

**Трибушний О. В.**

*магістрант,*

*Національний університет «Запорізька політехніка»*

*м. Запоріжжя, Україна*

*DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-415-6-46>*

## **ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ПОСЛУГ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ**

Реформування медичної галузі України значно змінило підхід до процесу надання послуг в медичних установах, сприяло демонополізації та розвитку конкуренції на ринку медичних послуг. Для державних медичних закладів реформа створила значні виклики, починаючи від реструктуризації та оптимізації медичних установ до переформатування системи надання медичної допомоги, використання ресурсів та фінансування.

Сьогодні в Україні створено єдиного державного замовника медичних послуг – централізованого органу виконавчої влади – Національну службу здоров'я України, здійснено перехід від утримання мережі медичних закладів до закупівлі медичних послуг на основі договорів, впроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Значним результатом реформи стала автономізація медичних закладів, яка змінює перетворює заклади комунальної власності на комунальні некомерційні підприємства, а державні на казенні підприємства. Втім, фахівці в галузі управління медичною галуззю відзначають, що «попри активну зміну організаційно-правової форми медичних закладів очевидною є недостатня готовність багатьох закладів до роботи в новому статусі, оскільки функціонування повноцінного суб'єкта господарювання передбачає самофінансування і вимагає створення відповідної інфраструктури: бухгалтерії, господарських служб, планово-фінансових підрозділів тощо. До того ж медичні заклади, що отримали статус суб'єктів господарювання, фактично не зможуть функціонувати за відсутності закупівлі послуг. Хоча вони будуть утримуватися за рахунок місцевих бюджетів, в умовах обмеження ресурсів на місцях можуть виникнути проблеми із

покриттям всіх видів витрат, зокрема, оплати за комунальні послуги та оплати праці» [1, с. 140].

З іншого боку, незважаючи на те, що впроваджено державний гарантований пакет медичної допомоги та принцип «гроші ходять за пацієнтом» розмір пакету безкоштовних послуг залишається дуже малим та простим за змістом, і змушує пацієнтів оплачувати більшість складних та дороговартісних процедур самостійно. В результаті багато категорій пацієнтів все ще не можуть отримати якісні послуги, оскільки вони їм фінансово недоступні. Цю проблему можна розв'язати за допомогою обов'язкового медичного страхування, яка дозволяє покривати витрати на лікування, що можуть значно перевищувати суми страхових внесків.

Обов'язкове медичне страхування – один з видів страхування, який дозволяє покрити витрати на консультації лікарів, діагностику, препарати та інші медичні послуги [1]. Однак в Україні досі не ухвалено закон про обов'язкове медичне страхування та не існує механізму його впровадження.

Причинами відсутності обов'язкового медичного страхування в Україні є:

- відсутність затверджених стандартів та протоколів надання медичних послуг, нормативно затвердженої преїскурантно-тарифної бази;

- відсутність чітко визначеного контролюючого органу та механізму розподілу коштів від обов'язкового медичного страхування;

- побоювання, що медичне страхування збільшить податкове навантаження на суб'єкти господарювання, які будуть вносити кошти за працівників у страхові фонди, а також підвищить індивідуальні витрати громадян, особливо соціально незахищених, порушуючи конституційні права на охорону здоров'я [1].

Таким чином, виникає необхідність розробки та впровадження такої моделі медичного страхування, яка б задовольняла інтереси усіх учасників медичної системи.

На сьогодні в світі існують чотири основні моделі медичного страхування [2]:

- модель Бісмарка, яка розповсюджена в країнах Західної Європи (Німеччині, Австрії, Бельгії, Франції, Нідерландах, Швейцарії), а також Японії. Модель передбачає, що оплата медичних послуг здійснюється фондом страхування працівників, який фінансується спільно працівниками і роботодавцями за рахунок відрахувань із зарплати;

– модель Беверіджа, розповсюджена у Великобританії, Новій Зеландії, Швеції, Греції, Португалії і передбачає, що сплата за медичні послуги здійснюється державою за рахунок податків, в той час як пацієнт за послуги не платить. Перевагою моделі є те, що медичні послуги доступні для всіх верств населення, і їхня якість контролюється державою. При цьому значним недоліком є довгий список очікування для отримання медичних послуг, тому що у пацієнтів менше можливостей для вибору установи;

– модель національного страхування – перехідна модель, яка об'єднує дві попередні. Розповсюджена в Канаді, Тайвані та Південній Кореї. Медичні послуги надаються приватними установами, але фінансуються за рахунок коштів державних страхових програм, які оплачує кожен громадянин. Недоліком моделі також є довгі черги на лікування. При цьому медичні послуги доступні для більшості населення і їхню якість теж контролює держава;

– модель прямої оплати медичних послуг – послуги оплачує безпосередньо пацієнт. Модель передбачає широкий вибір послуг, високу якість і конкуренцію в галузі, але незахищеним верствам населення медицина може бути недоступна.

В Україні діє змішана модель, яка включає дві з перелічених вище: модель Беверіджа та модель прямої оплати. Але перша працює недостатньо ефективно через значні проблеми в сфері оподаткування та значної тінізації економіки. А сплачувати медичні послуги самостійно в повному обсязі може обмежене коло споживачів. Частково проблема вирішується завдяки існуванню ринка добровільного недержавного медичного страхування, коли кожен громадянин може придбати страховий поліс, який певним чином покриває витрати на медичні послуги. Але культура страхування життя та здоров'я в Україні розвинена слабо, такі поліси має не більш як 4–5 % населення. І тому, актуальним було та залишається питання впровадження обов'язкового медичного страхування як інструменту удосконалення механізму здійснення розрахункових операцій за медичні послуги, оскільки така система дозволяє планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Обов'язкове медичне страхування має багато спільних рис з соціальним страхуванням, яке запроваджується, підтримується, проводиться та контролюється державою. Це в свою чергу потребує від уряду запровадження нормативно-правової підтримки, створення

відповідної інфраструктури, забезпечення удосконалення податкової політики та державного нагляду, підвищенням страхової культури населення.

### **Література:**

1. Іванчов П. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. *Актуальні проблеми економіки*. 2020. № 6 (228). С. 133–144.

2. Медичне страхування: які моделі працюють у світі. *Слово і діло*. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2021/08/13/infografika/suspilstvo/medychne-straxuvannya-yaki-modeli-pracyuyut-sviti> (дата звернення: 22.08.2024).