

**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
“УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА”**

**Факультет суспільних та прикладних наук
Кафедра управління та адміністрування**

на правах рукопису

БАБЕЦЬКА ІВАННА ЯРОСЛАВІВНА

УДК 369

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 072 – «Фінанси, банківська справа та страхування»
Наукова робота на здобуття кваліфікації магістра

Науковий керівник:
Шинкар С. М.
кандидат економічних наук,
доцент кафедри управління та адміністрування

Івано-Франківськ - 2023

ЗВО «УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА»

**Факультет суспільних та прикладних наук
Кафедра управління та адміністрування**

Освітній ступінь: «магістр»

Спеціальність: 072 «Фінанси, банківська справа та страхування»

ЗАТВЕРДЖУЮ
завідувач кафедри управління та
адміністрування
к.е.н., доц. Гавадзин Н.О.

«20» вересня 2022 р.

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

Бабецької Іванни Ярославівни
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи Організаційно-економічний механізм реалізації медичного страхування в Україні.

Керівник роботи к.е.н., доц., Шинкар Світлана Миколаївна
затверджені наказом ректора університету від «20» вересня 2022 року № 01/3-НВ

2. Строк подання студентом роботи 03.02.2022 р.
3. Вихідні дані до роботи нормативно-правові документи, методики, результати досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, матеріали наукових конференцій, навчальна та періодична література, інформація інтернет-джерел, статистична інформація.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. «Формування і розвиток медичного страхування в Україні – організаційні аспекти» 2. «Аналіз функціонування ринку медичного страхування в Україні» 3. «Стратегічні напрямки розвитку медичного страхування в Україні»
5. Перелік графічного матеріалу: рисунки, діаграми, таблиці
6. Дата видачі завдання 22.09.2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення тематики, уточнення плану роботи, оформлення та затвердження завдання	22. 09.2022	виконано
2	Опрацювання літературних джерел, нормативно-правових документів, збір та обробка статистичних та звітних даних, проведення розрахунків та аналізу	27. 09. 2022	виконано
3	Написання розділу 1 «Формування і розвиток медичного страхування в Україні – організаційні аспекти»	12. 10. 2022	виконано
4	Написання розділу 2 «Аналіз функціонування ринку медичного страхування в Україні»	09.11. 2022	виконано
5	Написання розділу 3 «Стратегічні напрямки розвитку медичного страхування в Україні»	30. 11. 2022	виконано
6	Підготовка висновків	07.12.2022	виконано
7	Написання вступу	07.12.2022	виконано
8	Попередній захист	14.12.2022	виконано
9	Повне остаточне оформлення і подання кваліфікаційної роботи на кафедру, реєстрація	03.02.2023	виконано

Студент

Керівник роботи



(підпис)


(підпис)

Іванна БАБЕЦЬКА

(прізвище та ініціали)

Світлана ШИНКАР

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Бабецька Іванна Ярославівна

Організаційно-економічний механізм реалізації медичного страхування в Україні.

Магістерська робота за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа та страхування».

ЗВО Університет Короля Данила, Івано-Франківськ, 20243

У роботі висвітлено історичні аспекти розвитку медичного страхування, проаналізовано сучасний стан та перспективи його розвитку. Розглянуто структуру бюджетно-страхової моделі України та особливості державного регулювання медичного страхування.

Аналіз діяльності українських страхових компаній у сфері медичного страхування здійснено на прикладі страхової компанії «Кредо».

Вивчено та проаналізовано зарубіжний довід медичного страхування та його вплив на страховий ринок України.

В третьому розділі магістерської роботи розглянуто стратегічні напрямки розвитку медичного страхування в Україні, його перспективи в найближчі роки.

Достатня увага в роботі приділена медичному захисту населення в Україні.

Робота завершується висновками, які узагальнюють проведені дослідження в сфері медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, бюджет, послуги, страхувальник, договір, фінансування.

ABSTRACT

Babetska Ivanna Yaroslavivna

Organizational and economic mechanism for the implementation of health insurance in Ukraine.

Master's thesis in the specialty 072 "Finance, banking and insurance".

King Danylo University, Ivano-Frankivsk, 20243

The paper highlights the historical aspects of the development of health insurance, analyzes the current state and prospects of its development. The structure of the budgetary and insurance model of Ukraine and the peculiarities of state regulation of health insurance are considered.

The activities of Ukrainian insurance companies in the field of health insurance are analyzed on the example of the insurance company "Credo".

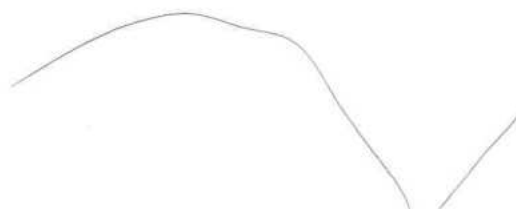
The foreign experience of health insurance and its impact on the insurance market of Ukraine is studied and analyzed.

The third chapter of the master's thesis discusses the strategic directions of development of health insurance in Ukraine and its prospects in the coming years.

Sufficient attention is paid to the medical protection of the population in Ukraine.

The work concludes with conclusions summarizing the research in the field of health insurance.

Keywords: health insurance, budget, services, insured, contract, financing.



ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. Формування і розвиток медичного страхування в Україні - організаційні аспекти	7
1.1 Історичні аспекти становлення і розвитку медичного страхування в Україні.....	7
1.2 Обов'язкове та добровільне медичне страхування - сутність та характеристика.....	18
1.3 Державне регулювання медичного страхування в Україні.....	28
Розділ 2. Аналіз функціонування ринку медичного страхування в Україні...35	35
2.1. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні.....	35
2.2. Аналіз діяльності українських страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування на прикладі страхової компанії «Страхова компанія «Кредо».....	45
2.3. Фактори впливу іноземного капіталу на структуру медичного страхування та страхового ринку України в цілому.....	55
Розділ 3. Стратегічні напрямки розвитку медичного страхування в Україні.....	67
3.1. Запровадження та функціонування страхового медичного ринку в контексті світового досвіду.....	67
3.2. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування та перспективи запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні.....	80
3.3. Медичний захист населення та особливості системи медичного страхування в Україні	88
Висновки.....	95
Список використаних джерел.....	102

ВСТУП

Актуальність теми. У зв'язку з повномасштабною агресією та війною Росії проти України змінилися всі сфери життя. Відповідно до Указу Президента №64/2022 з 24 лютого 2022 року в Україні запроваджено воєнний стан. Із введенням воєнного стану на території України змінилося також правове регулювання в усіх сферах суспільного життя, не є винятком і медичне страхування.

Медичне страхування є невід'ємною частиною соціальної інфраструктури кожної розвиненої країни і розглядається як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Це дозволяє більш раціонально використовувати кошти, що витрачаються на охорону здоров'я, підвищуючи при цьому якість цих послуг та рівень їх надання населенню. Її основними гравцями є страхові компанії, що надають супутні послуги, страхувальники (фізичні та юридичні особи), страхові посередники, асистуючі компанії та медичні установи.

У статті 49 Конституції України держава створює умови для медичної допомоги всім громадянам, державні та комунальні медичні заклади надають медичну допомогу безоплатно.

Світова практика підтверджує, що обов'язкове медичне страхування є основою страхової медицини. Вітчизняний ринок послуг медичного страхування, як і ринок страхування в цілому, знаходиться на стадії становлення. Перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки є багато потенційних споживачів страхових послуг.

Варто зазначити, що у 2022 році українські страховики втратили майже половину своїх українських регулярних страхових надходжень. Аналіз даних НБУ встановив, що у 2021 році страхові компанії уклали близько 100 тис. полісів. 2022 рік не мав і половини завершення.

Процес запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні є дуже проблематичним, насамперед з точки зору фінансування, оскільки

порядок сплати внесків на соціальне медичне страхування за тих, кого вони обслуговують, порушує конституційну норму України про безоплатність медичної допомоги. Крім того, збільшення нарахувань на фонд оплати праці роботодавців може призвести до використання тіньових схем для виплати заробітної плати та сповільнити їх зростання.

Актуальність зазначеної проблематики, її теоретична та практична значимість визначили вибір теми дослідження та обумовили його мету.

Метою магістерської роботи є проведення аналітичних і практичних наукових досліджень з формування медичного страхування в умовах ринкової економіки й обґрунтування підходів до його стратегічного розвитку.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- вивчення сутності та систематизація знань з медичного страхування на ринку;
- обґрунтування необхідності страхового захисту та визначити роль страхування у системі економічних відносин;
- проведення оцінки сучасного стану формування й розвитку медичного страхування України;
- узагальнення знань зарубіжної практики про формування національних ринків медичних страхових послуг, основні тенденції, закономірності й особливості у цій сфері;
- систематизувати структуру, оцінку сучасного стану і тенденції розвитку ринку медичного страхування, визначити форми і напрями розвитку страхового ринку, що найбільш відповідають сучасному соціально-економічному стану, проблемам держави та усіх ринкових суб'єктів.

Об'єкт дослідження – процеси становлення й розвитку медичного страхування України.

Предмет дослідження – теоретичні й практичні проблеми формування і функціонування медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених у роботі завдань використовувалися різноманітні загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. Дана робота базувалася на системному підході і дозволила всебічно та комплексно розглянути ринок медичного страхування. Абстрактно-логічні методи використовуються для теоретичних узагальнень, визначення основних категорій і понять, формування висновків дослідження. Він використовує аналітичні та синтетичні методи для визначення функціонування, суттєвих характеристик ринку медичного страхування. Визначено етапи становлення та розвитку вітчизняного страхового ринку. Порівняльний аналіз дав змогу вивчити основні показники активності ринку в різні періоди розвитку.

Джерелами інформації є спеціальна фінансова література, законодавчі та нормативно-правові акти у сфері страхування та цивільно-правової відповідальності, матеріали, інформація та аналітика, а також журнали Державної комісії з регулювання ринку фінансових послуг України.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних основ становлення й стратегічного розвитку медичного страхування в Україні, що дозволило одержати прикладні результати щодо необхідності запровадження обов'язкового медичного страхування, за допомогою якого є змога забезпечити реалізацію прав громадян на безперешкодне отримання якісної медичної допомоги та перехід до змішаної бюджетно-страхової системи.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що запропоновані висновки та рекомендації щодо вдосконалення розвитку медичного страхування України можуть бути використані у практичній страховій діяльності.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та наукові дослідження оприлюднені на III Міжнародній науково-практичній дистанційній конференції Scientificresearch in the modern world (12-14 січня 2023 р. у м. Торонто, Канада).

Структура та обсяг магістерської роботи: Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаних джерел.

Загальний обсяг магістерської роботи становить 108 сторінок. Список використаних джерел налічує 78 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

1.1. Історичні аспекти становлення і розвитку медичного страхування в Україні

Розквіт і розвиток медичного страхування в нашій країні відбувається відносно пізно, хоча західні країни мають значний досвід у цій сфері. За радянських часів медична допомога надавалася безкоштовно. З переходом до ринкових відносин ситуація докорінно змінилася. Висока вартість кваліфікованої допомоги підігриває інтерес до медичного страхування, тим самим прискорюючи його зростання [3].

«У минулому страхування характеризувалося тим, що переважали договори взаємного страхування, зміст яких полягав у тому, що всі особи, які уклали договори, погоджувалися відшкодувати збитки конкретного учасника свого товариства, тобто принцип взаємного розподілу збитків. був чинним. Це підтверджується дослідженнями Базилевича В.Д. та Базилевич К.С., які встановили, що в Україні серед чумаків існувало страхування, зміст якого полягав у спільному відшкодуванні збитків потерпілому в дорозі в разі падіння вола тощо» [4].

У березні 2022 року через війну в Україні українські страхові компанії втратили близько половини премійного доходу – регулярних виплат для застрахованих українців. В результаті медичне страхування в Україні змінилося як на національному, так і на міжнародному рівні [14].

«Більшість українських науковців вважають, що національне медичне страхування виникло на півдні України у 1980-1990-х роках. У той час прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати працівників від шкоди здоров'ю в діючій на той час приватній компанії зі страхування майна та

нещасних випадків. Таке страхування найбільше сприйняли середні підприємства. Для малого бізнесу це було надто специфічно у фінансовому плані, а для великого бізнесу було вигідніше виплачувати компенсації потерпілим за окремі нещасні випадки, ніж виплачувати премії за всіх своїх співробітників. Для компаній навіть один нещасний випадок із серйозними наслідками може дорого коштувати власнику виробництва грошей. Краще було заплатити великий страховий внесок, ніж збанкрутувати через раптовий масовий нещасний випадок чи хворобу через недосконалість виробництва та низьку кваліфікацію робітників на той час.

Пізніше страхування було поширено на всі промислові центри Херсонської губернії (Миколаїв, Херсон). Згодом ця добровільна форма бізнесу приватних страховиків виявилася загалом нерентабельною. 1896 р. Страхові внески, сплачені страхувальниками-роботодавцями всієї губернії страховим компаніям, становили 1,9% загального доходу застрахованих працівників, тоді як для потерпілих працівників страхова винагорода, отримана від цих компаній, становила лише 23,9% страхових внесків. Решта (76,1%) внесків роботодавця залишається в прибутку страхової компанії» [36].

«Серед підприємців виникли ідеї щодо активного ведення заводських інспекцій, до сфери діяльності яких входили соціальні питання на виробництві, запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційних засадах тощо. 1899 р. Почало діяти «Товариство взаємного страхування від нещасних випадків одеських фабрикантів і ремісників робітників і службовців».

У 1912 році в Російській імперії було введено обов'язкове медичне страхування. Попри всі свої недоліки, цей закон був прийнятий вперше в Російській імперії, а отже, і на території України. Відтоді лікарняна каса стала організаційним центром надання медичних послуг працездатному населенню на страхових засадах. Починається становлення страхової медичної системи в дореволюційний період України» [50].

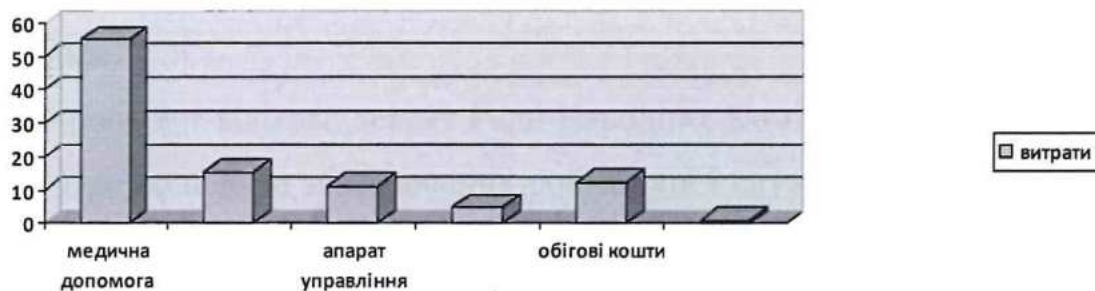
Згідно з діючими в Україні правилами страхування, основним джерелом фінансування системи медичного страхування, яка реалізується через лікарняну

касу, є фонд соціального страхування. Ці кошти склалися з внесків промисловців, самих робітників - членів лікарняної каси. Остання частка, яка становила 60% усіх витрат (у 1,5 рази субсидії роботодавця), була зумовлена доходами від страхових компаній [4].

«В Україні існувало два види лікарняних кас: Заводська та Об'єднана. Заводські касири організували виплату прибутку при створенні та безкоштовне медичне обслуговування робітників і членів їхніх сімей. У 1913 році уряд запропонував доповнити статут Лікарняної каси, надавши їй право організовувати лікарні, клініки, будинки престарілих і аптеки. Взаємозв'язок між фінансуванням лікарень і лікарями будувався через договірне залучення спеціалістів різних професій та залучення штатних лікарів. З Дещо покращилася і стала доступнішою організація лікарняних кас і медичного забезпечення працюючих та їх сімей. Так, до 1917 року за рахунок коштів лікарні в Миколаєві було організовано вісім амбулаторій, у тому числі зубний і протитуберкульозний.

Після Лютневої революції 1917 р. в Україні страхова медицина активізувалась, що виражається в тому, що страхування охоплює майже всі сфери життя і охоплює широкий спектр. Зросла кількість лікарняних кас, виникла велика страхова установа — Об'єднана лікарняна каса. Особливістю останньої діяльності є те, що вона набагато менше покладається на підприємця, ніж на фабричну касу. Об'єднана лікарняна каса, яка має значно більший статутний і резервний фонд, організовує амбулаторну та стаціонарну допомогу, в тому числі нічну невідкладну медичну допомогу хворим на дому, забезпечує тривалі чергування медперсоналу.

Розглянемо вивчену Пушиним С. структуру витрат коштів обігового капіталу, за матеріалами витрат книги спільної лікарняної каси м. Олександрівська Єкатеринославської губернії в період 1916—1919 років (рис 1.1.)



Мал.1.1. Основні фінансові витрати лікарняної каси в період 1916-1919 рр., %

У структурі витрат серед основних фінансових витрат лікарняної каси витрати на лікування становили 55,2%, витрати на ліки – 15,3%, витрати на утримання апаратури управління – 11,2%. Решта нарахувань припадає на відрахування в резервний фонд – 5%, на рахунки оборотних коштів – 12,3%, а на всі інші нарахування – лише 1%» [70]

«Однак керівництво медицини країни з того часу дійшло висновку, що дві медицини, страхова та державна, не можуть існувати поруч. Прийняте за їх пропозицією від 31 жовтня 1918 р. «Положення про соціальне забезпечення робітників» і постанову Наркомату «Про передачу всієї медичної частини старої лікарняної каси Наркомату медицини» (1919 р.) було здійснено. поклав початок націоналізації страхових установ і ліквідації лікарняних кас.

Початок другого етапу розвитку медичного страхування в Україні пов'язаний з переходом країни до непу в березні 1921 року. Позики до місцевого бюджету з подальшим суттєвим скороченням кредитів та запровадженням часткової оплати витрат на лікування. Організації охорони здоров'я зіткнулися з проблемою пошуку нових джерел фінансування» [71].

На той час в Україні тільки зароджувалися ринкові відносини, тому системі охорони здоров'я довелося адаптуватися до тогочасних законів і відновлювати медичне обслуговування. Загалом неп створив сприятливі умови для відновлення принципу медичного страхування, але в Україні на той час вони використовувалися лише частково і надавали медичну допомогу обмеженому

контингенту призвели до створення робітничих медичних (позбавлених) до роботи. робітників.

«Головну роль тут відіграє декрет Ради Народних Комісарів України від 10 грудня 1921 р. Про соціальне забезпечення робітників і службовців та їх сімей у разі тимчасової та стійкої непрацездатності. вивонений Основними правилами. хвороби годувальника. Страховими були робітники промислових підприємств, а також робітники, зайняті в сільському господарстві та залежні від промислових підприємств. Керівництво медичною допомогою трудящих у структурі Наркомпраці України здійснювали відділ медицини праці та державне управління охорони здоров'я - підвідділ медицини праці.

Фонд лікарської допомоги мав цільове призначення і витрачався на:

- медичну допомогу при невідкладних захворюваннях та нещасних випадках;
- амбулаторне, загальне і спеціальне лікування, до якого входила також і зубопротезна допомога;
- пологодопомогу;
- лікарняне лікування;
- організацію дитячих ясел, жіночих консультацій, будинків матері й дитини, закладів охорони здоров'я дітей;
- спеціальну допомогу в фізіотерапевтичних і ортопедичних інститутах, диспансерах, санаторіях;
- санаторно-курортне лікування.

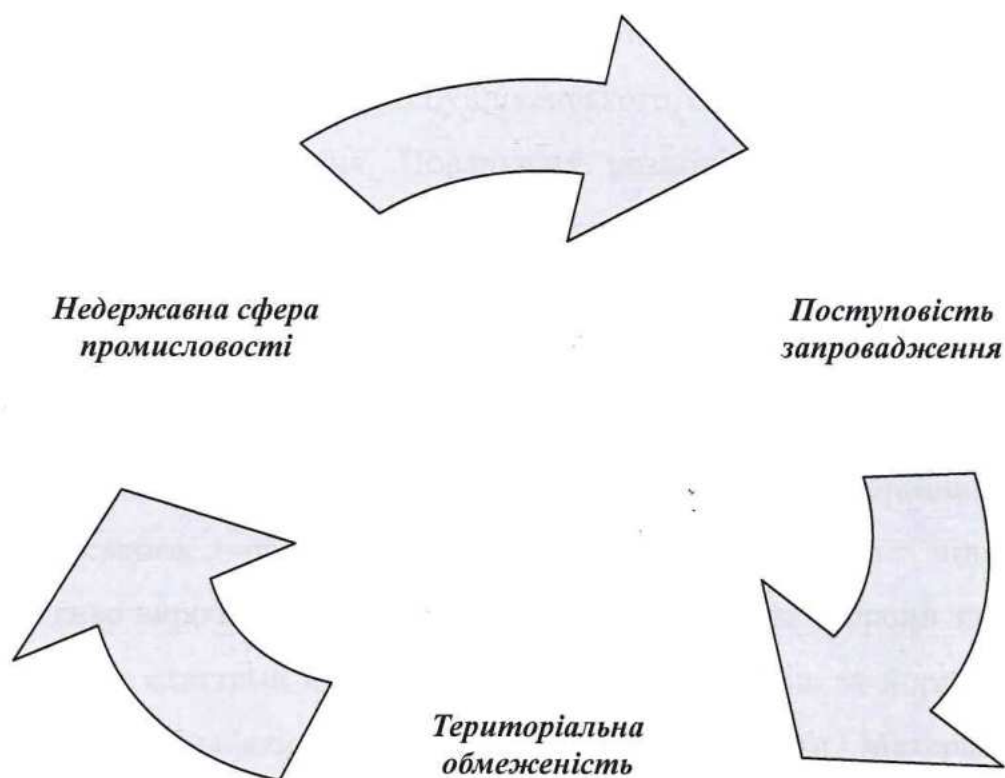
Медичний бюджет у період існування пограбувань в Україні складався з державних бюджетів, коштів місцевих бюджетів, фондів медичного страхування та інших джерел фінансування. У період непу на охорону здоров'я за рахунок страхових фондів припадало понад третину всіх коштів місцевих бюджетів (31,6-35,3%) і майже половина державних асигнувань (44-49,5%). - Усього 8,0-9,6%.

На відміну від інших республік, промислова медицина в Україні набула значного розвитку. Її мережа була тісно пов'язана з робітниками через Страхову

касу, фабричні та фабрично-заводські комітети, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комітетів поліклінік та були головною ланкою у справі охорони здоров'я робітників. Кількість робітничих поліклінік в Україні збільшилася з 54 на момент її заснування до 101 1923 року» [23].

«У період існування НЕПУ та охорони здоров'я робітників у діяльності лікувально-профілактичних закладів та медичних закладів проявилися певні риси, властиві ринковим відносинам. За словами Т. Н. Веренкіної та О. Г. Токарева Криму, з метою пошуку додаткових джерел фінансування Інституту фізіотерапії було присвоєно найменування: Частина лабораторії І. М. Сеченова та Інститут бактеріології стали госпрозрахунковими, здали в оренду макаронну фабрику, оренду страхових компаній. Вони встановили чотири категорії оплати праці лікарів залежно від обсягу та характеру їхньої роботи.

Українська індустріальна система охорони здоров'я, яка активно використовувала принципи медичного страхування та елементи ринкових відносин, зазнала чергового провалу, як і сама система медичного страхування. У 1927 р. його було скасовано, яке установи передано у відання Наркомату медицини відповідно до Постановою уряду про визнання основ народної медицини. З цього моменту в Україні розпочалося функціонування державної системи охорони здоров'я із централізованою формою управління. Його відмінною рисою було виняткове право власності на надання медичних послуг та фінансування за залишковим принципом. Надання медичної допомоги мешканцям за принципом страхування на західноукраїнських землях здійснювалося відповідно до чинних законів країн, які на той час керували цими територіями» [23].



Мал. 1.2. Особливості обов'язкового страхування у період становлення галузі медичного страхування

Отже, характеристиками обов'язкового страхування в період становлення медичного страхування є: Поетапне використання протягом кількох років, регіональне обмеження поширення (тільки європейська частина країни), страховий захист лише на недержавних територіях. промисловість. Відповідальність за створення та функціонування страхової організації несе роботодавець. Внески в компанії зі страхування від нещасних випадків повністю склалися з відрахувань роботодавця і суми варіювалися залежно від ступеня ризику роботи.

Розвиток охорони здоров'я за радянських часів та незалежність України відзначено новими відносинами та новими етапами розвитку медичного страхування. Радянська система організації медичної допомоги ґрунтувалася на принципі розподіленого управління. Основна увага приділялася централізованому механізму формування галузевих бюджетів.

Економічні механізми охорони здоров'я включали мобілізацію коштів населення та організацій до республіканського бюджету за рахунок загального (нецільового) оподаткування. Подальший розподіл бюджетних асигнувань по галузях, включаючи охорону здоров'я, було проведено рік тому за ієрархічною структурою та функціональною системою.

«В організації управління народним господарством у державному бюджеті ці кошти виділялись рядком (статтею) «Охорона здоров'я, фізична культура і спорт». Звідси вони послідовно адресувались органам союзного, республіканського, обласного, міського і районного підпорядкування. Безпосередньо виробникам медичних послуг (установам охорони здоров'я) кошти планувались за статтями кошторисів майбутніх видатків, за нормативами, які не були орієнтовані на якість і кінцевий результат роботи. Матеріально-технічне медикаментозне забезпечення засновувалось на державному замовленні і фондovих поставках за фіксованими цінами.

В основі такої системи лежало рік у рік зростання неадекватного фінансування охорони здоров'я, фінансування за «залишковим» принципом, невизнання цінності, створюваної галуззю, принцип маргіналізації сектора виробництва. Від оплати населенням медичної допомоги та стимулювання її якості позабюджетними способами. характеризується неефективним використанням ресурсів, використанням лише адміністративних методів контролю» [22].

Доцільність удосконалення економічних механізмів функціонування промисловості призвела до низки місцевих економічних експериментів з 1960 по 1980 роки щодо розширення прав керівників охорони здоров'я та впорядкування використання ліжкового фонду. Новим економічним механізмом у охороні здоров'я стала сукупність принципів, основу яких лежали регулюючі методи господарювання та форми діяльності закладів охорони здоров'я. Це також означало перехід від суворої ієрархії галузевого управління до територіального домінування галузевого управління.

Основна передумова реформування галузі – від виділення коштів із бюджету окремих статей видатків установам охорони здоров'я, до забезпечення фінансування на довгостроковій стабільній основі та до укладання договорів з підприємствами, організаціями та установами. базис В основу фінансування покладено різні форми господарювання, у тому числі використання внутрішніх орендних відносин, спільної індивідуальної трудової діяльності та подушевого фінансування великих (амбулаторно-поліклінічних) ланок охорони здоров'я.

«Після запровадження деяких елементів ринкової економіки колишньому СРСР (особливо з появою Закону про кооперацію 1988 р.) почали створюватися перші страхові кооперативи. Їхня частка в загальному обсязі страхування була незначною - менше 1%. Дуже важливо було застрахувати націю від "нетрадиційних" ризиків, особливо вантажів, відповідальності за невиконання зобов'язань третіми особами тощо. З моменту зародження страхового ринку альтернативні страховики зосередилися на страхових продуктах (послугах), запропонованих у країнах. Поряд із цим в Україні почала розширюватися сфера страхових послуг, виникли перестраховальні об'єднання.

Ставши суверенною державою, Україна на початку 1990-х років почала створювати власну економіку. Зміна власників, ліквідація державних монополій на засоби провадження, розвиток підприємницької діяльності вплинули на становлення української страхової справи. На ситуацію на страховому ринку вплинула відсутність адекватного законодавства та розвиток економіки загалом.

У 1990 році закон було розширено у зв'язку з розвитком ринкових відносин. Почали формуватися перші комерційні страхові компанії. Зародження та розвиток страхового ринку України є процесом, який має багато спільного з аналогічними процесами в інших постсоціалістичних країнах. Але в той же час наша країна має деякі особливості.

Можна виокремити основні чинники, які сприяли розвитку на ринку повноцінних суб'єктів страхування. Отже, на процес масового виникнення страхових компаній у 1990 – 1993 рр. впливали такі чинники:

- а) ініціатива науковців, фахівців, які запозичували досвід роботи страхового ринку в розвинених країнах;
- б) засновницька робота профспілок, громадських організацій;
- в) участь зарубіжних інвесторів.

Такі компанії в принципі невеликі і створювалися в основному з метою дослідження ринку, але після встановлення ліміту участі нерезидентів у 20% у статутному фонді страхових компаній їх майже все вже не існує.

Після видання у травні 1993 р. Декрету Ради Міністрів України «Про страхування» (далі – Декрет) та створення восени 1993 р. Комісії з нагляду за страховою діяльністю український страховий ринок почав розвиватися. почався. Страхова компанія зареєстрована та видана ліцензія. Страхова діяльність визначається як виключний вид діяльності. При цьому тепер можна провадити лише види страхової діяльності, зазначені в ліцензії. Встановлюється певна залежність між розміром максимальної заборгованості та розміром страхових резервів.

Діяльність страхового ринку в умовах, визначених Декретом, у період 1994 – 1995 рр. можна охарактеризувати наступним чином:

- по-перше, страховики стають більш спеціалізованими у своїх операціях. Законодавчі обмеження, а також ліцензійні та реєстраційні обмеження згідно з постановами уряду призвели до того, що страховики спеціалізуються на окремих видах ризиків у певних галузях і сферах виробництва.

- по-друге, було зроблено перші кроки в медичному страхуванні. Водночас високий рівень інфляції зумовлював значне поширення так званого змішаного страхування життя з урахуванням інфляції. Оскільки цей вид страхування не мав достатньої законодавчої і методологічної бази, то численні страхові компанії збанкрутували і багато вкладників не отримали належних виплат.

- по-третє, законодавче регулювання страхової діяльності значною мірою посилило фінансову дисципліну страховиків. Було запроваджено облік резервів, розроблено категорії активів, у межах яких ці резерви розміщувалися

страховиками, упорядковано взаємовідносини страховика з його філіями і представництвами, встановлено необхідні форми спеціальної звітності.

Усі перераховані фактори сприяли зростанню страхового ринку та розширенню діяльності страховиків. Проте указ не забезпечив необхідної правової бази для розвитку ринку, особливо щодо гарантій платоспроможності страхових компаній.

Важливим кроком у вдосконаленні законодавчої бази став Закон України «Про страхування» 1996 року. Закон установив систему контролю:

- за рівнем платоспроможності страховиків і порядок розрахунку резервів;
- посилив норми, що регулюють нагляд за страховою діяльністю;
- упорядкував види обов'язкового страхування» [25].

Основним джерелом формування медичних ресурсів за нової системи фінансування стали бюджетні кошти. Тому модель національного самозабезпечення, яка була реалізована на той час у народному господарстві країни, виявилася неприйнятною для галузі. З початку трансформації в рамках нового економічного механізму все зупинилося на етапі медичного споживання внутрішніх ресурсів. Як наслідок, новий господарський механізм не покращив ні матеріального, ні фінансового забезпечення галузі. А головне, це не покращило якість і ефективність роботи. Теоретичні та практичні провали цього механізму стали очевидними не лише в Росії, а й в Україні.

Потім, швидко ознайомившись із досвідом західних країн, почалося впровадження медичного страхування. У 1997 році в медичних закладах України запроваджено платне медичне обслуговування. Відтоді їх список розширився. Але в лікарні цим не обмежилися. Позитивного ефекту від впровадження платних послуг не було. Навпаки, це стало гальмом для розвитку приватної медицини, оскільки сприяло негативному ставленню до всієї медицини загалом і до лікарів зокрема.

Зараз в Україні велика частина населення незадоволена охороною здоров'я, а згідно з опитуванням соціального сервісу «Reitig», до 2021 року 60% опитаних українців захочуть покращити якість свого медичного обслуговування. що необхідна медична допомога. Частково безкоштовні, частково платні, тобто більшість населення готова платити за медичні послуги [23].

Країни, включно з Україною, які намагалися вирішити проблеми дефіциту за рахунок надання платних послуг, зіткнулися з парадоксальними наслідками. Як правило, запланована економія бюджету не досягалася. Це пов'язано з тим, що контрольоване переміщення ресурсів у платні сфери охорони здоров'я призвело до збільшення частоти пізніх звернень до лікарів та збільшення частки запущених захворювань, що потребують дороговартісного лікування. Збільшений. Зрештою, зростаюча потреба в нових ресурсах для розвитку охорони здоров'я посилила тиск на державні бюджети.

1.2 Сутність та характеристика медичного страхування: обов'язкове та добровільне

Страхування визначається соціальними та економічними потребами людства. Економічна потреба у страховому захисті пояснюється необхідністю створення виду діяльності, що акумулює фінансові засоби для відшкодування збитків, спричинених настанням несприятливих подій для здоров'я, життя та матеріального благополуччя. Страховий сектор є важливою частиною ринку фінансових послуг і потребує постійної фінансової та адміністративної підтримки у довгостроковій перспективі.

«Вивчення тенденцій розвитку ринку страхових послуг засвідчує, що упродовж останніх 10 років він залишається другим за рівнем капіталізації серед інших ринків небанківських фінансових установ. Загальна кількість страхових компаній станом на кінець 2020 року становила 210, серед яких виокремлюють 20 «life» страхових компаній та 190 «non-life» страхових компаній, (для порівняння на кінець 2011 року – 442 компанії, до числа яких входили 64 «life» страхових

компаній та 378 «non-life» страхових компаній). Виходячи з наведених даних, можна сказати, що тенденція скорочення кількості страховиків є стійкою та довгостроковою. Це можна виміряти з погляду очищення страхового ринку від несумлінних та фінансово нестійких страховиків за рахунок підвищення вимог до платоспроможності та ліквідності активів. Це створює передумови для безпечного розвитку страхового ринку України та підвищення довіри з боку споживачів до гравців страхових послуг» [73].

«У структурі європейського страхового ринку у 2020 році на страхування здоров'я припадало 13%, поступаючись лише страхуванню життя. Європейське медичне страхування набуло важливого значення на страховому ринку в останні роки з часткою 11,4% та 12% у 2018 та 2019 роках відповідно. Зазначимо, що серед країн Європи найбільшу частку ДМС зафіксовано у Нідерландах – 64%, Німеччині – 19,6%, Іспанії – 13,2%. роки.

Страхування – це потужна фінансово-кредитна система, що практично нічим не відрізняється від банку. У міру розвитку конкуренції та ринкових відносин все більшого значення набуває страхування. Саме через страхування формується політика соціально-економічного захисту важливих інвестиційних ресурсів та населення.

Страхування є джерелом довгострокових інвестицій. Еволюція страхового ринку є тривалий і поступовий процес, і його стійкість залежить, зокрема, від динаміки розвитку суб'єктів та змін в економіці в цілому» [1].

«Найчастіше відносини між страхувальником і страховиком будуються добровільно і оформляються договором страхування. Відповідно до Закону про страхування договір страхування укладається відповідно до правил страхування» [24]. Для добровільного страхування страховик розробляє свої правила щодо кожного виду та затверджується державним регулятором страхової галузі та видає ліцензію на право здійснення відповідного виду страхування.

Правила страхування визначають загальні умови та порядок здійснення окремими страховиками окремих видів добровільного страхування. У різних

страховиків можуть бути дуже різні правила одного й того виду страхування. Таким чином, страхувальники мають можливість вибрати найбільш підходящий варіант страхування для свого страховика. Страховик також має право прийняти або відмовитися від ризиків страхування, які пропонує страхувальник, а не пасивна сторона. Якщо сторони досягнуть попередньої угоди, вони укладуть договір, в якому буде вказано загальні умови страхування, викладені в Регламенті [12].

Таблиця 1.1

Види медичного страхування

СТРАХУВАННЯ	
Обов'язкове страхування	Добровільне страхування
Страхування спортсменів вищих категорій Особисте страхування від нещасних випадків на транспорті Авіаційне страхування цивільної авіації Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів Страхування засобів водного транспорту Страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки, за шкоду яка може наступити в наслідок ядерного інциденту Страхування об'єктів космічної діяльності Інші види згідно із ст. 7 ЗУ «Про страхування»	Страхування життя Страхування від нещасних випадків Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) Страхування здоров'я на випадок хвороби Страхування залізничного транспорту Страхування наземного транспорту (крім залізничного) Страхування вантажів та багажу Страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ Страхування інвестицій Страхування фінансових ризиків Страхування судових витрат Страхування медичних витрат Страхування Виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій Інші види згідно ст. 6 ЗУ «Про страхування»

Добровільне страхування передбачає, що всі важливі аспекти договору страхування визначаються виключно угодою сторін.

«Добровільне медичне страхування (ДМС) — вид особистого комерційного страхування, що використовує принцип страхової справедливості. Іншими словами, за полісом добровільного медичного страхування застрахована особа отримує лише той вид медичної послуги на суму, яку покриває сплачена премія. Соціальне забезпечення мало регулюється державою. Зокрема, Законом України

"Про страхування" передбачено, що здійснення обов'язкових видів страхування, не передбачених цим законом, забороняється» [29].

В обов'язковому страхуванні — інша справа. Тут страхові відносини виникають згідно із законом, а страхування здійснюється на підставі відповідних законодавчих актів, якими передбачено:

- перелік об'єктів, що підлягають страхуванню;
- перелік страхових подій, винятки з них;
- максимальні страхові тарифи;
- страхові суми;
- рівень страхового забезпечення та інші суттєві моменти.

«Відповідно до Закону України "Про страхування" типові форми договорів та порядок здійснення обов'язкового страхування визначаються Кабінетом Міністрів України. Тому при укладанні договору обов'язкового страхування ні страховик, ні страхувальник не мають суттєвої «свободи маніпуляцій». Це пов'язано з тим, що сутність усіх видів обов'язкового страхування, в тому числі і форма самого договору, все визначено законом.

Принцип відповідальності однаково поширюється як на страхувальника, так і на страховика. Перший має бути застрахований для передбаченої законом мети, а другий не має права від нього відмовитися.

За часів державної монополії потреби страхувальників покривала страхова компанія «Держстрах», але обов'язкове страхування не передбачало укладення договору. Тепер страхові поліси є обов'язковими у всіх випадках.

Право на здійснення цього виду обов'язкового страхування може набути будь-яка страхова компанія за наявності відповідної ліцензії» [27].

«У Законі України «Про страхування» наведено перелік 33 видів обов'язкового страхування, які здійснюються (або мають здійснюватися) в нашій країні, і встановлено, що нові види обов'язкового страхування можуть бути введені лише шляхом внесення змін у цей закон.

До складу обов'язкового страхування українським законодавством віднесено:

- медичне страхування;
- особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);
- страхування спортсменів вищих категорій;
- страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- авіаційне страхування цивільної авіації;
- страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
- страхування засобів водного транспорту;
- страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності;
- страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (порядок та умови цього страхування визначаються спеціальним законом України);

- страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
- страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
- страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;
- страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи;
- страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;
- страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;
- страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;

- страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках від ризику негативного впливу іонізуючого випромінювання на їхнє здоров'я за рахунок коштів ліцензіатів;
- страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням Національного космічного агентства України;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
- страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
- страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України;
- страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;
- страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути

заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;

- страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановленими Кабінетом Міністрів України;

- страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;

- страхування відповідальності морського судновласника;

- страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб» [23].

Усі види страхування, що не включені до цього переліку, вважаються необов'язковими.

Міжнародне право та законодавство більшості країн світу пов'язує запровадження окремих видів обов'язкового страхування з необхідністю захисту інтересів третіх осіб у разі заподіяння шкоди. Тому страхування відповідальності є більш поширеним у страхуванні відповідальності, а точніше у страхуванні відповідальності власника з високим ризиком. В принципі, страхування особи та майна є добровільним.

Ефективність національного регулювання у сфері страхування значною мірою залежить від створення оптимальної системи страхового захисту на основі раціонального використання можливостей і переваг обов'язкового та добровільного страхування.

«В Україні ще не прийнято закону про обов'язкове медичне страхування, хоча в ЗУ «Про страхування» воно назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. Очікується, що цей вид страхування в Україні набуде ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі «багатий платить за бідного, здоровий за хворого».

«Як обов'язкове медичне страхування в Україні проводиться:

– страхування на випадок екстреної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово знаходяться на території України;

– страхування медичних видатків осіб, які виїжджають за кордон. Відразу необхідно зазначити, що від створення державної системи медичного страхування монопольного типу, що фактично відображено у вже прийнятих законодавчих актах та їх проектах, необхідно відмовитися, оскільки воно не призведе до підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Це зумовлено дією таких факторів:

- за наявної територіальної структури розміщення лікувальних закладів із введенням державної системи медичного страхування ринок медичних послуг буде фактично монополізованим; те ж відбудеться і з ринком страхових послуг при формуванні страхового контингенту за територіальною ознакою, що не сприятиме підвищенню якості медичних послуг;

- введення обов'язкових внесків на медичне страхування збільшить податкове навантаження на економіку, що й так на сьогодні доволі високе;

- виникнуть значні труднощі з передачею на фінансування в рамках системи медичного страхування багатьох програм та лікувальних закладів;

- різко зростуть витрати на управління системою охорони здоров'я; навіть у країнах з розвинутою ринковою економікою за умов добре відпрацьованої конкурентної системи витрат на адміністрування системи медичного страхування в середньому складають 12% від суми внесків» [39].

Тому створення національної монополії медичного страхування призведе лише до збільшення державних витрат на медичне обслуговування без підвищення якості медичного обслуговування населення.

Необхідно створити умови для переходу до конкурентної системи медичного страхування. Застрахованій особі варто надати можливість обирати свою страхову схему серед кількох альтернативних:

- державних і приватних;
- схем медичного страхування.

Розглянемо далі добровільне медичне страхування. Комерційне добровільне медичне страхування більш розвинене в країнах з вільною ринковою економікою. Добровільне медичне страхування вважається незалежним, якщо держава має обов'язкове медичне страхування. Будь-яке медичне страхування може бути індивідуальним або груповим. При індивідуальному страхуванні, як правило, страхувальником є фізична особа, яка укладає договір зі страховою компанією та оплачує його витрати або оформляє страховий поліс на третю особу (дитину, батька, родича). У груповому страхуванні страхувальником зазвичай є компанія, організація чи установа, яка укладає договір зі страховою компанією про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сім'ї працівників, пенсіонерів тощо) зі своїх коштів [32]. Страхова організація укладає профілактично-лікувальний договір (незалежно від власника) для надання медичної допомоги застрахованим за фіксованим тарифом, гарантованим страховиком.

При добровільному медичному страхуванні укладаються два види угод:

- 1) між страхувальником і СМО на користь громадянина (якщо страхувальник – юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника);
- 2) між СМО і медичними закладами, в які при наявності страхового випадку має право звернутися громадянин.*

Документом для отримання медичної послуги, вказаної в угоді, є страховий поліс, який видається громадянину страховою медичною організацією.

Договори добровільного медичного страхування визначають обсяг медичних послуг та можливість вибору умов отримання медичної допомоги. При цьому страхувальник відповідно до договору медичного страхування перераховує кошти до закладу медичного страхування, а заклад медичного страхування сплачує медичний заклад за надані медичні послуги при настанні страхового випадку. рахунок-фактура.

Отже, при добровільному медичному страхуванні джерелом фінансування медичної допомоги є один із коштів страхувальника. Як додаткове джерело коштів тимчасово вільні кошти на рахунках медичних страхових організацій можна вигідно вкладати в цінні папери, банківські депозити, інвестиції та ін. [2].

1.3 Державне регулювання медичного страхування в Україні

«Активний процес переходу української системи охорони здоров'я на страхову модель розпочався у 2017 році. Тому 30 листопада 2016 року на засіданні КМУ було схвалено концепцію реформування системи охорони здоров'я. Ця концепція пропонує модель національної системи медичного страхування, яка безпосередньо передбачає три аспекти: збір внесків шляхом загального оподаткування, які надходять до державного бюджету; створення національної страхової компанії – оператора «Національної служби здоров'я». » за кошти державного бюджету; Оплата кожної послуги. Відповідно до затвердженої концепції, основним принципом зміни системи фінансування є оплата кожному громадянину гарантованого державою пакету медичних послуг.

При цьому фінансування здійснюватиметься за рахунок загальних податків, додаткових витрат не передбачається. Кожен громадянин оплачує медичні витрати, сплачуючи загальні податки. Страхові виплати за індивідуальне лікування не будуть прив'язані до розміру індивідуальних внесків, а громадяни не стягуватимуть додаткові податки чи збори. Для послуг, які не можуть бути надані державою, будуть розроблені механізми оплати громадян – приватне медичне страхування, законний механізм співоплати медичних послуг. Однією з найсуттєвіших змін у системі охорони здоров'я стало створення національного агентства медичного страхування, яке мало б виконувати два обов'язки – фінансовий і контроль якості медичної допомоги.

Одним із пріоритетів уряду є реформування системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень. Основні цілі –

підвищення якості надання медичних послуг, підвищення заробітної плати лікарям, впровадження страхової медичної допомоги, підвищення автономії лікарень» [43].

Запровадження індивідуальної системи оплати заохочуватиме лікарні до підвищення ефективності лікування, оскільки лікарні отримуватимуть відшкодування в межах розрахункового діапазону, необхідного для лікування конкретного випадку, унеможливаючи надання непотрібних послуг або спонукаючи пацієнтів шукати довгострокові залишається.

Вирішенням проблем із системою загальнообов'язкового медичного страхування є запровадження моделі бюджетного страхування, за якої система фінансування охорони здоров'я реалізується на трьох рівнях: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування. (мал.1.3).



Мал. 1.3. Структура бюджетно-страхової моделі

«Охорона здоров'я фінансуватиметься з бюджету – вона буде першого рівня, базова, рятувальна. Другий рівень — це базове медичне страхування, а третій

рівень — це послуги, які фінансуються за допомогою схеми добровільного медичного страхування, яка покриває все, що не покривається першими двома рівнями. Якщо говорити про майбутнє, то ідеальною моделлю для України є бюджетна та страхова медицина. Тобто такі медичні послуги, як СНІД, туберкульоз, вроджені захворювання, дитячі пухлини, невідкладна медична допомога, акушерство, охорона здоров'я матері та дитини, сімейні лікарі оплачуються державою, а інші послуги — обов'язковою медичною допомогою. Соціальне страхування.

У ЗУ «Про страхування» передбачає, що страхування може здійснюватися як в обов'язковій, так і в добровільній формах. Стосовно медичного страхування було зазначено, що воно може бути як обов'язковим, так і добровільним. Проте зміст і принципи медичного страхування ще не визначені. Статтею 4 цього Закону визначено, що медичне страхування є видом особистого страхування. Основні принципи загальнообов'язкового медичного страхування містяться в «Законодавчій основі» законодавства України. Страхування медичних витрат компенсує застрахованим медичні витрати, понесені за кордоном внаслідок нещасних випадків або раптових захворювань. На відміну від попередньої страховки, медична страховка може бути оплачена лише на випадок раптової хвороби» [51].

«У статті 49 Конституції України зазначено, що держава створює умови для медичної допомоги всім громадянам, державні та комунальні медичні заклади надають медичну допомогу безоплатно. Але насправді українські громадяни змушені особисто платити значні суми за ліки та медичну допомогу, якщо необхідно лікування. Частина витрат на охорону здоров'я покривається через добровільне медичне страхування, але переважна більшість покривається за рахунок неофіційних платежів громадян. Це в свою чергу призвело до розвитку тіньової економіки та корупції. Причина — заявлена державою медична страховка не відповідає фактичній сумі субсидії. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні здійснюється за залишковим законом.

Треба зауважити, що через нерівномірний розподіл коштів і вкрай низький рівень медицини медична система має не лише фінансову, а й організаційну кризу. Вирішити ці проблеми в медичній системі можна шляхом проведення медичної реформи, зокрема запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Розвиток системи медичного страхування може вирішити проблему недостатнього фінансування медичної галузі, гарантувати доступність медичних послуг, залучити більше ресурсів у медичну сферу. Важливу роль у вирішенні цих питань відіграє ефективне державне управління. Система регуляторів медичного страхування поєднує державні та недержавні органи. Функцію держави щодо нагляду та контролю за діяльністю страхових компаній, особливо у сфері медичного страхування, виконує Національна комісія з регулювання ринку фінансових послуг (НКРЕКП). НУО представлені страховими компаніями, страховими посередниками та асоціаціями страхових компаній. Останнім часом в Україні не було зрушень щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування. За весь час було подано понад 20 законопроектів з цього питання, але жоден не пройшов стадію обговорення та не отримав достатньої підтримки. Із занепадом медичної галузі медична реформа неминуча. Відповідно до «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2020 роки», розробленої МОЗ України у 2014 році, було здійснено ряд заходів».

Однією з цілей стратегії є запровадження обов'язкового медичного страхування. У 2016 році у Верховній Раді України зареєстровано три законопроекти щодо запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Головною відмінністю законопроекту №4981 "Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування" є те, що збір та накопичення страхових внесків здійснюватиметься страховими компаніями на спеціальних рахунках у банках.

«В Україні, хоч і прийнято деякі законопроекти, закон про обов'язкове медичне страхування досі не прийнятий. Розглянемо основні з них. Реалізація

проекту Закону № 4981-1 "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні", яким передбачено, що страховиком є Лікарняна каса України, а контрольні функції здійснює Наглядова рада. Згідно із законопроектом, встановлюється окремий вид медичної допомоги, що фінансується державою. Законопроект №4982 "Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування України" передбачає залучення коштів у медичну галузь за рахунок цільових внесків із доходів громадян. Головною відмінністю законопроектів, де досі точиться дискусія, є визначення суб'єкта страхування громадян. Згідно із законопроектом № 4981, медичне страхування можуть здійснювати приватні страхові компанії, а законопроекти № 4981-1 та № 4981-2 визначають страхові компанії лише як державні установи (фонди обов'язкового медичного страхування). Законопроектом № 4981-2 уповноваженим органом з нагляду за медичним страхуванням визначено МОЗ, а законопроектом № 4981-1 пропонується створити окреме державне агентство для здійснення наглядових функцій. Крім того, запропоновані законопроектом джерела фінансування різноманітні. Згідно із законопроектом №4981-1, до переліку джерел фінансування пропонується включити благодійні внески громадян та бізнесу. Законом № 4981-2 визначено, що основними джерелами фінансування є роботодавці, держава та страхові компанії.

На підтвердження своєї позиції страховики посилаються на те, що вони, як страхувальники, мають великий досвід у цій сфері, володіють успішними технологіями та здатні забезпечити належну якість обслуговування.» [17].

Тому вибір загальнодержавної моделі нагляду за загальнообов'язковим медичним страхуванням ще не остаточно визначено. Однак при створенні системи обов'язкового медичного страхування слід дотримуватися наступної черговості:

- приведення законодавчої бази, що регулює медичне страхування, до єдиної основи;

- побудова дієвої системи органів державного нагляду за медичною страховою діяльністю;
- здійснення контролю з боку держави за діяльністю суб'єктів ринку медичного страхування (страхових компаній та медичних закладів);
- виведення з ринку медичного страхування ненадійних приватних страхових компаній, активна участь держави у підтримці конкурентного середовища на ринку;
- залучення додаткових джерел фінансування медичної галузі, зокрема, шляхом підвищення ставок акцизних платежів на шкідливі для здоров'я людини товари;
- сприяння розвитку добровільного медичного страхування, яке б могло бути джерелом додаткових коштів для фінансування галузі;
- забезпечення захисту прав споживачів медичних послуг;
- надання громадськості можливості здійснювати контроль за діяльністю компаній на ринку медичного страхування;
- забезпечення відкритості реєстрів страховиків, надання звітності;
- підвищення культури медичного страхування серед населення.

Таким чином, зі здобуттям незалежності Україна самостійно визначає власну політику економічного розвитку та забезпечує соціальне забезпечення своїх громадян. В Україні лише нещодавно почали займатися цим питанням, але дуже ретельно, мають досвід функціонування лікарняних закладів в умовах формування ринку, страхових компаній, лікарняних кас у становленні та розвитку медичного страхування на добровільних засадах, благодійних організацій. і зустрічі фондів, які роблять чудову роботу. Реформа в медичній галузі існує давно, але вона не є системною. Немає чітко визначених цілей і послідовної політики. У процесі реформування системи охорони здоров'я вітчизняні фахівці переважно використовують міжнародний досвід та досвід, накопичений МОЗ України за роки незалежності.

Сучасний стан системи охорони здоров'я не забезпечує права громадян на належний рівень медичної допомоги, визначений міжнародними стандартами. Існуюча система фінансування закладів охорони здоров'я потребує змін. Тому одним із найважливіших питань сьогодні є те, чи готові страхові установи забезпечити справді ефективну систему медичного страхування.

У результаті аналізу страховий ринок розуміється як поле економічних відносин, а об'єктом купівлі-продажу є страховий захист, середовище, в якому діють страхові компанії, в якому бере участь група страхувальників, страховиків і посередників. Здійснення страхових послуг шляхом укладення договорів страхування, для задоволення потреб населення у страховому захисті.

З одного боку, можна сказати, що держава продовжує фінансувати 100% медичних послуг для фізичних осіб. Однак варто зазначити, що певна сума буде виділена в державному бюджеті на проекти медичної безпеки. Обсяг коштів, спрямованих на реалізацію програми охорони здоров'я, має становити не менше 5% валового внутрішнього продукту України. За цю суму держава через уповноважені установи закупить певну кількість медичних послуг, у тому числі планових операцій.

Тому серйозних змін у фінансуванні охорони здоров'я не передбачається, і не варто чекати швидких змін. Тому люди все ще повинні покладатися на власні можливості лікувати, як і раніше. Щоб вчасно отримати медичну допомогу, вам доведеться звернутися в приватну лікарню або оформити добровільну медичну страховку. Тобто оплачувати медичні послуги. Проте виплати вже не будуть тіньовими.