

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В ПЕРІОД РИНКОВОГО РЕФОРМУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

*Для поліпшення ефективності системи охорони здоров'я необхідно розвивати добровільне медичне страхування як один із додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я.*

**Мета** – визначити основні тенденції та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні на базі використання таких додаткових джерел, як лікарняні каси, на початковому етапі впровадження обов'язкового медичного страхування.

**Методи.** Використано вітчизняну та зарубіжну літературу з проблем фінансування охорони здоров'я. Використано статистичні дані щодо ринку медичного страхування.

**Результати.** Обґрунтовано необхідність багатоканального фінансування системи охорони здоров'я України; окреслено найважливіші тенденції розвитку ринку медичного страхування та проаналізовано основні його показники; виявлено фактори, які впливають на розвиток добровільного медичного страхування в Україні; розглянуто шляхи його розвитку.

**Висновки.** Страхова медицина, яка б зменшила витрати держави і громадян на медичні послуги, в Україні недостатньо розвинена. Тому держава має сприяти розвитку медичного страхування шляхом раціональної регуляторної політики та впровадження стимулів для населення через розвиток лікарняних кас.

**Ключові слова:** страхова медицина, фінансування охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, лікарняні каси.

### ВСТУП

Охорона здоров'я – головна соціальна сфера суспільства, кінцевим результатом функціонування якої є здоров'я нації, що є показником економічного і соціального розвитку держави. В Україні показники здоров'я населення залишаються незадовільними. Однією з основних причин цього є недостатнє фінансування і нераціональне використання бюджетних коштів у галузі охорони здоров'я. Більшість видатків на медицину становлять поточні видатки, а видатки, спрямовані на оновлення обладнання та інфраструктури, дорівнюють близько 5% [6].

Більше третини видатків спрямовані на підтримання мережі стаціонарів, майже половина пацієнтів госпіталізуються безпідставно [8]. Прямі платежі громадян посідають друге місце після витрат держави у структурі витрат охорони здоров'я, їх частка суттєво зросла у 2012 р. до 42,29% і становила 46,07 млрд грн [6]. Це вказує на високий рівень тінізації при наданні медичної допомоги та приводить до того, що медичні послуги доводиться оплачувати самим хворим [4]. Отже, очевидною є невідповідність практики фінансування системи охорони здоров'я в Україні основним вимогам до фінансування національних систем охорони здоров'я [5, 15], а саме: система фінансування не повинна бути витратною, витрати на фінансування мають бути передбачуваними, система фінансування повинна забезпечувати збалансованість обсягів фінансування та обсягів медичної допомоги.

Ринкові трансформації в Україні протягом останніх років не призвели до відповідної перебудови у системі охорони здоров'я, діяльність якої і далі здійснюється на адміністративних засадах, що супроводжується низькою

економічною ефективністю діяльності галузі, неефективністю фінансового захисту громадян, недостатнім рівнем якості та доступності медичної допомоги.

Перехід до ринкових і соціально-орієнтованих принципів в охороні здоров'я та пошук шляхів подолання основних проблем галузі в Україні на основі багатоканального фінансування потребують нового підходу до формування відносин і спонукають переходити до системи, що базується на поширенні добровільного медичного страхування (ДМС).

**Мета роботи** – визначити основні тенденції та перспективи розвитку ДМС в Україні на базі використання таких додаткових джерел, як лікарняні каси (ЛК), що має забезпечити підвищення ефективності використання ресурсів на початковому етапі впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі використано такі методи: кваліметричний, ретроспективний, а також методи контент-аналізу, бібліосемантичний, дедуктивного осмислювання, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В Україні давно ставиться питання про запровадження ОМС, яке в країнах із розвинутою ринковою економікою є основою в системі охорони здоров'я. Однією з найважливіших характеристик системи

ОМС є цільове формування коштів на охорону здоров'я. Відхід від залишкового принципу фінансування, раціоналізація фінансових надходжень мають супроводжуватися комплексною реформою системи охорони здоров'я, необхідним елементом якої є розвиток системи ліцензування медичних закладів і лікарів, що займаються приватною практикою, стандартів надання медичної допомоги та якості медичних послуг, запровадження контрактних відносин між покупцями й постачальниками медичних послуг [3].

Введення ОМС у нашій країні без відповідного підготовчого періоду може привести до зростання

нарахувань на заробітну плату, що сприятиме росту тінювих зарплат. Крім того, в країні спостерігається старіння населення, скорочення бази для нарахування внесків, низький рівень зарплат. Впровадження в Україні ОМС гальмується відсутністю організаційної інфраструктури для здійснення медичного страхування, недостатнім досвідом роботи медичних працівників у ринкових умовах, недосконалістю інформаційних технологій [14].

Саме тому в сучасних умовах у нашій країні актуальним є розвиток насамперед ДМС, яке наразі є недостатньо розвинутим, особливо порівняно з іншими країнами (табл. 1).

Таблиця 1

**Поширеність медичного страхування в розвинених країнах та Україні [7]**

Країна	Частка населення в ДМС, %	ДМС, % від ВВП	ДМС у видатках на охорону здоров'я, %
Україна	1	0,01	0,25
Німеччина	10	1,34	12,5
Канада	70	1,03	11,2
США	70,3	4,59	34,8
Франція	86	1,2	12,8

Медичне страхування є найбільш розвинутим сектором страхового ринку Європи поряд зі страхуванням майна та страхуванням авто і посідає понад 20% ринку. Підвищення попиту на медичне страхування і збільшення витрат на медичне обслуговування призводить до зростання обсягу зібраних премій із медичного страхування [17]. При цьому роль медичного страхування в європейських країнах протягом останніх десяти років постійно зростає, особливо в таких країнах, як Нідерланди, Швейцарія, Німеччина, Франція та Іспанія [18].

Як свідчить світовий досвід, співіснування державних і приватних систем медичного забезпечення відбувається в різних варіантах. Наприклад, у Німеччині для громадян, застрахованих у комерційних страхових компаніях, існує можливість відмовитися від державного медичного страхування. У Франції населення віддає перевагу системі комерційного медичного страхування, оскільки державна система не забезпечує повного відшкодування вартості лікування. У Великій Британії усе населення застраховане державою, але це не виключає можливості громадянам звертатися до страхової компанії. У США надання медичної допомоги здійснюється здебільшого на платній основі, але пенсіонери, малозабезпечені, інваліди одержують медичну допомогу за державними програмами [11]. Різні рівні популярності ДМС у різних країнах пояснюються насамперед різним державним регулюванням і наявністю певних стимулів для юридичних і фізичних осіб.

Український ринок страхування представлений лише добровільною формою медичного страхування. Надання медичного страхування в Україні регулюється Законом про страхування (1996 р., нова редакція від 04.10.2001 р.), який містить лише загальні умови страхування, відсутнє спеціальне регулювання приватного медичного

страхування. Відповідно до Закону України про страхування, ст. 6 [1], до медичного страхування відносяться такі його види, як безперервне страхування здоров'я (медичне страхування), страхування здоров'я на випадок хвороби, страхування медичних витрат. Безперервне страхування здоров'я займає найбільшу частку, а страхові премії за цим видом – близько 70% зібраних премій. Воно забезпечує понад 80% страхових виплат по ринку медичного страхування. На другому місці за обсягами зібраних премій – страхування медичних витрат, частка якого на ринку медичного страхування становила 18,4% у 2012 р.

На ринку ДМС України зараз працює близько 52 страхових компаній, які співпрацюють із медичними закладами різних рівнів (табл. 2). Відповідно до рейтингу страхових компаній із добровільного страхування медичних видатків за 6 місяців 2015 р., найбільшими компаніями були «Мет лайф», «Тас», «Уніка життя», «Рзу Украина» та «Эйгон лайф Украина». При цьому страхові премії по всіх компаніях склали 962,0, а виплати – 591,8 млн грн. Серед страхових компаній із ДМС найкращі показники були у «Тас», «Мет лайф», «Рзу Украина страхование жизни», «Эйгон лайф Украина» та «Аска-жизнь». Загальні страхові премії по всіх компаніях становили 10 831,2, а виплати – 2 985,4 млн грн [13]. Чисті страхові премії в Україні за договорами медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за I півріччя 2015 р. збільшилися на 144,9 (17,7%) млн грн. При цьому чисті страхові виплати за договорами медичного страхування за I півріччя 2015 р. зросли на 32,3 (5,8%) млн грн. Станом на 30.06.2015 р. рівень виплат страхових компаній України за договорами ДМС становив 61,5% (у 2014 р. – 68,5%). Такі показники є досить високими порівняно з іншими видами страхування.

Таблиця 2  
Кількість страхових компаній в Україні у 2013–2015 рр. [13]

Кількість страхових компаній	Станом на:			
	31.12.2013 р.	31.12.2014 р.	30.06.2014 р.	30.06.2015 р.
Загальна кількість	407	382	400	374
у т.ч., що займаються страхуванням життя та медичним страхуванням	62	57	58	52

За останні два роки кількість страхових компаній в Україні зменшилась, у тому числі за рахунок тих, які займаються ДМС. Це пов'язано не тільки з кризовими явищами у світі, суспільстві та економіці держави, але і з невирішеністю тих питань, які постали перед страховим ринком і галуззю охорони здоров'я України. Існує ціла низка проблем, які гальмують розвиток медичного страхування в Україні: відсутність системи підготовки спеціалістів, низький рівень зарплат і премій,

безвідповідальність страховиків, відсутність регулюючого законодавства, недостатня інформованість населення щодо переваг медичного страхування.

Частка ДМС (табл. 3) у загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні зовсім незначна (0,97%). Більшість договорів ДМС є договорами корпоративного страхування, укладеними роботодавцями для своїх працівників, а індивідуальне страхування займає на ринку до 10% від договорів.

Таблиця 3  
Витрати на охорону здоров'я по фінансових організаціях у 2008–2012 рр. [6]

№ з/п	Фінансові організації	Рік									
		2008		2009		2010		2011		2012	
		млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
1.	Уряд	36 264,1	57,50	39 203,7	54,90	47 864,2	56,48	53 145,0	55,52	62 617,3	57,47
2.	Фонди соціального страхування	293,2	0,46	195,0	0,27	230,9	0,27	324,0	0,34	410,6	0,38
3.	Приватний сектор	26 634,0	42,23	32 032,4	44,86	36 658,8	43,26	42 308,0	44,20	46 069,1	42,29
4.	ДМС	529,4	0,84	648,5	0,91	741,5	0,87	881,0	0,92	1 055,6	0,97
5.	Витрати домогосподарств	24 809,7	39,34	29 894,2	41,86	34 234,7	40,40	39 618,8	41,39	43 173,5	39,63
6.	Приватні фірми	1 219,0	1,93	1 400,1	1,96	1 584,3	1,87	1 704,8	1,78	1 717,1	1,58
7.	Лікарняні каси	63,1	0,10	77,8	0,11	83,2	0,10	83,2	0,09	90,2	0,08
8.	Загальні витрати	63 072,7	100,00	71 410,8	100,00	84 744,8	100,00	95 713,7	100,00	108947,1	100,00

Особливістю медичного страхування в Україні є те, що в більшості випадків медична допомога за програмами ДМС надається в тих самих закладах охорони здоров'я, які обслуговують незастрахованих громадян, в лікуванні використовуються однакові технології та однаковий рівень комфорту [12]. У зв'язку з недостатнім державним фінансуванням галузі охорони здоров'я в Україні ДМС постає як доповнення та альтернатива до бюджетної медицини. ДМС перетинає сферу державної системи охорони здоров'я, у багатьох випадках дублюючи обов'язки держави. При цьому більшість полісів ДМС просто маскують неформальні платежі пацієнтів за медичні послуги.

Для стимулювання розвитку ДМС в Україні необхідно впровадити стимули для громадян та юридичних осіб, у тому числі включити витрати на сплату платежів за ДМС працівників до собівартості продукції. Страхові внески за працюючих, які платять роботодавці, необхідно виключати із суми, що обкладається податками. Роботодавці повинні мати право включати премії на ДМС своїх працівників до своїх витрат, а не сплачуватися з чистого прибутку підприємств, як зараз. Необхідно стимулювати за рахунок зниження податків підприємців, які впроваджують колективні форми ДМС за фаховим принципом, і вводити податкові штрафи з

доходів фізичних осіб на тих, чиї доходи вищі за певний рівень, але вони не мають поліса ДМС. Для того, щоб стимули були ефективними, вони повинні відповідати рівню доходів населення. Достатні доходи громадян – це найважливіший фактор, який впливає на попит на медичне страхування.

Для ефективної системи охорони здоров'я властива конкуренція між закладами охорони здоров'я та між медичними страховими компаніями. Уряд має запровадити фінансування відповідно до структури наданих послуг, медичні заклади – отримати фінансові стимули, а також повинні бути усунені бар'єри до конкуренції між приватними та державними закладами. Водночас, держава зобов'язана забезпечити отримання медичної допомоги всіма громадянами.

Слід визначити на державному рівні перелік медичних послуг, безоплатне надання яких буде гарантоване державою для кожної особи, прийняти закон, який визначатиме ДМС в Україні, створити рівні умови для його розвитку однаково з державною системою охорони здоров'я, розробити правове та фінансове регулювання, яке забезпечує справедливість.

Щоб створити адекватну систему охорони здоров'я, потрібно регулювати приватне медичне страхування та його взаємодію із державною системою охорони здоров'я.

Україна повинна відокремити ДМС від усіх інших видів страхування. Регулювання страхових компаній, які займаються ДМС, має бути спрямоване на фінансову стабільність, повинне забезпечувати справедливість – тобто страховики зобов'язані обслуговувати всіх охочих, незважаючи на їхній вік, стать і стан здоров'я, страхування повинно покривати лікування хронічних захворювань. На жаль, в Україні досі відсутнє таке регулювання [2].

Приватне фінансування на основі прямої оплати одержуваних медичних послуг і ДМС створює широкі умови для розвитку конкурентних відносин, оскільки тут зберігається головна умова формування ринку – можливість споживчого вибору. Однак реалізація цього вибору та пов'язані з ним економічні ефекти відрізняються від більшості інших галузевих ринків унаслідок причин, відомих як вади ринку [15]. На сьогодні ДМС є досить високовартісним за рахунок подорожчання медикаментів і послуг закладів охорони здоров'я, зростання курсів іноземних валют. Невизначеність правових питань в Україні робить ДМС для страховиків непривабливою і неперспективною в інвестиційному, економічному аспектах, що призводить до недостатнього розвитку ринку медичного страхування. Низькі доходи населення та високі податки на доходи підприємств не дають змоги залучати додаткові ресурси до ДМС [16].

Одним із напрямків реформування системи охорони здоров'я України, що виник як реакція населення на

обмежені можливості державної медицини, стали ЛК, які з'явилися в Україні протягом останнього десятиріччя. Вітчизняний та зарубіжний досвід діяльності ЛК свідчить, що вони можуть бути альтернативою медичного страхування. Сьогодні в країні склалися сприятливі умови для широкого впровадження системи ЛК, що дає змогу відпрацювати принципи ДМС та ОМС, розширити компетенцію медиків та населення. ЛК – додаткове джерело фінансування медицини, добровільна громадська, неприбуткова організація, в яку можуть входити всі бажаючі. Діяльність ЛК сприяє ефективному використанню коштів, адже до контролю залучаються члени ЛК, що забезпечує цільове спрямування витрат [10].

У сучасних умовах спостерігається позитивна динаміка розвитку ЛК. В Україні у 2013 р. зареєстровано і функціонувало 189 ЛК. Серед областей Центральної України найбільш поширені ЛК у Житомирській (199,2 тис. членів) і Полтавській області (25,7 тис. членів) [10]. Загальна чисельність членів ЛК становила 554,60 тис. осіб. При цьому сума витрат коштів ЛК у цілому по Україні за 2013 р. становила 95,80 млн грн. У структурі членів ЛК, як і в попередні роки, у 2013 р. переважало працююче населення (63,10%). Питома вага коштів підприємств, установ та організацій у загальних надходженнях до ЛК становила 2,30%.

Ми порівняли характеристики діяльності ОМС, ДМС та ЛК (табл. 4) з урахуванням фінансових потоків та учасників.

Таблиця 4  
**Порівняльна характеристика діяльності обов'язкового та добровільного медичного страхування і лікарняних кас**

Учасники та фінансові потоки	ОМС		ДМС		ЛК	
	Засоби державного та місцевого бюджетів	Підприємство	Підприємство	Приватні особи	Приватні особи	Колективне страхування
Платники						
Внески	Страхові внески		Страхові внески	Благодійні внески	Благодійні внески	Страхові внески
Одержувач коштів	Фонд ОМС		Страхова медична організація		Лікарняна каса	
Посередники	Страхова медична організація					
Виплати	Оплата послуг		Грошова компенсація		Надання засобів для лікування	
Одержувач засобів	Медичний заклад		Медичний заклад		Медичний заклад	
Громадський контроль діяльності	Відсутній		Відсутній		Наявний	
Комерційна діяльність	Відсутня		Наявна		Відсутня	

Джерело: власна розробка авторів.

На відміну від ОМС, ЛК зацікавлені в зниженні розходів на лікування хворих, а препарати призначаються лікарем під контролем експертів ЛК, спираючись на затверджений формуляр ліків. У нього входять усі

необхідні препарати, але основу становлять вітчизняні. Серед інших переваг слід зазначити відсутність посередників при регулюванні фінансових потоків. Крім того, ЛК не займаються комерційною діяльністю, на

відміну від страхових компаній, що слід ураховувати при формуванні суспільної думки. ДМС і ЛК фінансуються за рахунок не тільки страхових, але й благодійних внесків. В ЛК існує повноцінний контроль громадськості за витратами коштів ЛК, який проводиться спеціальною громадською наглядовою радою. Перевага ЛК полягає у вартості щомісячного внеску, набагато нижчого за класичну медичну страховку.

Незважаючи на розвиток ЛК, їх частка в загальній структурі витрат на охорону здоров'я в Україні у 2012 р. (табл. 3) становила лише 0,08%. Для поліпшення діяльності ЛК в Україні необхідно виключити обмеження в сумі витрат і кількості випадків лікування з використанням стандартизації при медикаментозному забезпеченні, що підвищить довіру населення до ЛК. Діяльність ЛК має широко охоплювати населення та лікувальні заклади усієї області з розвитком договірних відносин із закладами охорони здоров'я. Розвиток системи контролю за раціональним використанням ресурсів за діяльністю ЛК і лікарів дасть змогу поліпшити якість надання медичної допомоги та збільшити кількість нових членів ЛК. Закупівля ліків через оптові фармацевтичні фірми та забезпечення пацієнтів ліками через лікувальні заклади сприятиме не тільки підвищенню рівня лікування населення, але й дасть певну економію для самих ЛК.

Таким чином, ми підтримуємо точку зору, що майбутня система охорони здоров'я України має

включати такі складові: бюджетне фінансування для безкоштовної медичної допомоги всьому населенню, ОМС, ДМС, ЛК, які є благодійними некомерційними установами [9].

### ВИСНОВКИ

Бюджетне фінансування системи охорони здоров'я в Україні зараз є неефективним, не забезпечує якісної та доступної медичної допомоги. При цьому в умовах фінансової кризи та соціальної напруги в Україні введення ОМС може бути тільки поступовим.

Страхова медицина, яка б зменшила додаткові витрати на медичні послуги з боку держави та громадян в Україні, є недостатньо розвиненою. Тому держава має сприяти розвитку ДМС шляхом раціональної регуляторної політики та впровадження стимулів для громадян і підприємців.

Під час розбудови ДМС і введення ОМС в Україні перспективним є поширення ДМС через розвиток та удосконалення ЛК.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані із впровадженням багатоканального фінансування медицини через розвиток системи ОМС на базі удосконалення ДМС і ЛК.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України про страхування : від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР // Відомості Верховної Ради України від 30.04.1996. – 1996. – № 18 (стаття 78) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
2. Блавацька О. Приватне медичне страхування: організаційні та правові аспекти запровадження в Україні [Електронний ресурс] / О. Блавацька, У. Янишин, М. Підгірна. – Режим доступу : [http://provisor.com.ua/archive/2010/N08/pmeds\\_0810.php](http://provisor.com.ua/archive/2010/N08/pmeds_0810.php). – Назва з екрана.
3. Бортник С. Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / С. Бортник. – Режим доступу : [http://www.ounb.km.ua/pdg/Journal\\_NZ\\_2.pdf](http://www.ounb.km.ua/pdg/Journal_NZ_2.pdf). – Назва з екрана.
4. Буздуган Я. Удосконалення правового регулювання фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Підприємництво, господарство і право. – 2006. – № 4. – С. 107–110.
5. Гушта О. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні / О. Гушта // Фінанси України. – 2002. – № 3. – С. 87–92.
6. Державна служба статистики України. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році : статистичний бюлетень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrstat.org>. – Назва з екрана.
7. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.euro.who.int/hfadb>. – Назва з екрана.
8. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Новості медицини і фармації. – 2011. – № 383. – С. 6–18.
9. Лехан В. Системы здравоохранения: время перемен / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон // Украина: Обзор системы здравоохранения. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 60–62.
10. Лікарняна каса Полтавщини [Електронний ресурс] / Благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини». – Режим доступу : <http://www.poltavalk.com.ua>. – Назва з екрана.
11. Моташко Т. Медичне страхування: європейський досвід та вітчизняні реалії / Т. Моташко // Вісник Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка : Економіка. – 2013. – № 135. – С. 34–38.
12. Охріменко І. О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я України / І. О. Охріменко // Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України : зб. наук. праць. – 2014. – № 38. – С. 368–380.
13. Статистика страхового рынка Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://forinsurer.com/ratings/nonlife/>. – Название с экрана.
14. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні / В. П. Ходаківська, А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова, О. А. Пастухова // Вопросы организации здравоохранения. – 2012. – № 5 (74). – С. 116–119.

15. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении : монограф. / И. М. Шейман. – Москва : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с., с.26 ISBN 978-5-7598-0578-6 (в пер.).
16. Яворська Т. В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Т. В. Яворська, М. А. Бас // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону : наук. зб. / за ред. І. Г. Ткачук. – Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника, 2009. – Вип. V, Т. 2. – 368 с.
17. European Insurance in Figures [Electronic resource] // CEA Statistics. – 2011. – N 44. – Access mode : http : // www.cea.eu. – Title from screen.
18. Health Insurance [Electronic resource]. – Access mode : //www.insuranceeurope.eu. – Title from screen.

*Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2015 р.*

**Актуальные проблемы развития  
медицинского страхования в период  
рыночного реформирования**

*И.А. Голованова, О.И. Краснова*  
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Для улучшения эффективности системы здравоохранения необходимо развивать добровольное медицинское страхование как один из дополнительных источников финансирования системы здравоохранения.

**Цель** – определить основные тенденции и перспективы развития добровольного медицинского страхования в Украине на базе использования таких дополнительных источников, как больничные кассы, на начальном этапе внедрения обязательного медицинского страхования.

**Методы.** Использована отечественная и зарубежная литература по проблемам финансирования здравоохранения. Используются статистические данные по рынку медицинского страхования.

**Результаты.** Обоснована необходимость многоканального финансирования системы здравоохранения Украины; освещены важнейшие тенденции развития рынка медицинского страхования и проанализированы основные его показатели; выявлены факторы, которые влияют на развитие рынка добровольного медицинского страхования в Украине; рассмотрены пути его развития.

**Выводы.** Страховая медицина, которая бы уменьшила затраты государства и граждан на медицинские услуги в Украине недостаточно развита. Поэтому государство должна содействовать развитию медицинского страхования путем рациональной регуляторной политики и внедрения стимулов для населения через развитие больничных касс.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** страховая медицина, финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, больничные кассы.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

*Голованова Ірина Анатоліївна* – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

*Краснова Оксана Іванівна* – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

**Actual problems of development medical insurance  
during the period market reforming**

*I.A. Golovanova, O.I. Krasnova*  
SHEIU «Ukrainian Medical Stomatological Academy»,  
Poltava, Ukraine

For improvement of a system effectiveness of public health services it is necessary to develop voluntary medical insurance, as one of additional sources of financing of system of public health services.

**Purpose** – definition of the basic tendencies and prospects of development of voluntary medical insurance in Ukraine on the basis of use of such additional sources as hospital cash desks at the initial stage of introduction of obligatory medical insurance.

**Methods.** It is used the domestic and foreign literature on problems of financing of public health services. Statistical data on the market of medical insurance are used.

**Results.** Necessity of multichannel financing of system of public health services of Ukraine is proved, the major tendencies of development of the market of medical insurance are depicted and its basic indicators are analyzed, factors which influence development of the market of voluntary medical insurance in Ukraine, the considered ways of its development are revealed.

**Conclusions.** The insurance medicine which would reduce expenses of the state and citizens on medical services in Ukraine is insufficiently developed. Therefore the state should assist development of medical insurance by the rational regulating policy and introduction of stimulus for the population through development of hospital cash desks.

**KEY WORDS:** insurance medicine, public health services financing, obligatory medical insurance, voluntary medical insurance, hospital cash desks.