витрачати на медицину більше, ніж уже витрачено, немає [2].

У США немає обов'язкового медичного страхування для всього населення. Витрати на лікування, що покриваються приватними страховими компаніями та державою, наприкінці 90-х років. ст. Вважається, що 70% загальних медичних витрат населення, що дорівнює 440 мільярдам доларів. Більше 30 відсотків цієї суми припадає на приватні страхові компанії.

Системи охорони здоров'я західноєвропейських країн традиційно поділяють на дві групи: створені за моделлю «Беверіджа» та моделі «Бісмарка». Першу систему (так звану бюджетну) запропонував В. Беверідж у 1942 р. у Великій Британії. Система полягає в тому, що охорона здоров'я доступна для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового податку. Медичний персонал отримує оплату відповідно до кількості прийнятих пацієнтів. Ця система поширена в багатьох розвинених країнах і була запроваджена в Данії, Фінляндії, Ірландії, Швеції та інших країнах. До його переваг можна віднести загальнодоступність медичного обслуговування, контроль державою витрат, справедливність у розподілі коштів.

Друга система базувалася на німецькому соціальному законодавстві А. Бісмарка. Відповідно до нього медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств до спеціальних фондів, створених за професійним або територіальним принципом. Застрахованим населенням у системі загальнообов'язкового медичного страхування є підприємства, установи та організації. Цими коштами розпоряджаються представники страховальників.

Громадяни, які не охоплені таким медичним страхуванням, або охоплені різними державними соціальними програмами, або застраховані приватними страховими компаніями. Ця система найбільш поширена у Франції, Німеччині та Швейцарії [1].

Німеччина має найдовшу історію медичного страхування. Характеризується подвійною системою медичного страхування за участю як приватних, так і державних організацій. Існує два види страхування: обов'язкове (державне) і добровільне (приватне) медичне страхування. Витрати на охорону

здоров'я в Німеччині постійно зростають і становлять близько 10,6% ВВП, або 2840 євро на людину.

Сьогодні в Німеччині медичне страхування здійснюється через державні фонди медичного страхування, побудовані в основному за територіальним принципом і частково за професійним або промисловим принципом. Близько 90 відсотків населення застраховані в державних лікарнях. Страхові внески розподіляються приблизно порівну між роботодавцем і працівником, становлячи 12-14 відсотків від зарплати працівника до оподаткування. При нарахуванні внесків лише перші 63 тис. євро річного доходу працівника, а для східних земель – 52,8 тис. євро. Непрацюючі члени сім'ї зазвичай автоматично страхуються безкоштовно. Набір послуг, які відшкодовує Медична каса, включає певний перелік необхідних медичних послуг і не залежить від внесків особи.

Менше 10 відсотків населення Німеччини мають приватне медичне страхування і не роблять внески до державних фондів охорони здоров'я. Право на страхування мають особи з річним доходом понад 47 250 євро. Цей кордон щорічно переглядається Урядом.

Внески в даному випадку залежать від обраного набору послуг, віку, стану здоров'я, сфери діяльності тощо. Приватне медичне страхування може отримати кращий і повний перелік медичних послуг, але страхова компанія відшкодовує лише після їх фактичного надання та оплачує страхувальник. Приватне страхування не завжди дорожче державного, оскільки є можливість придбати мінімально необхідний набір послуг. Близько 0,3% населення не має медичного страхування.

Перевагами німецької моделі медичного страхування є те, що держава гарантує громадянам високий рівень медичного обслуговування незалежно від їх фінансових можливостей; максимальне охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням; Висока вартість фінансування галузі охорони здоров'я в країні в цілому; сприяння профілактичним оглядам і профілактичному лікуванню державними фондами охорони здоров'я; і значне державне

фінансування медичних досліджень; Медичні школи та клініки при них [5, с. 901-1000].

Незважаючи на те, що німецька система медичного страхування має низку переваг, необхідно відзначити її недоліки, на які варто звернути увагу при розробці моделі медичного страхування для України.

По-перше, спостерігалось постійне зростання внесків на медичне страхування, які зараз становлять приблизно 13,4 відсотка заробітної плати до оподаткування. Наразі прогнозується подальше зростання цього показника. Перш за все, це пов'язано з погіршенням демографічної ситуації в країні.

По-друге, значно зросли організаційні витрати системи охорони здоров'я. У лікарняних касах вони становлять приблизно 5 відсотків внесків. Ставка на одну застраховану особу в 1992 році становила 106 євро, а в 2005 році – 159 євро. Це свідчить про неефективну організацію медичного фонду [78, с. 91-100]. Крім того, мережа посередників збирає та накопичує медичні рахунки та перераховує їх до лікарняних кас, створює додаткові витрати.

По-третє, державні фонди охорони здоров'я здійснюють обмежений моніторинг обсягу та якості наданих медичних послуг. Медичні рахунки збираються та накопичуються посередницькими організаціями, а потім передаються до лікарняних кас. За таких обставин лікарняні каси не спілкуються безпосередньо з пацієнтами і тому не контролюють кількість та якість наданих послуг. З іншого боку, ця анонімність і перевага такої системи охорони здоров'я. Лікарняна каса не може обмежувати обсяг медичних послуг, необхідних застрахованим з метою економії. Крім того, наразі в Німеччині немає єдиного перевізника, який збирав би всю інформацію про стан здоров'я людини.

По-четверте, лікарняні каси не накопичують страхові внески, не мають можливості займатися інвестиційною діяльністю та не мають доходу від розміщення зібраних коштів.

По-п'яте, перелік гарантованих медичних послуг за обов'язковим медичним страхуванням постійно скорочується. Сьогодні це стосується ряду стоматологічних послуг, придбання окулярів та контактних лінз тощо. Також

існує проблема черг до окремих лікарів, а на деякі операції доводиться чекати майже півроку [78, с. 91-100].

На відміну від німецької моделі, французька модель медичного страхування має централізовану форму адміністрування. Існує загальна схема страхування на випадок хвороби, яка охоплює близько 80 відсотків населення. Система обов'язкового медичного страхування регулюється Законом «Про медичне страхування та фінансування охорони здоров'я», який передбачає сплату страхових сум як працівниками, так і роботодавцями. Роботодавці платять 12,5 відсотка, а працівники – 7 відсотків.

Систему медичного страхування очолює Національний фонд страхування (Фонд страхування працівників), який контролюється Міністерством соціальних справ і праці. Національна каса медичного страхування відповідає за визначення розміру допомоги та внесків, загальний нагляд за фондами медичного страхування та якістю та вартістю медичного обслуговування. Він має регіональні офіси, кожен з яких відповідає за страхування в певному регіоні і не конкурує з іншими. Страхування в касах здійснюється за територіальним принципом. Клієнти практично позбавлені права вибору страхової організації. Держава повинна забезпечити низьку вартість ліків [56].

Окрім страхових фондів, у Франції існує багато компаній взаємного страхування, які надають додаткове покриття до обов'язкового страхування, наприклад, ліки та стоматологічну допомогу. Ці товариства роблять внески в оплату рахунків своїх членів до Фондів первинного страхування, деякі з яких пропонують членам допомогу по догляду за старістю. Діяльність товариств взаємодопомоги координує державна федерація. Франція також має розвинену мережу приватних страхових компаній [89].

Спільними для німецької та французької моделей є обов'язковість страхування, доступність для всього населення незалежно від ступеня ризику, використання сучасних технологій, соціальна солідарність, участь держави у вартості лікування. та ліки.

У Сполученому Королівстві існує система державного фінансування охорони здоров'я, результатом якої є високо централізована система охорони здоров'я. Основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз. Централізоване фінансування допомагає стримувати витрати на лікування.

Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є збір податків, які складають 90 відсотків бюджету охорони здоров'я. Лише 7,5 відсотка оплачує роботодавець. Таким чином, національна система охорони здоров'я практично фінансується платниками податків і державою на охорону здоров'я.

Приватне медичне страхування у Великій Британії охоплює лише сфери охорони здоров'я, які не покриваються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення[56].

Основним принципом приватного страхування є доповнення системи державного здоров'я. Покриваються лише ті ризики, які не покриває НСЗУ. З огляду на високий рівень розвитку Національної служби здоров'я, обсяг приватного медичного страхування досить обмежений, охоплюючи лише платну частину медичної допомоги як у комерційних медичних установах, так і в лікарнях NHS.

Тенденція до монополізації, нехтування правами пацієнтів та відсутність вибору лікаря та лікувального закладу є суттєвими недоліками бюджету охорони здоров'я.

Уряд Сполученого Королівства пропонує заохочувати національну систему охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичної допомоги шляхом посилення конкуренції між видами медичної допомоги, що надається. Запроваджено розподіл відповідальності за надання та управління медичною допомогою [89].

Розгляд різноманітних схем медичного страхування в зарубіжних країнах світу дозволив визнати той факт, що кожна країна, що розглядається, має певний,

особливий вид страхування, незважаючи на те, що в Європі домінують три основні моделі медичного страхування. . Отже, висновок полягає в тому, що не існує моделі, яка б підходила всім для всіх країн. Держава має розробити, впровадити та контролювати модель медичного страхування, яка найбільше підходить громадянам. Звичайно, це не виключає можливості та необхідності його реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування дозволить країні розвиватися далі. Українська система охорони здоров'я потребує адаптації до сучасних економічних умов і нашого менталітету. Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві та галузі охорони здоров'я зокрема. Досвід країн Європейського Союзу, а також Центральної та Східної Європи показує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати як у рамках бюджетного фінансування, так і в рамках соціального медичного страхування. Якщо говорити про майбутнє, то ідеальна модель для України – бюджетна страхова медицина. Це означає, наприклад, що онкологія, СНІД, невідкладна медична допомога, допомога при пологах, охорона материнства та дитинства фінансуються з державного бюджету, а решта – з Фонду загальнообов'язкового медичного соціального страхування [59].

Визначивши основні типи фінансування охорони здоров'я в усьому світі, можна зробити висновок, що змішана форма фінансування найбільш прийнятна для більшості країн. При змішаній системі медичного страхування страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, але при цьому необхідно забезпечити доступність медичної допомоги для непрацюючих громадян та соціально незахищених верств населення. шляхом законодавчого визначення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги. Відрахування на загальнообов'язкове медичне страхування цих верств населення здійснюються з відповідних бюджетів. Державні кошти мають складати не менше 50 відсотків від загальної суми внесків. Система охорони здоров'я, побудована на основі змішаного медичного страхування, має відповідати принципам соціальної

справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

Таким чином, рівень охорони здоров'я населення залежить від ефективності фінансування цієї галузі. У країнах з різним рівнем економічного розвитку завжди були жваві дискусії. Але питання вибору найкращого фінансування охорони здоров'я залишається відкритим. Усі форми фінансування мають переваги та недоліки, але суспільство більше зацікавлене у змішаній системі.

Це забезпечує, з одного боку, необхідний рівень медичної допомоги населенню, а з іншого – формує певну зацікавленість населення у зміцненні охорони здоров'я, а також відповідальність медичних працівників за якість роботи [56].

Світовий досвід запровадження систем соціального медичного страхування свідчить про використання різноманітних фінансових інструментів для його впровадження. В Україні також активно розвиваються організаційно-економічні механізми реформування системи охорони здоров'я, в тому числі на основі запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

Накопичений десятиліттями досвід у цій сфері свідчить про високу ефективність різноманітних моделей і систем обов'язкового медичного страхування. Фундаментальні зміни в системі фінансування охорони здоров'я в Україні із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування можуть стати основою для підвищення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, доступності медичної допомоги та якості медичних послуг. Переведення частини населення із системи державного фінансування охорони здоров'я до системи загальнообов'язкового медичного страхування може сприяти формуванню нових пріоритетів розвитку галузі шляхом перерозподілу коштів.

Аналіз світового досвіду фінансування охорони здоров'я на основі загальнообов'язкового медичного страхування дає змогу визначити

альтернативні варіанти та ознаки його становлення в Україні. Зокрема, обов'язкове медичне страхування може бути основним або додатковим видом фінансування охорони здоров'я. Альтернативними видами фондів обов'язкового медичного страхування можуть бути: єдиний фонд для всього населення країни; кілька єдиних фондів, кожен з яких обслуговує населення певного регіону; фонди, які обслуговують населення одного регіону, але не конкурують між собою, або декілька конкуруючих фондів, які можуть бути державними (квазідержавними) або приватними установами.

Виходячи зі світового досвіду, можна обирати різні варіанти розміру та порядку визначення внеску на обов'язкове медичне страхування. Це можуть бути однакові ставки для всього населення або частки роботодавця та частки працівника. Допускається обмеження внесків (за категоріями платників, регіонами тощо) або додаткових внесків, не пов'язаних із заробітною платою.

Однак необхідно визначити систему передумов для перенесення економічних та інституційних заходів з арсеналу реформ одних країн у практику інших. Слід також розуміти, що системні зміни, пов'язані із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування, охоплюють підсистему фінансування охорони здоров'я, надання медичних послуг та гарантування якісної медичної допомоги. Крім того, сучасні реформи у сфері охорони здоров'я – це реформи «третього рівня», які переважно спрямовані на досягнення соціальних результатів шляхом покращення функціонування суміжних галузей економіки та соціальної сфери країни в цілому.

Досвід показує, що обов'язкове медичне страхування зазвичай використовується в країнах, де державне фінансування та управління охороною здоров'я є важливими. Вибір форми залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я та країни в цілому. Отже, кожна країна застосовує моделі фінансування охорони здоров'я відповідно до тенденцій та особливостей свого соціально-економічного розвитку. Це має бути стабільне та достатнє джерело фінансування охорони здоров'я.

За останні півтора десятиліття в Україні активізувався пошук засобів і методів впровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Зокрема, запропоновано 13 законопроектів, які в тій чи іншій мірі розглядаються. Проте детальний аналіз розробок показує, що вони не забезпечують комплексного формування умов і методів функціонування системи загальнообов'язкового медичного страхування, не дозволяють однозначно реалізувати ряд її основоположних принципів. Зокрема, не визначено алгоритм визначення страховика; перелік послуг, що фінансуються за рахунок коштів системи загальнообов'язкового медичного страхування; функції та організаційно-економічні механізми головного страховика; Перелік осіб, які підлягають включенню до такої схеми; розмір і база внесків на обов'язкове медичне страхування. В окремих законопроектах обґрунтовується доцільність розширення впливу та частки приватного медичного страхування у фінансуванні системи охорони здоров'я в цілому.

Крім того, бракує економічної взаємодії між різними етапами охорони здоров'я: первинним, вторинним і третинним рівнями; Можливість великих витрат страховиків і постачальників медичних послуг на обробку даних про надані послуги, непрозорість цього механізму.

Інституційні та соціально-економічні передумови запровадження обов'язкового медичного страхування вимагають ґрунтовного аналізу досвіду у цій сфері країн Центральної та Східної Європи. Обов'язкове медичне страхування зазвичай використовується в країнах, де здоров'я населення має важливе значення. Вибір форми медичного страхування залежить від особливостей розвитку охорони здоров'я та країни в цілому.

Принцип фінансування системи охорони здоров'я через обов'язкове медичне страхування (понад 50% частки державних витрат у загальних видатках на охорону здоров'я, близько 50% частки витрат на соціальне медичне страхування у загальних видатках на охорону здоров'я), за даними ВООЗ, домінує в таких країнах, як Німеччина (88,3%), Франція (93,4%), Австрія

(58,6%), Бельгія (88,3%), Нідерланди (88,3%), Японія(78,7%), Люксембург (77,2%), Швейцарія (72,2%).

Основними причинами переходу до страхової медицини в країнах Центральної та Східної Європи було недостатнє фінансування охорони здоров'я, збільшення кількості людей, які потребують медичної допомоги (до 60%), в умовах домінування функціонування системи охорони здоров'я. системи в країні, збільшення обсягів та вартості медичних послуг паралельно зі збільшенням кількості лікарів, дефіцит кваліфікованої медичної допомоги, підвищення рівня тінізації економіки в медичній галузі та надмірної централізації та монополізації. фінансування та управління системою охорони здоров'я.

Такі ж тенденції зараз спостерігаються і в нашій країні. Проте особливості запровадження загальнообов'язкового медичного страхування свідчать про необхідність збереження в Україні передусім державної медицини. Кризові тенденції соціально-економічного розвитку країни знижують організаційні можливості впровадження страхової моделі фінансування охорони здоров'я. Тому, на нашу думку, загальнообов'язкове соціальне медичне страхування та приватне медичне страхування можна відвести лише як допоміжні механізми фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Однак запровадження загальнообов'язкового медичного страхування є передчасним і вимагає попереднього та ретельного етапу підготовки на основі на узгоджену систему заходів.

Врахування досвіду розвитку системи охорони здоров'я зарубіжних країн дозволяє окреслити оптимістичний і песимістичний сценарії можливих наслідків зміни моделі фінансування галузі в Україні. За першим сценарієм впровадження страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні забезпечить її фінансову стійкість, створить додатковий потенціал для розвитку медичної інфраструктури, стане передумовою для підвищення рівня доходів промисловості. персоналу, а також покращення надання медичних послуг і задоволення основних потреб. населення.

Висновок до першого розділу

На підставі вивчення різних поглядів, представлених у науковій літературі, ми визначаємо медичне страхування як вид особистого страхування, що передбачає згідно із законом або договором обов'язки страховика щодо виплати, включеної до програми медичного страхування. Лікувально-профілактична допомога, що надається застрахованій особі з цільових фондів, утворених за рахунок коштів підприємств, органів влади та громадян.

Медичне страхування класифікується за різними ознаками. Як у міжнародній, так і в українській практиці існує дві основні форми медичного страхування, які характеризуються спільними та відмінними рисами: обов'язкове та добровільне медичне страхування.

Сьогодні система охорони здоров'я нашої країни перебуває не лише у фінансовій, а й інституційній кризі, спричиненій нерівномірним розподілом коштів та недостатнім рівнем медичної допомоги. Зараз система охорони здоров'я фінансується з бюджету та за рахунок населення, що є вкрай недостатнім, тому запровадження медичного страхування в Україні є невідкладним кроком. Для цього пріоритетом має бути не лише збільшення фінансування, а й покращення функціонування самої системи охорони здоров'я. Кроком до вирішення виявлених проблем у системі охорони здоров'я може стати медична реформа, зокрема запровадження обов'язкового медичного страхування.

Перехід на медичне страхування дозволить: забезпечувати фінансування лікувально-профілактичних закладів та закладів відповідно до обсягів та якості послуг, що сприятиме підвищенню оплати праці; забезпечити фінансову незалежність закладів охорони здоров'я; перехід на контрактну систему охорони здоров'я; посилення конкуренції між державними та приватними закладами охорони здоров'я; визначити перелік медичних послуг, що фінансуються державою, що створить умови для розвитку добровільного медичного страхування.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз ринку медичного страхування в Україні

Розвиток ринкових відносин в Україні сприяв формуванню вітчизняного ринку послуг медичного страхування. Сьогодні в Україні активно діє лише добровільна форма медичного страхування, що дозволило сформувати певну структуру ринку ДМС. Цей ринок можна представити як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємопов'язаних зв'язків між усіма структурними підрозділами, зокрема, органами державного страхового нагляду (Національний комітет страхових службовців), недержавними страховими об'єднаннями (асоціація «Українське медичне страхове бюро»), страховими компаніями, страхові посередники, медичні установи, служби допомоги та споживачі. Добровільне медичне страхування є одним із найбільш активно розвиваються сегментів вітчизняного страхового ринку в Україні. [59].

Протягом останніх років частка добровільного медичного страхування на страховому ринку України стабільно зростає (табл. 2.1) і у 2021 році становила 8,5 відсотка валових премій за всіма видами страхування та 10,9 відсотка валових премій за добровільними страхування (крім страхування життя). У 2014 році на ДМС припадало лише 3% страхового ринку [59].

Оскільки добровільне медичне страхування здійснюється відповідно до Закону України «Про страхування» [4] у формі «медичне страхування (безперервне медичне страхування)», «медичне страхування на випадок хвороби» та «страхування медичних витрат» . динаміка кожного типу (табл. 2.2).

Таблиця 2.1

Частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України

Показник	Рік								Відхилення 2021р. від 2014р.	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		%
1. Валові страхові премії всього, млн. грн., у т. ч.	18008,2	24008,6	20442,1	23081,7	22693,5	21508,2	28661,9	26767,3	8759,1	48,6
– добровільне медичне страхування, млн. грн.	690,5	932,6	1074,5	1252,1	1656,5	1965,2	2195,8	2265,6	1575,1	у 3,3 рази
– частка добровільного медичного страхування, %	3,8	3,9	5,3	5,4	7,3	9,1	7,7	8,5	4,7	-
2. Страхові виплати всього, млн. грн., у т. ч.:	4213,0	7050,7	6737,2	6104,6	4864,0	5151	4651,8	5065,4	852,4	20,2
– добровільне медичне страхування, млн. грн.	393,8	540,8	665,8	754,8	889,7	1062,3	1179,4	1289,1	895,3	у 3,3 рази
– частка добровільного медичного страхування, %	9,3	7,7	9,9	12,4	18,4	20,6	25,4	25,4	16,1	-
3. Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн.	15764,8	20879,3	17295,2	19402,7	18046,7	16158,7	22521,9	20772	5007,2	31,8
– частка добровільного медичного страхування, %	4,4	4,5	6,2	6,5	9,2	12,2	9,7	10,9	6,5	-
4. Страхові виплати з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн.	3876,0	6464,2	6005,0	5185,0	3708,1	4012,7	3356,9	3618,3	-257,7	-6,6
– частка добровільного медичного страхування, %	10,2	8,4	11,1	14,6	24,0	26,5	35,1	35,6	25,4	-

Таблиця 2.2

Динаміка показників основних видів добровільного медичного страхування в Україні за 2014-2021 рр.

Показник	Роки								Відхилення, %	
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021р. від 2014р.	2021р. від 2018р.
Безперервне страхування здоров'я										
1. Кількість договорів страхування, тис. од.	792,9	1602,6	992,2	1023,2	в/д	1454,9	1636,8	1314,0	65,7	28,4
2. Валові надходження страхових платежів, млн. грн.	36,2	252,3	655,3	878,1	1165,4	1322,1	1487,5	1625,4	у 44,9 рази	81,5
3. Виплати страхових сум, млн. грн.	20,4	168,7	463,1	632,9	752,4	901,0	1010,4	1108,6	у 54,3 рази	75,2
4. Рівень виплат, %	56,4	66,9	70,7	72,1	64,5	68,1	67,9	68,2	–	–
Добровільне страхування на випадок хвороби										
1. Кількість договорів страхування, тис. од.	в/д	597,5	721,7	542,9	в/д	1704,4	2060,3	2194,7	–	у 4,0 рази
2. Валові надходження страхових платежів, млн. грн.	70,3	84,0	168,7	144,2	186,9	318,2	373,6	308,2	У 4,4 рази	У 2,1 рази
3. Виплати страхових сум, млн. грн.	56,1	36,0	32,8	38,0	34,4	40,7	66,6	68,4	21,9	80,0
4. Рівень виплат, %	79,3	42,9	19,5	26,4	18,4	12,8	17,8	22,2	–	–
Добровільне страхування медичних витрат										
1. Кількість договорів страхування, тис. од.	92,8*	597,5	721,7	542,9	в/д	1704,4	2060,3	2194,7	У 25,4 рази**	60,9
2. Валові надходження страхових платежів, млн. грн.	6,7*	84,0	168,7	144,2	186,9	318,2	373,6	308,2	У 23,7 рази**	44,5
3. Виплати страхових сум, млн. грн.	14,0*	36,0	32,8	38,0	34,4	40,7	66,6	68,4	У 16,7 рази**	33,8
4. Рівень виплат, %	47,5*	42,9	19,5	26,4	18,4	12,8	17,8	22,2	–	–

Як показано в табл. 2.2. Ринок медичного страхування розвивається досить швидко, особливо ринок безперервного медичного страхування, за яким у 2021 році зібрано 137,9 млн. грн. Або на 9,3% більше, ніж у 2020 році. У 44,9 разів більше, ніж у 2014 році. Значний вплив на зростання страхових внесків мало подорожчання ліків через зміну валюти. Позитивним є, однак, збільшення кількості договорів за всіма видами страхування, що свідчить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування.

Населення країни поступово починає розуміти, що медичне страхування – єдиний спосіб вивести охорону здоров'я України з економічної та соціальної кризи. І першим кроком у цьому напрямку має стати створення та прийняття законодавчої бази, яка б затвердила обов'язкове медичне страхування. Щороку, починаючи з 2002 року, в Україні пропонуються законопроекти, які більшою чи меншою мірою стосуються обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Проте основною проблемою, яка перешкоджає остаточному ухваленню законопроекту, є не формування цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового медичного страхування [48]. Тому важливо створити умови, що сприяють безболісному введенню ЗІ. Для цього необхідно змінити 49 ст. Конституція України щодо «безкоштовної медицини». В умовах ринку медицина не може бути безкоштовною, а система Семашка, задекларована ще в радянські часи, сьогодні не працює. У свою чергу, держава може фінансувати лише окремі стратегічні програми, решту покриття має покривати страхування. Тому необхідно чітко визначити, які предмети є об'єктами державного забезпечення, а які – страхуванням [4].

Необхідно скласти чіткий перелік основних медичних послуг, які надаватимуть заклади охорони здоров'я застрахованим особам ОМС, і визначити вартість. Найкраще, якщо ця вартість буде єдиною на території всієї України, але залежить від рівня медичного закладу. Все, що виходить за межі цього списку, має підпадати під дію ДМС [45].

Для пропаганди та популяризації ОМС необхідно запровадити податкові пільги для роботодавців, які страхують своїх працівників за ОМС, а сама страхова виплата не оподатковується. При цьому необхідно надати повноваження лікувальним закладам і створити систему відбору, так звану акредитацію страхових компаній для впровадження ОМС. [45].

У серпні 2014 року Міністерством охорони здоров'я розробило та прийняло з метою зміцнення здоров'я та медичного страхування Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки» [62]. Відповідно до стратегії, перший етап медичної реформи не рекомендує залучення коштів (наприклад, запровадження загального соціального медичного страхування). Проте без створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування в довгостроковій перспективі не обійтися. Для цього важливо перевести внески роботодавців на медичне страхування з оподаткованого прибутку до статті витрат. З часом надходження від медичного страхування мають покращити фінансовий стан системи охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет [45].

Протягом кількох років, коли в центрі уваги реформування принципів і механізмів розподілу ресурсів і реформування платежів, стратегія рекомендує істотно не змінювати джерела фінансування. За цей період мають бути зроблені розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися з державних коштів (табл. 2.3).

Тому в найближчій перспективі (2022-2023 роки) держава має прийняти Закон України «Про соціальне медичне страхування», але паралельно з цим на співіснування з ОМС заслуговує добровільне медичне страхування, ефективний розвиток якого піде лише на користь населенню країни. ОМС - забезпечить стандарти медичних послуг і ДМС - розширений сервіс [62].

Таблиця 2.3

Послуги, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів у рамках Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки

Послуга	Характеристика
1. Універсальний нестраховий пакет	Включає профілактичні програми та допомогу, що фінансуються державою, незалежно від місця проживання та матеріальної спроможності громадян. Універсальні нестрахові послуги включатимуть низку медичних послуг, які раніше фінансувалися державою, індустрією охорони здоров'я, хронічними захворюваннями, які не покриваються страхуванням, і ризиками, пов'язаними з катастрофічними витратами на лікування. Пакет покриття може включати: Охорона здоров'я (вакцинація, туберкульоз, ВІЛ); Психічне здоров'я; Рідкісні захворювання; Невідкладне лікування незастрахованого населення; Покриття катастрофічних витрат на охорону здоров'я, що перевищують певний поріг
2. Державний страховий пакет	У рамках цього пакету держава забезпечує більш широке медичне страхування вразливих верств населення в межах наявних ресурсів. На першому етапі Міністерство розробить розрахунки для UNODC, зокрема: перелік послуг, що фінансуються державою; визначення ринкової ціни UNODC; визначення суми загальних виплат виходячи з соціально-економічного статусу бенефіціарів (наприклад, пенсіонери, безробітні, інваліди). Наступним кроком після розрахунку Універсального пакету страхування є розрахунок бюджетних ресурсів для придбання пакетів медичного страхування для соціально незахищених верств населення. Бенефіціари (пацієнти) вільні у виборі страхових компаній, які беруть участь в Урядовій програмі; Уряд і страховики погоджують мінімальний пакет послуг і стандарти страхового пакету.

Також можна звернутися до грузинського досвіду при здійсненні реформ у сфері охорони здоров'я та запровадженні соціального медичного страхування. Республіка Грузія пережила одну з найрадикальніших медичних реформ у світі, яка відбулася протягом двох років. За даними ВООЗ, до 2004 року система охорони здоров'я в Грузії була однією з найгірших у світі, а «безкоштовні» медичні послуги надавалися в умовах тотальної корупції. Група реформаторів на чолі з міністром економіки Кахою Бендукідзе замінила зруйновану «радянську» систему єдиного платника на страхові ваучери для малозабезпечених і людей похилого віку. Ваучери покривають вартість базового пакету медичних послуг у

приватних страхових компаніях, які конкурують між собою за ваучери. Решта населення може або купити страховку, або залишитися без медичної страховки. В результаті повного перезапуску системи охорони здоров'я в Грузії приватні страхові компанії та мережі лікарень за останні роки побудували понад 100 лікарняних закладів; значно скоротилася дитяча смертність і зросла тривалість життя; Вартість медичних послуг зменшилася на 40 відсотків. Частка неофіційних платежів у витратах на охорону здоров'я країни впала з 40% до менше ніж 5% [19].

Що стосується показників сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні, то варто відзначити, що воно знаходиться на початковій стадії свого розвитку. За попередніми підсумками 2021 року загальний обсяг валових страхових премій за медичним страхуванням, що включає безперервне страхування здоров'я, страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат, склав 3416 млн. грн., збільшившись у порівнянні з попереднім роком на 27% [14]. Питома вага валових страхових премій за аналізованим видом страхування від загального ринку страхування становить 11,5%.

На рис. 2.1. показано місце ринку медичного страхування в загальній структурі страхового ринку України за 2017-2021 рр. Дані свідчать, що валові страхові премії, зібрані на страховому ринку України за період з 2017 по 2021 рік, зросли на 7 042,5 млн євро. грн. що у відсотковому відношенні становить 31 відсоток і за останній звітний рік становив 29736 млн грн.

У свою чергу, валові внески з медичного страхування за цей же період зросли на 1450,8 млн грн. Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення, що у відсотковому відношенні становить 73,8 відсотка та склало у 2021 році 3 416,01 млн грн. Мінсоцзахисту реалізовує низку проектів. Тобто ринок медичного страхування показав відносно кращий розвиток порівняно із середніми показниками вітчизняного страхового ринку.



Рис. 2.1. Ринок медичного страхування у структурі страхового ринку України у 2017-2021 рр.

Джерело: складено автором

Завдяки відповідним змінам частка медичного страхування на страховому ринку України за п'ять років зросла з 8,7% у 2017 році до 11,5% у 2021 році, що може свідчити про зростання рівня популярності цього виду страхування.

Важливим напрямком дослідження є аналіз показників валових страхових надходжень, страхових виплат та їх порівняння на основі коефіцієнта оплати (рис. 2.2).

Наведені дані свідчать, що валові страхові премії за період з 2017 по 2021 рік зросли 1450,8 млн. грн., що у відсотковому виразі становить 73,8% і за підсумками останнього звітного року склали 3416,01 млн. грн.

У свою чергу валові страхові виплати за цей же період зросли на 431,4 млн. грн., що у відсотковому виразі становить 40,6% і склали у 2021 р. 1493,55 млн. грн.



Рис. 2.2. Динаміка показників ринку медичного страхування
за 2017-2021 рр.

Джерело: складено автором

Завдяки цим змінам коефіцієнт виплат зменшився з 54% у 2017 році до 43,7% у 2021 році. Загалом за останні п'ять років середній рівень виплат за медичним страхуванням в Україні становив 52,2%.

Оскільки згідно із Законом України «Про страхування» [1] добровільне медичне страхування здійснюється у формі «медичного страхування (безперервного медичного страхування)», «медичного страхування на випадок хвороби» та «страхування медичних витрат». Розглянемо структуру ринку за цими видами страхування на основі індексу валових надходжень страхових премій (рис. 2.3).

У структурі медичного страхування найбільша частка за підсумками 2021 року припадає на безперервне медичне страхування. Зокрема, у минулому звітному році його частка становила 70,1%. Найменшу частку на ринку

медичного страхування займає добровільне страхування на випадок хвороби. На кінець 2021 року його частка становила 8,2%.

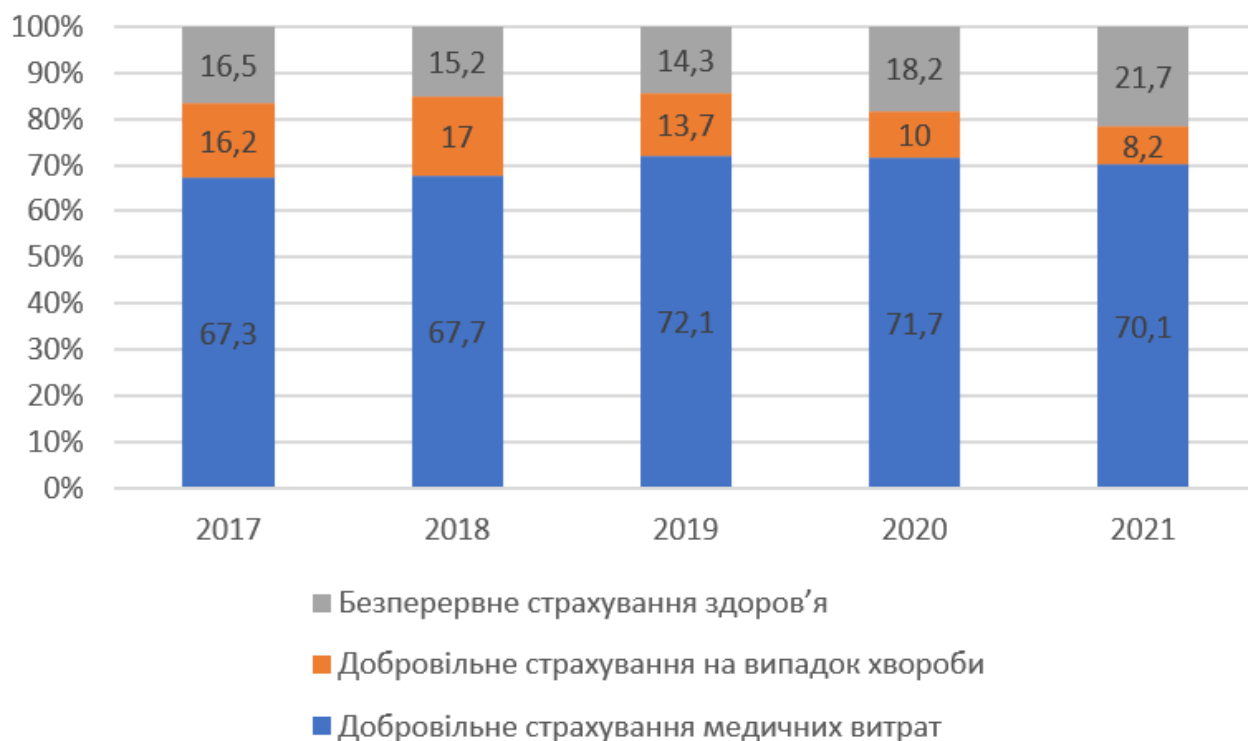


Рис. 2.3. Структура ринку медичного страхування в Україні у 2017-2021 рр.

Джерело: складено автором

Виходячи з дослідження складових ринку медичного страхування в Україні, можна зробити висновок, що за останні п'ять років найбільший темп зростання показав такий сегмент, як добровільне страхування медичних витрат, де темп зростання склав 128,4 %. У свою чергу такий сегмент ринку медичного страхування, як добровільне страхування на випадок хвороби, зафіксував падіння на 12,3%.

Зараз в Україні впроваджується медична реформа, згідно з якою планується повний перехід нашої держави на страхову медицину до 2023 року. На початку серпня 2016 року Верховна Рада внесла законопроект про запровадження в Україні з 1 січня 2018 року загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Однак, на думку С.М. Козьменко та І.А. Охріменко, основною проблемою, яка гальмує ухвалення остаточної редакції закону, є не формування цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового медичного страхування.

2.2. Оцінка системи медичного страхування в Україні

В умовах хронічного дефіциту фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я надзвичайно актуальним стає пошук ефективних засад та джерел фінансового забезпечення медичного страхування. Перед Україною стоїть завдання проведення комплексної реформи механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, як його найважливішого елемента. Це створює виклик для державного управління щодо використання більш ефективних та ефективних джерел фінансування медичного страхування.

Віддаючи належне дослідженням науковців у цій галузі, слід зазначити, що надійні принципи та джерела фінансування медичного страхування спрямовані на забезпечення високого рівня здоров'я в країні, не сформовані, що сприяє зростанню захворюваності та смертність серед населення.

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що за останні два десятиліття Україна має один із найнижчих показників здоров'я в Європі: близько 1/3 її громадян хворіють серцево-судинними захворюваннями, понад 1 мільйон людей страждають серцево-судинними захворюваннями. Українці – від онкологічних захворювань та діабету. Україна є «лідером» за показниками ВІЛ-інфекції та туберкульозу, а рівень смертності в країні в 2,3 рази вищий, ніж у Європейському Союзі. Смертність від серцево-судинних захворювань становить близько 64% загальної смертності, а від онкологічних захворювань – 13%, тобто близько 80% річної смертності населення [65]. Такий стан здоров'я визначається багатьма несприятливими соціально-економічними факторами: складною економічною та екологічною ситуацією, низьким рівнем добробуту, поширеністю шкідливих практик та відсутністю цінностей здорового

способу життя в суспільстві, не в останню чергу низьким рівнем здоров'я. медичне обслуговування та нерівний доступ громадян до медичних послуг та їх якість. Однак однією з основних причин недоступності та низької якості медичних послуг є застаріла, неефективна модель фінансування охорони здоров'я.

Розглядаючи існуючий механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні загалом і, зокрема, медичного страхування, не можна не звернути увагу на те, що стаття 49 Конституції гарантує права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичну допомогу. страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного медичного обслуговування всіх громадян, сприяє розвитку медичних закладів усіх форм власності. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [1].

Проте в сучасних умовах громадяни України фактично не можуть отримати безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі та з якістю, гарантованими Конституцією, а отже, їх конституційне право на здоров'я та медичну допомогу не реалізовано. Отже, завдання полягає в тому, щоб провести комплексну реформу всієї системи охорони здоров'я, включаючи її основний елемент – медичне страхування.

Активні дії щодо переходу системи охорони здоров'я України на страхову модель почалися у 2017 році. Нещодавно, 30 листопада 2016 року, Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформування системи охорони здоров'я. Модель національної системи медичного страхування має запропоновано, який безпосередньо стосується трьох напрямів: збору внесків шляхом загального оподаткування, які надходять до державного бюджету; створення національного страховика – оператора коштів державного бюджету «Національна служба здоров'я»; оплата кожної окремої послуги. Основним принципом зміни системи фінансування відповідно до затвердженої концепції є оплата державою гарантованого пакету медичних послуг кожному громадянину

[9]. Для цього фінансування надходитиме із загальних податків. Тобто кожен громадянин сплачує загальні податки за медичні послуги. Також передбачено, що страхові виплати фізичній особі не будуть прив'язані до її фізичних внесків, а також не стягуються додаткові податки та виплати громадянам. Для послуг, які не може надати держава, планується розробити механізми покриття їх вартості для громадян – приватне медичне страхування, механізм законної солідарної оплати медичних послуг. Однією з головних змін у системі охорони здоров'я є створення Національного агентства медичного страхування, яке матиме дві компетенції – фінансову та контроль якості охорони здоров'я.

Наразі одним із головних завдань Уряду є реформування системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень. Основна мета – покращити якість медичних послуг, підвищити зарплати медпрацівникам, запровадити страхову медицину та збільшити автономію лікарень. Початок реформи – запровадження сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки системи охорони здоров'я України (поліклініки, амбулаторії та ін.). Уряд також схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні, яка розкриває основні принципи зміни спрямованості системи охорони здоров'я з лікувальної політики на політику зміцнення та збереження здоров'я людини [10].

Запровадження системи «плата за послуги» заохочуватиме лікарні покращувати лікування станів та захворювань, оскільки лікарня отримуватиме відшкодування в обсязі, необхідному для лікування випадку (що унеможливить надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до госпіталізації). протягом тривалого часу).

Використання інструменту діагностичних груп однолітків дає змогу порівнювати ефективність лікарень і покращувати контроль якості. Таким чином заклади будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбавлятися від непотрібних процедур, що врешті-решт вирішить проблему надлишку ліжок та/або кількості одиниць.

Основним завданням національної лікарської політики є гарантування якості, ефективності та безпеки всіх лікарських засобів, зниження соціальної напруги, Програма розвитку ООН, яка пов'язана з доступністю ліків та раціональним використанням наявних бюджетів і ліків.

Сьогодні в Україні поширення рекламних та інших інформаційних потоків, підвищення вимог споживачів, забезпечення якості медичних послуг, застосування новітніх технологій у процесі діагностики та лікування захворювань стимулює страхові компанії до пошуку та розвитку нових шляхів стратегічного управління, що в свою чергу підвищує рівень якості медичних послуг. Послуги та конкурентоспроможність обраних страхових компаній. Одним із основних інструментів стратегічного управління, який оцінює внутрішні та зовнішні фактори, що впливають як на розвиток окремої страхової компанії, так і на розвиток ринку медичного страхування в цілому, є SWOT-аналіз.

Для кращого розуміння діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування, розвитку галузі та прогнозування рівня розвитку на майбутнє ми провели SWOT-аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища їх функціонування, визначили найбільш реальні можливості та загрози (табл. 2.4).

Практична доцільність SWOT-аналізу ринку медичного страхування полягає в тому, що він визначає шляхи покращення діяльності страхових компаній.

Результати SWOT-аналізу дозволяють створити початкову інформаційну базу для подальшої обробки, дають можливість адекватно оцінити рівень розвитку галузі, виявити конкурентні переваги та визначити напрямки подальших зусиль щодо збільшення страхового ринку.

Таблиця 2.4

Матриця SWOT-аналізу ринку медичного страхування України

	Можливості	Загрози
	Запровадження обов'язкового медичного страхування; Розвиток страхового посередництва; Удосконалення системи інвестування страхових резервів; Низький рівень фінансування охорони здоров'я; Формування середнього класу в Україні; Високий рівень освіти; Орієнтація на західний спосіб життя; Медичне страхування стає частиною корпоративної культури підприємств	Політична та економічна нестабільність; високий рівень інфляції; Подорожчання іноземних валют; Зростання цін на послуги; Конкуренція з боку іноземних страховиків; Податкове законодавство; Відсутність обов'язкового страхування відповідальності лікарів за шкоду, заподіяну пацієнту; Тіньові розрахунки з лікарями; Низький рівень кадрового забезпечення; Зменшення населення низька страхова культура
Сильні сторони	Поле «Сім»	Поле «СіЗ»
Динамічний ринок; Підвищення капіталізації страхового ринку; Збільшення страхових операцій; Створення центрів допомоги; Можливості розвитку; широкий вибір страхових програм; Гнучка цінова політика; Обов'язкове медичне страхування іноземних громадян, які тимчасово перебувають в Україні	Удосконалення програм медичного страхування; Впровадження нових фінансових інструментів для розміщення резервів страховиків; Розвиток системи страхового посередництва; залучення більшої кількості клієнтів	Виключення певних ризиків зі страхових полісів; лобіювання у Верховній Раді; Формування попиту на страхові продукти; Створення конкурентоспроможних страхових продуктів; Перепідготовка персоналу; Формування страхової культури населення; управління моральним духом
Слабкі сторони	Поле «СліМ»	Поле «СліЗ»
Неадекватність законодавчої бази; висока концентрація ринку; Обмежені інвестиційні можливості; Низька конкурентоспроможність національних страховиків; конфіденційність інформації; Слабкий інституційний розвиток; відсутність маркетингових стратегій	Удосконалення законодавчої бази страхування; Створення висококонкурентного ринку; Підвищення рівня конкурентоспроможності вітчизняних страховиків; Інформаційна діяльність; Розробка ефективних маркетингових стратегій; розвиток інфраструктури страхового ринку	Удосконалення законодавчої бази; Запровадження обов'язкового медичного страхування; Створення маркетингових служб у страхових компаніях; впровадження управління ризиками в страхову діяльність

На основі результатів SWOT-аналізу (див. табл. 2.4) можна визначити стратегічні пріоритети розвитку ринку медичного страхування України: вдосконалення податкового, бюджетного, антимонопольного, медичного та цивільного законодавства, регулювання сфери медичне страхування; підвищення якості страхового ринку у функціях акумуляції коштів населення, підприємств та їх трансформації в інвестиції; організація управління ризиками в діяльності страховиків тощо.

Аналізуючи вищезазначені проблеми, бачимо, що головна роль у їх вирішенні відводиться державі. В Україні найефективнішою стратегією було б поєднання стратегії управління витратами, орієнтованої на попит, із певним обмеженням обсягом фінансових ресурсів та заохочення населення піклуватися про власне здоров'я та запобігати захворюванням. На нашу думку, держава має подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування. За формою страхування поділяється на добровільне (страхування на основі договору між страховиком і страхуваним) і обов'язкове (засновано на засадах імперативності, виникає на підставі закону незалежно від волі учасників страхових правовідносин, їх фінансового стану). місткість) [38]. ст. 6 та ст. 7 Закону України «Про страхування» передбачено, що медичне страхування може здійснюватися як в добровільній, так і в обов'язковій формах [4].

Вирішенням проблеми існування системи обов'язкового медичного страхування є запровадження бюджетно-страхової моделі, за якої система фінансування охорони здоров'я здійснюватиметься на трьох рівнях: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування. З бюджету фінансуватиметься медична допомога – перший рівень, базова, рятувальна. Другий рівень – базовий, здоров'язберігаючий – це обов'язкове медичне страхування, що оплачується страховими компаніями, які мають відповідну ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування, третій рівень – сервісний, який фінансуватиметься за рахунок схем добровільного медичного страхування. і

охоплювати все, що не охоплено двома попередніми рівнями. Вивчення зарубіжного досвіду свідчить про те, що ідеальною моделлю для України є бюджетно-страхова медицина. Тобто лікування СНІДу, туберкульозу, вроджених захворювань, дитяча онкологія, невідкладна медична допомога, допомога при пологах, медичні послуги сімейних лікарів повинні фінансуватися з державного бюджету, інші послуги мають фінансуватися з загальнообов'язкового медичного соціального страхування [39].

Незважаючи на соціальну важливість і соціальну значущість охорони здоров'я, система медичного страхування в Україні на сьогоднішній день є недостатньо розвиненою. Закон про обов'язкове медичне страхування ще не прийнятий, існуючі програми добровільного медичного страхування орієнтовані більше на корпоративних клієнтів, а висока вартість стандартних медичних полісів обмежує їх доступність для більшості населення.

Отже, нинішня система охорони здоров'я в Україні потребує негайного реформування. Чітка реалізація «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2020-2025 роки» дасть змогу запровадити ефективну систему соціального медичного страхування та вивести вітчизняну систему охорони здоров'я на новий рівень. У проведенні реформ у сфері охорони здоров'я та запровадженні соціального медичного страхування можна посилатися на досвід зарубіжних країн, зокрема Грузії, яка за п'ять років повного перезапуску системи охорони здоров'я досягла позитивних результатів.

Висновки до другого розділу

Підсумовуючи, зазначимо, що Україна має багато можливостей і перспектив для розвитку системи медичного страхування. Для запровадження ефективної та надійної системи медичного страхування та вирішення певних проблем доцільно здійснити низку заходів: створити та забезпечити функціонування єдиного реєстру застрахованих осіб з метою запобігання подвійному страхуванню та фінансуванню; розробити прогресивну систему ставок внесків до фонду загальнообов'язкового медичного страхування, що

відображатиме співвідношення між внесками та доходами платників, визначення їх нижньої межі або повного покриття державою витрат на лікування незахищених категорій громадян (пенсіонерів, інваліди тощо); підтримувати загальне охоплення послугами охорони здоров'я; визначити розподіл внесків до фонду загальнообов'язкового медичного страхування між роботодавцем і працівником; та залучити додаткові джерела фінансування витрат на охорону здоров'я, наприклад: підвищити ставку акцизних зборів на небезпечні для здоров'я людини товари та спрямувати ці кошти на охорону здоров'я, благодійні акції, пожертви громадських благодійних організацій; сприяти розвитку добровільного медичного страхування та розробити методiku співфінансування населенням додаткових стаціонарних закладів (поліпшених житлових умов) для малозабезпечених категорій населення. Все це підвищить фінансову стійкість закладів охорони здоров'я та забезпечить надання додаткових ресурсів системі охорони здоров'я.

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що медичне страхування на сучасному етапі є новим рівнем економічних відносин в ринкових умовах. Суть медичного страхування полягає в тому, що держава і страхові компанії виступають гарантами можливості отримання громадянами необхідної медичної допомоги під час настання страхового випадку.

Аналіз показників розвитку ринку медичного страхування в Україні показав, що цей сегмент страхового ринку розвивався відносно швидше, ніж ринок в цілому. Таким чином, встановлено, що частка ринку медичного страхування за п'ять років зросла з 8,7% до 11,5%, що дозволяє підтвердити його актуальність та перспективність подальшого розвитку.

Зазначалося, що зараз в Україні реалізується медична реформа, суть якої полягає у формуванні оптимальної моделі медичного страхування шляхом поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування. Реформована система медичного страхування покликана досягти комплексного та цілеспрямованого економічного та соціального впливу на всіх суб'єктів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Використання зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні

Багаторічний міжнародний досвід у сфері медичного страхування свідчить про високу ефективність різноманітних моделей і систем медичного страхування та здоров'я. Нині існує три основних види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішане.

Відповідно до цього, сьогодні у світі існують три основні моделі медичного страхування:

- державна модель – система «одного платника», яка з успіхом функціонує у Франції;
- модель «керуваної конкуренції» у Швейцарії;
- модель повністю приватної страхової медицини (США).

Слід зазначити, що ці види майже не використовуються в жодній державі, але в деяких країнах вони домінують. Наприклад, у Великій Британії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державне фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового медичного страхування, у США віддають перевагу змішаній формі фінансування медичної допомоги, де близько 90 відсотків американців користуються приватним страхуванням.

Німеччина була однією з перших країн, яка запровадила медичне страхування. Медичне страхування було введено в Німеччині в 1881 році. Її головний принцип полягає в тому, що Уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком окремих її сегментів), а лише створює умови для створення необхідних коштів працівниками та роботодавцями, у Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Має справу близько 1200 страхових фондів (страхових кас), побудованих за професійним (шахтарі, фермери, моряки та ін.) і територіальним

принципами, а також ерзац - каси. Територіальні страхові фонди беруть на себе страхування категорій, на які не поширюється страхування підприємств. Усі три типи фондів включені до системи державного медичного страхування.

Основною функцією Уряду щодо медичного страхування є забезпечення відповідності діяльності страхових фондів законодавству, зокрема забезпечення реалізації програм страхування. У зв'язку з цим держава здійснює обов'язкове медичне страхування та визначає його основні умови - базові страхові внески, схему фінансування та організацію медичного обслуговування, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає послуги недержавним органам - страховим компаніям і медичним асоціаціям. - Значні функції в управлінні системою, з правами представляти інтереси застрахованих та медичної професії.

У Франції медичне страхування було введено в 1910 р. спочатку у формі кас взаємодопомоги, а з 1928 р. ці каси були перетворені в страхові компанії.

Нині у Франції існує єдина ієрархія фондів медичного страхування та вертикальна система медичного страхування: сильна страхова організація – Національна страхова організація (Національний фонд страхування працівників) під наглядом Міністерства соціальних справ і праці, яка охоплює 78 відсотків населення, існує 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в певному регіоні і не конкурує між собою. Місцеві офіси мають певну автономію, але, як правило, підпорядковуються адміністративному контролю з центру.

У США діє система медичного страхування, заснована на з'єднанні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страховиків. Кошти акумулюються в центральному фонді, який не має розпорядчих функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США в рамках програм Medicare і Medicaid. Ці системи охоплюють понад 20 відсотків населення, страхування групової роботи охоплює 58 відсотків населення, а добровільне медичне страхування поза робочим місцем — 2 відсотки. Близько 15 відсотків населення не мають доступу до медичного страхування і представляють

малозабезпечених, безробітних, бездомних та членів сімей працівників підприємств без медичного страхування. Працевлаштування не гарантує медичне страхування. Працівники промислового сектора, державні службовці, члени профспілок і працівники, зайняті повний робочий день, застраховані найбільше. Втрата роботи автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Так, у США медичне страхування тісно пов'язане з роботою. Економіка охорони здоров'я в США - це парадоксальне поєднання недосконалості та надмірностей. Країна витрачає 11,5% свого валового доходу на охорону здоров'я більше, ніж будь-яка інша країна світу, тоді як понад 15% населення Америки не має фінансового захисту від високої вартості медичної допомоги через відсутність полісів медичного страхування.

У США дві державні програми охорони здоров'я Medicare і Medicaid не можна вважати повноцінною системою державного медичного страхування, оскільки в процесі формування їх фонди не використовують страховий принцип (вони отримують дотації з федерального бюджету США). безпосередньо).

Отже, більшість країн погоджуються, що громадяни не повинні платити за лікування безпосередньо, коли вони хворі. У разі необхідності медична допомога повинна надаватись безкоштовно. Так формується система медичного страхування, загальнообов'язкового державного соціального страхування або добровільного медичного страхування або їх комбінації. Дивним є той факт, що існує стільки альтернатив між «повним державним контролем» (принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах) і «добровільним медичним страхуванням» (добровільне медичне страхування переважає в Ізраїлю та Швеції, але є обов'язковим лише для певних професій).

Зовсім інша ситуація в Україні. Державна система охорони здоров'я в Україні базується на командно-адміністративній моделі управління (система Семашка), за якої основною метою є забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, а медична допомога надається безкоштовно. Проте в Україні

медичні заклади працюють з обмеженими ресурсами. У приватній системі охорони здоров'я медичні організації користуються високим ступенем економічної свободи. Якість тут є ключовою: завдяки високій якості послуг і нижчій вартості пацієнти віддають перевагу цим закладам.

Для подолання кризового періоду в українській системі охорони здоров'я доцільно не лише змінити механізм її фінансування, а й реформувати всю систему. Враховуючи необхідність системного підходу до впровадження реформ, вважаємо за доцільне модернізувати механізм медичного страхування шляхом поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. В Україні було б корисно розглянути можливість впровадження інтегрованої схеми, що містить різні елементи двох систем.

Слід також зазначити, що національна система охорони здоров'я повинна враховувати принцип персональної відповідальності населення, що виражається в загальній компенсації ризиків. Громадяни можуть одночасно бути як застрахованими, так і застрахованими, сплачуючи частину внесків за власні кошти, що поєднає обов'язкове та добровільне медичне страхування. Сьогодні особа, яка бажає отримати медичну допомогу в рамках добровільного медичного страхування, двічі платить за ту саму послугу – спочатку обов'язкове медичне страхування (оплачує або держава, або роботодавець), потім добровільно (оплачує або роботодавець, або страхувальник).

Тому доцільно визначити базову програму обов'язкового медичного страхування шляхом створення чіткого переліку медичних послуг, які надаються громадянам безкоштовно, щоб уникнути такого дублювання.

Держава повинна бути зацікавлена в залученні приватної медицини через добровільне медичне страхування до участі в комплексній схемі фінансування надання медичних послуг населенню. Сучасна соціальна політика держави має базуватися не лише на реалізації програм і концепцій, а й на залученні бізнес-середовища та населення до вирішення соціальних проблем. На сьогоднішній день на ринку медичного страхування існують певні проблеми з

функціонуванням механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування, що значно ускладнює реалізацію процесу їх об'єднання.

Основні етапи впровадження медичного страхування як єдиного комплексу запропоновано на рис. 3.1.

Багато років точаться дискусії щодо запровадження загальнообов'язкового медичного страхування як частини соціального фонду оплати праці. Такий підхід підтримується як Міністерством охорони здоров'я, так і Лігою страхових організацій. Хоча їхні концепції відрізняються, обидві установи підтримують спроби запровадити обов'язкове медичне страхування протягом наступних років.

Економічне становище нашої країни поки що не дозволяє зробити такий державний устрій спадщиною всієї нашої медицини. Це справа майбутнього. І вирішуватиметься це комплексно із впровадженням медичних реформ. Тому фахівці розглядають реформування системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на зміцнення та відновлення здоров'я нації. Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можлива лише за умови врахування інтересів населення в охороні здоров'я. Німецька дорадча група при уряді України пропонує кілька кроків для реформування системи охорони здоров'я.

Перш за все, необхідно розділити політику у сфері охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Має бути створений державний фонд охорони здоров'я, який має відповідати за розподіл бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги, перевірку наданого лікування.



Рис. 3.1. Основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу

Компенсаційні виплати повинні ґрунтуватися на фактичному лікуванні та наданих послугах. Крім того, необхідно комерціалізувати управління закладами охорони здоров'я. Німецькі експерти стверджують, що Україні слід розвивати добровільне медичне страхування як додатковий елемент до нинішньої податкової системи охорони здоров'я. Цей додаток до приватного страхування може відігравати значну роль у багатоканальному фінансуванні системи охорони здоров'я, що складається з податкових витрат і приватного медичного страхування. Після суттєвого зниження соціальних відрахувань до 25-30

відсотків запровадження єдиного медичного страхування стане додатковим джерелом фінансування.

З початку 1990-х рр. ХХ ст. В Україні почали зароджуватися окремі форми добровільного медичного страхування. Всі страхові компанії почали займатися медичним страхуванням в різних обсягах. В останні роки стихійно почало зароджуватися добровільне страхування в некомерційній формі – так звані лікарняні каси. Але при відносно невеликому поширенні добровільного медичного страхування переважає і комерційна форма. На думку багатьох експертів, соціально-економічне становище країни, незбалансованість, нестабільність і продовження спаду промислового виробництва пов'язані з багатьма проблемами при запровадженні медичного страхування. Загальний обсяг ринку ризикового страхування в Україні суттєво не скоротиться через девальвацію гривні, за рахунок валютної складової переважно в автострахуванні (запчастини) та ДМС (ліки). ДМС (добровільне медичне страхування) – це чесний і простий спосіб отримати якісне медичне обслуговування. Про його користь вже переконалися тисячі громадян нашої країни. Єдиний ринок, який розвивається, – це медичне страхування, люди, які не припиняють лікування і хочуть обслуговуватися в приватних клініках.

За даними ДМС, страховики підвищили ціни на 25%, але на ринку ми спостерігаємо зменшення бюджетів корпоративних клієнтів і зменшення кількості застрахованих. Тим не менш, ринок ДМС в 2018 році продемонструє зростання на 25-30% через інфляцію. У 2018 році очікується зростання ринку ДМС на 25-30%. Незважаючи на високу збитковість медстрахування та фінансовий результат, близький до нуля, страховики все одно будуть цікаві.

Придбання полісу ДМС означає можливість планувати свої медичні витрати на рік наперед. Усі непередбачені медичні витрати покриває страхова компанія. Концепція ДМС забезпечує лише якісне медичне обслуговування. Медичні експерти страхових компаній уважно стежать за наданням медичних послуг установами, з якими вони мають договірні зобов'язання. Тепер купити поліс ДМС - це доступ до широкої бази медичних закладів по всій Україні,

включаючи комерційні, відомчі та спеціалізовані. У разі потреби лікарі-координатори направляють пацієнта до закладу, який найбільш ефективно допоможе вирішити його проблему.

У страховому портфелі група лідерів ринку ДМС займає 23%. Незважаючи на відсутність податкових преференцій, лідерство забезпечують конкурсні програми корпоративного ДМС, метою якого є забезпечення соціальним пакетом працівників промисловості, торгівлі та фінансового сектору. Ринок ДМС в Україні має високий потенціал зростання. Рівень проникнення ДМС в Україні сьогодні становить 2-3%. При цьому портфелі страхових компаній за ДМС на 95% складаються з договорів корпоративного страхування. Зараз все частіше медичне страхування стає частиною соціального пакету роботодавця, і ця тенденція дає надію. Про прогрес ЖК-ринку свідчить той факт, що навіть у роки кризи цей сегмент зростав на 10-15% щорічно, і такі темпи зростання очікуються наступного року.

Таким чином, розвиток ринкових відносин в Україні сприяв формуванню ринку послуг медичного страхування. Сьогодні в Україні активно діє лише добровільна форма медичного страхування, що дозволило сформувати певну структуру ринку ДМС. Цей ринок можна представити як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємопов'язаних зв'язків між усіма структурними підрозділами, зокрема органами державного страхового нагляду (Національний комітет страхових службовців), недержавними страховими об'єднаннями (Асоціація «Українське медичне страхове бюро»). », ФСОУ), страхові компанії, страхові посередники, медичні установи, служби допомоги та споживачі. Добровільне медичне страхування є одним із сегментів страхового ринку України, який найбільш активно розвивається.

Протягом останніх років частка добровільного медичного страхування на страховому ринку України стабільно зростає. На зростання страхових внесків суттєво вплинуло подорожчання ліків через курс валют. Позитивним є те, що спостерігається збільшення кількості договорів за всіма видами страхування, що

свідчить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування.

Населення країни поступово починає розуміти, що медичне страхування – єдиний вихід з економічної та соціальної кризи в Україні. Проте основною проблемою, яка перешкоджає остаточному ухваленню законопроекту, є не формування цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування галузі охорони здоров'я. У свою чергу, держава може фінансувати лише окремі стратегічні програми, решта видів покриття має покриватися страхуванням, тому необхідно чітко визначити, які об'єкти підпадають під державне забезпечення, а які – під страхування.

Зазначимо, що відсутність прозорого, ретельно опрацьованого законодавства щодо функціонування добровільного соціального страхування, відповідного державного контролю за процесом медичного страхування, недовіра суспільства до приватних страхових компаній та недержавних соціальних фондів знижує ефективність захисту від захворювань. Водночас, як свідчить світовий досвід, скорочення фінансових можливостей держави щодо фінансування медичних програм повинно супроводжуватися розвитком приватного медичного страхування. Водночас нестабільність надходження реальних доходів населення, відсутність дієвого механізму визначення їх величини відповідно до економічної ситуації в державі зменшує можливість залучення до недержавних страхових організацій вільних коштів населення:

– Загалом в Україні є чотири шляхи розвитку обов'язкового медичного страхування:

- Державне обов'язкове медичне страхування (як у Молдові);
- загальнообов'язкове державне соціальне страхування (як у Казахстані);
- Комерційний ОМС (за чеським прикладом);
- Змішана стратегія, що поєднує публічну та комерційну складові.

Кожна система базується на різному підході до управління коштами ОМС. Зокрема, органом управління в системі державного ОМС може бути державна

страхова компанія - Фонд загальнообов'язкового медичного страхування, контрольована Урядом через МОЗ України.

При загальнообов'язковому соціальному медичному страхуванні можливе створення окремої структури – так званого фонду «Лікарняні листи» – громадської організації, очолюваної представниками роботодавців, профспілок та держави (в особі Міністерства праці та соціальної політики України). Україна).

Із запровадженням комерційного ОМС можна створити Бюро медичного страхування, яким керуватиме консорціум медичних страхових компаній.

При реалізації четвертого варіанту – державно-приватного – можливе створення Центру ОМС при МОЗ. Він зможе делегувати страхування страховим компаніям або приватним страховим фондам, але керуватиме ним Кабінет Міністрів через МОЗ України.

Системи медичного страхування, якщо ними керувати належним чином, не лише покращать якість обслуговування застрахованих за цими системами, вони також сприятимуть розвитку медичних послуг для решти населення шляхом накопичення додаткових фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я.

Державна політика розвитку медичного страхування як складова загальної соціально-економічної політики має визначати основні принципи, напрями та форми економічного та адміністративно-правового впливу у сфері соціального захисту населення з урахуванням державних інтересів та пріоритетів. та ін. шляхом підтримки медичного страхування за такими основними напрямками, як: формування нормативно-правової бази, вдосконалення податкової політики, вдосконалення державного нагляду, підвищення фінансової безпеки страховиків, підвищення страхової культури населення, підготовка та перепідготовка кадрів. персонал.

Розглядаючи основні типи фінансування охорони здоров'я в усьому світі, можна зробити висновок, що змішана форма фінансування найбільш прийнятна для більшості країн. За змішаної системи бюджету та медичного страхування страхові внески сплачували б держава, роботодавці та громадяни. Державні

кошти мають складати не менше 50 відсотків від загальної суми внесків. Загалом прикладом раціонального використання засобів у медицині виступає Японія. Держава контролює адміністративні витрати, а лікарі, які допускають «недобір» і лікування пацієнта, зобов'язані урізати зарплату.

Слід зазначити, що для впровадження зарубіжного досвіду змішаної системи медичного страхування та забезпечення високої якості страхових послуг в Україні необхідно здійснити такі заходи:

удосконалення економічного механізму державного регулювання надання якісних медичних послуг населенню;

Державний контроль за діяльністю лікарняних кас;

Розширення асортименту та якості послуг медичного страхування;

Запровадження податкових пільг для медичних страхових компаній;

Підготовка медичних та страхових фахівців з високим рівнем страхової культури та медичного страхування;

Удосконалення законодавчої бази бюджетного фінансування охорони здоров'я;

Удосконалення системи страхування та, на основі світового досвіду, запровадження в Україні змішаного типу медичного страхування;

Створення конкурентоспроможної змішаної системи медичного страхування, яка б забезпечувала іноземні інвестиції в галузі охорони здоров'я та страхування.

Медичне страхування має бути розділене на три рівні:

Рівень 1: бюджетні асигнування на мінімальні медичні послуги;

Другий рівень: Встановлення МОЗ переліку захворювань, які підлягають лікуванню за рахунок бюджетних коштів;

Третій рівень: Комерційне страхування, яке надає медичні послуги через медичне страхування в страхових організаціях.

Отже, нинішня система охорони здоров'я в Україні потребує негайного реформування. Чітка реалізація Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2020-2025 роки дасть змогу запровадити

ефективну систему соціального медичного страхування та вивести вітчизняну систему охорони здоров'я на новий рівень. При здійсненні реформ у сфері охорони здоров'я та соціального медичного страхування можна звернутися до досвіду зарубіжних країн.

Доцільно підтримувати ініціативи щодо впровадження різних моделей медичного страхування, що дозволить накопичити необхідний досвід запровадження змішаної системи медичного страхування, за якої страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, що має забезпечити рівність і доступ до медичних послуг достатньої якості для всіх громадян.

3.2. Впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні

Сьогодні частина українців прямо чи опосередковано платить за лікування. За різними підрахунками, сума так званих «кишенькових» платежів населення України (визначених як частина витрат приватного домогосподарства на охорону здоров'я, як у натуральній, так і в натуральній формі, на користь постачальників медичних послуг, основною метою яких є відновлення або покращити здоров'я) Середня особа або група) становить від 100 до 400 доларів США. Долари США на рік. У країнах ОЕСР ці виплати становлять у середньому 19 відсотків загальних витрат на охорону здоров'я і значно менші, ніж в Україні через поширення страхової медицини. На нашу думку, існує високий потенціал для розвитку добровільного медичного страхування в країнах із високими витратами домогосподарств на охорону здоров'я, оскільки ці кишенькові витрати можна конвертувати у виплати ДМС. По суті, кошти за медичні послуги йтимуть через страхові компанії, а не безпосередньо під час взаємодії пацієнта та лікаря.

Однак перехід на стандартні програми ДМС повинен бути поступовим (через ряд факторів, зазначених раніше). На нашу думку, більшість проблем, які існують сьогодні у сфері медичного страхування, можна вирішити шляхом впровадження в практику страхової діяльності принципів мікрострахування.

Узагальнену сутність медичного мікрострахування можна розглядати як страховий захист людей з низькими доходами, що виражається в гарантії покриття частини медичних витрат у разі настання страхового випадку в обмін на регулярну сплату мінімального страхового внеску, пропорційного ймовірності та ризик.

Маркетинг мікромедичних страхових продуктів у слаборозвинених країнах гарантує мінімальний рівень медичної допомоги для всіх, включаючи групи з низькими доходами, в обмін на невелику премію. Розробкою та фінансуванням програм мікрострахування в слаборозвинених країнах займаються міжнародні організації (зокрема, Міжнародна організація праці) та благодійні фонди (наприклад, Фонд Білла та Мелінди Гейтс). Так, протягом 2002-2022 рр. За допомогою MicroEnsure медичне мікрострахування було запроваджено в таких країнах, як Індія, Філіппіни, Гана, Танзанія. Відмінною рисою системи мікрострахування в цих країнах є те, що основними функціями є адміністрування депозитів, управління ризиками (перестрахування, контроль і запобігання шахрайству), забезпечення виплат медичним установам, а також організація маркетингу медичного мікрострахування. послуг довірено компанії «MicroEnsure» як керуючому партнеру в моделі медичного супроводу. У кожній із цих країн запровадження мікромедичного страхування було покликане вирішити найгостріші проблеми зі здоров'ям і було адаптовано до мислення та соціально-економічного розвитку кожної країни. Однак спільною рисою всіх програм мікромедичного страхування є підтримка низьких премій, щоб забезпечити максимальний доступ до медичного страхування для бідних.

Як показує світовий досвід, запровадження медичного мікрострахування дозволяє не тільки зменшити обсяг тіньових (кишенькових) витрат на медичні послуги, а й досягти більш адресного та ефективного фінансування системи охорони здоров'я, порівняно з видатками через державного бюджету. Страхові компанії, маючи на меті підвищення прибутковості своєї діяльності та мінімізацію розміру страхових виплат, будуть зацікавлені у підвищенні кваліфікації медичного персоналу, проведенні своєчасного обстеження

застрахованих осіб, профілактиці та зменшенні негативних наслідків різних захворювань. Результатом стане підвищення якості медичних послуг, покращення забезпечення лікарень необхідним обладнанням та медикаментами.

Характеризуючи переваги мікрострахування в системі охорони здоров'я, можна відзначити, що воно не тільки сприяє вирішенню низки соціальних проблем, забезпеченню медичної допомоги всім категоріям громадян, але й дозволяє закласти основу для розвитку страхової медицини в країні. Для таких країн, як Україна, де нерозвиненість добровільного медичного страхування пов'язана не стільки з високою часткою населення з низькими доходами, скільки з недовірою до страхових компаній, низьким рівнем страхування та медичної культури, використання мікрострахування може залучити нових споживачів страхування з меншим ризиком втрати своїх коштів.

На відміну від інших видів страхування, медичне страхування має першорядне соціальне значення, тому його розвиток важливий не тільки з точки зору інтересів окремих громадян чи страхової сфери, а й є пріоритетом державної політики. У сучасних умовах медичне мікрострахування, завдяки своїм особливостям та відмінним рисам, може стати ефективним інструментом досягнення цілей та інтересів усіх основних суб'єктів медичного страхування (рис. 3.2).

Поряд з певними перевагами мікрострахування у сфері надання медичних послуг, необхідно відзначити ряд недоліків і перешкод, які стримують розвиток медичного мікрострахування. Основні з них:

Інформаційна асиметрія

Значні ліміти страхового покриття;

Труднощі у визначенні розміру премії

Проблема асиметрії інформації характерна для страхової галузі в цілому, але для медичного мікрострахування вона особливо актуальна. Асиметрія інформації проявляється у несприятливому відборі, наявності морального ризику та шахрайстві з боку страховиків [5].

Несприятливий вибір ризиків для медичного страхування в цілому (не тільки в частині мікрострахування) проявляється в тому, що люди з хронічними захворюваннями, люди похилого віку та люди зі спадковою схильністю до розвитку певних захворювань, дуже зацікавлені в придбанні медичного страхування. політики.

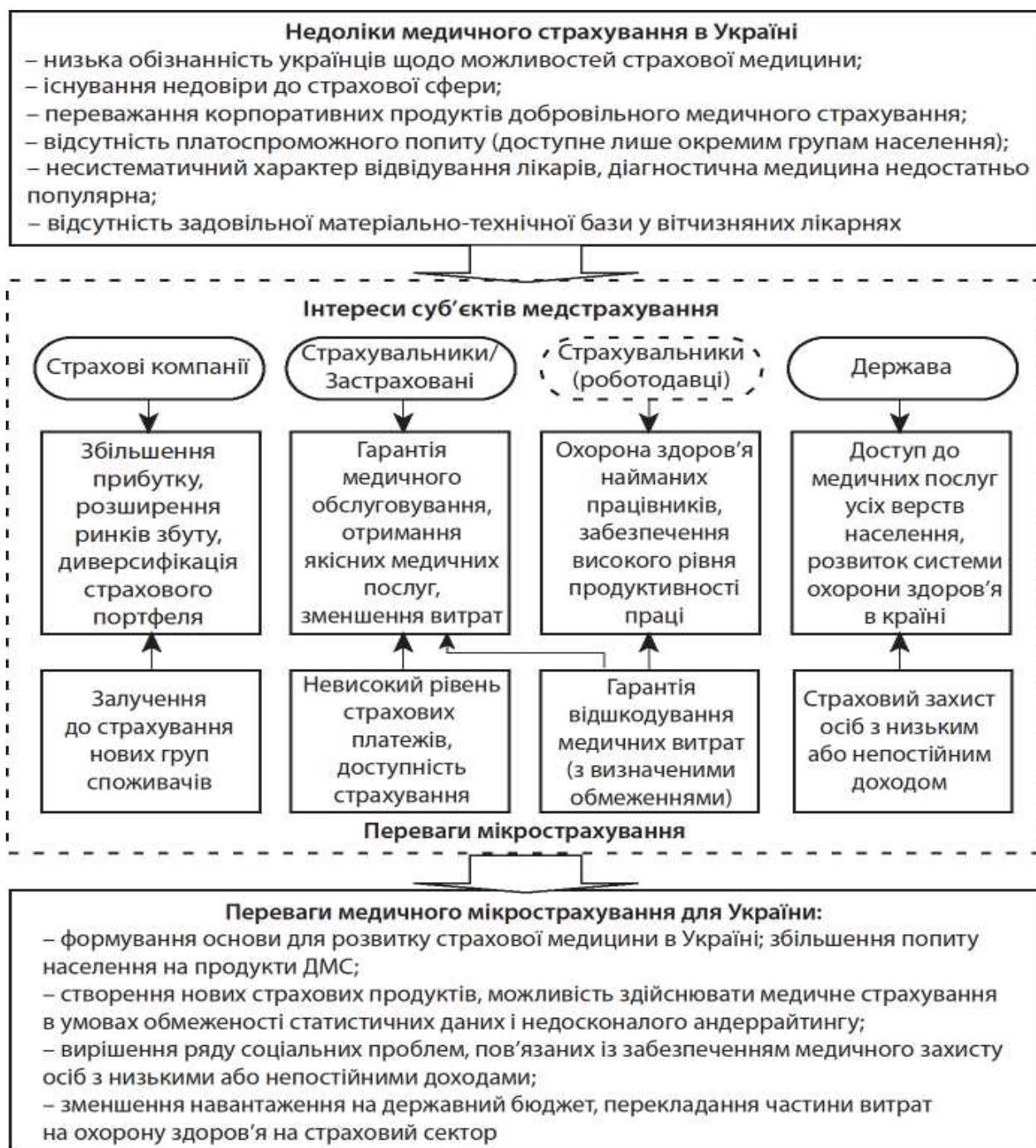


Рис. 3.2. Переваги мікрострахування для розвитку медичного страхування в Україні

Поява морального ризику в медичному мікрострахованні може бути виражена в наступних варіантах. По-перше, застрахована особа психологічно більш вільна і може порушувати певні медичні рекомендації, збільшуючи ризик розвитку певних захворювань. З іншого боку, наявність морального ризику пов'язана зі зростанням попиту застрахованих осіб на окремі види медичних послуг, особливо діагностичних. Зокрема, знаючи, що страхова компанія відшкодує більшу частину витрат, застраховані особи, як правило, роблять більше тестів та діагностики, ніж коли такої страховки немає. У разі полісу медичного страхування також буде поширеним використання додаткових процедур або методів лікування, які не використовувалися застрахованою особою до страхування; придбання більш дорогих ліків; продовження стаціонарного лікування тощо.

Різниця між шахрайством і моральним ризиком у медичному страхуванні полягає в навмисній або несвідомій поведінці застрахованої особи щодо збільшення частоти та характеру використовуваних медичних послуг. У разі шахрайства має місце свідоме зловживання послугами медичних закладів, з моральним ризиком – таке зростання пов'язане з психологічними факторами, які часто здійснюються застрахованою особою підсвідомо.

З метою запобігання моральному ризику та страховому шахрайству в мікрострахованні суттєво обмежено кількість і характер медичних послуг, вартість яких відшкодовується в межах полісів медичного мікростраховання.

Ще одним проблемним моментом у медичному мікрострахованні є складність визначення оптимальної страхової премії. Як зазначалося, мікростраховання покликане забезпечити доступ до страхової медицини всіх груп населення, утримуючи страховий внесок на дуже низькому рівні. Однак через вищезазначені причини (поява морального ризику, можливість несприятливого відбору ризику, відсутність інфраструктури ринку медичних послуг) та інші чинники вартість полісів медичного страхування є високою. На високий рівень трансакційних витрат також впливає велика кількість посередників, залучених до процесу медичного страхування, зокрема необхідність узгодження з медичними закладами. Як наслідок, страхові премії в

мікрострахуванні здоров'я значно вищі, ніж в інших видах мікрострахування, і часто перевищують максимальну суму, дозволену з точки зору платоспроможності страховиків.

Виходячи з цих посилок, більшість зарубіжних дослідників зазначає, що мети медичного мікрострахування неможливо досягти без державної субсидії чи фінансової участі спонсорських організацій – страхові внески занадто високі, щоб задовольнити попит малозабезпеченого сегменту споживачів [7, 9]. Відповідно, оптимальним варіантом організації медичного мікрострахування є розробка моделі медичного забезпечення, за якої держава бере на себе борг із часткового відшкодування вартості медичних послуг [8].

Іншою проблемою медичного страхування, типовою для мікрострахування в країнах з нерозвиненим страховим ринком, є значне обмеження страхового покриття шляхом встановлення обмежень на відповідальність страхових компаній і переліку винятків, коли страховка не оплачується. З точки зору страхової компанії, необхідність такого обмеження зумовлена тим, що ризики медичного мікрострахування досліджені недостатньо, статистична інформація для їх оцінки недоступна або неповна, інфраструктура ринку медичних послуг не розроблена. достатньо розвинена, якість медичних послуг низька. Ці чинники зумовлюють додаткові витрати на підтримку договорів медичного страхування, а за низьких премій надання послуг медичного страхування взагалі стає не вигідним для страхових компаній. З іншого боку, значне обмеження відповідальності страхових компаній за договорами медичного мікрострахування призводить до збільшення фінансових ризиків застрахованих осіб, через те, що значна частина коштів, витрачених на лікування, не буде відшкодовуватися страховими компаніями.

Для застрахованих осіб спроба страхових компаній виключити низку ризиків (наприклад, хронічні захворювання) зі списку страхових випадків може здатися незрозумілою та несправедливою. Тому важливою складовою розвитку медичного мікрострахування має стати проведення роз'яснювальної роботи серед населення щодо механізму функціонування страхової медицини.

Висновок до третього розділу

Зараз Україні необхідно модернізувати механізм медичного страхування шляхом впровадження інтегрованої схеми, що містить різні елементи добровільного та обов'язкового медичного страхування. Подальший розвиток системи медичного страхування сприятиме впровадженню підсистем державного та приватного фінансового забезпечення, підвищить ефективність управління у поєднанні з розвитком медичної науки та забезпечить поступові зміни в системі охорони здоров'я, що позитивно вплине на оздоровлення населення та підвищення соціально-економічної ефективності медичної галузі України.

Незважаючи на соціальну важливість і соціальну значущість охорони здоров'я, система медичного страхування в Україні на сьогоднішній день є недостатньо розвиненою. Закон про обов'язкове медичне страхування ще не прийнято, а існуючі схеми добровільного медичного страхування більше орієнтовані на корпоративних клієнтів. Проблемними також залишаються питання недостатнього регіонального представництва послуг медичного страхування, оскільки основні споживачі цього страхового продукту зосереджені в Києві, а також висока вартість стандартних медичних полісів, що обмежує їх придбання більшістю населення.

За таких умов мікрострахування може виявитися ефективним альтернативним механізмом розвитку системи медичного забезпечення в Україні. Однак для того, щоб бути ефективним, необхідно виконати низку умов для чіткого визначення ролі кожного суб'єкта в моделі медичного страхування – держави, страхових компаній, закладів охорони здоров'я; Створення державного цільового фонду для компенсації частини оплати полісів мікромедичного страхування для бідних; реформування системи охорони здоров'я, включаючи вдосконалення інфраструктури ринку медичних послуг; Підвищення якості та доступності медичних послуг.

РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні

Законодавчі акти та інші заходи, які включені до поняття охорони праці, спрямовані на створення таких умов, за котрими виключається вплив на робочих небезпечних та шкідливих виробничих факторів.

Небезпечні фактори – це такі фактори, які здійснюють негативний вплив на працівників та в окремих умовах можуть призвести до травм або іншого різкого погіршення здоров'я.

Шкідливі фактори призводять до захворювань або зниження працездатності. В залежності від рівня та тривалості впливу шкідливі фактори можуть перетворитися на небезпечні.

Адміністрація підприємства повинна правильно організувати труд працівників та створити всі умови для покращення умов праці: дотримуватися законодавства про працю та правил охорони праці.

Гігієнічна класифікація праці потрібна для оцінки конкретних умов та характеру праці на робочих місцях. На основі такої оцінки приймаються рішення щодо запобігання або максимального обмеження впливу несприятливих виробничих факторів.

Виходячи з принципів Гігієнічної класифікації, умови праці розподіляються на 4 класи:

1 клас – оптимальні умови праці – це такі умови, при яких зберігається не лише здоров'я працюючих, але й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності;

2 клас – допустимі умови праці – характеризуються такими рівнями факторів виробничого середовища і трудового процесу, які не перевищують встановлених гігієнічних нормативів для робочих місць, а можливі зміни функціонального складу організму відновляються за час регламентованого відпочинку або до початку наступної зміни та не чинять несприятливого впливу на стан здоров'я працівника;

3 клас – шкідливі умови праці – характеризуються наявністю шкідливих виробничих факторів, що перевищують гігієнічні нормативи і здатні причинити несприятливий вплив на організм працюючого та (або) його потомство;

4 клас – небезпечні (екстремальні) умови праці – умови праці, що характеризуються високими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища, вплив яких протягом робочої зміни (або ж її частини) створює високий ризик виникнення важких форм гострих професійних захворювань, отруєнь, каліцтв, загрозу для життя.

Визначення загальної оцінки умов праці базується на диференційованому аналізі умов праці для окремих факторів виробничого середовища і трудового процесу. До факторів виробничого середовища належать: показники мікроклімату; вміст шкідливих речовин в повітрі робочої зони; рівень шуму, вібрації, інфра – та ультразвуку, освітленості.

Адекватна оцінка конкретних умов та характеру праці сприятиме обґрунтованій розробці та впровадженню комплексу заходів та технічних засобів з профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань, зокрема за рахунок покращення параметрів виробничого середовища, зменшення важкості та напруженості трудового процесу.

В медичному приміщенні негативний вплив на працівників можуть здійснювати наступні фактори:

1) Мікроклімат приміщення.

Суттєвий вплив на стан організму працівника та його працездатність здійснюють метеорологічні умови в приміщенні (мікроклімат), які визначаються показниками температури, вологості, руху повітря та тепловим випромінюванням нагрітих поверхонь.

Мікроклімат виробничих приміщень, в основному, впливає на тепловий стан організму людини та її теплообмін з навколишнім середовищем. Значне відхилення мікроклімату робочої зони від оптимального може бути причиною ряду порушень в організмі робітників і призвести до різкого зниження

працездатності. Нормативні значення даних метеорологічних факторів приводяться в ДОСТ 12.3.005-8

Таблиця 4.1.

Оптимальні параметри метеорологічних факторів
в робочій зоні економічного відділу

Сезон	Температура повітря, °C	Відносна вологість повітря, %	Швидкість руху повітря, м/с
Холодний	20...23	40...60	0,2
Теплий	22...25	40...60	0,2

2) Вентиляція.

Під вентиляцією розуміють сукупність заходів та засобів, призначених для забезпечення на постійних робочих місцях метеорологічних умов та чистоти повітряного середовища, що відповідають гігієнічним та технічним вимогам. Основне завдання вентиляції – вилучити із приміщення забруднене, вологе або нагріте повітря і подати свіже.

Вентиляція класифікується за такими ознаками:

- за способом переміщення повітря – природна, штучна (механічна) та суміщена (природна і штучна одночасно);
- за напрямом потоку повітря – припливна, витяжна, припливно-витяжна;
- за місцем дії – загально-обмінна, місцева, комбінована;
- за призначенням – робоча і аварійна.

Природна вентиляція може бути неорганізованою та організованою. При неорганізованій вентиляції невідомі об'єми повітря, що надходять та вилучаються із приміщення, а сам повітрообмін залежить від випадкових чинників (напрямку та сили вітру, температури зовнішнього та внутрішнього повітря). Неорганізована природна вентиляція включає інфільтрацію – просочування повітря через нещільності у вікнах, дверях, перекриттях тощо та провітрювання, що здійснюється при відкриванні вікон та квартирнок.

Організована природна вентиляція називається аерацією. Для аерації в стінах будівлі роблять отвори для надходження зовнішнього повітря.

У виробничих приміщеннях внаслідок надходження тепла від устаткування, нагрітих матеріалів та речовин як у теплий, так і в холодний періоди року, зазвичай, вище температури зовнішнього повітря. Середній тиск повітря в приміщенні практично дорівнює тиску зовнішнього повітря, одна рівність тисків в певній горизонтальній площині, що знаходиться приблизно в середині висоти приміщення і називається площиною рівних тисків.

Перевагою природної вентиляції є її дешевизна та простота експлуатації. Основний її недолік у тому, що повітря надходить у приміщення без попереднього очищення. Також не очищується й видалене відпрацьоване повітря, що може призвести до забруднення довкілля.

Штучна (механічна) вентиляція на відміну від природної дає можливість очищувати повітря перед його викидом в атмосферу, виловлювати шкідливі речовини безпосередньо біля місць їх утворення, обробляти припливне повітря (очищувати, зволожувати тощо), більш цілеспрямовано подавати повітря в робочу зону.

При штучній вентиляції повітрообмін здійснюється внаслідок різниці тисків, що створюється при допомозі вентилятора. Вона застосовується у тих випадках, коли тепловиділення у виробничому приміщенні недостатні для постійного (протягом року) використання аерації, або коли кількість або токсичність шкідливих речовин, які виділяються у повітря приміщення є такою, що виникає необхідність постійного повітрообміну незалежно від метеорологічних умов навколишнього середовища.

Природна та штучна вентиляція повинні відповідати наступним санітарно-гігієнічним вимогам:

- створювати в приміщенні нормовані метеорологічні умови праці (температура, вологість та швидкість руху повітря);
- повністю усувати з приміщень шкідливі гази, пари, пил та аерозолі або розчиняти їх до гранично допустимих концентрацій;

- не створювати на робочих місцях протягів чи різкого охолодження;
- бути доступною для управління і ремонту;
- не створювати під час експлуатації додаткових незручностей (наприклад, шуму, вібрацій, попадання дощу, снігу тощо).

Найбільш повно перерахованим вимогам відповідає система кондиціонування повітря. За допомогою кондиціонерів створюються і автоматично підтримуються задані параметри повітряного середовища в робочому приміщенні. Але при вирішенні питання щодо доцільності кондиціонування повітря, слід також враховувати економічні чинники.

3) Система опалення.

Системи опалення являють собою комплекс елементів, необхідних для нагрівання приміщення в холодний період року. До основних елементів систем опалення належать джерела тепла, теплопроводи, нагрівальні прилади. Теплоносіями можуть бути: нагріта вода, пар чи повітря.

До місцевого відноситься пічне та повітряне опалення, а також опалення місцевими газовими та електричними пристроями. Місцеве опалення застосовується, як правило, в житлових та побутових приміщеннях, а також в невеликих виробничих приміщеннях малих підприємств.

До систем центрального опалення відносяться: водяне, парове, панельне, повітряне та комбіноване.

Водяне опалення низького тиску відповідає основним санітарно-гігієнічним вимогам і тому широко використовується на багатьох підприємствах різних галузей промисловості. Основні переваги цієї системи: рівномірне нагрівання приміщення; можливість централізованого регулювання температури теплоносія (води); відсутність запаху гару; підтримання відносної вологості повітря на відповідному рівні (повітря не пересушується); виключення опіків від нагрівальних приладів; пожежна безпека.

Основний недолік системи парового опалення – можливість її замикання при вимиканні в зимовий період, а також повільне нагрівання великих приміщень після тривалої перерви в опаленні.

Парове опалення має низку санітарно-гігієнічних недоліків. Зокрема: внаслідок перегрівання повітря знижується його відносна вологість, а органічний пил, що осідає на нагрівальних приладах, підгоряє і створює запах гару. Окрім того, існує небезпека пожеж і опіків. Враховуючи вищевказані недоліки не допускається застосування парового опалення в пожежонебезпечних приміщеннях та приміщеннях зі значним виділенням органічного пилу.

З економічної точки зору систему парового опалення ефективно влаштовувати на великих підприємствах, де одна котельня забезпечує необхідний нагрів приміщень усіх корпусів і будівель.

Панельне опалення доцільно застосовувати в адміністративно-побутових приміщеннях. Воно діє завдяки віддачі тепла від будівельних конструкцій, в які вмонтовані спеціальні нагрівальні прилади. До переваг цієї системи опалення належать: рівномірний нагрів та постійність температури і вологості повітря в приміщенні; можливість використання в літній період для охолодження приміщення, пропускаючи холодну воду через систему. Основні недоліки – відносно високі початкові витрати при встановленні та важкість ремонту при експлуатації.

Повітряне опалення може бути центральним (з подачею нагрітого повітря від єдиного джерела тепла) ті місцевим (з подачею теплого повітря від місцевих нагрівальних приладів). Основні переваги цієї системи опалення: швидкий тепловий ефект в приміщенні при вмиканні системи; відсутність в приміщенні нагрівальних приладів; можливість використання в літній період для охолодження та вентиляції приміщень; економічність.

При виборі системи опалення підприємств, що проектується чи реконструюється необхідно враховувати санітарно-гігієнічні, виробничі, експлуатаційні та економічні чинники. Слід зазначити, що досить ефективною є комбінована система опалення.

4) Пожежна небезпека. Можливість виникнення та розвитку пожежі в будь-якому процесі. Потрібно відмітити, що небезпечних пожеж не буває. Якщо

вони й не створюють прямої загрози життю та здоров'ю людини, то приносять матеріальний збиток.

Токсичні продукти горіння представляють найбільшу загрозу для життя людини, особливо при пожежі в приміщенні.

Вогонь – надзвичайно шкідливий фактор пожежі, проте випадки його прямого впливу на людей досить рідкі. Під час пожежі температура полум'я може досягати 1200-1400 °С і у людей, що знаходяться в зоні пожежі можуть виникати опіки і відчуття болю.

Дим представляє собою велику кількість маленьких частинок продуктів горіння, що не згоріли, які знаходяться в повітрі. Дим викликає інтенсивне подразнення органів дихання та слизової оболонки. Крім того, в задимлених приміщеннях внаслідок погіршення видимості уповільнюється евакуація людей, а інколи провести її стає зовсім неможливо.

Руйнування будівельних конструкцій відбувається внаслідок втрати ними несучої здатності під впливом високих температур та вибухів. При цьому люди можуть отримати значні механічні травми та опинитися під завалами будівлі.

В залежності від характеру пожежної небезпеки технологічних процесів всі виробництва ділять на п'ять категорій:

- категорія А – горючі та легкозаймисті рідини; продукти, які можуть вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем, повітрям та один з одним;
- категорія Б – пил, волокна; горюча рідина, яка утворює з пилом та паром вибухонебезпечні суміші;
- категорія В – горючі та важкогорючі речовини; тверді горючі речовини та матеріали;
- категорія Г – негорючі речовини та матеріали в розплавленому стані;
- категорія Д – негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

Способи ліквідації пожежі:

- охолодження зони горіння чи реагуючих речовин;
- ізоляція речовини із зони горіння;
- розбавлення повітря чи горючих речовин негорючими;

– придушення горіння за допомогою вибуху.

До вогнегасник речовин відносяться: вода, піна, інертні та негорючі гази, вогнегасні порошки, пісок.

5) Освітлення.

Природне освітлення – це освітлення приміщень світлом неба, що проникає скрізь світлові прорізи в зовнішніх огорожувальних конструкціях.

Штучне освітлення – освітлення приміщень штучним світлом за допомогою електричних ламп (газорозрядні лампи і лампи розжарювання).

Лампи розжарювання належать до джерел світла теплового випромінювання. Газорозрядні лампи – це лампи, в яких оптичне випромінювання виникає в результаті електричного розряду в газах, парах чи інших сумішах.

За конструктивним виконанням штучне освітлення може бути:

– загальним – освітлення, при якому світильники розміщуються у верхній зоні приміщення рівномірно (загальне рівномірне освітлення) або до розташування устаткування (загальне локалізоване освітлення);

– місцевим – освітлення, додаткове до загального, створюване світильниками, що концентрують світловий потік на робочих місцях;

– комбінованим – освітлення, при якому до загального освітлення додається місцеве.

За функціональним призначенням штучне освітлення поділяють на:

– робоче – освітлення приміщень будинків, а також ділянок відкритих просторів, призначених для роботи, приходу людей і руху транспорту;

– чергове – освітлення в неробочий час;

– аварійне – освітлення для продовження роботи при аварійному відключенні робочого освітлення;

– евакуаційне – освітлення для евакуації із приміщення при аварійному відключенні робочого освітлення;

– охоронне – освітлення уздовж границь територій, які охороняються у нічний час.

4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером

Науково-технічний прогрес вніс серйозні зміни в умови виробничої діяльності працівників розумової праці. Їх праця стала інтенсивнішою, напруженим, що вимагає значних витрат розумової, емоційної і фізичної енергії. Це зажадало комплексного рішення проблем ергономіки, гігієни і організації праці, регламентації режимів праці і відпочинку.

В даний час комп'ютерна техніка широко застосовується у всіх областях діяльності людини. При роботі з комп'ютером чоловік піддається дії ряду небезпечних і шкідливих виробничих чинників: електромагнітних полів (діапазон радіочастот: ВЧ, УВЧ і СВЧ), інфрачервоного і іонізуючого випромінювань, шуму і вібрації, статичної електрики і ін.

Робота з комп'ютером характеризується значною розумовою напругою і нервово-емоційним навантаженням операторів, високою напруженістю зорової роботи і достатньо великим навантаженням на м'язи рук при роботі з клавіатурою ЕОМ. Велике значення має раціональна конструкція і розташування елементів робочого місця, що важливе для підтримки оптимальної робочої пози людини-оператора.

В процесі роботи з комп'ютером необхідно дотримувати правильний режим праці і відпочинку. Інакше у персоналу визначається значна напруга зорового апарату з появою скарг на незадоволеність роботою, головні болі, дратівливість, порушення сну, втому і хворобливі відчуття в очах, в поясниці, у області шиї і руках.

Негативна дія комп'ютера на людину є комплексною, тому і вивчення впливу комп'ютерних технологій повинне бути комплексним, що враховує взаємозв'язаний вплив безлічі чинників. Тільки комплексний підхід дозволяє достовірно оцінити дію комп'ютера на здоров'ї користувача.

1) Комп'ютерне випромінювання.

Коли всі пристрої ПК включені, в районі робочого місця оператора формується складне по структурі електромагнітне поле, яке створює реальну

загрозу для користувача комп'ютера. Як показали результати численних наукових робіт, монітор ПК є джерелом:

- електростатичного поля;
- слабких електромагнітних випромінювань в низькочастотному і високочастотному діапазонах (2 Гц – 400 кГц);
- рентгенівського випромінювання;
- ультрафіолетового випромінювання;
- інфрачервоного випромінювання;
- випромінювання видимого діапазону.

Вплив їх на організм людини вивчено недостатньо, проте ясно, що він не обходиться без наслідків. Дослідження функціонального стану користувачів ПК показали, що в організмі людини під впливом електромагнітного випромінювання монітора відбуваються значні зміни гормонального стану, специфічні зміни біострумів головного мозку, зміна обміну речовин. Низькочастотні електромагнітні поля при взаємодії з іншими негативними чинниками можуть ініціювати ракові захворювання і лейкемію. Пил, що притягається електростатичним полем монітора іноді стає причиною дерматитів особи, загострення астматичних симптомів, роздратування слизових оболонок.

2) Комп'ютерний зоровий синдром.

Людський зір абсолютно не адаптований до комп'ютерного екрану, ми звикли бачити кольори і предмети у відбитому світлі, що виробилося в процесі еволюції. Зображення на дисплеї принципово відрізняється від звичних оку об'єктів спостереження – воно світиться; складається з дискретних крапок; воно мерехтить, тобто ці крапки з певною частотою запалюються і гаснуть; кольорове комп'ютерне зображення не відповідає природним квітам (спектри випромінювання люмінофорів відрізняються від спектрів поглинання зорових пігментів в колбах сітківки ока, які відповідають за наш колірний зір). Але не тільки особливості зображення на екрані викликають зорове стомлення. При тривалій роботі на комп'ютері у очей не буває необхідних фаз розслаблення, очі напружуються, їх працездатність знижується. Велике навантаження орган зору

отримує при введенні інформації, оскільки користувач вимушений часто переводити погляд з екрану на текст і клавіатуру, що знаходяться на різній відстані і по-різному освітлені.

Вітчизняні і зарубіжні дослідження показують, що більше 90% користувачів комп'ютерів скаржаться на паління або болі у області очей, відчуття піску під віками, затуманення зору тощо. Комплекс цих і інших характерних нездужань з недавнього часу одержав назву «Комп'ютерний зоровий синдром». Вплив роботи з монітором на зорову систему в значній мірі залежить від віку користувача, від стану зору, а також від інтенсивності роботи з дисплеєм і організації робочого місця. За даними італійських учених, які обстежували понад 5 тисяч користувачів, були відмічені наступні симптоми: почервоніння очей – 48%, свербіння – 41%, біль – 9%, потемніння в очах – 2,5%, двоїння – 0,2%. При цьому наголошувалися об'єктивні зміни: зниження гостроти зору – 34%, бінокулярного зору – 49%. В той же час в результаті тривалої роботи дуже великий ризик появи, або прогресивності що вже є, короткозорості.

Як профілактичний засіб абсолютно не зайвим є використання окулярів, спеціально призначених для роботи за ПК. Комп'ютерні окуляри захищають очі від негативної дії монітора. Вони підвищують виразність сприйняття, оптимізують перенесення кольорів, знижують зорове стомлення, підвищують комфортність і працездатність.

3) Проблеми, пов'язані з м'язами і суглобами.

У людей, що заробляють на життя роботою на комп'ютерах, найбільше число скарг на здоров'я пов'язано із захворюваннями м'язів і суглобів.

Нерухома напружена поза оператора, протягом тривалого часу прикованого до екрану монітора, приводить до втоми і виникнення болю в хребті, шії, плечових суглобах, також розвивається м'язова слабкість і відбувається зміна форми хребта. Інтенсивна робота з клавіатурою викликає больові відчуття в ліктьових суглобах, передпліччях, зап'ястях, в кистях і пальцях рук.

Часто присутні скарги на оніміння шиї, біль в плечах і поясниці або в ногах. Але бувають, проте, і серйозніші захворювання. Найбільш поширений кистьовий тунельний синдром, при якому нерви руки ушкоджуються унаслідок частої і тривалої роботи на комп'ютері. У найбільш важкій формі цей синдром виявляється у вигляді болісних болів, що позбавляють людину працездатності.

4) Синдром комп'ютерного стресу.

Є дані, що постійні користувачі ПК частіше і більшою мірою піддаються психологічним стресам, функціональним порушенням центральної нервової системи, хворобам серцево-судинної системи. За наслідками досліджень можна зробити висновки про вірогідність гормональних зрушень і порушень імунного статусу людини.

На фоні цього медичні круги виявили новий тип захворювання – синдром комп'ютерного стресу. Як правило, наявність єдиного симптому маловірогідне, оскільки всі функціональні органи людини взаємозв'язані. Симптоми захворювання різноманітні і численні:

- фізичні нездужання: сонливість; втома, що не проходить; головні болі після роботи; біль в нижній частині спини, ногах і руках; відчуття оніміння; напруженість м'язів верхньої частини тулуба.

- захворювання очей: відчуття гострого болю, паління, свербіння.

- порушення візуального сприйняття: неясність зору, яка збільшується протягом дня; виникнення подвійного зору.

- погіршення зосередженості і працездатності: зосередженість досягається насилу; дратівливість в час і після роботи; втрата робочої крапки на екрані; помилки при друкуванні.

Існує думка, що шляхом виключення негативних чинників дії ПК можна понизити вірогідність виникнення синдрому комп'ютерного стресу до мінімуму.

Фахівці різних напрямів і спеціалізацій після ретельних досліджень пришли до висновку, що причиною відхилень здоров'я користувачів є не стільки самі комп'ютери, скільки недостатньо строге дотримання принципів ергономіки. Вчені стурбовані тим, щоб поява і активне застосування комп'ютерних

технологій не стала додатковим чинником погіршення здоров'я. Для цього необхідно, щоб робоче місце відповідало б гігієнічним вимогам безпеки.

Добре облаштування робочих місць працівників, використовуючи ПК, забезпечує зниження впливу шкідливих факторів на здоров'я людини. При проектуванні робочого місця треба врахувати наступне:

1) Освітлення. Фахівці рекомендують застосовувати переважно люмінесцентні лампи. Їх розташовують у вигляді суцільних або переривистих ліній, розташованих збоку від робочих місць, паралельно лінії моніторів. При розташуванні комп'ютерів по периметру приміщення світильники розташовують локалізовано над робочим місцем ближче до переднього краю, зверненого до користувача. Існують спеціальні люмінесцентні лампи, які випромінюють світло різної якості, імітуючи, таким чином, повний спектр природного сонячного світла.

2) Робочий стіл. Для комфортної роботи стіл повинен задовольняти наступні умови:

- висота столу повинна бути вибрана з урахуванням можливості сидіти вільно, в зручній позі, при необхідності спираючись на підлокітники;
- нижня частина столу повинна бути сконструйована так, щоб програміст міг зручно сидіти, не був вимушений підтискати ноги;
- поверхня столу повинна володіти властивостями, що виключають появу відблисків у полі зору програміста;
- конструкція столу повинна передбачати наявність висувних ящиків для зберігання документації, канцелярського приладдя тощо
- висота робочої поверхні рекомендується в межах 680-760мм.

3) Крісло. Велике значення надається характеристикам робочого крісла.

Крісло необхідно встановити на такій висоті, щоб не відчувався тиск на хребет (крісло розташоване дуже низько) чи на стегна (крісло розташоване дуже високо). Рекомендована висота сидіння над рівнем підлоги знаходиться в межах 420-550мм. Поверхня сидіння м'яка, передній край закруглений, а кут нахилу

спинки – регульований. Форма стінки крісла повинна повторювати форму спини працюючого.

4) Клавіатура. Висота поверхні, на яку встановлюється клавіатура, повинна бути біля 650мм. Руки повинні розташовуватись так, щоб вони знаходились на відстані 8-12 см. від тіла. При зміні положення тіла (наприклад з вертикального в нахильне) обов'язково треба перемінити положення клавіатури. Може з'явитись корисною підставка для клавіатури, що регулюється.

5) Оригіналотримач. Якщо при праці приходить часто дивитися на документи треба встановити підставку з оригіналом документу в одній площині і на одному рівні з екраном. Якщо треба частіше дивитись на оригінал, аніж на екран, необхідно повернути крісло та екран таким чином, щоб оригінал було розташовано прямо перед очима, а комп'ютер – трохи збоку.

6) Монітор. Положення тіла звичайно відповідає направленню зору. Дисплей, розташований дуже низько чи під неправильним кутом, є основною причиною сутулості. Відстань від дисплею до очей може змінюватись в залежності від характеру роботи, що виконується в межах від 40 до 70 см. При роботі з текстом відстань від екрана до очей повинна не набагато перевищувати відстань між книгою и очима і становити 40-45 см. Рекомендується встановлювати на екран монітору спеціальні скляні поляризаційні фільтри із заземленням. Необхідно уникати того, щоб термінал був обернений екраном в бік вікна, оскільки інтенсивне освітлення поля зору може затопити струмами світла очі і розмити зображення на сітчатці. Якщо приходить сидіти коло вікна, треба розташувати монітор під прямим кутом до нього, при цьому екран дисплею повинен бути перпендикулярним віконному склу – цим виключаються бліки на екрані.

Технічний рівень сучасних моніторів не дозволяє повністю виключити існування шкідливих дій. Проте цю дію необхідно мінімізувати, регламентувавши ряд параметрів, для чого і були розроблені і випущені санітарні норми. Виділяють дві основні групи стандартів і рекомендацій – по

безпеці і ергономіці. До першої групи відносяться стандарти UL, CE, FCC Class B. Представниками другої групи є TSO, MPR-II, ISO 9241-3.

Розглянемо найбільш поширені з них, наклейки з аббревіатурами яких можна зустріти на всіх сучасних моніторах:

Стандарт FCC Class B розроблений канадською Федеральною комісією по комунікаціях для забезпечення прийнятного захисту навколишнього середовища від впливу радіоперешкод а замкнутому просторі.

Стандарт TSO. Окрім розробки стандартів безпеки, TSO бере участь в створенні спеціальних інструментів для тестування моніторів і комп'ютерів. Стандарти TSO розроблені з метою гарантії користувачам комп'ютерів безпечної роботи. Цим стандартам повинен відповідати кожен монітор, що продається в Європі. До складу розроблених TSO рекомендацій сьогодні входять три стандарти: TCO'92, TCO'95 і TCO'99.

Стандарт TCO'92 був розроблений виключно для моніторів і визначає величину максимально допустимих електромагнітних випромінювань при роботі монітора, а також встановлює стандарт на функції енергозбереження моніторів. Крім того, монітор, сертифікований по TCO'92, повинен відповідати стандарту на енергоспоживання NUTEK стандартам на пожежну і електричну безпеку.

Стандарт TCO'95 розповсюджується на весь ПК і стосується ергономічних властивостей випромінювань, режимів енергозбереження і екології.

Стандарт TCO'99 пред'являє жорсткіші вимоги, чим TCO'95 в наступних областях: ергономіка (фізична, візуальна і зручність використання), енергія, випромінювання (електричних і магнітних полів), навколишнє середовище і екологія, а також пожежна і електрична безпека.

Екологічні вимоги включають обмеження на присутність важких металів, бромінатів і хлоринатів, фреонів (CFC) і хлорованих речовин усередині матеріалів.

Стандарт MPR-II – це ще один стандарт, розроблений в Швеції. Він визначає максимально допустимі величини і випромінювання магнітного і

електричного полей, а також методи їх вимірювання. Основна мета всіх цих стандартів – полегшити адаптацію до незвичних для організму людини чинників, зберігши тим самим працездатність і здоров'я операторів ПК.

Для усунення впливу перерахованих вище негативних чинників необхідно прийняти наступні організаційні заходи:

- обмежити час роботи з ПК впродовж дня;
- ввести регулярні перерви (кожну годину роботи з ПК по 15 хвилин);
- використовувати захисний екран та складові, які мають антибліковий ефект, поліпшують контрастність, знімають заряд статичної електрики і захищають від шкідливого ультрафіолетового впливу (аналогічні екрани із оргстекла, сітчасті екрани менш надійні);
- використовувати монітори з високим дозволенням і антибліковим покриттям;
- при праці з ПК знаходитись від дисплею на відстані 700-900 мм;
- використовувати різні аксесуари та прилади, які полегшують працю – утримувачі паперу, підставки під ноги, подушки під попереки.

4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення у медичному приміщенні

Сприятливі умови праці досягаються при правильному виробничому освітленні. Недостатня освітленість робочої зони і значні світлові контрасти викликають напругу зору і швидку стомленість.

Зробимо розрахунок системи загального штучного освітлення приміщення економічного відділу підприємства.

Медичне приміщення являє собою приміщення з побіленою стелею і стінами, вікна приміщення покриті білими занавісками, робоча поверхня темна. Довжина приміщення (А) – 12 м., ширина (В) – 6 м., висота (Н) – 3,5 м., висота робочої поверхні (h_p) – 1 м. Напруга в мережі 220 В. Мінімальна освітленість (E_{min}) для офісних приміщень – 200 люкс.

Розрахунок проведено для світильників типу ЩОД для люмінесцентних ламп:

Знаходимо відстань від стелі до робочої поверхні:

$$H_0 = H - h_p = 3,5 - 1 = 2,5 \text{ (м.)}$$

Відстань від стелі до світильника дорівнює:

$$h_c = 0,2 \cdot H_0 = 0,2 \cdot 2,5 = 0,5 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над поверхнею, що освітлюється:

$$h = H_0 - h_c = 2,5 - 0,5 = 2 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над полом:

$$H_{\Pi} = h + h_p = 2 + 1 = 3 \text{ (м.)}$$

Для досягнення рівномірного освітлення в приміщенні приймаємо $\frac{L}{h} = 1,5$,

де L – відстань між світильниками, яка в такому разі дорівнює:

$$L = 1,5 \cdot h = 1,5 \cdot 2 = 3 \text{ (м.)}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників:

$$N = \frac{A \cdot B}{L^2} = \frac{12 \cdot 6}{3^2} = 8$$

Обчислюємо відстань від стіни до центра світильника:

$$l = 0,5 \cdot 3 = 1,5 \text{ (м.)}$$

Знаходимо індекс приміщення:

$$i = \frac{A \cdot B}{h \cdot (A + B)} = \frac{12 \cdot 6}{2 \cdot (12 + 6)} = 2$$

За допомогою спеціальної таблиці знаходимо коефіцієнти віддзеркалення для стелі, стін і робочої поверхні:

– для стелі – $\rho = 70\%$;

– для стін – $\rho = 50\%$;

– для робочої поверхні – $\rho = 10\%$.

Знаходимо по таблиці коефіцієнт використання світлового потоку:

$$\eta = 55\%$$

Знаходимо світловий потік однієї лампи:

$$\Phi_p = \frac{E_{\min} \cdot A \cdot B \cdot K_z \cdot z}{N \cdot \eta \cdot n}, \text{ де}$$

K_z – коефіцієнт запасу, який враховує експлуатаційне зниження освітленості в наслідок забруднення стелі, стін, світильників і ламп, а також зниження світлового потоку в процесі їх експлуатації ($K_z = 1,5$);

z – коефіцієнт мінімальної освітленості, який враховує нерівномірність освітлення ($z = 1,1$);

n – кількість ламп у світильнику ($n = 2$)

Отже світловий потік однієї лампи дорівнює:

$$\Phi_p = \frac{200 \cdot 6 \cdot 12 \cdot 1,5 \cdot 1,1}{8 \cdot 0,55 \cdot 2} = 2700(\text{лм})$$

Із довідникової таблиці вибираємо тип лампи, яка має світловий потік, найбільш наближений до розрахункового. Це люмінесцентна лампа міцністю (P) 40 Вт.

Знаходимо фактичну освітленість:

$$E_f = E_{\min} \cdot \frac{\Phi_l}{\Phi_p}, \text{ де } \Phi_l - \text{табличний світловий потік для лампи; } \Phi_p -$$

розрахунковий світловий потік.

$$E_f = 200 \cdot \frac{3200}{2700} = 237(\text{лк})$$

Загальна міцність освітлювальної установки:

$$P_{\text{заг}} = P_l \cdot N \cdot n = 40 \cdot 8 \cdot 2 = 640 (\text{Вт})$$

Отже, для того, щоб створити систему штучного освітлення в медичному приміщенні необхідно розмістити 8 світильників типу ЩОД з двома люмінесцентними лампами міцністю 40 Вт кожна. В такому разі загальна міцність системи штучного освітлення становитиме 640 Вт.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення процесів формування і розвитку медичного страхування в Україні. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. При розгляді сутності і змісту страхової діяльності й медичного страхування виявлено, що сьогодні, коли нормативно-правова база, яка потрібна задля запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, – відсутня, добровільне медичне страхування відіграє допоміжну роль у забезпеченні населення медичною допомогою, а також виступає доповненням до обов'язкового. У результаті дослідження причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та провідними ризиками, що на нього впливають, визначено основні групи факторів ризику за критерієм пріоритетного впливу: соціально-економічні індикатори розвитку економіки; стан екології; рівень розвитку охорони здоров'я та ризику, пов'язані з розповсюдженістю окремих захворювань і смертністю від них.

2. В результаті дослідження проблем фінансування медичного страхування в Україні виявлено, що для розвитку медичного страхування державі доцільно запровадити ефективний механізм його стимулювання через прямі і непрямі дотації. Пряма дотація передбачає надання податкових пільг підприємствам для придбання пакетів медичного страхування своїх співробітників, а сам страховий платіж не оподатковується. Непряма дотація може бути здійснена через зміну системи фінансування лікувальних установ: від оплати їх утримання до оплати за обсяг наданих медичних послуг пацієнтам.

3. На основі дослідженні систем медичного страхування зарубіжних країн виявлено, що основними причинами переходу до страхової медицини країн Центральної та Східної Європи стали недостатність фінансування охорони здоров'я, збільшення кількості осіб, які потребують медичної допомоги (до 60%), за умови домінування функціонування бюджетної системи охорони здоров'я в країні, зростання обсягу й вартості медичних послуг паралельно зі

збільшенням кількості лікарів, дефіцит кваліфікованої медичної допомоги, підвищення рівня тінізації економіки в медичній галузі та надмірна централізація й монополізація фінансування та управління системою охорони здоров'я.

4. Проведений аналіз ринку медичного страхування в Україні показав, що за останні п'ять років найбільші темпи зростання показав такий його сегмент як добровільне страхування медичних витрат, де темп приросту склав за цей період 128,4%. В свою чергу, скорочення було зафіксоване за таким сегментом ринку медичного страхування як добровільне страхування на випадок хвороби, де ринок скоротився на 12,3%. На даний момент в Україні здійснюється медична реформа, згідно якої заплановано повний перехід нашої держави до страхової медицини до 2023 року. На початку серпня 2016 року на розгляд Верховної Ради було подано законопроект про запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з 1 січня 2018 року.

5. В результаті проведеного аналізу системи медичного страхування в Україні, що існуюча на сьогодні в Україні система охорони здоров'я потребує негайного реформування. Чітке виконання «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2020 – 2025 років» дозволить впровадити ефективну систему соціального медичного страхування та підняти вітчизняну систему охорони здоров'я на новий рівень. При проведенні реформ в галузі охорони здоров'я та введення соціального медичного страхування можна звернутися до досвіду зарубіжних країн, зокрема Грузії, яка за п'ять років повного перезапуску системи охорони здоров'я досягла позитивних результатів для своїх пацієнтів.

6. В межах проведеного дослідження було запропоновано використання зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Фахівці розглядають реформу системи охорони здоров'я в країні як необхідний комплекс державних, громадських та медичних заходів, що спрямовані на зміцнення й відновлення здоров'я нації. Розроблення ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можливе лише за умов урахування інтересів населення в охороні здоров'я. Передусім потрібно відокремити

політику у сфері охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Суспільний медичний фонд має бути створений і повинен відповідати за розміщення бюджетних асигнувань, призначених на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги, перевірку здійсненого лікування.

7. Таким чином, в результаті магістерського дослідження було запропоновано впровадження мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Характеризуючи переваги використання мікрострахування в системі медичного забезпечення, можна відзначити, що воно не лише сприяє вирішенню ряду соціальних проблем, забезпечуючи медичне обслуговування всіх категорій громадян, але й дозволяє закласти основу для розвитку страхової медицини в країні, де нерозвиненість добровільного медичного страхування пов'язана не стільки з високою часткою населення з низькими доходами, як із недостатнім рівнем довіри до страхових компаній, низькою страховою та медичною культурою, застосування мікрострахування дозволяє залучити до страхування нових споживачів страхових послуг з нижчим ризиком для них втрати своїх коштів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Господарський кодекс України [Електронний ресурс]: станом на 1 січня 2017 р. / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К.: Парлам. вид-во, 1996. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
3. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» № 1105–XIV від 23.09.1999. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1105-15>
4. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86/98 – ВР зі змінами і доповненнями // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>
5. Основи законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [Електронний ресурс]: станом на 20 березня 2017 р. / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. – Київ: Парлам. вид-во, 1998. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80>.
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
7. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проект закону [Електронний ресурс]: станом на 1 січня 2016 р. / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – Київ: Парлам. вид-во, 2015. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150211_0.html#3.
8. Про страхування: закон України від 07.03.1996 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр>.
9. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 серп. 2013 р. № 735-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

10. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/car-dnrd?doc id=249618799>

11. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>.

12. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

13. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [монографія] / Н.В. Авраменко. Запоріжжя : КПУ, 2017. 196 с.

14. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2017. 134 с.

15. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. В. Баєва // Навчальні матеріали онлайн (2010-2015). – URL: <https://textbook.com.ua/medicina/1473451399>

16. Базилевич В.Д. Страхування: Підручник / В.Д. Базилевич. – К.: Знання-Прес, 2018. – 1019 с. / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://pidruchniki.ws/1584072042387/>

17. Баклушина О. Інформатизація галузі охорони здоров'я: переваги для медичних працівників / О. Баклушина // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 5. – С. 44-51.

18. Бедрик І.О., Буравльов Л.О. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади // Економіка та держава. – 2018. – № 6. – С. 94 – 96.

19. Бендукідзе К., Редер Ф.С., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. – 2014. – К. : Вид-во : ТОВ «НВП «Інтерсервіс». – 2014. – 52 с.

20. Бетлій О. Чи Вирішить обов'язкове медичне страхування проблеми системи охорони здоров'я / О. Бетлій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://voxukraine.org/2015/03/20/problemu-systemy-ohorony-zdorovia/>.

21. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2016. 56 с.

22. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану розвитку [Електронний ресурс] / В. І. Борщ // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2020. – Т. 19, вип. 1. – С. 140-159. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rectpu_2020_19_1_10

23. Борщ В.І., Рудінська О.В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2019. Т. 18. Вип. 2(42). С. 96 – 105.

24. Бюджет України 2022 р. Яким буде фінансування системи охорони здоров'я? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/320217>.

25. Внукова Н.М. Страхування: теорія та практика: [навч. посіб.] / Н.М Внукова, Л.В. Временко, В.І Успенко [та ін.]; за заг. ред. д. е. н. Н.М. Внукової; 2-ге вид., перероб. та доп. – Харків: Бурун Книга, 2019. – 656 с.

26. Вовчак О.Д. Страхові послуги: навчально-методичний посібник / Вовчак О.Д., Завійська О.І. – Львів: Видавництво ЛКА, 2015. – 156 с.

27. Волохова Л. Ф. Медичне страхування та його розвиток в Україні / Л. Ф. Волохова, Д. О. Остапенко // Финансовые услуги. – 2017. – № 1. – С. 35–39.

28. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування / О.О. Вороніна // Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського. – 2015. – №8. – С. 733-737.

29. Григораш Т. Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні / Т. Ф. Григораш, Ю. П. Кіріченко // Економічний простір: зб. наук. пр. – Дніпропетровськ, 2021. – № 56/2. – С. 138-148.

30. Гришан Ю. Рыночная модель ОМС в Украине наиболее реальная и жизнеспособная / Ю. Гришан [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://forinsurer.com/public/16/08/05/4733>.

31. Громовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2018. 752 с.

32. Губар О. Є. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит» / О. Є. Губар. – К., 2014. – 23 с.

33. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. Ч. 1/заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2018. 396 с.

34. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. 2016. – № 2. С. 83–89.

35. Дмитренко Л.А., Завадська Н.П., Косяченко Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навч. посіб. Київ: Медицина, 2018. 144 с.

36. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. – 2014. – № 1. – С. 8-13. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2014_1_4_x1

37. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Звіт Комісії проекту TasisBISTRO [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf

38. Завора Т.М. Соціальне страхування: навчальний посібник / Т.М. Завора. – Полтава: ПолтНТУ, 2013. – 272 с.

39. Завора Т.М. Формування системи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні / Т.М. Завора, Ю.І. Стовба // Вісник Маріупольського державного університету. – 2015. – № 9. – С. 20–29. [ч7

40. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони

здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризина // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 108–112.

41. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. Приватний лікар. 2017. С. 12-15. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/ukrajinskij-rinokprivatnoji-meditcini-realiji-ta-perspektivi>

42. Інтернет-журнал «Про страхування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http:// forinsurer.com/](http://forinsurer.com/)

43. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).

44. Кияшко А. Медицинское страхование. Как страховой компании выжить в кризис? / А. Кияшко [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [/http://forinsurer.com/public/15/04/09/4716](http://forinsurer.com/public/15/04/09/4716).

45. Кияшко А. Медицинское страхование. Как страховой компании выжить в кризис? [Електронний ресурс] / А. Кияшко. – Режим доступу : <http://forinsurer.com/public/15/04/09/4716>

46. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2018. – С. 5 – 7.

47. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад, здоров'я. – 2018. – № 3 (3). – С. 23 – 37.

48. Козьменко С.М., Охріменко І.О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С.М. Козьменко, І.О. Охріменко. – Режим доступу : <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua>

49. Кондрат І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / І.Ю. Кондрат // Науковий вісник НЛТУ України. – 2019. – Вип. 19.3. – С. 247–252.

50. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагарна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний// Укр. мед. вісті. – 2017. – № 1 (56). – С. 28 – 29.

51. Кризина Н. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених / Н. Кризина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>.

52. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 224 с.

53. Лехан В. М., Лакіза-Сачук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2017. – 174 с.

54. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко.К. : Четверта хвиля, 2019. 353 с.

55. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С. 198-206.

56. Машина Н.І. Міжнародне страхування : [навчальний посібник] / Н.І. Машина. – К. : Центр навчальної літератури, 2016. – 504 с.

57. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

58. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 109 с.

59. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність запровадження в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2017. – № 240. – 41 с.

60. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит» / Н. Г. Нагайчук. – Київ, 2016. – 22 с.

61. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nfp.gov.ua/content/konsolidovani-zvitni-dani.html>.

62. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf

63. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С. М. Ніколаєнко. – Режим доступу : <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Fbusiness-inform.net>

64. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навчальний посібник. Єрошкіна Т.В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С. Донецьк: РВВ ДНУ, 2012. 64 с. URL: <http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/684dfManagement-KLD.PDF>

65. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int>

66. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

67. П'ять міфів про обов'язкове медичне страхування // Еспресо TV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://espresso.tv/article/2016/10/01/5_mifiv_pro_oboyazkove_medychne_strakhuvannya.

68. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – № 2. – С. 64-82. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2016_2_6

69. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4. – С. 85–89.

70. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2016. – 396 с.

71. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

72. Резніченко О. Г. Маркетинг та менеджмент в системі охорони здоров'я на сучасному етапі та їх перспективи [Електронний ресурс] / О. Г. Резніченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – Т. 17, Вип. 4(1). – С. 245-248. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4\(1\)_59](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4(1)_59)

73. Рожкова І.В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. Зб. наук. пр. НАДУ. Київ: НАДУ, 2018. Вип. 2. С. 224–233.

74. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

75. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. – 680 с.

76. Стеценко В. Ю. Правове забезпечення медичного страхування в Україні / В. Ю. Стеценко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право): зб. наук. пр. – Ірпінь, 2019. – № 4 (47). – С. 191–196.

77. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. 223 екон. наук: спец. 08.00.08 «Гроші, фінанси і кредит» / Т. І. Стецюк. – Київ, 2019. – 18 с.

78. Стецюк Т.І. Зарубіжний досвід організації страхової медицини та можливості його застосування в Україні / Т.І. Стецюк // Стан і проблеми

трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період. – Хмельницький, 2014. – С. 195-200.

79. Страхование : учеб. для вузов / Л. А. Орланюк-Малицкая и др. ; под ред. Л. А. Орланюк-Малицкой, С. Ю. Яновой. – 4-е изд. – М. : Юрайт, 2020. – 481 с.

80. Страхование : учеб. для студентов / Ю. Т. Ахвледиани и др. ; под ред. Ю. Т. Ахвледиани, В. В. Шахова. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2017. – 519 с.

81. Страхование : учеб. и практикум для прикладного бакалавриата / И. П. Хоминич и др. ; под ред. И. П. Хоминич, Е. В. Дик. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 437 с.

82. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І. Успенко та ін. ; за заг. ред. Н. М. Внукової. – 2-ге вид., переробл. та доповн. – Харків : Бурун Книга, 2019. – 656 с.

83. Третьяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування / Д. Д. Третьяк // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 12. – С. 43–47.

84. Удовиченко Н.М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / Д.В. Карамишев, Н.М. Удовиченко // Теорія та практика державного управління. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2018. – Вип.. 1 (20). – С. 236 – 245.

85. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. – Кіровоград: ТОВ «Імекс_ЛТД», 2019. – 404 с.

86. Устинов А. В. Основні компоненти розбудови національної системи охорони здоров'я / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2018. – № 2 (2). – С. 124.

87. Хвисюк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я: підручник. – 2-ге вид., доп. / за заг. ред. проф. М. І. Хвисюка і І. І. Парфьонові. – Х.: Оберіг, 2014. – 780 с.

88. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні: термінологічний аналіз / О. Худоба // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / за заг. ред. В. Загорського, А. Ліпінцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2019. – Вип. 21. – С. 145-150.

89. Шатковський Я.М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект) : дис. канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» / Я.М. Шатковський. – К., 2019. – 206 с.

90. Шихов А. К. Страхование: организация, экономика, правовые аспекты : учеб. пособ. для вузов / А. К. Шихов. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М. : КУРС, ИНФРА-М, 2017. – 368 с.

91. Шутурмінський В. Г. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навч. посібник / Шутурмінський В. Г., Кусик, Н. Л., Рудинська О. В. – Одеса: Вид. Гельветика, 2020. – 176 с.