

УДК 369.03
ББК 65.9 (4 Укр) 261.7

Кропельницька С.О., Гринів Л.В., Гринів Н.В.
**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ
СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОГО СТАНОВИЩА УКРАЇНИ НА ШЛЯХУ
ДО ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ**

ДВНЗ “Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника”,
Міністерство освіти і науки України,
кафедра фінансів,
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Шевченка, 57,
тел.: (0342)752351,
e-mail: inst@pu.if.ua

Анотація. У статті визначено необхідність реформування системи медичного страхування та запровадження страхової медицини в Україні. Досліджено закордонний досвід, зокрема, моделі фінансування системи охорони здоров'я в деяких країнах ЄС. Обґрунтовано потребу створення власної системи медичного страхування з урахуванням як національної специфіки, так і необхідності застосування сучасних світових інновацій у цій галузі. Окреслено основні інституційні механізми й організаційні заходи, що сприятимуть євроінтеграції в цій сфері, у т. ч., розвиток бюджетно-страхової моделі медичного страхування; розвиток добровільних страхових програм у сфері медичного обслуговування; розвиток альтернативних механізмів і форм організації й управління в охороні здоров'я (кластерний підхід, державно-приватне партнерство).

Ключові слова: охорона здоров'я, обов'язкове (добровільне) медичне страхування, бюджетно- страхова модель, медичний кластер, державно-приватне партнерство в охороні здоров'я.

Annotation. The paper identified the need to reform the health insurance system and the introduction of health insurance in Ukraine. Studied international experience, including models of health care financing in some EU countries. The necessity of creating their own health insurance, according to both national identity and the need to apply modern world of innovation in this area. The basic institutional mechanisms and arrangements to promote European integration in this area, in particular, the development budget and the insurance model of health insurance, the development of voluntary insurance programs in health care, development alternative mechanisms and forms of organization and control in health care (cluster approach, public-private partnerships).

Keywords: protection of health, mandatory (voluntary) health insurance, budget-insurance model, medical cluster, public-private partnerships in health.

Вступ. Стан охорони здоров'я відбиває рівень соціального захисту населення та існуючу політико-економічну ситуацію в суспільстві. Захворювання й непрацездатність – це соціальні ризики, з необхідністю управління якими стикається будь-який громадянин, господарюючий суб'єкт і держава. Структурні та системні зміни у функціонуванні економіки в Україні призвели до того, що держава не в змозі фінансувати вирішення соціальних проблем, використовуючи старі схеми бюджетної охорони здоров'я, що базувалися на принципах загальнодоступності та безоплатності.

Тому особливу актуальність нині набули питання раціонального використання ресурсів; оптимізації взаємовідносин між державою, суспільством і ринком; пошуку та застосування ефективних моделей організації й управління системою охорони здоров'я.

Вітчизняні та зарубіжні вчені, зокрема І.Н.Кутузов, П.Щедрий, В.Нонко, А.В.Решетников, Еєро Ліннакко, Софі Віттер, Тім Енсор, М.МакКлелан, Дж.Скіннер, М.В.Паулу, у своїх дослідженнях аналізують можливості, проблеми й перспективи медичного страхування. За останні роки в засобах масової інформації все частіше

говориться про перехід системи охорони здоров'я країни на принципи страхової медицини. Але, на думку А.В.Манулика (1990), навіть ті, хто про неї говорить і пише, не зовсім чітко уявляють собі, що вона собою являє.

Постановка завдання. Метою наукової статті є дослідження основних перспектив розвитку медичного страхування в Україні, зважаючи на соціально-економічну та політичну ситуації в країні, а також окреслення можливих інституційних механізмів й організаційних заходів, що сприятимуть євроінтеграції в цій сфері.

Результати. Сфера охорони здоров'я – сукупність суспільних відносин, пов'язаних із впливом на здоров'я людини шляхом здійснення профілактичних і лікувальних заходів на колективному й індивідуальному рівні [1].

В усьому світі організація сфери охорони здоров'я розглядається як суспільна (національна) справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства (у ринково-солідарних і/або в державно-солідарних формах) [2]. Як показує вивчення літературних джерел, багато відомих систем охорони здоров'я будуються, опираючись на принцип, що вміщує у своїй основі структурну та формоутворювальну суть. Так, M.G.Field [3] з точки зору соціально-політичної структури суспільства умовно виділяє 5 типів систем охорони здоров'я: класична (невпорядкована); плюралістична; страхова; національна; соціалістична. Жодна модель системи охорони здоров'я, що діє в зарубіжних країнах, в ідеальному варіанті за нинішніх умов не може бути прийнятною для України.

В Україні, як у більшості країн пострадянського простору, медична допомога забезпечується через поліклініки (первинна допомога) лікарями-терапевтами та лікарями-спеціалістами, а також у лікарнях (вторинна допомога) міського, районного й обласного рівнів.

Під страховою медициною, зазвичай розуміється складна й надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентоспроможна гарантована якісна й достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я, а "покупцем" її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади й установи різних форм власності) або фізичні особи, які знаходяться в умовах ризику для здоров'я.

Медичне ж страхування являє собою систему організаційних і фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Стан і розвиток системи охорони здоров'я в країні безпосередньо залежить від економічних, соціальних і демографічних умов. Суспільне здоров'я є точним відображенням рівня добробуту та якості життя населення, сутності й послідовності державної соціальної політики.

Загальноекономічні й соціодемографічні причини захворюваності населення впливають на суспільне здоров'я і викликають стійку патологію в стані здоров'я населення. Економічні умови зміцнення здоров'я і вдосконалення системи його охорони характеризуються витратами суспільства на медичне обслуговування населення. Так, наприклад, за період 2002–2010 рр. державні ресурси на охорону здоров'я номінально зросли в 5,9 раза, а їх частка у ВВП підвищилася з 3,4 до 4,0%. Фактично з поправкою на індекс-дефлятор ВВП витрати збільшилися в 1,6 раза. За даними ВООЗ, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять 6,8%, що властиво для більшості країн Східної і Центральної Європи. Проте за рівнем витрат у розрахунку на особу Україна значно поступається не тільки провідним країнам, а й країнам близького зарубіжжя. У той час як за обсягом ВВП Україна в розрахунку на особу посідає 85 місце у світі, то за витратами на охорону здоров'я – 110 серед 191 країни світу та восьме – серед країн СНД, пропустивши не тільки країни Балтії, Білорусію, а й Молдову [15].

З розвалом СРСР безкоштовна медицина в країнах колишнього Союзу залишилася лише декларацією, тому багато з них зайнялися пошуком оптимального шляху подальшого розвитку системи охорони здоров'я. Сьогодні українська система охорони здоров'я перебуває в жалюгідному стані. Для більшості громадян нашої країни доступність медичної допомоги та лікарських засобів обмежена. Загрозлива демографічна ситуація в Україні вимагає від законодавців політичної волі в ухваленні рішення про вибір подальшої моделі охорони здоров'я.

Недостатні обсяги державного фінансування національної системи охорони здоров'я компенсуються альтернативними джерелами, серед яких значну роль відіграють грошові кошти населення. Частка витрат населення, за найбільш обережними оцінками, становить до 40% загального фінансування медичної галузі. Діяльність на ринку медичних послуг недержавних структур, таких як добровільні страхові організації і лікарняні каси, обмежена й не відіграє істотної ролі у фінансуванні охорони здоров'я. Частина коштів населення, що витрачається на лікування і становить не менше 10% загальних витрат, є тіншовими платежами. Нині це становить більше ніж 700 млн грн на рік [16].

Тепер в Україні найвищі темпи скорочення чисельності населення в Європі – щорічно вмирає близько 700 тис. наших громадян, причому третину з них складають особи працездатного віку. За останні 15 років населення України скоротилося майже на 7 млн осіб (з 52,2 млн осіб до 45,6 млн осіб). Ці втрати можна порівняти з населенням таких країн, як Данія, Грузія, Фінляндія, Норвегія.

Обов'язкова форма медичного страхування використовується в тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові компанії.

Загалом за характером фінансування системи медичного страхування (охорони здоров'я) визначаються в першу чергу принципом її організації: державною, соціального страхування, платною:

1. Державна (бюджетна) система охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету й забезпечує належний рівень медичної допомоги всім категоріям населення (Англія, Італія, Данія, Ірландія, країни колишнього Союзу).

Управління та планування в державних системах охорони здоров'я здійснюються центральними й місцевими органами влади. Державні системи охорони здоров'я в капіталістичних країнах мають багато спільного з існуючою поки що системою охорони здоров'я України, однак суттєво різняться за конкретними формами управління, передбачаючи ступінь децентралізації, самостійності закладів охорони здоров'я і т. д.

2. Системи охорони здоров'я, що організуються за принципом соціального страхування, також управляються державними органами, але, на відміну від бюджетних систем, фінансуються на тристоронній основі: за рахунок бюджетних надходжень, внесків роботодавців і самих працівників. При цьому особи з низькими прибутками й соціально незахищені контингенти, як правило, страхові внески не сплачують (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина, Нідерланди та інші). Характерним для системи охорони здоров'я, що базується на принципі соціального страхування, є участь населення у витратах (певні види й обсяг медичної допомоги оплачуються населенням самостійно, окрім коштів страхування) і соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий – за старого, багатий – за бідного).

3. До третього виду систем охорони здоров'я відносяться переважно платні, які фінансуються за рахунок особистих коштів населення. Єдиною капіталістичною країною, де відсутня єдина система державного страхування і медична допомога здійснюється на платній основі, є США. Їм належить провідне місце в капіталістичному світі за масштабами нагромаджених ресурсів в охороні здоров'я.

На створення системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам населення і забезпечить реалізацію зазначених принципів, спрямована Загальнодержавна програма "Здоров'я 2020: український вимір" на 2012–2020 рр.

Як зазначають В.Новіков, К.Никонюк [14], у рамках підписання угоди про Поглиблену зону вільної торгівлі з ЄС Україна долучається до формування абсолютно нового способу творення політики охорони здоров'я, що має поліструктурний характер. При цьому Україна може стати одним з найперспективніших ринків для медичних корпорацій ЄС. Це вплине на розвиток приватного ринку медичних послуг. Транснаціональні компанії принесуть із собою і загострення конкуренції, і новий важливий досвід.

Інституціональні механізми й організаційні заходи повинні бути націлені на реструктуризацію системи медико-санітарної допомоги, яка має бути спрямована на детермінанти здоров'я і відповідати сучасним підходам, викладеним в європейській політиці "Здоров'я 2020".

З досвіду інших країн відомо, що лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ), які задіяні в програмах медичного страхування, несуть економічну та юридичну відповідальність перед страхувальником за надання застрахованій стороні медичних послуг, передбачених угодою, щодо обсягу та якості. У разі порушення ЛПЗ стандарту надання медичної допомоги застрахованому страхувальник має право частково чи повністю не сплачувати вартість медичних послуг.

Медичні заклади, які беруть участь у реалізації медичних страхових програм, мають право застосовувати штрафні санкції до своїх лікарів, що виконують медичні послуги з порушенням стандартів медичного забезпечення.

Запровадження страхової медицини – це не лише зміна кількості джерел фінансування (державний бюджет, відрахування підприємств, організацій, оплата медичних послуг приватними особами у формі додаткових послуг чи страхування здоров'я), а й перехід на нові форми організації та управління в системі охорони здоров'я (колективний підряд, бригадна форма, оренда, приватна практика), оплати праці (згідно зі стандартами надання медичної допомоги й оцінкою якості проведеного лікувально-діагностичного процесу) за обсяг виконаної роботи, зміни пріоритетів у наданні медичної допомоги (зі стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічну) і високу якість медичних послуг та їх відповідності соціальним гарантіям страхового поліса, вільного вибору лікаря і лікувально-профілактичного закладу пацієнтом, боротьби за пацієнта тощо.

Про необхідність реформ у сфері охорони здоров'я України свідчить стан її фінансування. З одного боку, система охорони здоров'я нашої країни задихається від багаторічного хронічного дефіциту державного фінансування. З іншого, – ця система вкрай неефективно використовує наявні ресурси.

Ураховуючи таку ситуацію, держава зобов'язана забезпечити системне вирішення проблем у галузі охорони здоров'я населення. Без змін системи охорони здоров'я буде неможливо зупинити негативні тенденції в демографії України.

На основі цього уряд визначив реформу охорони здоров'я одним з головних пріоритетів Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. [13]. У ній передбачено, що умови для запровадження обов'язкового медичного страхування повинні бути створені до кінця 2014 р.

Для того щоб змінити ситуацію в системі охорони здоров'я, необхідно прийняти ряд непопулярних рішень. Перше, що має бути зроблено, – це чесно й відкрито визнати, що існуюча в Україні система охорони здоров'я не в змозі задовольнити запити громадян на медичну допомогу. Причина банальна – у держави немає можливості фінансувати медицину в достатньому обсязі.

Натомість і приватний сектор медичного страхування розвивається досить повільно порівняно з європейським.

У країнах ЄС частка приватного ринку медичних послуг в окремих випадках перевищує 50% і має чітку тенденцію до зростання. В Україні вона становить менше 1%. Частково за рахунок цього госпіталізація в державних лікарнях скоротилася майже на 20%, а частота викликів державної “швидкої допомоги” – на третину [14].

У 2013 році темпи зростання страхового ринку України сповільнились. Якщо у 2012-му класичний ринок ризикового страхування, до якого відноситься і медичне, виріс на 5%, а ринок страхування життя – на 34%, то, згідно з консенсус-прогнозом Української федерації страхування, у цьому році зростання складатиме приблизно 3 і 13% відповідно.

Ринок медичного страхування за перше півріччя перевищив 758,7 млн грн, що на 20,3%, або 128,2 млн грн більше, ніж за аналогічний період минулого року. На думку експертів, цей ринок ще остаточно не сформувався. Тому в цьому сегменті найбільш яскраво виражена концентрація ринку: на частку топ-10 страхових компаній припадає близько 70% валових страхових платежів з добровільного медичного страхування. Частка індивідуальних клієнтів, які страхуються за власною ініціативою, поки що дуже незначна. Сьогодні за програмами добровільного медичного страхування застраховано не більше 5% населення. В основному страхувальниками виступають роботодавці.

Підтверджує це начальник управління партнерських продажів особистих видів страхування СК “Провідна” Р.Козир, зазначаючи, що індивідуальне медстрахування слабо затребуване. Корпоративні договори складають у них 95%. Їх перевагою є те, що вони дозволяють знизити вартість полісу для окремо взятого застрахованого.

Хоча деякі страховики фіксують зростання індивідуальних клієнтів за договорами медстрахування, воно є не надто показним в абсолютних цифрах. У 2012-му в порівнянні з попередніми роками кількість застрахованих фізосіб виросла більш ніж у три рази. Але їх частка склала всього 6,5% [19].

Одним із найскладніших, але вкрай необхідних етапів реформи медичного обслуговування в Україні вважають перехід до обов’язкового медичного страхування. У суспільстві склалося позитивне ставлення до необхідності його введення. Однак навіть якщо відповідні закони будуть прийняті найближчим часом, реорганізація системи охорони здоров’я де-факто буде досить тривалим і болючим процесом.

За останні роки, починаючи з 2000 року, у Парламент було подано безліч законопроектів про обов’язкове медичне страхування. Останній з них зареєстрований 13 серпня 2013 року.

Проект медичної реформації передбачає створення Фонду обов’язкового медичного страхування України, що матиме статус державного. Робота фонду буде спрямована на акумуляцію коштів та їх розподіл під час здійснення цього виду страхування. Управління таким фондом пропонується виконувати на паритетній основі представниками від застрахованих осіб, роботодавців і держави.

Прогнозується, що створення державного Фонду дозволить забезпечити жорсткий контроль за цільовим використанням коштів страхування. Контроль за його діяльністю буде здійснювати наглядова рада, що складається з представників Верховної Ради України, Кабінету Міністрів і представників органів місцевого самоврядування.

Запропонована в законопроекті модель заснована на таких принципах об’єднання трьох основних джерел фінансування, як:

1. Бюджет, який наповнюється за рахунок обов’язкових податків.
2. Обов’язкове медичне страхування, яке забезпечується шляхом обов’язкових внесків.
3. Добровільне медичне страхування та інші джерела, які базуються на добровільних платежах.

Таку модель організації медичного страхування, зазвичай, називають бюджетно-страховою.

Бюджетне фінансування планується сконцентрувати на таких соціально важливих напрямках, як імунопрофілактика, лікування туберкульозу, СНІДу, цукрового діабету, онкологічних захворювань. Крім того, з державного бюджету будуть фінансуватися екстрена медична допомога та заходи щодо забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення.

Медична допомога, спрямована на забезпечення охорони здоров'я населення, буде фінансуватися за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, а потреба в додаткових медичних послугах підвищеного сервісного рівня – за рахунок добровільного страхування та інших джерел.

Реформа охорони здоров'я має стати об'єднуючим фактором для всіх гілок влади всіх типів політичної та економічної кон'юнктури.

Невід'ємним елементом таких реформаций на шляху України до євроінтеграції повинно стати врахування зарубіжного досвіду країн – членів ЄС, у яких успішно функціонує система обов'язкового медичного страхування, таких як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія [11], а також інших прогресивних у галузі медичного страхування країн.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише надає умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування: ним займається близько 1 200 страхових кас (страхових фондів), побудованих за професійним принципом (шахтарі, фермери, моряки та ін.), за територіальним принципом та ерзац-каси.

Головна функція уряду стосовно медичного страхування – забезпечення відповідності діяльності страхових кас нормам закону, зокрема, щодо виконання страхових програм.

У Франції медичне страхування було введено в 1910 році у формі фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 року, ці фонди були перетворені в страхові компанії. Сьогодні у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування – могутня страхова організація – Національна страхова організація (національна каса страхування найманих робітників), що знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й охоплює 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні й не конкурує з іншими. Місцеві відділення мають певну автономію, але, у цілому, підлягають адміністративному контролю із центру Франції, зберегли свої страхові компанії, однак і вони, загалом, підпорядковані спільним правилам, установленим урядом. Ці фермерські та інші професійні страхові каси обіймають 12% населення. Окрім цього, Франція має розвинуту мережу приватних страхових компаній. У разі отримання страхового поліса в приватній страховій компанії, вона, як і будь-яка страхова каса, оплачує госпітальні затрати та рахунки пацієнта за прийом лікарів. Перелік додаткових послуг варіюється та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями.

Один із найвищих у світі життєвих рівнів має Швеція. Тут страхові закони про медичне страхування були видані в 1898 році. Всезагальне обов'язкове медичне страхування було запроваджено в 1955 році. Воно охоплювало всіх громадян у віці від 16 років. Національна система соціального страхування – загальна й обов'язкова для всього населення країни. А медичне та стоматологічне страхування є його невід'ємними частинами. Управління всією системою виконується 26 регіональними бюро соціального страхування, нагляд за діяльністю яких виконує Національна Рада соціального страхування. Затрати на соціальне благо компенсуються за рахунок 25% бюджету центрального уряду,

26% затрат несуть муніципальні й окружні ради та 48% – роботодавці. На охорону здоров'я й медичну допомогу 18% коштів виділяє уряд, 51% – місцеві органи влади, 31% – роботодавці. Однією з особливостей шведської системи страхування є передача застрахованими до страховиків своїх юридичних прав з питань медичного страхування [11].

У Великій Британії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює його державний характер із великим рівнем централізації управління. Закон про страхування, прийнятий у 1912 році, запровадив принцип обов'язковості й охопив обов'язковим медичним страхуванням третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх осіб, які працювали, і службовців за договором найму.

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я Великобританії є надходження з податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків і виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби.

Уряд Великої Британії пропонує стимулювати спроби Національної системи охорони здоров'я підвищити ефективність медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами.

Приватне медичне страхування у Великій Британії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення [12].

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не виконує адміністративних функцій, а потім розділяються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків.

Ця система діє в США в частині програм “Медікер” і “Медікейт”. Ці системи обіймають більше 20% населення, групове страхування за місцем роботи складає 58% і добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2%. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування: це малозабезпечені, безробітні, безпритульні та члени сімей працівників підприємств, що не забезпечуються системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілок, робітники, які працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане з трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в США – парадоксальна сукупність недоліків і переваг. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більше, ніж будь-яка інша країна у світі, і водночас, понад 15% американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу через відсутність страхових медичних полісів [13].

Незважаючи на такий короткий аналіз систем медичного страхування, можна зробити висновок, що більшість країн Європи працює за принципами відомої у всьому світі моделі соціального страхування Бісмарка.

Попри все, вважаємо, що значно покращити ефективність систем охорони здоров'я уряди згаданих країн змогли не завдяки копіюванню певних існуючих моделей, а розробивши власні, з урахуванням як національної специфіки, так і необхідності застосування сучасних інновацій у медицині.

Подальше поглиблення взаємозв'язків між Україною та ЄС, розширення міжінституційного співробітництва є об'єктивним і невідворотним процесом, а отже, націо-

нальна система охорони здоров'я не зможе бути ізольованою від загальноєвропейських процесів і законів.

Як зазначається в публікації В.Новікова і К.Никонюк, конвергенція політик у сфері охорони здоров'я стане надзвичайно складним процесом системних змін у законодавстві України, адже потребує запровадження низки законодавчих заходів. Складність процесу конвергенції полягає в тому, що сьогодні модель охорони здоров'я ЄС не є гомогенним утворенням, включаючи в себе 27 специфічних систем організації та фінансування охорони здоров'я [14]. Незважаючи на це, можна виокремити ряд параметрів, що відбивають спільні риси, і згрупувати країни ЄС відповідно до переважаючої форми фінансування охорони здоров'я: бюджетна, страхова (бюджетно- страхова), альтернативна (доповнююча).

Таблиця 1

Моделі фінансування системи охорони здоров'я в деяких країнах ЄС

Країни	Домінуюча система фінансування	Додаткові джерела надходжень
Фінляндія, Греція, Італія, Швеція, Іспанія, Об'єднане Королівство, Кіпр	Державна, шляхом оподаткування	Добровільне приватне страхування, прямі платежі
Данія, Португалія, Естонія	Державна, шляхом оподаткування	Прямі платежі
Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Чехія, Словаччина, Угорщина	Державне обов'язкове медичне страхування	Добровільне приватне страхування, прямі платежі, державне оподаткування
Нідерланди, Латвія	Поєднання обов'язкового та приватного добровільного фінансування	Державне оподаткування, прямі платежі

Джерело: [14].

Підтримуючи позицію авторів і враховуючи рівень диференціації соціально-економічного розвитку та політичну кризу в Україні, теж вважаємо, що найбільш прийнятними в розвитку медичного страхування нашої держави могли б стати елементи моделі Бісмарка:

- запровадження системи медичного страхування (державної та приватної, з метою створення конкурентного середовища на ринку медичного страхування);
- збереження за державою функції надання медичної допомоги та послуг малозабезпеченим верствам населення;
- забезпечення автономності постачальників медичних послуг і страхових компаній;
- наявність альтернативних джерел фінансування галузі (державних і приватних).

За останніми даними ЗМІ, як наслідок останніх політичних подій у нашій державі, запровадження обов'язкового медичного страхування, імовірно, відкладуть до 2017 року. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України ініціює запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з 2017 р. Про це йдеться в оприлюдненому на сайті міністерства законопроекті [20].

Таке тривале відстрочення легітимізації обов'язкового медичного страхування має досить негативний характер, оскільки людей тепер, які не мають медичної страховки, більше 95%. Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, бо потенційних споживачів страхових послуг багато. Але всі намагання будуть марними без належної та вчасної підтримки держави. Розроблені закони в галузі медичного страхування повинні бути ретельно перевірені вітчизняними та зарубіжними спеціалістами, які мають певний досвід у практичному медичному страхуванні.

Зважаючи на це, влада, науковці та практики наголошують на необхідності пошуку нових інструментів, методів і механізмів управління охороною здоров'я, зокрема,

механізмів державно-приватного партнерства (ДПП). На думку доктора економічних наук Клавдії Павлюк, розвиток взаємодії державного й приватного сектора у сфері охорони здоров'я надасть можливість поліпшити ситуацію шляхом оптимізації бюджетних видатків, підвищення ефективності вкладання коштів, використання ресурсів й управління, створення умов для стабільного поліпшення надання медичних послуг, стабільності функціонування всієї системи.

В охороні здоров'я в Україні нині робляться тільки перші кроки з упровадження механізмів державно-приватного партнерства. Зокрема, у 2011 році у схваленій Концепції загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” зазначається про необхідність взаємодії державного та приватного секторів. На доцільність розвитку державно-приватного партнерства вказується в Програмі економічних реформ на 2012–2014 роки. Водночас конкретних проектів із застосуванням такого механізму в Україні дуже мало, тому дослідження розвитку державно-приватного партнерства, його конкретних форм, моделей і можливостей їх застосування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду є вкрай актуальним завданням [10].

На жаль, у своїх дослідженнях автори роблять акцент на впровадженні державно-приватного партнерства тільки у сферу медичного забезпечення як головної функції держави, не згадуючи при цьому про медичне страхування та його основних суб'єктів – страховиків. Адже саме страхові компанії, на нашу думку, можуть забезпечити ефективне фінансування охорони здоров'я, маючи гарантії і підтримку держави, а зважаючи на останнє, – ще й довіру населення, якщо всі об'єднають свої зусилля в рамках ДПП.

Відповідно до згадуваної вище Постанови Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. у межах Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір”, у деяких областях України почав реалізовуватись один з новітніх ефективних механізмів розвитку різних секторів економіки – кластерний підхід.

Як прихильники кластеризації економіки України [17; 18] поділяємо пропозиції професора Н.Внукової щодо застосування кластерного підходу до організації регіональної структури обов'язкового медичного страхування, що дозволяє сформувати нові принципи їх функціонування. До учасників такого медичного кластера належать: місцеві органи влади, заклади охорони здоров'я (стаціонарні, амбулаторні), страхові компанії, фармацевтичні компанії, постачальники медичного обладнання, аптеки, асистуючі компанії, вищі навчальні заклади (ВНЗ), науково-дослідні установи, фінансові інститути [9].

Переваги створення медичного кластера в галузі охорони здоров'я створюють такі можливості: об'єднання організацій різної форми власності зі збереженням їх господарської самостійності; підвищення якості й конкурентоспроможності медичної продукції та послуг; спрямованість на довгострокову перспективу, залучення інвестицій у розвиток системи охорони здоров'я шляхом участі фінансових організацій у кластері; покращення доступу до нової інформації, технологій та інновацій; налагодження тривалої співпраці з постачальниками фармацевтичної продукції та медичного обладнання.

Висновки. Отже, розвиток медичного страхування потребує чіткого визначення правових, організаційних і фінансових засад запровадження такої системи.

Найважливішими кроками на шляху до євроінтеграції у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, мають стати:

- розвиток бюджетно-страхової моделі медичного страхування через бюджетне фінансування соціально важливих напрямів і впровадження обов'язкового медичного страхування;
- розвиток добровільних страхових програм у сфері медичного обслуговування;
- розвиток альтернативних механізмів і форм організації та управління в охороні здоров'я (кластерний підхід, державно-приватне партнерство та ін.).

Усе це дозволить поєднати вільну конкуренцію та державне регулювання з метою вирішення інтересів громадян як на регіональному рівні, так і на рівні країни загалом, сприятиме реформуванню системи фінансування медичного страхування з метою накопичення додаткових ресурсів, упровадження механізмів регулювання ризиками та виплатами компенсацій.

У цілому це приведе до створення власної моделі медичного страхування з урахуванням як національної специфіки, так і необхідності застосування сучасних світових інновацій як у галузі медицини, так і в страхуванні цієї сфери, що сприятиме зростанню сильної та здорової нації, і, як наслідок, побудові сильної й ефективної економіки.

1. Закон України “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги” [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР), № 3611-VI від 07.06.11 р.. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.
2. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров’я: практичні висновки для України / Е. Ковжарова // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні : матеріали наук.-практ. семінару, 11–12 берез. 2002 р. / за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ? 2002. – С. 65–77.
3. Філд М. Г. Галузь охорони здоров’я у політичній системі: сучасний американський діалект / М. Г. Філд // Соціологія і медицина. – 1980. – Вип. 14а, № 5. – С. 401.
4. Троїцька А. О. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні / А. О. Троїцька, Л. В. Русул // Збірник статей та доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів і молодих учених. 14–15 трав. 2009 р. – Т. 2. – С. 122–123.
5. Батужак М. І. Запровадження страхової медицини в Україні : проблеми, перспективи, зарубіжний досвід / М. І. Батужак, Л. А. Приступа // Збірник статей та доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів і молодих учених, 14–15 трав. 2009 р. – Т. 2. – С. 13–15.
6. Мних М. В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні / М. В. Мних // Економіка та держава. – 2009. – № 2. – С. 40–49.
7. Богусловський С. І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / С. І. Богусловський, Ю. С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля: право та економіка. – 2009. – № 4 (39). – С. 83–86.
8. Рудень В. В. Першочергові завдання медицини / В. В. Рудень // Інформаційний бюлетень Львівської обласної організації професійної спілки працівників охорони здоров’я України “За медичні права”. – 2007. – № 8 (42). – С. 45–57.
9. Внукова Н. Розвиток державно-приватного партнерства на основі створення медичного кластера / Н. Внукова // Україна Бізнес Ревю. Партнерство. – 2012. – № 3–4. – С. 15–18.
10. Павлюк К. Охорона здоров’я: спробувати механізми державно-приватного партнерства [Електронний ресурс] / К. Павлюк. – Режим доступу : http://n-auditor.com.ua/uk/component/na_archive/141?view=material.
11. Поліщук М. Економічні важелі реформування галузі охорони здоров’я [Електронний ресурс] / М. Поліщук // Медичне здоров’я. – 2008. – Режим доступу : <http://forinsurer.com/public/06/05/11/2426>.
12. Черненко В. Е. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров’я. Уроки для України [Текст] / В. Е. Черненко, В. М. Рудий. – К. : SOCON ltd, Академ-прес, 2009. – 112 с.
13. Виноградов О. В. Система здравоохранения США. Полезные предложения для государственного управления в Украине / О. В. Виноградов // Економіка та держава. – 2011. – № 9. – С. 43–47.
14. Новіков В. Соціальні наслідки євроінтеграції. Система охорони здоров’я [Електронний ресурс] / В. Новіков, К. Никонюк. – Режим доступу : <http://www.fes.kiev.ua>.
15. Регіональні особливості рівня здоров’я народу України : аналітико-статистичний посібник. – К., 2011. – 165 с.
16. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров’я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров’я нації : науково-практичне видання. – № 1 (10)/10. – С. 5–23.
17. Ткачук І. Г. Кластер народних художніх промислів “Сузір’я” : методика, коментар, поради : посібник [Текст] / І. Г. Ткачук, С. О. Кропельницька, А. Д. Петруняк. – Івано-Франківськ : ТШОВІТ, 2008. – 272 с.
18. Ткачук І. Г. Організація виробництва за кластерною моделлю : навчальний посібник [текст] / І. Г. Ткачук, С. О. Кропельницька. – Івано-Франківськ : Вид-во “Плаї” ЦІТ Прикарпат. нац. ун-ту ім. В. Стефаника, 2009. – 280 с.
19. Галицкая О. Потенциал зашкаливает: страховой рынок Украины в 2013 году активно не рос, но очень обнадуживал [Електронний ресурс] / О. Галицкая, П. Харламов. – Режим доступу: <http://kontrakty.ua/article/72426>.
20. Електронний ресурс. – Режим доступу : http://www.novostimira.com.ua/novyny_74450.html.

References

1. "Law of Ukraine. On Amendments to the Basic Laws of Ukraine on health care for the improvement of medical care № 3611 -VI dated 07.06.1". Web. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.
2. Kovzharova, E.V. "International experience solving problems of health financing". *Formation of a democratic and good governance in Ukraine materials scientific-practical. Workshop on 11–12 March. 2002*. Ed. V. Lugovoi and V. Knyazev. Kyiv: UADU, 2002. 65–77. Print.
3. Field, M. "The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic". *Sosial Science and Medicine* 14a.5 (1980): 401. Print.
4. Trotska, A., A. Trinity, and L. Rusul. "Prospects for the development of health insurance in Ukraine". *Collection of articles and reports Second All-Ukrainian scientific-practical conference of students and young scientists*. 2009. Print.
5. Batuzhak, M.I. "The introduction of health insurance in Ukraine: problems, prospects, international experience". *Collection of articles and papers II All-Ukrainian scientific-practical conference of students and young scientists*. 2009. Print.
6. Mnich, M.V. "Health insurance and the need for its implementation in Ukraine". *Economy and State* 2(2009): 40–49. Print.
7. Bohuslovskyy, E.I. "Health Insurance in Ukraine : problems and prospects". *Foreign trade: law and economics* 4(2009): 83–86. Print.
8. Ruden, V. "Priorities medicine *Bulletin of the Lviv regional organization of trade union of health workers of Ukraine "For medical law"* 8,42 (2007): 45–57. Print.
9. Vnukova, N. "Development of public-private partnership through the creation of health cluster". *Ukraine Business Review.Partnership*, 3–4 (2012): 15–18. Print.
10. Pawluk, K. "Protection of health: Try mechanisms of public-private partnerships". Web. <n-auditor.com.ua>.
11. Polishchuk, M. "Economic instruments reforming health care". Web. <forinsurer.com>.
12. Chernenko, V.E, and V. Rudy. *The experience of European countries in financing health care. Lessons for Ukraine*. Kiev: SOCON ltd, Academ Press, 2009. Print.
13. Vinogradov, A.V. "System of Health of the United States. Useful suggestions for the government in Ukraine." *Economy and state*. 9 (2011): 43–47. Print.
14. Novikov, V., and K. Nykonyuk. "The social consequences of European integration. Healthcare system". Web. <[http:// www.fes.kiev.ua](http://www.fes.kiev.ua) >.
15. *Regional patterns of people's health in Ukraine: Analytical and Statistical Manual*. Kiev, 2011. Print.
16. Lekhan, V.M., G.O. Slabkyy, and M.V. Shevchenko. "Development Strategy Health: Ukrainian dimension". *Ukraine. Health of the Nation. Scientific and practical issue* 1,10 (2010): 5–23. Print.
17. Tkachuk, I.H., S.O. Kropelnytska, and A.D. Petrunyak. *Cluster folk crafts*. Ivano-Frankivsk: TIPOVIT, 2008. Print.
18. Tkachuk, I.H., and S.O. Kropelnytska. *Organization production for the cluster model*. Ivano-Frankivsk: Play CIT Precarpathian National University named after V. Stefanik, 2009. Print.
19. Halytskaya, A., and P. Kharlamov. "Potential rolls: the insurance market in Ukraine in 2013 are not actively growing, but it is very reassuring". Web. <[http:// kontrakty.ua/article/72426](http://kontrakty.ua/article/72426)>.
20. Web. Jan. 2014. <http://www.novostimira.com.ua/novyn_74450.html>.

Рецензенти:

Ткачук І.Г. – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри фінансів ДВНЗ "Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника";

Криховецька З.М. – кандидат економічних наук, доцент кафедри фінансів ДВНЗ "Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника"