6. Роль рефлексивного управления в обеспечении жизнеспособности социально-экономических систем / [Л.Н. Сергеева, А.В. Бакурова, Т.Ю. Огаренко] // Рефлексивные процессы в экономике: концепции, модели, прикладные аспекты: [монография] / под ред. Р.Н. Лепы. – Донецк: АПЕКС, 2010. – С. 16–31.
7. Сергєєва Л.Н. Застосування принципів рефлексивного управління для типологізації орієнтації домогосподарств на ринку фінансових послуг / Л.Н. Сергєєва, О.А. Ковтун // Економіка і управління: науковий журнал. – 2014. – № 3 (63). – С. 62–68.
8. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент / Ф. Котлер, К.Л. Келлер; пер. с англ. – СПб.: Питер, 2008. – 816 с.

УДК 368.9.06

**Шевчук Ю.В.,** ст. викладач
кафедри фінансових ринків
*Університет державної фіскальної служби України*

# КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

**Шевчук Ю.В. Концептуальні підходи до впровадження страхової медицини в Україні.** Проаналізовано проблеми у сфері впровадження страхової медицини в Україні. Проведено порівняльний аналіз законопроектів про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні, зроблено висновок про недоцільність впровадження моделі приватного медичного страхування. Окреслено стратегічні напрями впровадження медичного страхування і визначено завдання щодо їх реалізації, що сприятимуть швидшому впровадженню ефективної системи медичного страхування.

**Ключові слова:** медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, моделі фінансування охорони здоров'я, приватно-державне партнерство, стандарти медичної допомоги.

**Шевчук Ю.В. Концептуальные подходы к внедрению страховой медицины в Украине.** Проанализированы проблемы в сфере внедрения страховой медицины в Украине. Проведен сравнительный анализ законопроекта об общеобязательном государственном социальном медицинском страховании в Украине, сделан вывод о нецелесообразности внедрения модели частного медицинского страхования. Определены стратегические направления внедрения медицинского страхования и определены задачи по их реализации, решение которых будет способствовать более быстрому внедрению эффективной системы медицинского страхования.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, модели финансирования здравоохранения, частно-государственное партнерство, стандарты медицинской помощи

**Shevchuk Y.V. Conceptual approaches to the introduction of health insurance in Ukraine.** The problems in the implementation of health insurance in Ukraine were investigated. A comparative analysis of the bill on state social medical insurance in Ukraine were analyzed, the conclusion of inappropriate implementation of the model of private health insurance. Strategic directions introduction of health insurance were outlined and defined tasks for their implementation, which will contribute to faster implementation of effective health insurance system.

**Keywords:** health insurance, voluntary medical insurance, model of health care financing, public-private partnerships, standards of care.

**Постановка проблеми.** Важливим завданням соціально-економічного розвитку України є кардинальне підвищення рівня охорони здоров'я на основі покращення фінансування та запровадження медичного страхування. Щорічно до 3% домогосподарств в Україні зазнають фінансових труднощів у зв'язку з хворобою і необхідністю платити за медичне обслуговування або медикаменти. У 2010-2015 рр. державні витрати на охорону здоров'я коливалися в межах 3,2-3,4% від ВВП, а в 2016 р. році склали 2,5% [1]. При цьому, за рекомендаціями Всесвітньої організації здоров'я (далі – ВОЗ) витрати на систему охорони здоров'я мають становити 5-6% ВВП і покривати не менше 70% потреб галузі у фінансуванні.

Підвищення якості надання медичної допомоги, зростання рівня зарплати лікарів у поєднанні з очікуваним подорожчанням медичних технологій диктують необхідність збільшення розмірів державного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні щонайменше до 7% ВВП, що в умовах складної політичної та економічної ситуації малоймовірно. Сприяти покращенню фінансування галузі охорони

здоров'я допоможе перехід до страхової медицини. Однак в Україні дотепер відсутній єдиний програмний документ, який би визначав стратегічну мету розвитку медичного страхування і конкретні кроки по його впровадженню, принципи і джерела фінансового забезпечення, що актуалізує необхідність активізації наукових розробок у даній сфері.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблеми і перспективи впровадження медичного страхування досліджені в працях Н. Богомаз [2], О. Виноградова [3], В. Москаленка [4; 5], М. Мниха [6], Н. Рубцової, І. Чкан [7], О. Світличної [8] та багатьох інших. Практичним аспектам впровадження медичного страхування присвячені спеціальні публікації керівників страхових компаній, що працюють на ринку добровільного медичного страхування України [9]. Незважаючи на постійну увагу науковців і практиків до сфери розвитку страхової медицини, в Україні існує лише добровільне медичне страхування, що суттєво звужує можливості фінансування охорони здоров'я.

**Постановка завдання.** Мета цієї статті полягає у з'ясуванні проблем у розвитку медичного страхування в Україні та визначенні на цій основі напрямів впровадження страхової медицини.

**Виклад основного матеріалу.** Нині в Україні склалася вкрай складна ситуація у сфері фінансування охорони здоров'я. До основних проблем слід віднести виклики з боку негативної динаміки соціально-демографічних процесів, а також темпів економічного зростання, труднощів впровадження медичних технологій. Також можна виокремити такі проблеми.

1. Гостра нестача грошових коштів як наслідок кризи та збереження залишкового принципу фінансування охорони здоров'я з бюджету. Це веде до незбалансованості державних гарантій надання медичних послуг з їх фінансовим забезпеченням, зумовлює подорожчання медичних послуг, ускладнює доступ до них малозабезпечених верств населення, підтримує низький рівень матеріально-технічного обладнання медичних закладів;

2. Відсутність позитивних змін в системі оплати праці медичних працівників, дотриманні стандартів надання та визначення тарифів оплати медичної допомоги. Чинна система фінансування охорони здоров'я обмежує можливості для залучення особистих коштів населення; формує умови для збереження зайвих потужностей медичних установ; посилює мотивацію до неформальної оплати послуг у медичних установах;

3. Прогресування змін вікової структури населення й зростання необхідності протистояння тенденції росту смертності населення, що потребує кардинального підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Підвищення частки осіб похилого віку в складі населення означає зміни в масштабах і структурі захворюваності та, відповідно, вимагає більших витрат на медичну допомогу і медико-соціальне обслуговування. Відтак, має бути розширено фінансове забезпечення розвитку медичного страхування за одночасного посилення контролю за розподілом фінансових ресурсів.

4. Очікуване відновлення економічного зростання призведе до якісних змін на ринку праці: замість попиту на дешеву робочу силу зростатиме попит на здорову висококваліфіковану робочу силу. Це, з одного боку, викличе потребу в ефективно функціонуючій системі недержавного медичного страхування з боку працівників, а з іншого зросте необхідність розширення фінансування охорони здоров'я як фактору скорочення виробничих втрат. Розв'язати такі завдання можна лише на основі взаємодії охорони здоров'я з системами соціального захисту, страхування та координації зусиль місцевих органів влади і бізнесу, страхових й фінансових установ.

5. Розвиток медичних технологій та поява нових лікарських засобів і медикаментів розширять можливості раннього виявлення захворювань та лікування. Проте вартість нових технологій набагато вища, що призведе до подорожчання медичних послуг і зростання потреби у медичному страхуванні.

Не буде перебільшенням стверджувати, що окреслений комплекс проблем в системі обов'язкового медичного страхування суттєво обумовлений слабкістю ринкових засад розвитку цієї галузі. Нині в Україні продовжує діяти адміністративний порядок визначення суб'єктів в системі «громадянин – страхова медична організація – медичний заклад». Це знижує зацікавленість як страховиків, так і медичних установ щодо якісного виконання своїх зобов'язань за договором медичного страхування. Реалізація сутності ринкових відносин має забезпечувати свободу вибору дієздатним громадянином свого посередника – організатора медичних послуг (страховика – тобто страхової компанії) – та лікувального закладу або лікаря, як посередником, так і особисто пацієнтом; а також створення умов для рентабельної роботи лікаря. Очевидно, що для подолання зазначених проблем необхідна модернізація системи охорони здоров'я та страхової медицини на засадах системного підходу.

Відповідно до планів Міністерства охорони здоров'я України перехід на страхову медицину мав розпочатися ще в 2014 році і тривати до 2020 року. Уточнення планів цього міністерства, а також згідно з проектом закону про розвиток медичного страхування, перехід на страхову медицину має розпочатися з січня 2017 року. На впровадження ефективної системи соціального медичного страхування спрямовано й прийняття Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр.

Слід зазначити, що на сьогодні в Україні існує декілька варіантів зареєстрованих законопроектів щодо організації та функціонування страхової медицини, які відрізняються, зокрема, моделями фінан-

сування страхової медицини як за їх змістом, так і результатами, що очікуються (табл. 1).

Надаючи загальну оцінку цим законопроектам, можна констатувати, що всі вони спрямовані на забезпечення конституційних прав громадян на безкоштовне отримання медичної допомоги та забезпечення державних гарантій, необхідної якості, достатності обсягів медичної допомоги та юридичної захищеності громадян при отриманні медичних послуг.

Водночас, за основу Верховною Радою України взято проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні», зареєстрований за № 491-2. Його відмінністю, як і законопроекту № 4981-1, є створення цільових фондів. Натомість законопроектом № 4981 передбачається впровадження приватної страхової моделі фінансування медичної галузі. Тобто, кошти на фінансування охорони здоров'я будуть формуватися не державою, а приватними страховими компаніями, які будуть збирати і акумулювати страхові внески. Передбачається, що страхові внески за працюючих українців будуть сплачувати роботодавці, а за непрацюючих – місцеві адміністрації.

На наш погляд, введення приватної страхової моделі фінансування в Україні на сучасному етапі є передчасним. Як свідчить міжнародний досвід, акумулювання коштів для охорони здоров'я через введення додаткового податку на заробітну плату здатне призвести до зростання рівня тінізації економіки, а отже, зменшення доходів державного і місцевих бюджетів, а в кінцевому підсумку – до погіршення послуг для пацієнтів [11]. Зокрема, ВОЗ не рекомендує менш розвиненим країнам використовувати приватні страхові компанії для страхування гарантованих державою коштів. Фінансування послуг, гарантованих державою, має здійснюватися через систему державного медичного страхування. У світі є лише п'ять високорозвинених країн, у яких частка виплат приватних страхових компаній займає понад 20% загальних витрат на охорону здоров'я [11]. І хоча приватна система страхування присутня у всіх європейських країнах, проте вона ефективна тільки за умови контролю держави за витрачанням коштів. Лише у цьому випадку відбувається поєднання ефективності технологій роботи страховиків та обґрунтованості фінансових витрат.

До ризиків моделі фінансування страхової медицини за участі приватних страхових компаній відносять:

1) високу вірогідність послаблення конкуренції на ринку медичного страхування;

2) ризик так званої негативної селекції, коли приватні страхові компанії будуть вибирати собі здорових пацієнтів і відмовляти у страхуванні хворим;

3) слабкість державного впливу на діяльності приватних страхових компаній, що може призвести до високих страхових тарифів;

4) недосконалість механізму контролю витрат на охорону здоров'я, у зв'язку з чим сума відрахувань із зарплати кожного працюючого залежатиме від розрахунків приватних страхових компаній.

Для уникнення таких ризиків Міністерство охорони здоров'я України вважає за доцільне прийняти за основу законопроект № 4981-2, що дозволить:

– продовжити фінансувати медицину із загальних податків;

– охопити обов'язковим медичним страхуванням кожного;

– консолідувати бюджет на охорону здоров'я в державній структурі (у законопроекті це Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, далі – Фонд) та створити Єдиного національного замовника медичних послуг – Національну службу здоров'я, яка буде стратегічно розпоряджатися коштами, акумульованими на цілі охорони здоров'я.

На наш погляд, впровадження страхової медицини покликано вирішити наступні першочергові завдання, а саме: підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів, забезпечення залучення додаткових фінансових коштів, а також детінізація нелегального обороту «доплат» населення у медичних установах. Водночас, для вирішення поставлених завдань на науково обґрунтованій основі має бути сформована Концепція розвитку медичного страхування в Україні.

З позиції вибору ключового фінансового індикатора результативності функціонування галузі страхової медицини слід прийняти такий рівень фінансового забезпечення страхової медицини, який здатний забезпечити помірний рівень витрат громадян на медичну допомогу. В ситуації кризи та різкого падіння рівня добробуту це стане соціальним імперативом розвитку України.

Щодо моделі фінансування сфери охорони здоров'я, в концепції розвитку медичного страхування має відбутися її заміна, а саме перехід від фінансування лікарень (відповідно до їх «пропускних» потужностей койко-місць) до оплати якості медичної послуги, а також відхід від бюджетного фінансування до залучення коштів населення (страхувальників). Фінансування системи медичного страхування здійснюватиметься із загальних податків, які сплачують усі громадяни України.

Введення обов'язкового медичного страхування в Україні передбачає створення принципово нової системи, яка складається з наступних елементів: суб'єктів обов'язкового медичного страхування; сукупності регулюючих норм і правил, що встановлюються і гарантуються державою та регулюють відносини між суб'єктами системи соціального медичного страхування. До останніх належать платники відрахувань на соціальне медичне страхування; споживачі медичних послуг (пацієнти); медичні організації, а також фізичні особи, які займаються приватною медичною практикою; суб'єкти у сфері виробництва та продажу ліків і медичного облад-

Таблиця 1

**Основні положення «Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні»**

| № 4981 (Група депутатів Денисова Л., Шипко А., Розенблат Б., Єфремова І. і Поляков М.) | № 4981-1 (народний депутат Мусій О.) | № 4981-2 (народний депутат Богомолець О.), |
|---|---|---|
| 1. Проектом Закону пропонується вирішити проблему неефективного використання існуючих фінансових ресурсів, забезпечити залучення додаткових коштів в систему, детінізувати нелегальний оборот «доплат» населення. У поєднанні з ефективним багаторівневим механізмом контролю за їх цільовим використанням, введення в системі охорони здоров'я механізму відносин «замовник медичної послуги – пацієнт – концесії медичної послуги» («гроші йдуть за пацієнтом») призведе до еволюційної оптимізації інфраструктури системи охорони здоров'я, підвищення оплати ефективно працюючих медичних працівників, забезпечення конституційних прав громадян на безкоштовне отримання медичної допомоги та установки на них державних гарантій, забезпечення необхідної якості, достатності обсягів медичної допомоги та юридичної захищеності громадян при отриманні медичних послуг. | 1. Реалізація проекту Закону передбачає солідарну участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні медичних послуг. Законопроектом передбачається здійснення та функціонування системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування відповідно до законодавства України. У законопроекті пропонується введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як окремого виду соціального страхування, оскільки медичне страхування, на відміну від інших видів соціального страхування, охоплює практично все населення, а не тільки працюючих чи пенсіонерів, і передбачає організацію надання кваліфікованої медичної допомоги, а не грошові виплати, як за іншими видами соціального страхування. | 1. За рахунок цільових страхових внесків формуються кошти на медичне забезпечення населення в умовах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування |
| 2. Введення обов'язкового соціального медичного страхування дозволить акумулювати кошти зібраних страхових платежів на спеціальних рахунках в банках, визначених уповноваженим органом. Ці кошти будуть спрямовані виключно на оплату медичних послуг, наданих конкретним застрахованим особам. Запропонована система забезпечить ведення об'єктивної статистики в сфері охорони здоров'я і дозволить визначити реальні потреби галузі у фінансуванні і задовольнити ці потреби. | 2. Проект Закону, зберігаючи позитивні риси наявної системи охорони здоров'я (безоплатність надання медичної допомоги, загальний характер, доступність), посилює відповідальність держави, підприємств, організацій, установ та закладів охорони здоров'я. | 2. Правовідносини між усіма учасниками (страхувальниками, страховиками, застрахованими, закладами охорони здоров'я) регулюються на договірній основі. Впровадження законопроекту сприятиме розвитку конкуренції серед закладів охорони здоров'я |
| 3. Платіж (страховий внесок) буде однаковим для всіх. Всі будуть отримувати рівні можливості для забезпечення тими чи іншими послугами | 3. Законопроект націлений на єдину систему збору та обліку єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування в частині страхових внесків на медичне страхування, які повинні виплачуватися роботодавцями, що забезпечить оптимізацію планових витрат на їх адміністрування. | 3. Медична допомога буде надаватися закладами охорони здоров'я за рахунок коштів, акумульованих у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування |
| 4. Держава в особі Кабінету Міністрів і Уповноваженого органу здійснюватиме повний контроль за системою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за роботою її суб'єктів, щодо цільового використання коштів Контроль Регулятора і страхових компаній за якістю та обсягами наданих медичних послуг, передбачений законопроектом, сприятиме забезпеченню прав громадян України на якісну охорону здоров'я. | 4. Законопроектом передбачається, що страховиком за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням є Фонд медичного страхування України, який створюється як некомерційна самоврядна організація. | |

*Джерело: складено автором на основі [10]*

нання, єдиний замовник послуг, Фонд соціального медичного страхування. Змінюється і територіальний підхід до моделі госпітальних округів, у центральній лікарні якого буде зосереджено кадровий потенціал і медичне обладнання.

До головних напрямів впровадження страхової медицини необхідно віднести:

– послідовний перехід на страховий принцип фінансування охорони здоров'я, концентрацію у Фонді державних коштів, що забезпечать фінансування потреб охорони здоров'я на 70%;

– вдосконалення системи контролю за якістю медичної допомоги і захист прав застрахованих; запровадження вимоги включення в договори між страховиками і медичними організаціями зобов'язань щодо конкретних заходів підвищення якості медичної допомоги, а також моніторингу за їх дотриманням;

– розширення функцій страховиків і підвищення їх ролі в плануванні і управлінні обсягами фінансування медичної допомоги, організації її надання застрахованим; сприяння формуванню конкурентного ринку медичного страхування на основі об'єднання в рамках однієї страхової медичної організації програм обов'язкове і добровільне медичне страхування;

– створення системи розподілу фінансових ризиків між державою та страховиками, які працюють з програмами, що включають обов'язкове і добровільне медичне страхування; передача територіальним фондам обов'язкового медичного страхування функцій страховика в системі ОМС; розвиток системи персоніфікованого обліку наданої медичної допомоги.

Одним з принципових моментів впровадження страхової медицини є чітке визначення джерел її фінансування, розмірів страхових тарифів, механізмів розподілу коштів. Це потребує вдосконалення методики ціноутворення для закупок медикаментів за бюджетні кошти та методики розрахунку вартості медичної послуги, створення інституційних умов для ефективного поєднання державних і приватних джерел оплати медичних послуг, розвитку нових форм акумуляції та витрачання коштів на зміцнення здоров'я і лікування, нових страхових продуктів.

Формування доходів системи державного соціального медичного страхування повинно здійснюватися за рахунок наступних механізмів:

– забезпечення державою фінансування гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги для окремих категорій населення;

– здійснення роботодавцями обов'язкових відрахувань на соціальне медичне страхування за працююче населення в розмірі 5% від щомісячного фонду оплати праці;

– здійснення працюючими громадянами обов'язкових відрахувань на соціальне медичне страхування;

Гарантований обсяг безкоштовної медичної допомоги буде формуватися у вигляді переліку медичних послуг і лікарських засобів залежно від форм і видів медичної допомоги. Це передбачає реалізацію заходів за такими напрямами:

– поліпшення фінансового забезпечення державних гарантій безкоштовної медичної допомоги, що дозволить згладити нерівності в доступності медичної допомоги для різних груп населення (бюджетне фінансування);

– підвищення доступності добровільного медичного страхування, що лежить у сфері вдосконалення діяльності страховиків;

– розширення можливостей громадян щодо вибору медичної організації і лікаря, що сприятиме створенню конкурентного ринку медичних послуг;

– підвищення заробітної плати лікарів, що веде до підвищення якості та ефективності медичної допомоги;

– розвиток державно-приватного партнерства у вирішенні проблем фінансування охорони здоров'я;

– формування світогляду здорового способу життя та підвищення попиту на страхові послуги;

– вдосконалення законодавчої та нормативної бази в галузі охорони здоров'я, в тому числі формування системи стимулів для роботодавців, які реалізують програми страхування працівників, істотне посилення економічної зацікавленості у зменшенні кількості хворих і підвищення відповідальності за стан здоров'я населення, що обслуговується.

Зважаючи на складну економічну ситуацію в Україні, реалізація концепції має здійснюватися поетапно, що дозволить поступово досягти оптимального поєднання трьох джерел фінансування страхової медицини: 1) бюджетних коштів; 2) коштів приватних осіб у формі їх страхових внесків; 3) коштів фондів обов'язково страхування.

У найближчі роки (щонайменше п'ять років) акцент повинен робитися на поліпшенні стану фінансування масової медицини та розвитку первинної ланки охорони здоров'я з поступовим розширенням фінансування новітніх медичних технологій, вдосконалення системи державних гарантій безкоштовної медичної допомоги. У зазначений період основними завданнями постануть:

– фінансування підвищення професійного рівня лікарів і середнього медичного персоналу з акцентом на підвищення їх кваліфікації;

– поступове наближення вітчизняних стандартів медичної практики до стандартів високорозвинених країн щодо матеріально-технічного і кадрового забезпечення надання медичної допомоги (стандарти оснащення медичних установ, переліку лікарських засобів, надання яких фінансується державою, стандартів атестації медичних працівників тощо);

– заохочення вкладень бізнесу в інфраструктуру охорони здоров'я;

– поліпшення фінансового забезпечення державних гарантій безкоштовної медичної допомоги.

Таким чином, у зазначений період важливим джерелом фінансування галузі охорони здоров'я зали-

шаться бюджетні кошти. Це актуалізує завдання модернізації системи державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги. По-перше, необхідно забезпечити виконання принципу суспільної солідарності в наданні медичної допомоги (багатий за бідного, здоровий – за хворого). Держава має вживати заходів щодо першочергового надання гарантій медичної допомоги громадянам з найбільш складними захворюваннями та найменшими можливостями оплатити лікування. По-друге, державні гарантії у сфері охорони здоров'я повинні бути систематизовані за видами, обсягами, порядком та умовами надання медичної допомоги. Це дозволить збалансувати обсяг гарантій з наявними фінансовими ресурсами у бюджеті на цілі розвитку страхової медицини.

Основою систематизації державних гарантій є розвиток системи медичних стандартів для визначення переліку медичних послуг, безкоштовне надання яких забезпечується державою, і який постійно оновлюється відповідно до досягнень технічного прогресу. Медичні стандарти враховуються при:

– обґрунтуванні обсягу фінансування державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги та матеріально-технічного забезпечення медичних закладів;

– введенні фіксованих платежів пацієнтів в рамках державних програм надання лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах. Громадянин, який має право на пільгове забезпечення медичних послуг, оплачує різницю між середньою ціною ліків і ціною необхідних йому медичних засобів.

Якщо у період економічної стагнації обсяги акумульованих ресурсів на цілі фінансування охорони здоров'я виявляться недостатніми, щоб забезпечити цільові показники фінансування галузі, потрібно переглянути державні гарантії безкоштовної медичної допомоги у бік їх зниження шляхом:

– обмеження гарантій для громадян з високими доходами, перш за все, в частині планової стаціонарної та реабілітаційної допомоги. При цьому формуються сприятливі умови для розвитку добровільного медичного страхування та інших форм легальної оплати медичних послуг;

– виводу із системи гарантій частини видів медичної допомоги, наприклад, стоматологічної допомоги для дорослих, обслуговування на дому без показань, обстежень за бажанням пацієнта при відсутності виявленої патології, необґрунтованих викликів швидкої медичної допомоги тощо.

Таким чином, держава має визначити пріоритетні напрями надання державних гарантій, приділяючи першочергову увагу лікуванню найбільш поширених захворювань. Наразі є необхідність здійснення заходів щодо скорочення державних гарантій, вони повинні бути зведені до мінімуму і кожен з них має стати об'єктом широкого громадського обговорення.

Для забезпечення виконання державою своїх зобов'язань з надання безкоштовної медичної допомоги на поточному етапі розвитку України невідкладними завданнями є:

– планування обсягу коштів, необхідних для реалізації гарантій надання безкоштовної медичної допомоги відповідно до фінансових нормативів, розрахованих на основі медичних стандартів;

– підвищення вимог до розміру внесків непрацюючих громадян України на обов'язкове медичне страхування;

– законодавче закріплення мінімального розміру внеску роботодавців на обов'язкове медичне страхування працівників;

– доповнення програм медичного страхування в рамках системи обов'язкового медичного страхування програмами добровільного медичного страхування;

– посилення контролю за наданням платних послуг в державних медичних установах до повної заборони платного надання послуг, безкоштовне надання яких передбачено державними гарантіями;

– перегляд у напрямі розширення переліку важких захворювань, лікування яких забезпечується безкоштовним або пільговим наданням дорогих ліків.

За умови реалізації цих завдань система ОМС спроможна буде забезпечити реальний внесок у підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання ресурсів охорони здоров'я.

В умовах високих ризиків велике значення для вирішення проблем охорони здоров'я має розвиток державно-приватного партнерства. Мова йде про залучення бізнесу в сферу охорони здоров'я для матеріально-технічного переоснащення та підвищення ефективності діяльності державних і муніципальних установ з використанням наступних механізмів:

– податкові пільги і преференції бізнесу, який бере участь в реалізації інфраструктурних та інноваційних проектів (проектування, будівництво, реконструкція медичних установ, наукові дослідження в медицині);

– залучення потенційних інвесторів в програми державного кредитування, спрощення процедури отримання кредиту для інвестування в модернізацію медичних закладів; передача окремих закладів охорони здоров'я в управління приватному бізнесу на основі довгострокових контрактів з органами державної влади та місцевого самоврядування;

– надання бізнесу права на використання частини потужностей окремих установ охорони здоров'я для медичної допомоги поза системою державних гарантій в обмін на зобов'язання бізнесу щодо технічного переоснащення цих установ;

– передача функцій матеріально-технічного обслуговування і окремих елементів лікувально-діагностичного процесу спеціалізованим комерційним організаціям (діагностичні дослідження, організація харчування хворих, транспортні, побутові та інші послуги).

В результаті ефективної співпраці бізнесу і держави будуть сформовані солідарні форми фінан-

сування охорони здоров'я, в яких кошти держави доповнюються внесками населення і роботодавців, що дозволить:

– забезпечити приплив додаткових коштів без повної заміни безкоштовної медичної допомоги платною;

– створити умови для ефективної конкуренції на ринках медичного страхування і медичних послуг;

– підвищити відповідальність громадянина за стан свого здоров'я та обсяги споживання медичної допомоги;

– забезпечити контроль якості медичних послуг та сприяти заміщенню неформальних (нелегальних) платежів легальними;

– поступово перевести платні медичні послуги за рахунок бюджетних установ в приватні медичні організації.

Щодо такого джерела фінансування страхової медицини, як особисті кошти населення, то їх акумулювання здійснюється шляхом:

– державних програм медичного страхування;

– податкового стимулювання добровільного медичного страхування у формі податкових пільг для тих підприємств та громадян, що його використовують;

– створення можливості об'єднання страхових внесків, що сплачуються в рамках обов'язкового і добровільного медичного страхування;

– вільний вибір громадянином лікаря (незалежно від місця його роботи і спеціальності), що дає право на лікування та постійний нагляд у межах встановленого договором часу. При цьому частина витрачених власних коштів компенсується податковими пільгами;

– система особистих накопичувальних рахунків на медичну допомогу з використанням механізмів пайової участі держави.

**Висновки.** Незважаючи на вагомість і невідкладність завдання покращання фінансування охорони здоров'я, в Україні дотепер недостатньо розвинена система медичного страхування. До цього часу не прийнятий закон про обов'язкове медичне страхування. Наявні програми добровільного медичного страхування орієнтовані переважно на заможних громадян та корпоративних клієнтів. Тому наявна в Україні система охорони здоров'я потребує негайного реформування на науково обґрунтованих концептуальних засадах. Першочерговими завданнями є пошук ефективних форм поєднання трьох джерел фінансування страхової медицини, а саме: бюджетних коштів, страхових внесків приватних осіб, коштів фондів обов'язково страхування. На поточному етапі розвитку в Україні фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів збережеться. Водночас, це актуалізує завдання модернізації системи державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги та розвитку державно-приватного партнерства шляхом залучення бізнесу в сферу охорони здоров'я. У підсумку реалізація практичних заходів за окресленими напрямами дозволить прискорити впровадження системи страхової медицини в Україні.

**Список літератури:**

1. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/

2. Богомаз Н.В. Маркетингові дослідження українського ринку добровільного медичного страхування: автореф. дис. канд. екон. наук: спец. 06.08.01 Економіка, організація і управління підприємства. К., 2003. – 20 с.

3. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. … канд. наук держ. упр.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» К., 2009. – 20 с.

4. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія / К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.

5. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Таран В.В. Становлення добровільного медичного страхування в Україні, проблеми та особливості викладання у вищих медичних навчальних закладах / Медицина транспорту України. 2007 – № 2. – Червень. – С. 61-63.

6. Мних М. В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / Держава і економіка. – 2006. –№ 6. – С. 39-41.

7. Рубцова Н., Чкан І. Сучасний стан ринку медичного страхування в Україні / Фінансовий простір. – № 4 (20) 2015 [Електронний ресурс] Режим доступу: http://fp.cibs.ubs.edu.ua/files/1504/15ciotpr.pdf

8. Світлична О.С. Еволюція медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / О.С. Світлична. – [Електронний ресурс] Режим доступу: https://docviewer. yandex.ua/

9. Електронний журнал про страхування. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://forinsurer.com/

10. Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/ zweb2/webproc4_1?pf3511=59862; URL http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/ webproc 4_1?pf3511=59745

11. Моссиалос Э. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского Союза. М.: Анкил, 2005. 224 с.