**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

\_\_\_\_\_\_Кафедра адміністративного та господарського права\_\_\_\_

(повна назва кафедри)

**Кваліфікаційна робота**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(рівень вищої освіти)

на тему\_\_\_\_Правове регулювання впровадження обов’язкового \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_медичного страхування як пріоритетний напрямок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сучасної медичної реформи в Україні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виконав: студентка\_\_2\_ курсу, групи\_8.0819-з

спеціальності\_\_\_\_\_081 “Право”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва спеціальності)

спеціалізації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва спеціалізації)

освітньої програми\_\_\_правознавство\_\_\_\_\_\_\_

(назва освітньої програми)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.М. Сидоренко\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ініціали та прізвище)

Керівник \_Пелех І.В., к.ю.н., доцент\_\_\_\_\_\_\_\_

(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Рецензент\_\_Гаджиєва Ш.Н., к.ю.н., доцент \_\_\_

(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Запоріжжя

2020

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_юридичний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кафедра\_\_\_\_\_\_\_адміністративного та господарського права\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рівень вищої освіти\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_081 право\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва)

Спеціалізація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва)

Освітня програма\_\_\_\_\_\_\_\_правознавство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва освітньої програми)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року

**З А В Д А Н Н Я**

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сидоренко Наталія Миколаївна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові)

1. Тема роботи (проекту)\_\_\_Правове регулювання впровадження\_\_\_ \_\_\_обов’язкового медичного страхування як пріоритетний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_напрямок сучасної медичної реформи в Україні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

керівник роботи \_Пелех Ія Василівна, к.ю.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ЗНУ від «\_14\_»\_травня\_\_2020\_\_\_року №\_\_\_556-с\_\_\_\_\_\_

1. Строк подання роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7 листопада 2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Вихідні дані до роботи\_\_\_нормативно-правові акти, статі,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_підручники, методичні вказівники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) \_дослідити стан регулювання медичного страхування,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ визначити оптимальну модель впровадження\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обов’язкового медичного страхування\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслень)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | завдання  прийняв |
| 1 | Пелех І.В., доцент кафедри |  |  |
| 2 | Пелех І.В., доцент кафедри |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Дата видачі завдання\_\_\_\_\_\_травень 2020 року\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
| 1 | Обрання та затвердження теми | березень 2020 р. | виконано |
| 2 | Складання плану роботи | травень 2020 р. | виконано |
| 3 | Пошук необхідної літератури | червень 2020 р. | виконано |
| 4 | Написання пояснювальної записки | липень 2020 р. | виконано |
| 5 | Початок написання практичної частини | серпень 2020 р. | виконано |
| 6 | Написання тез | вересень 2020 р. | виконано |
| 7 | Написання практичної частини | жовтень 2020 р. | виконано |
| 8 | Написання висновків | жовтень 2020 р. | виконано |
| 9 | Оформлення списку використаних джерел | жовтень 2020 р. | виконано |
| 10 | Попередній захист на кафедрі | листопад 2020 р. | виконано |
| 11 | Проходження нормоконтролю | листопад 2020 р. | виконано |
| 12 | Захист роботи в ДЕК | грудень 2020 р. | виконано |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Студентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н. М. Сидоренко\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник роботи (проекту) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_І.В. Пелех\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (ініціали та прізвище)

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_Ш.Н. Гаджиєва\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (ініціали та прізвище)

Реферат

Сидоренко Н.М. Правове регулювання впровадження обов’язкового медичного страхування як пріоритетний напрямок сучасної медичної реформи в Україні. Запоріжжя, 2020. 101 с.

Кваліфікаційна робота складається зі 101 сторінки, містить 79 джерел використаної інформації.

Загальновідомо, що зараз в Україні триває медична реформа, основною метою якої є доступність та покращення якості надання медичних послуг. Цією реформою передбачалося введення у нашій країні загального обов’язкового медичного страхування. Проте реформа була запущена, а питання медичного страхування так і залишилося відкритим.

Як показує досвід зарубіжних країн медичне страхування являє собою один з невід’ємних компонентів ефективного функціонування системи охорони здоров’я. Це дозволяє таким країнам як США, Німеччина, Велика Британія, Франція, Швеція, Канада та багатьом іншим державам більш раціонально використовувати кошти, призначені для забезпечення якісної охорони здоров’я, це в свою чергу дає змогу підвищувати якість та доступність медичних послуг.

Вирішальну роль у реформуванні медичної системи України може відіграти впровадження загального обов’язкового медичного страхування, яке стане додатковим джерелом фінансування цієї життєво необхідної галузі і дозволить підвищити рівень надання медичних послуг.

Метою кваліфікаційної роботи є комплексний аналіз та детальне дослідженні особливостей впровадження обов’язкового медичного страхування в Україні в умовах сучасної реформи медичної сфери.

Об’єктом кваліфікаційної роботи є адміністративно-правові відносини в сфері соціального захисту, зокрема в сфері медичного страхування.

Предметом дослідження є впровадження обов’язкового медичного страхування в Україні.

Методологічну основу роботи складають сукупність філосовсько-світоглядних, загальнонаукових принципів і підходів та спеціально-наукових методів пізнання адміністративно-правових явищ, використання яких дало змогу отримати науково-обґрунтовані результати. Для проведення дослідження будуть застосовані такі загальнонаукові методи як: аналіз і синтез.

Теоретико-методологічною основою дослідження в роботі є історичний метод та метод матеріалістичної діалектики, застосування яких сприяло розгляданню всіх процесів впровадження обов’язкового медичного страхування не виокремлено, а в тісному зв’язку і взаємозалежності з історичним розвитком України, особливостей її соціально-економічного та адміністративно-правового стану.

ОБОВ’ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ЗАКОНОДАВСТВО У СФЕРІ МЕДИЦИНИ, СТРАХОВІ КОМПАНІЇ.

SUMMARY

Sydorenko N.M. Legal Regulation of the Introduction of Compulsory Health Insurance as a Priority Area of Modern Medical Reform in Ukraine. Zaporizhzhia, 2020.

The thesis consists of 101 pages, contains 79 sources of information used. It is generally known that medical reform is currently underway in Ukraine, the main goal of which is the availability and improvement of the quality of medical services. The introduction of compulsory health insurance in our country was envisaged by this reform. However, the reform was launched but the issue of health insurance still remains open.

In accordance with the experience of foreign countries, health insurance is one of the integral components of the effective functioning of the health care system. This allows such countries as the United States, Germany, the United Kingdom, France, Sweden, Canada, and many others to make better use of quality health care, which in turn improves the quality and availability of health care.

A crucial role in reforming Ukraine’s medical system can be played by providing the introduction of universal compulsory health insurance, which will be an additional source of funding for this vital sector and will increase the level of medical services.

The aim of the thesis is a comprehensive analysis and detailed study of the features of the introduction of compulsory medical insurance in Ukraine in terms of the current reform of medical sphere.

The object of the thesis is administrative and legal relations in the field of social protection, in particular in the field of health insurance.

The subject of the study is the Institute of Health Insurance.

The methodological basis of the work is a set of philosophically ideological, general scientific principles and approaches and special scientific methods of cognition of administrative and legal phenomena, the use of which allowed obtaining scientifically substantiated results. General scientific methods such as analysis and synthesis will be used to conduct the research.

The theoretical and methodological basis of the study is the historical method and the method of materialist dialectics, the application of which contributed to the consideration of all processes of implementation of compulsory health insurance and is not isolated but in close connection and interdependence with the historical development of Ukraine, its social economic and administrative legal status. COMPULSORY MEDICAL INSURANCE, VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE, MEDICAL REFORM, MEDICAL LEGISLATION, INSURANCE COMPANIES.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА…………………………. …...10

РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА………………………………..........34

2.1 Основні доктринально-правові підходи щодо розуміння терміну «здоров’я»…………………………………………………………………… …...34

2.2 Визначення рівня задоволеності громадянами медичною допомогою………………………………………………………………………...36

2.3 Підходи до інтерпретації поняття «медичне страхування», його складові……………………………………………………………………………38

2.4 Підходи до класифікації медичного страхування……………………40

2.5 Зарубіжний досвід медичного страхування………………………….46

2.6 Етапи започаткування та розвитку медичного страхування в Україні……………………………………………………………………………..52

2.7 Адміністративно-правове регулювання медичного страхування в Україні в умовах сучасної медичної реформи………………………………….55

2.8 Аналіз останніх законодавчих ініціатив щодо запровадження загальнообов’язкового державного медичного страхування…………………..64

ВИСНОВКИ………………………………………………………………..90

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ………………………………….94

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВП – внутрішній валовий продукт

вООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров’я

ДМС – добровільне медичне страхування

КУ – Конституція України

ОМС – обов’язкове медичне страхування

СК – страхові компанії

РОЗДІЛ 1 ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

*Актуальність теми.* Майбутнє будь-якої країни напряму залежить від здоров’я її мешканців. З преамбули Статуту ВООЗ відомо, що поняття «здоров’я» включає в себе не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту.

Згідно положень Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, прийнятого у 1966 році і учасником якого є Україна, кожна держава-учасник зобов’язана в індивідуальному порядку та у порядку міжнародного співробітництва та допомоги у максимально можливих обсягах забезпечити заходи задля втілення прописаних норм, які дозволяють забезпечувати громадянину його право на здоров’я.

Кожен рік в Україні проводиться величезна кількість різних досліджень, основною метою яких є реальна оцінка стану певних сфер, зокрема і медичної сфери. На жаль, сучасний стан охорони здоров’я України залишається незадовільним. Так, щорічне всеукраїнське дослідження «Індекс здоров’я. Україна» показало, що загальноукраїнське значення індексу становить у 2019 році 63 бали з 100 можливих. Дане дослідження проводиться з 2016 року і що важливо в умовах нової реформи медичної сфери, спрямованої на покращення надання медичної допомоги, даний індекс за останні два роки збільшився лише на 1 бал (у 2017 та 2018 році загальноукраїнське значення індексу становило 62 бали).

Задоволеність медичною допомогою у амбулаторіях та стаціонарі становить 70% та 52% відповідно, що є середніми показниками. Одним з індикаторів фінансової доступності медичної допомоги є відкладання звернення по медичну допомогу через брак коштів. І хоча в середньому по країні 73% українців вказали на те, що не відмовлялися від лікування через фінансові обмеження, проте із 73% у 47% виникли складнощі у покритті всіх витрати, а 44% вказали, що їм довелося позичати кошти для оплати всіх витрат.

Загальновідомо, що зараз в Україні триває медична реформа, основною метою якої є доступність та покращення якості надання медичних послуг. Цією реформою передбачалося введення у нашій країні загального обов’язкового медичного страхування. Проте реформа була запущена, а питання медичного страхування залишилося відкритим.

За останні 20 років було підготовлено понад двадцять законопроектів щодо обов’язкового медичного страхування, проте жоден з них не знайшов вагомої підтримки в Верховній Раді України, що в більшості випадків пов’язане з необхідністю розробки нових реальних механізмів контролю за фінансовими фондами, які будуть утворенні після впровадження загального обов’язкового медичного страхування.

Згідно з Національною стратегії реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років, прийнятої під час першої фази реформування (2015-2020 рр.) не рекомендувалося запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування. Однак було зазначено, що створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов’язковим.

В документі зазначено, що із цією метою важливим є перенесення внесків роботодавців на медичне страхування з графи оподатковуваного прибутку до графи витрат. Проте в першу чергу, необхідно запровадити відповідне нормативне урегулювання та систему моніторингу, щоб не створювати інші схеми ухилення від оподаткування і не запровадити систему страхування з недосконалим або неповним охопленням. З часом надходження, отримані від медичного страхування, повинні покращити фінансову ситуацію в системі охорони здоров’я та полегшити навантаження на бюджет. Протягом кількох років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів й реформі платежів, група рекомендує суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду часу необхідно підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів.

З цією метою було запропоновано створення двох пакетів: «Універсальний не страховий пакет» та «Державний страховий пакет». Перший повинен охоплювати профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Цей пакет може охоплювати в себе щеплення, лікування психічних та рідкісних захворювань, ургентне лікування незастрахованої частини населення, а також покриття катастрофічних витрат на охорону здоров’я, що будуть перевищувати певний поріг. «Державний страховий пакет» забезпечував би ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів.

Загальновідомо, що в багатьох країнах світу медичне страхування являє собою один з невід’ємних компонентів ефективного функціонування системи охорони здоров’я. Це дозволяє таким країнам як США, Німеччина, Велика Британія, Франція, Польща та багатьом іншим державам більш раціонально використовувати кошти, призначені для забезпечення якісної охорони здоров’я, це в свою чергу дає змогу підвищувати якість та доступність медичних послуг.

Саме тому ми вважаємо, що вирішальну роль у реформуванні медичної системи України може відіграти впровадження загального обов’язкового медичного страхування, яке стане додатковим джерелом фінансування цієї життєво необхідної галузі і дозволить підвищити рівень надання медичних послуг.

*Об’єктом кваліфікаційної роботи* є адміністративно-правові відносини в сфері соціального захисту, зокрема в сфері медичного страхування.

*Предметом* дослідження є інститут медичного страхування.

*Мета роботи* полягає в комплексному аналізі та детальному дослідженні особливостей впровадження обов’язкового медичного страхування в Україні в умовах сучасної реформи медичної сфери.

Зазначені мета та об’єкт роботи зумовили наступні *завдання дослідження*, які мають бути вирішені в роботі:

* проаналізувати адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров’я та соціального захисту;
* дослідити становлення медичного страхування в Україні;
* проаналізувати медичне страхування у зарубіжних країнах та здійснити його видову характеристику;
* охарактеризувати місце загальнообов’язкового медичного страхування у сфері охорони здоров’я та соціального захисту;
* проаналізувати останні законодавчі ініціативи щодо впровадження загальнообов’язкового медичного страхування в Україні;
* розробити власні пропозиції щодо покращення регулювання адміністративно-правових відносин у сфері медичного страхування.

*Ступінь наукової розробки проблеми.* Вивченням питання впровадження загального обов’язкового медичного страхування у дисертаціях та у фаховій літературі займалися такі науковці, як Череп А.В., Зінкова О.І., Коломоєць Т. О., Калініченко О.О., Колпаков В. К., Сидорчук О.М., Авер’янов В. Б., Хмельницький С.І., Рудий В. М., Кондратюк С.Я., Новицька Н. Б., Говорушко Т.А., Рудень В.В. та інші. Проте залишається невирішеною проблема імплементації ефективної та сучасної моделі обов’язкового медичного страхування в Україні, значна кількість питань, пов’язаних із адміністративно-правовим регулюванням цього процесу не була висвітлена, особливо в умовах реформування медичної системи.

*Опис проблеми, що досліджується.* Згідно Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. медичне страхування – вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів. медичне, як пов’язане з майновими інтересами захисту життя, здоров’я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування.

Господарський кодекс України пропонує нам дещо інше визначення – «це діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб’єктів господарювання (страховиків), пов’язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їхніх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів».

Об’єкт медичного страхування – майнові інтереси, пов’язані із життям, здоров’ям фізичних осіб.

Суб’єкти медичного страхування включають в себе: страховиків, страхувальників, застраховані особи та медичні заклади.

Страхувальники – це окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди.

Страховики – це страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування.

Застраховані особи – це фізична особа, яка відповідно до законодавства підлягає загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або добровільному соціальному страхуванню і сплачує та/або за яку сплачується чи сплачувався певний внесок.

Медичні заклади – медичні установи, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності.

Нами з’ясовано, що у світі існує декілька моделей та форм медичного страхування, які притаманні певним країнам. Оскільки, зараз Україна знаходиться на етапі пошуку оптимальної моделі медичного страхування, важливо розібрати моделі, які існують у іноземних країнах. В основі класифікацій медичного страхування знаходиться порівняння форм та моделей медичного страхування згідно різних ознак.

Медичне страхування може існувати в обов’язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування залежить від конкретних економічно-політичних умов і культурно-історичних особливостей, демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування. Обов’язкова форма медичного страхування притаманна тим країнам, де переважне значення має суспільна охорона здоров’я, а добровільна – тим, де розповсюдженими є приватні страхові програми.

Загальновідомі три основні моделі медичного страхування:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування або як її ще називають – модель Беверіджа.
2. Платна (приватна) модель фінансування.
3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка).

Бюджетна модель фінансування передбачає, що фінансування сфери охорони здоров’я в основному (до 90% усіх витрат) відбувається за рахунок бюджету, основу якого формують податкові надходження. Інші 10% включають кошти, які отримуються:

* за рахунок добровільного медичного страхування;
* за платні медичні послуги (як правило, стоматологічні та інші послуги, що не входять в перелік оплачуваних державою);
* від благодійних організацій;
* від спонсорської допомоги.

Ця модель має свої позитивні та негативні сторони. Позитивним моментом є те, що кошти чітко контролюються державою і направляються на необхідні напрямки, а також оскільки ціни на медичні послуги регулюються державою, то вони майже не змінюються. Існують також недоліки цієї моделі: оскільки ціни на медичні послуги фіксовані, не піддаються законам ринку, то тут має місце і зниження їх якості; можуть формуватися великі черги на отримання медичної допомоги різного типу. Модель Беверіджа використовують такі країни: Великобританія, Данія, Ісландія, Ірландія, Норвегія, Фінляндія, Швеція.

Платна (приватна) модель фінансування, створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. ЇЇ суть полягає у тому, що фінансування галузі охорони здоров’я здійснюється загалом за рахунок приватних платежів та коштів фондів добровільного медичного страхування.

Позитивними сторонами цієї моделі є: висока якість обслуговування, постійний науково-технічний прогрес галузі охорони здоров’я, широкий вибір закладів охорони здоров’я та послуг з медичного страхування.

Недоліками ринкової моделі є: медичне страхування не покриває все населення країни, особливо незахищеними верствами населення являються люди з низьким рівнем доходу, оскільки страхові компанії відмовляються страхувати ризикові групи населення, адже є ризик втрати доходу, або ж встановлюють надвисокі тарифи. Дана модель притаманна для США.

Змішана модель фінансування (модель Бісмарка) поєднує в собі риси перших двох моделей. Вона передбачає фінансування половини або трохи більше половини (не менше 60% усіх витрат) сфери охорони здоров’я за рахунок фонду чи фондів обов’язкового медичного страхування. Решта (до 40%) фінансуються за рахунок:

* добровільного медичного страхування;
* коштів, отриманих за надання платних медичних послуг;
* благодійних організацій та спонсорської допомоги;
* міжнародних програм охорони здоров’я.

Згідно даної моделі обов’язковому медичному страхуванню підлягає майже все населення країни. Громадяни, які прагнуть отримувати більше різних медичних послуг окрім тих, що входять в перелік обов’язкового медичного страхування, мають право на добровільне медичне страхування.

Позитивними рисами такої моделі фінансування сфери охорони здоров’я є: ефективний перерозподіл фінансових ресурсів та направлення їх туди, де вони необхідні, рівний доступ кожного до медичної допомоги незалежно від його фінансового стану (багатий платить за бідного), неможливість зловживання з метою отримання обсягу медичної допомоги понад потребу, висока якість медичних послуг.

Звичайно, у цієї моделі існують і недоліки, а саме: невиправдане збільшення вартості медичних послуг, недостатня увага надається профілактиці захворювань. Ця модель використовується у Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції.

Окрім, моделей медичне страхування класифікується за такими характеристиками, як за принципом управління, за формою залучення застрахованих. За принципом управління воно підрозділяється на централізоване (притаманне Франції, Швеції) та децентралізоване ( існує у США, частково в Німеччині). За формою залучення застрахованих медичне страхування буває індивідуальне та колективне.

Варто зазначити, що навіть країни, які мають одну й ту саму модель медичного страхування, вносять свої корективи до цієї моделі, таким чином адоптуючи її до існуючих економічно-політичних та соціально-культурних особливостей. Аналіз системи медичного страхування в іноземних країнах важливий, як один з етапів обрання конкретної та прийнятної моделі страхування в Україні.

Система медичного страхування США поєднує мережу локальних незалежних страхових організацій та центральний страховий фонд. Всі отримані кошти акумулюються в центральному фонді, звідки потім розділяються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Дана система захоплює програми «Medicaid» та «Medicare», які були створені ще в 1965 році, перша надає медичне страхування громадянам США та іноземцям, що постійно проживають там на легальних умовах, друга – забезпечує медичне страхування людей у віці від 65 років та людей із інвалідністю. «Medicaid» та «Medicare» охоплюють лише 20% від усього населення, тоді як групове страхування за місцем роботи складає 57%. Дуже малий процент (3%) складає добровільне медичне страхування, не пов’язане з місцем роботи. Треба зазначити, що близько 16% населення взагалі не мають доступу до медичного страхування. До них відносяться люди з обмеженими фінансовими можливостями, безхатчанки, безробітні та члени сімей працівників підприємств та установ, які не охоплюються системою медичного страхування. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені: державні службовці, члени профспілок, робітники промислових підприємств. З втратою робочого місця автоматично втрачається медичне страхування.

В Австралії діє програма «Medicare», яка забезпечує 90% від вартості медичних послуг, окрім оптикометричної, стоматологічної та невідкладної допомоги. Страхові внески складають 1,5 % від заробітної плати. На відміну від США малозабезпеченим особам медичну допомогу надають безоплатно, проте лише, в державних медичних закладах. Мало представлене добровільне медичне страхування, яке складає 1%, його необхідність пов’язана з отриманням додаткових послуг, таких, як: стоматологічні, офтольмалогічні.

Німецька система медичного страхування є однією із найстаріших, вона буда започаткована ще наприкінці 19 століття. Держава не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров’я, вона створює умови для того, щоб необхідні фонди були утворенні працівниками та їх роботодавцями. Фактично держава лише здійснює нагляд за функціонуванням системи медичного страхування, тобто тут діє децентралізована система медичного страхування. Налічується близько 1200 страхових фондів, які згруповані за професійним та територіальним принципом. Останні беруть на себе страхування тих категорій осіб, що не охоплені страхуванням на підприємствах.

Фінансування сфери охорони здоров’я здійснюється переважно (59 %) за рахунок коштів обов’язкового державного медичного страхування, цим видом страхування охоплюється близько 90 % населення, інша частина громадян або має приватну страховку, або підпадає під інші спеціальні державні програми, наприклад, військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.

Позитивною особливістю системи обов’язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім’ї, які не працюють. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичне устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Швеція також має давню історію із запровадженням медичного страхування. Перші закони про медичне страхування датуються ще 19 століттям. В 1955 році у Швеції було введено Загальне обов'язкове медичне страхування. Існуюча національна система соціального страхування є загальною та обов'язковою для всього населення країни. При чому вона включає стоматологічні послуги. 26 регіональних бюро соціального страхування здійснюють управління на місцях. За діяльністю стежить Національна Рада соціального страхування. Страхові бюджети формуються з коштів, які виділяє уряд – 19%, 52% – з коштів, що виділяють територіальні органи влади на місцях, а 29 % – сплачують керівники підприємств та установ. Однією з особливостей шведської системи страхування є передача застрахованими до страховиків своїх юридичних прав з питань медичного страхування.

Медичне страхування у Франції було започатковано в 1910 році спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а з 1928 року ці фонди були реорганізовані у страхові компанії. Зараз у Франції існує єдина ієрархія страхових кас та діє вертикальна система медичного страхування, якою управляє Національна страхова організація. У Франції застраховано понад 75 % населення.

Державна програма медичного страхування фінансується переважно із внесків соціального страхування, які сплачуються роботодавцями і найманими працівниками, а також з податку з доходів фізичних осіб, надходжень від акцизних зборів із тютюну й алкоголю, відрахувань коштів із інших підрозділів соціального забезпечення та державних субсидій. Розміри внесків також встановлюються централізовано – кошти збирають місцеві агентства соціального забезпечення (граничний розмір внесків не встановлено). Для найманих працівників рівень внесків досить високий – третину сплачує працівник, решту – роботодавець.

Покриття державної програми медичного страхування не є всеохоплюючим, в зв’язку з чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування, або через приватне страхування. Основною метою є покриття більшої частини тих витрат, які не відшкодовуються фондами державного страхування після того, як пацієнт сплатив початковий рахунок. Добровільне медичне страхування – це не тільки обслуговування в хороших клініках, але і розв’язання проблеми грошових виплат за медичні послуги. Адже якщо 75 % вартості лікування або ліків оплачується за рахунок обов’язкового медичного страхування, решту 25 % можна покрити за рахунок добровільного страхування. Приміром, жодна лікарняна каса не відшкодує витрати на придбання контактних лінз – вона компенсує лише частину витрат на найпростіші окуляри. Приватні ж страхові компанії можуть оплатити і вартість лінз – усе залежить від плану страхування. Приватна страховка надає право вільного вибору лікаря, медустанови, виду лікування .

Велика Британія користується системою бюджетного фінансування охорони здоров'я. Для неї характерний високий рівень централізації управління. Ще у 1912 році був прийнятий Закон про страхування, він закріпив обов’язковість страхування, була започаткована Національна система охорони здоров’я, 90% фінансовою основи якої є податки, 10% складають внески роботодавців. Добровільне медичне страхування (13%) охоплює ту частину медичних послуг, що не входять до переліку тих, що забезпечуються Національною службою охорони здоров’я.

Однією із найефективніших в світі медичних систем вважається канадська. На потреби охорони здоров’я в Канаді витрачається близько 33% місцевих бюджетів провінцій. Деякі медичні послуги сплачуються пацієнтом, їх перелік відрізняється для кожної провінції. Якщо послуга включена в плани охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт їх не оплачує - всю вартість застрахованих послуг відшкодовують уряди провінцій. Фінансування одержується з податків, страхових внесків, оплати готівкою.

Поряд з цією системою в країні починає діяти система ощадних рахунків медичного страхування (МSАs – Меdiсаl savings ассоunts). Система заснована на ощадних рахунках, які утворюються із відрахувань роботодавців. В тих випадках, коли кошти ощадного рахунку вичерпані, робітники мають сплачувати медичні послуги із власних коштів. Всі кошти, що знаходяться на ощадних рахунках, належать працівнику, включаючи ті, що залишилися після завершення розрахункового періоду. MSAs створена з метою більшого заохочення громадян до споживання медичних послуг і таким чином спрощенням їх піклування за своє здоров’я.

Система охорони здоров’я Японії, на відміну від більшості Західних країн, опирається в більшій мірі на приватні медичні установи (понад 80%). В Японії існує кілька систем страхування. Перша – страхування працівників (а також членів їх сімей) за місцем роботи. Вона діє в приватних компаніях, громадських організаціях і державних установах. Застрахований пацієнт під час звернення в медичний заклад оплачує від 20 до 30% вартості лікування. Друга – система національного страхування за місцем проживання. Нею можуть скористатися індивідуальні підприємці, представники малого бізнесу, студенти. При цьому застрахований оплачує 30% вартості лікування. У цій системі діють різні програми. Деякі з них належать державі, яка сама є страховиком. У країні також існує третя система – додаткового приватного страхування, але вона не має великого попиту. На його частку припадає не більше 1% сукупних витрат на охорону здоров’я в країні.

Таким чином, більшість розвинених країн світу при здійсненні фінансування охорони здоров’я опираються на цілі сформульовані ВООЗ :

* фінансовий захист;
* принцип соціальної справедливості у фінансуванні;
* рівність доступу до медичного обслуговування;
* підвищення прозорості і підзвітності системи охорони здоров’я;
* нагорода за високу якість медичної допомоги і розробка стимулів рентабельної організації медичного обслуговування;
* підтримка управлінської ефективності.

Ще одним важливим аспектом є дослідження розвитку медичного страхування в Україні.

Становлення та розвиток системи медичного страхування в Україні відбувались у декілька етапів.

Перший етап ( середина XIX - початок XX ст.) – це період зародження системи медичного страхування в Україні. Передумовою для виникнення перших форм медичного страхування став 1866 рік, коли в Російській імперії у зв’язку із епідемію високо контагіозної хвороби – холери, прийнято тимчасове положення, згідно із яким власники заводів та фабрик зобов’язувались організовувати для своїх робітників лікарні (з розрахунку 1 ліжко на 100 осіб).

Це дало початок формуванню фабрично-заводської медицини в Російській імперії та власне Україні, яка на той час була в її складі. Особливостями зазначеного періоду були:

* поступовість запровадження обов’язкового медичного страхування;
* територіальна обмеженість розповсюдження;
* охоплення страхуванням винятково приватної тобто недержавної сфери промисловості.

Другий етап (1921-1927рр.) – етап, який пов’язують із переходом України до нової економічної політики (НЕП). Це стало причиною для поступового відступу системи охорони здоров’я від бюджетної системи фінансування, що в свою чергу призвело до передачі медичних закладів під керівництво органам місцевої влади. За рахунок різкого скорочення фінансування була введена часткова оплати за медичну допомогу.

За часів НЕПу на систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України. Управління медичною допомогою у структурі Наркомату охорони здоров’я України здійснював відділ робітничої медицини. Саме тому джерелами фінансування були внески роботодавців, що становили приблизно 30%.

Третій період (1927-1991рр.) – період, який характеризувався впровадженням бюджетно-адміністративної форми медичного страхування, так званої системи Семашко. Для неї характерно:

* централізоване державне субсидування заходів з охорони здоров'я населення;
* безкоштовна, доступна для всіх медична допомога з дільничним принципом її надання;
* єдині підходи в статистиці та обліку загальної захворюваності населення.

Четвертий період (1991-2001рр.) – період за часів, якого були закладені основні принципи соціального захисту населення шляхом прийняття відповідних актів. Також закладено законодавчі основи здійснення страхової діяльності та сформульовано основні положення функціонування національної системи охорони здоров’я і фармації.

П’ятий період (2001-2007 рр.) до основних позитивних характеристик зазначеного етапу належать наступні:

* формування чіткіших сфер функціонування ДМС і ОМС;
* визначення та впровадження ОМС як ефективної складової соціального захисту населення;
* взаємопов’язаність зі стратегією впровадження ОМС законів, що регулюють медичну та фармацевтичну діяльність;
* наявність альтернативних законопроектів щодо впровадження ОМС;
* розшарування організаційних і фінансово-економічних механізмів функціонування ОМС;
* розробка та створення сприятливіших умов для діяльності страховиків з ДМС.

Шостий період ( з 2007 р. - до сьогодення) – сучасний період. На жаль, через політичну нестабільність, що має місце останніми роками в Україні, більшість прийнятих на минулому етапі законів мали декларативний характер. До того ж порівняльний аналіз законодавчих актів показує відсутність узгодженості як між ними, так і між іншими нормативно-правовими документами.

Безспірним є той факт, що серед усіх майнових та немайнових благ, які існують на сьогодні, провідне місце займають життя та здоров’я людини. Багато філософів та вчених визнавали здоров’я найдорожчим скарбом, як окремої особи так і нації в цілому. Так, наприклад, геніальний лікар і філософ Авіценна стверджував: «Головним скарбом життя є не землі, що ти завоював, не багатства, що у тебе в скринях... Головним скарбом життя є здоров’я, і щоб його зберегти, потрібно багато знати», а відомий англійський драматург Вільям Шекспір стверджував: «Здоров’я – дорожче золота».

Загальновідомо, що здоров’я народу – це найбільша суспільна цінність, що значним чином впливає на процеси соціального, культурного і економічного розвитку всієї країни. Зокрема, воно являється важливим соціальним критерієм благополуччя суспільства.

Говорячи про охорону здоров’я як найвищу соціальну цінність, треба розглядати її у таких аспектах:

* політичному:
* забезпечення рівного доступу всіх громадян до медичної допомоги є одним із показників рівня людського розвитку;
* діяльність у сфері охорони здоров’я населення є основою соціальної політики сучасних держав;
* всесвітні організації, орієнтовані на захист здоров’я людини та її права на охорону здоров’я (ВООЗ, ЮНІСЕФ, МДФ тощо), розробляють обов’язкову для цивілізованого світу стратегію охорони здоров’я;
* соціально-демографічному: стан охорони здоров’я в суспільстві впливає на його старіння, демографічні зсуви, соціальну стратифікацію тощо;
* економічному: стан здоров’я нації напряму впливає на розвиток економіки певної країни;
* індустріально-технологічному: ступінь індустріалізації та інформатизації суспільства сприяє розвитку охорони здоров’я та її технологізації, що водночас висуває певні вимоги до стану здоров’я людини.

В Україні від часу проголошення незалежності ставилося питання про впровадження страхової медицини, але до сьогодні не розроблено чіткої стратегії втілення в життя її основних положень. Закон «Про внесення змін до Закону України «Про страхування», прийнятий 4 жовтня 2001 р., регламентує здійснення медичного страхування в двох формах – обов'язковій і добровільній (статті 6, 7). Багато сподівань покладалося на сучасну медичну реформу, проте реформа активно почалася, а вирішення питання про запровадження ОМС так і повисло в повітрі.

Передусім, на нашу думку, треба розробити принципи ОМС. Існує декілька підходів до визначення таких принципів, зокрема В. Ю. Стеценко пропонує виокремлювати такі принципи:

– законність, що означає неухильне виконання всіх існуючих нормативних актів у сфері медичного страхування;

– гуманізм, який повинен поставити «людину» на центральне місце вітчизняної медицини;

– фінансова впорядкованість, яка передбачає існування виключно прозорих схем акумулювання коштів та витрачання їх з метою довіри людей до реформ, які проводяться;

– стадійність, який передбачає введення медичного страхування поступово для окремих верств населення, але послідовно, крок за кроком .

Інші науковці додають такі принципи, як наукове забезпечення, принцип солідарності, всебічність реформ та їх цілеспрямованість на окремі групи населення.

На нашу думку, принципами ОМС мають бути такі:

1. принцип стратегії, тобто одним з перших кроків повинна стати розробка чіткої та реальної стратегії;
2. принцип законності, який є універсальним принципом, що застосовується в усіх без винятку напрямах діяльності органів державної влади;
3. принцип поступовості у проведенні заходів з упровадження ОМС, який певною мірою збігається з принципом стадійності, виділеним В. Ю. Стеценко;
4. принцип солідарності, який передбачає розроблення стандартів медичного страхування як для окремих хворих, так і для багатьох інших, які мають подібні симптоми;
5. принцип професійності та науковості, тобто реформуванням повинні займатися особи, які чітко володіють всіма аспектами зазначеної проблеми (науковці, які добре розуміються на теоретичній частині та практикуючі спеціалісти, які знають всі нюанси робочого процесу);
6. принцип рівності та загальнообов’язковості, який має означати, що всі громадяни мають буду забезпечені МС;
7. принцип гласності, який передбачає, що всі заходи, що мають здійснюватися у сфері медичного страхування, мають бути відкритими та зрозумілими для громадян;
8. принцип універсальності, що означає, що ОМС повинно охоплювати всі сфери медичних послуг;
9. принцип ефективності, який має демонструвати дієвість заходів, які здійснюються з метою підтримання довіри до діяльності держави у сфері медичного страхування;
10. принцип взаємодії, який передбачає, що у здійсненні заходів із забезпечення медичного страхування повинні взаємодіяти як державні органи, так і громадські організації, фінансові установи, об’єднання громадян, професійні спілки та інші органи й організації, причетні до медичного страхування;
11. принцип відповідальності, що передбачає встановлення чітких засад відповідальності всіх працівників, які задіяні у реформуванні медичного забезпечення населення, та втіленні в життя медичного страхування.

Для кращого розуміння основних характеристик сучасного стану МС в Україні, треба спочатку дослідити наявну нормативно-правову базу, яка існує в нашій країні.

Проголошення в 1991 році незалежності України та зумовлені нею демократичні суспільні перетворення спричинили необхідність формування сучасної правової бази, в тому числі в охороні здоров’я. Першочерговими завданнями державної політики в галузі охорони здоров’я на цій стадії генезису правового та організаційного забезпечення стало законодавче забезпечення діяльності сфери охорони громадського здоров’я, що виражається підготовкою, затвердженням та впровадженням у життя законодавчих актів.

Загальновідомо, що фундаментом побудови правової системи в будь-якій державі є Конституція, в якій визначені підходи до формування політики в усіх сферах діяльності, в тому числі в охороні здоров’я. Саме тому ст. 49 Конституції України закріпила право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування та обов’язок держави створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування

Основним документом правового регулювання в сфері охорони здоров’я став Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», який був прийнятий в листопаді 1992 року і визначив правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні.

Майданик Р. А. виділяє таку ієрархію системи нормативних актів у сфері медицини, що, в тому числі, й регулюють питання щодо страхування:

1) Конституція України (ст. 49 – право на охорону здоров’я, медичну допомогу і медичне страхування);

2) Галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, кодекс законів про працю тощо);

3) Основи законодавства України про охорону здоров’я як основний (базовий) спеціальний закон у цій сфері;

4) Спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);

5) Акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження президента України, постанови і розпорядження кабінету Міністрів України, накази і розпорядження Міністерства охорони здоров’я України, нормативно-правові акти інших органів влади).

Цікавим є той факт, що ініціативи щодо запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні не є новими. Так за 29 років незалежності України подано 21 законопроект, який пропонував упровадження ОМС. Проекти законів періодично виносилися на громадське обговорення, але так і не переходили рубіж прийняття. Зокрема, учасники цього процесу ніяк не могли домовитися, хто керуватиме фондом, який акумулюватиме страхові гроші, та на основі яких алгоритмів їх розподілятимуть. Тоді як ВООЗ зазначає, що фінансування системи охорони здоров’я можна назвати належним, в тому випадку, коли воно збільшує залучення коштів на потреби здоров’я таким чином, коли особи можуть одержати необхідні їм медичні послуги, але при цьому бути захищеними від зубожіння, викликаного оплатою за такі послуги. Загальновідомо, що належне фінансування передбачає заохочення надавачів послуг та їх користувачів бути раціональними. У нашій країні з 1993 року активно діє система ДМС, тоді як ОМС остаточно так і не запроваджено.

У 2016 році послідовно розпочалося глобальне та докорінне реформування системи охорони здоров’я України.

Основними цілями медичної реформи виступили:

* запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги;
* створення єдиного національного замовника медичних послуг – Національна служба здоров’я України;
* створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;
* автомізація бюджетних закладів охорони здоров’я;
* створення госпітальних округів.

В рамках реформи охорони здоров'я були прийняті такі нормативно-правові акти:

1. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 року № 932.

Дана постанова забезпечує :

* своєчасний доступ населення до послуг вторинної медичної допомоги належної якості;
* оптимізацію ресурсів закладів охорони здоров’я;
* підвищення ефективність використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги.
* порядок встановлення критеріїв для визначення складу та меж госпітальних округів, а також визначає механізм їх створення.

Документом, зокрема, передбачено, що центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Склад, межі та зона обслуговування госпітального округу повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у його межах, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах свого округу.

2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров’я», який передбачає автономізацію медичних закладів та перетворення їх на некомерційні підприємства чи комунальні установи.

Відповідно до внесених змін, керівник закладу охорони здоров’я отримує значно більшу свободу у розпорядженні активами, фінансами, у формуванні кадрової політики комунального некомерційного підприємства та визначенні внутрішньої організаційної структури закладу. Також з’являється можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством. І саме головне – фінансування закладу охорони здоров’я здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із бюджетними установами.

3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування», визначає перелік і обсяг медичних послуг і лікарських засобів, оплату яких буде гарантувати держава за рахунок коштів Державного бюджету.

Як передбачено медичною реформою, програму буде розробляти Міністерство охорони здоров'я за погодженням з Міністерством фінансів. А затверджувати її буде Верховна Рада в складі закону про Державний бюджет на відповідний рік. Згідно з прийнятим законом, не менше 5% ВВП в Держбюджеті потрібно буде виділяти на реалізацію програм медичних гарантій. Витрати на програму будуть захищеними статтями видатків бюджету.

Людмила Самілик же зауважила, що перспективна система медичного страхування повинна базуватися на трьох складових:

1. Планування коштів в бюджеті, через які забезпечується надання безоплатної медичної допомоги для пільгових категорій населення (пенсіонерам, інвалідам, непрацездатним особам тощо), а також на виконання державних програм в галузі охорони здоров'я;
2. Введення обов'язкового медичного страхування та надання медичних послуг за рахунок коштів суб’єктів підприємницької діяльності, а також інших працюючих фізичних осіб (найбільш охоплена частина);
3. Придбання громадянином страхового полісу за рахунок власних коштів (форма добровільного медичного страхування).

Медичне страхування, на думку Людмили Самілик, є специфічним видом соціального страхування, адже не можна порівнювати медичне страхування із страхуванням, скажімо, майна, цінних речей тощо, до того ж забезпечення та охорона здоров'я громадян є пріоритетним напрямком у національній політиці держави.

Наступним кроком у забезпеченні ефективного медичного страхування, на нашу думку, є створення Медичного кодексу України, який би передбачав не тільки описання хвороб та методів їх лікування, а й визначав приблизну вартість витрат на надання медичної допомоги.

Багато авторів, які досліджували це питання вважають, що адміністративним органом, який би здійснював управління коштами в умовах введення обов'язкового соціального страхування, повинен бути єдиний централізований державний орган (Фонд обов’язкового медичного страхування).

Важливо розробити чітку систему матеріального забезпечення лікарів та інших осіб, які надають медичні послуги з метою уникнення корупційної складової у медичному забезпеченні та створити центр медичної стандартизації, який би розробляв та впроваджував у життя стандарти надання медичних послуг та медичного страхування.

З огляду на це, можемо також запропонувати таку структуру проекту Медичного кодексу України:

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1. Загальні положення.

Розділ 2. Права людини та громадянина в галузі охорони здоров’я.

Розділ 3. Правові засади біоетики, біобезпеки та медичної деонтології.

Розділ 4. Правові засади системи та моделі організації охорони здоров’я.

Розділ 5. Державне регулювання в галузі охорони здоров’я.

Розділ 6. Фінансування системи охорони здоров’я.

Розділ 7. Правові засади медичного страхування.

Розділ 8. Медична допомога та медичні послуги. Стандартизація медичної діяльності.

Розділ 9. Права і обов’язки медичного працівника.

Розділ 10. Права і обов’язки пацієнта.

Розділ 11. Контроль і нагляд у галузі охорони здоров’я.

Розділ 12. Міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров’я. ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 13. Правове регулювання медичної допомоги при здійсненні права людини на життя.

Розділ 14. Правове регулювання реалізації репродуктивних прав і використання допоміжних репродуктивних технологій.

Розділ 15. Правове регулювання профілактики та лікування інфекційних і венеричних хвороб, санітарного та епідемічного благополуччя.

Розділ 16. Правове регулювання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Розділ 17. Правове регулювання донорства крові та її компонентів.

Розділ 18. Правове регулювання психіатричної допомоги.

Розділ 19. Правове регулювання фармацевтичної діяльності. Забезпечення лікарськими засобами та засобами медичного призначення окремих категорій населення.

Розділ 20. Правове регулювання проведення медико-біологічних експериментів.

Розділ 21. Правове регулювання народної та нетрадиційної медицини.

Розділ 22. Правове регулювання паліативної та госпісної допомоги.

Розділ 23. Правове регулювання надання медичної допомоги окремим фізично та соціально уразливим верствам населення.

Розділ 24. Правове регулювання пластичної, реконструктивної допомоги (косметологія, спортивна медицина тощо).

Розділ 25. Правове регулювання санаторно-курортної діяльності.

Розділ 26. Правове регулювання медичних експертиз.

Розділ 27. Правова класифікація дефектів надання медичної допомоги. Медична помилка. Ятрогенні патології.

Розділ 28. Соціальний захист медичних працівників.

Розділ 29. Самоврядування в галузі охорони здоров’я.

Розділ 30. Відповідальність за порушення законодавства в галузі охорони здоров’я.

Розділ 31. Прикінцеві положення.

На сьогодні в Україні по факту існує державна охорона здоров’я, добровільне медичне страхування, платна медицина.

Нами проведено дослідження останніх законодавчих ініціатив щодо запровадження загальнообов’язкового державного медичного страхування: Законопроект «Про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні» № 4981 (Л. Денісова, А. Шипко, Б. Розенблат, І. Євремова, М. Поляков) та Законопроект «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» №3464 ( Ю. Тимошенко, О. Абдуллін, К. Бондарєв, М. Волинець, В. Данілов, В. Дубіль, В. Івченко, В. Кабаченко, І. Кириленко, І. Крулько, О. Кучеренко, А. Лабунська, В. Наливайченко, А. Ніколаєнко, А. Пузійчук, С. Тарута, М. Цимбалюк, А. Шкрум, О. Кондратюк).

*Апробація результатів дослідження.* Результати кваліфікаційної роботи були обговорені на засіданнях кафедри адміністративного та господарського права Запорізького національного університету. Положення даної роботи були враховані автором в ході підготовки наукових статей для опублікування в українській наукові періодиці, під час участі у роботі наукових конференцій: 11 Міжнародна науково-практична конференція «Теорія і практика сучасної науки та освіти, Львів, 22-23 жовтня 2020 р., Міжнародна студентська наукова конференція «Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень», Вінниця, 6 листопада 2020 р.

РОЗДІЛ 2 Практична частина

2.1 Основні доктринально-правові підходи щодо розуміння терміну «здоров’я»

Здоров’я

ВООЗ, 1958

Здоров’я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад.

Оттавська хартія, 1986

Здоров’я – це позитивне поняття, що наголошує на суспільних та персональних ресурсах, а також на фізичних спроможностях.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, 1966

Кожна держава-учасник зобов’язана в індивідуальному порядку та у порядку міжнародного співробітництва та допомоги у максимально можливих обсягах забезпечити заходи задля втілення прописаних норм, які дозволяють забезпечувати громадянину його право на здоров’я

Основні цілі сформовані ВООЗ, на які опирається більшість країн світу при фінансуванні охорони здоров’я

2.2 Визначення рівня задоволеності громадянами медичною допомогою

Загальноукраїнське значення Індекса здоров’я (2016-2019 )

Рівень задоволеності медичною допомогою в амбулаторіях

Рівень задоволеності медичною допомогою у стаціонарі

Кількість у відсотках пацієнтів, які не відмовлялися від звертання до лікаря через відсутність коштів за останні 12 місяців

2.3 Підходи до інтерпретації поняття «медичне страхування» та його складових

|  |  |
| --- | --- |
| Автор/джерело | Інтерпретація |
| Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 | вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів. медичне, як пов’язане з майновими інтересами захисту життя, здоров’я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування. |
| Господарський кодекс України | діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб’єктів господарювання (страховиків), пов’язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їхніх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів . |
| В.Д. Базилевич | форма особового страхування, що гарантує громадянам  отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів . |
| Т. Григораш і Ю. Кіріченко | один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров’я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку . |

Об’єкти та суб’єкти медичного страхування

|  |  |
| --- | --- |
| Об’єкт медичного страхування | майнові інтереси, пов’язані із життям, здоров’ям фізичних осіб |
| Суб’єкти медичного страхування | |
| 1.Страховики, страхувальники | страхувальники – окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди |
| страховики – страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування |
| 2.Застраховані особи | це фізична особа, яка відповідно до законодавства підлягає загальнообов’язковому державному соціальному страхуванню або добровільному соціальному страхуванню і сплачує та/або за яку сплачується чи сплачувався певний внесок |
| 3. Медичні заклади | медичні установи, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності |

2.4 Підходи до класифікації медичного страхування

Основні принципи добровільного медичного страхування

1. Добровільність

2. Еквівалентність

3. Законність

4. Строковість

5. Страховий інтерес

Основні принципи обов’якового медичного страхування

1) принцип стратегії, тобто одним з перших кроків повинна стати розробка чіткої та реальної стратегії;

2) принцип законності, який є універсальним принципом, що застосовується в усіх без винятку напрямах діяльності органів державної влади;

3) принцип поступовості у проведенні заходів з упровадження ОМС;

4) принцип солідарності, який передбачає розроблення стандартів медичного страхування як для окремих хворих, так і для багатьох інших, які мають подібні симптоми;

5) принцип професійності та науковості, тобто реформуванням повинні займатися особи, які чітко володіють всіма аспектами зазначеної проблеми (науковці, які добре розуміються на теоретичній частині та практикуючі спеціалісти, які знають всі нюанси робочого процесу);

6) принцип рівності та загальнообов’язковості, який має означати, що всі громадяни мають буду забезпечені МС;

7) принцип гласності, який передбачає, що всі заходи, що мають здійснюватися у сфері медичного страхування, мають бути відкритими та зрозумілими для громадян;

8) принцип універсальності, що означає, що ОМС повинно охоплювати всі сфери медичних послуг;

9) принцип ефективності, який має демонструвати дієвість заходів, які здійснюються з метою підтримання довіри до діяльності держави у сфері медичного страхування;

10) принцип взаємодії, який передбачає, що у здійсненні заходів із забезпечення медичного страхування повинні взаємодіяти як державні органи, так і громадські організації, фінансові установи, об’єднання громадян, професійні спілки та інші органи й організації, причетні до медичного страхування;

11) принцип відповідальності, що передбачає встановлення чітких засад відповідальності всіх працівників, які задіяні у реформуванні медичного забезпечення населення, та втіленні в життя медичного страхування.

Основні відмінності обов’язкового та добровільного медичного страхування

|  |  |
| --- | --- |
| Обов’язкове медичне страхування | Добровільне медичне страхування |
| 1. Некомерційне | 1. Комерційне |
| 2. Один з видів соціального страхування | 2. Один з видів особистого страхування |
| 3. Є загальним або масовим | 3. Є індивідуальним або колективним (груповим) |
| 4. Здійснюються державними або контрольованими державою організаціями | 4. Здійснюється страховими організаціями різних форм власності |
| 5. Тарифи встановлюються за єдиною утвердженою методикою | 5. Тарифи встановлюються договором між страховиком і страхувальником |
| 6. Здійснюється за рахунок внесків роботодавців, державного бюджету | 6. Здійснюється за рахунок індивідуальних доходів застрахованих громадян або роботодавців |
| 7. Система контролю якості встановлюється державними органами | 7. Система контролю якості встановлюється договором страхування |

Недоліки:

* ціни не піддаються законам ринку, що може призводити до зниження якості надання медичних послуг
* можуть формуватися великі черги на отримання медичної допомоги різного типу

Переваги:

* кошти чітко контролюються державою
* стабільна цінова політика, яка контролюється державою
* всі верстви населення мають доступ до медичної допомоги

Переваги:

* висока якість обслуговування
* постійний науково-технічний прогрес галузі охорони здоров’я
* широкий вибір закладів охорони здоров’я та послуг з медичного страхування

Недоліки:

* медичне страхування не покриває все населення країни, особливо є незахищенними бідні верстви населення
* втановлення надвисоких тарифів на медичні послуги

Недоліки:

* невиправдане збільшення вартості медичних послуг
* недостаня увага надається профілактиці захворювань

Переваги:

* ефективний перерозподіл фінансових ресурсів
* рівний доступ кожного до медичної допомоги незалежно від його фінансового стану
* висока якість медичних послуг

2.5 Зарубіжний досвід медичного страхування

Система медичного страхування поєднує мережу локальних незалежних страхових організацій та центральний страховий фонд

Програми «Medicaid» та«Medicare» охоплюють лише 20% від усього населення, тоді як групове страхування за місцем роботи складає 57%

16% населення взагалі не мають доступу до медичного страхування

Витрати на охорону здоров’я в 1,5-2 рази більше, ніж в Європі

1200 страхових фондів, які згруповані за професійним та територіальним принципом

Децентралізована система медичного страхування

59 % фінансування сфери охорони здоров’я здійснюється за рахунок коштів обов’язкового державного медичного страхування

90% охоплене обов’язковим медичним страхуванням, 10% - добровільним або підпадає під інші спеціальні державні програми ( військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.)

Існуюча національна система соціального страхування є загальною та обов’язковою для всього населення країни, вона включає стоматологічні послуги

Страхові бюджети формуються з коштів, які виділяє уряд – 19%, 52% – з коштів, що виділяють територіальні органи влади на місцях, а 29 % – сплачують керівники підприємств та установ

26 регіональних бюро соціального страхування здійснюють управління на місцях

Існує єдина ієрархія страхових кас та діє вертикальна система медичного страхування, якою управляє Національна страхова організація

У Франції понад 75 % населення мають ОМС

87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування, або через приватне страхування, основною метою цього є покриття більшої частини тих витрат, які не відшкодовуються фондами державного страхування після того, як пацієнт сплатив початковий рахунок

Система бюджетного фінансування охорони здоров’я з високим рівнем централізації управління

Добровільне медичне страхування (13%) охоплює ту частину медичних послуг, що не входять до переліку тих, що забезпечуються Національною службою охорони здоров’я

Вважається однією із найефективніших в світі медичних систем

На потреби охорони здоров’я в Канаді витрачається близько 33% місцевих бюджетів провінцій. Деякі медичні послуги сплачуються пацієнтом, їх перелік відрізняється для кожної провінції

Започаткована система ощадних рахунків медичного страхування (МSАs – Меdiсаl savings ассоunts), в тих випадках, коли кошти ощадного рахунку вичерпані, робітники мають сплачувати медичні послуги із власних коштів. Всі кошти, що знаходяться на ощадних рахунках, належать працівнику, включаючи ті, що залишилися після завершення розрахункового періоду

Діє програма «Medicare», яка забезпечує 90% від вартості медичних послуг, окрім оптикометричної, стоматологічної та невідкладної допомоги

Страхові внески складають 1,5 % від заробітної плати

Добровільне медичне страхування мало поширене і всього воно складає 1%

Система охорони здоров’я опирається в більшій мірі на приватні медичні установи (понад 80%)

В Японії існує кілька систем страхування : страхування працівників, територіальне страхування, додаткове медичне страхування

Добровільне медичне страхування складає 1%

2.6 Етапи започаткування та розвитку медичного страхування в Україні

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Етап | Роки | Процеси, які відбувалися |
| Перший | Середина XIX - початок XX ст. | це період зародження вітчизняної системи медичного страхування. Передумовою виникнення цієї форми страхування став період, коли в царській Росії 26 серпня 1866 р. у зв’язку із настанням епідемії холери прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов’язувались організовувати для своїх робітників лікарні (з розрахунку 1 ліжко на 100 осіб), що дало початок формуванню фабрично-заводської медицини, в тому числі в Україні.  Особливостями зазначеного періоду були:   * поступовість запровадження обов’язкового медичного страхування; * територіальна обмеженість розповсюдження; * охоплення страхуванням винятково приватної тобто недержавної сфери промисловості. |
| Другий | 1921-1927рр. | цей етап пов’язаний з переходом України до нової економічної політики (НЕП), що стало для системи охорони здоров’я поступовим відступом від бюджетної системи фінансування і призвело до передачі медичних закладів на фінансування місцевим бюджетам з різким скороченням фінансування та подальшим введенням часткової оплати за медичну допомогу. Протягом другого етапу створено сприятливі умови для відновлення принципів страхової медицини. Так, за часів НЕПу на систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України. Управління медичною допомогою у структурі Наркомату охорони здоров’я України здійснював відділ робітничої медицини. Джерелами фінансування були внески працедавців, що становили приблизно 30%. |
| Третій | 1927-1991рр. | цей період характеризувався впровадженням бюджетно-адміністративної форми медичного страхування, так званої системи Семашко.  Для неї характерно:   * централізоване державне субсидування заходів з охорони здоров'я населення; * безкоштовна, доступна для всіх медична допомога з дільничним принципом її надання; * єдині підходи в статистиці та обліку загальної захворюваності населення. |
| Четвертий | 1991-2001рр. | період за часів, якого були закладені основні принципи соціального захисту населення шляхом прийняття відповідних актів. Також закладено законодавчі основи здійснення страхової діяльності та сформульовано основні положення функціонування національної системи охорони здоров’я і фармації |
| П’ятий | 2001-2007рр. | до основних позитивних характеристик зазначеного етапу належать наступні:   * формування чіткіших сфер функціонування ДМС і ОМС; * визначення та впровадження ОМС як ефективної складової соціального захисту населення; * взаємопов’язаність зі стратегією впровадження ОМС законів, що регулюють медичну та фармацевтичну діяльність; * наявність альтернативних законопроектів щодо впровадження ОМС; * розшарування організаційних і фінансово-економічних механізмів функціонування ОМС; * розробка та створення сприятливіших умов для діяльності страховиків з ДМС. |
| Шостий | З 2007 р. – до нинішніх часів. | на жаль, через політичну нестабільність, що має місце останніми роками в Україні, більшість прийнятих на минулому етапі законів мали декларативний характер. До того ж порівняльний аналіз законодавчих актів показує відсутність узгодженості як між ними, так і між іншими нормативно-правовими документами. |

2.7 Адміністративно-правове регулювання медичного страхування в Україні в умовах сучасної медичної реформи

Ієрархія нормативно-правових документів, що регулюють медичну сферу

Згідно з Національною стратегії реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років, прийнятої під час першої фази реформування (2015-2020 рр.)

Не рекомендувалося запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування.

Зазначено, що створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов’язковим.

Було запропоновано створення двох пакетів : «Універсальний не страховий пакет» та «Державний страховий пакет».

«Універсальний не страховий пакет»

«Державний страховий пакет»

Включає профілактичні програми та медичну допомогу, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян.

У межах цього пакету держава забезпечує ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів.

Універсальні нестрахові послуги включатимуть у себе ряд медичних послуг, які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров’я, випадки хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики, пов’язані з катастрофічними витратами на лікування.

Покриття пакету може включати:

a. Громадське здоров’я (щеплення, туберкульоз, ВІл);

b. Психічне здоров’я;

c. Рідкісні захворювання;

d. Ургентне лікування незастрахованої частини населення;

e. Покриття катастрофічних витрат на охорону здоров’я, що перевищують певний поріг;

На першому етапі, Міністерство розробить розрахунки для УНП, зокрема: список послуг, що фінансуються державою; визначення ринкової ціни УНП; визначення суми спільних платежів із урахуванням соціально-економічного статусу тих, хто отримує допомогу (наприклад, пенсіонери, безробітні, інваліди).

Наступним кроком після розрахунку Універсального нестрахового пакету є розрахунок бюджетних ресурсів для придбання пакетів послуг із медичного страхування для вразливих груп населення.

Таким, чином бенефіціари (пацієнти) зможуть вільно обирати страхові компанії, що беруть участь в урядовій програмі; уряд і страховики погодять мінімальний набір послуг та стандарти послуг страхового пакету.

Згідно з національної стратегії реформування системи охорони здоров’я в україні на період 2015 – 2020 років система охорони здоров’я повинна орієнтуватися на такі принципи:

У 2016 році послідовно розпочинається реформування системи охорони здоров’я України

Основними цілями медичної реформи є:

В рамках реформи охорони здоров'я були прийняті такі нормативноправові акти:

Постанова Кабінету міністрів «про затвердження порядку створення госпітальних округів» забезпечує:

Документом, зокрема, передбачено, що центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Склад, межі та зона обслуговування госпітального округу повинні бути визначені таким чином, щоб жителі, які проживають у його межах, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у межах свого округу.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров’я»

Можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством.

Передбачає автономізацію медичних закладів та перетворення їх на некомерційні підприємства чи комунальні установи.

Відновідно до внесених змін керівник закладу охорони здоров’я отримує значно більшу свободу у розпорядженні активами, фінансами, у формуванні кадрової політики комунального некомерційного підприємства та визначенні внутрішньої організаційної структури закладу.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування»

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов’язаних з наданням:

* екстреної медичної допомоги;
* первинної медичної допомоги;
* вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
* третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
* паліативної медичної допомоги;
* медичної реабілітації;
* медичної допомоги дітям до 16 років;
* медичної допомоги у зв’язку з вагітністю та пологами.

2.8 Аналіз останніх законодавчих ініціатив щодо запровадження загальнообов’язкового державного медичного страхування

За останні 20 років було підготовлено понад двадцять законопроектів щодо обов’язкового медичного страхування, проте жоден з них не знайшов вагомої підтримки в Верховній Раді України, що в більшості випадків пов’язане з необхідністю розробки нових реальних механізмів контролю за фінансовими фондами, які будуть утворенні після впровадження загального обов’язкового медичного страхування.

Останні законодавчі ініціативи щодо запровадження ОМС

Проект закону України від 14.07.2016 р. № 4981

Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні

Автор законодавчої ініціативи: Денісова Л. Л., Шипко А. Ф., Розенблат Б. С., Єфремова І. О., Поляков М. А.

Голова комітету: Л. Денісова.

Відповідальний комітет: Комітет з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення.

Проект закону України від 12.05.2020 р. № 3464

Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні

Автор законодавчої ініціативи: Ю. Тимошенко, О. Абдуллін, К. Бондарєв, М. Волинець, В. Данілов, В. Дубіль, В. Івченко, В. Кабаченко, І. Кириленко, І. Крулько, О. Кучеренко, А. Лабунська, В. Наливайченко, А. Ніколаєнко, А. Пузійчук, С. Тарута, М. Цимбалюк, А. Шкрум, О. Кондратюк

Голова комітету: М. Радуцький

Відповідальний комітет: Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Законопроект | № 4981 | № 3464 |
| Термін «медична послуга» | комплекс спеціальних заходів, спрямованих на надання медичної допомоги, забезпечення ліками та засобами медичного призначення, який здійснюється закладами охорони здоров’я та має вартісну оцінку. | послідовно визначені дії або комплекс дій суб’єкта господарювання у сфері охорони здоров’я, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв’язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв’язку з вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовується як основа визначення їх обсягу та вартості. |
| *Аналіз* | *Законопроект № 3464 містить більш детальний опис терміну.* | |
| Термін «страхувальники» | особи, які відповідно до цього закону уклали із страховиками договори загальнообов’язкового соціального медичного страхування. | особи, які відповідно до цього закону уклали договори загальнообов’язкового медичного страхування. |
| *Аналіз* | *Законопроект № 3464 та законопроект № 4981 подають схожі визначення терміну з єдиною відмінністю у тому, що законопроект № 4981 підкреслює що ОМС має соціальний характер.* | |
| Термін «застрахована особа» | є громадянин України, постійно проживаюча на території України особа без громадянства, іноземний громадянин, що підлягає страхуванню відповідно до цього Закону, та на користь якої укладено договір про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування. | особа, на користь якої укладено договір про загальнообов’язкове медичне страхування. |
| *Аналіз* | *Законопроект № 4981 більш детально описує термін.* | |
| Термін «програма загальнообов’язкового страхування» | складова частина державних гарантій згідно Конституції України на безоплатне отримання фізичними особами у державних та комунальних медичних закладах медичної допомоги (медичних послуг) на умовах і у порядку, встановленому цим Законом. | складова частина Програми державних гарантій яка, гарантує безоплатне отримання фізичними особами медичних послуг в закладах охорони здоров’я за рахунок коштів системи загальнообов’язкового медичного страхування. |
| *Аналіз* | *Даний пункт у законопроектах визначає, що Програма ОМС є однією із державних гарантій.* | |
| Законодавство України у системі загальнообов’язкового медичного страхування | відносини у сфері загальнообов’язкового соціального медичного страхування регулюються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про ліцензування видів господарської діяльності», цим Законом, іншими законами України і нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до них. | відносини у сфері фінансового забезпечення охорони здоров’я та загальнообов’язкового медичного страхування регулюються Конституцією України, Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Бюджетним Кодексом України, Податковим Кодексом України, цим Законом, іншими законами України і нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до них. |
| *Аналіз* | *Дані пункти містять схожі норми, з відмінністю у тому, що законопроект № 3464 містить більш розширений перелік нормативно-правових актів законодавчої бази медичного страхування в Україні, це пояснюється тим, що він був розроблений пізніше.* | |
| Принципи загальнообов’язкового медичного страхування | 1) законодавчого визначення умов і порядку здійснення загальнообов’язкового медичного соціального страхування;  2) солідарності;  3) соціальної рівності;  4) субсидування;  5) цільового використання коштів загальнообов’язкового державного соціального страхування;  6) встановлення договірних відносин між страхувальниками, страховиками, закладами охорони здоров’я та застрахованими особами;  7) конкуренції між закладами охорони здоров’я, які отримують кошти відповідно до обсягів та якості наданої медичної допомоги (медичних послуг);  8) установлення державних гарантій для реалізації застрахованими особами своїх прав на отримання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг);  9) відповідності встановленим медико-економічним стандартам надання медичної допомоги в разі настання страхового випадку;  10) відповідальності суб’єктів загальнообов’язкового соціального медичного страхування за вчинені правопорушення;  11) безоплатності надання застрахованим особам медичних послуг при настанні страхового випадку в обсязі та на умовах, передбачених Програмою страхування на всій території України;  12) обов’язковості сплати страхувальниками страхових внесків за договорами загальнообов’язкового соціального медичного страхування, на умовах і в розмірах, передбачених законодавством;  13) встановлення державних гарантій дотримання прав застрахованих осіб на отримання медичних послуг за програмою страхування не залежно від фінансового стану страховика, з яким було укладено договір страхування;  14) стійкості фінансової системи загальнообов’язкового соціального медичного страхування, що забезпечується на основі еквівалентності страхового забезпечення грошовим коштам системи загальнообов’язкового соціального медичного страхування;  15) забезпечення доступності та належної якості безоплатної медичної допомоги застрахованими особами;  16) паритетності представництва суб’єктів та учасників системи загальнообов’язкового соціального медичного страхування в управлінні загальнообов’язковим соціальним медичним страхуванням. | 1) законодавчого визначення умов і порядку здійснення загальнообов’язкового медичного страхування;  2) солідарності;  3) соціальної рівності;  4) субсидування;  5) цільового використання коштів загальнообов’язкового медичного страхування;  6) встановлення договірних відносин між страхувальниками, страховиками, закладами охорони здоров’я та застрахованими особами;  7) конкуренції між закладами охорони здоров’я, які отримують кошти відповідно до обсягів та якості наданої медичної допомоги (медичних послуг);  8) установлення державних гарантій для реалізації застрахованими особами своїх прав на отримання безоплатної медичної допомоги (медичних послуг);  9) відповідності встановленим медико-економічним стандартам надання медичної допомоги (медичних послуг) в разі настання страхового випадку;  10) відповідальності суб’єктів загальнообов’язкового медичного страхування за вчинені правопорушення;  11) безоплатності надання застрахованим особам медичних послуг при настанні страхового випадку в обсязі та на умовах, передбачених Програмою страхування на всій території України;  12) обов’язковості сплати страхувальниками страхових внесків за договорами загальнообов’язкового медичного страхування, на умовах і в розмірах, передбачених законодавством;  13) встановлення державних гарантій дотримання прав застрахованих осіб на отримання медичних послуг за програмою страхування незалежно від фінансового стану страховика, з яким було укладено договір страхування;  14) стійкості фінансової системи загальнообов’язкового медичного страхування, що забезпечується на основі еквівалентності страхового забезпечення грошовим коштам системи загальнообов’язкового медичного страхування;  15) забезпечення доступності та належної якості безоплатної медичної допомоги застрахованими особами. |
| *Аналіз* | *Дані пункти містять схожі норми, з відмінністю у тому, що законопроект № 4981 містить ще один принцип – принцип паритетності представництва.* | |
| Суб’єкти загальнообов’язкового медичного страхування | 1) застраховані особи,  2) страхувальники,  3) страховики,  4) заклади охорони здоров’я,  5) Фонд гарантування загальнообов’язкового соціального медичного страхування. | 1) застраховані особи;  2) страхувальники;  3) Уповноважений орган обов’язкового медичного страхування;  4) заклади охорони здоров’я. |
| *Аналіз* | *Відрізняється перелік суб’єктів ОМС, так законопроект № 4981 виділяє Фонд гарантування загальнообов’язкового соціального медичного страхування та страховиків, а законопроект № 3464 пропонує створити уповноважений орган обов’язкового медичного страхування.* | |
| Учасники загальнообов’язкового медичного страхування | 1) Уповноважений орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері загальнообов’язкового соціального медичного страхування,  2) саморегулівна організація страховиків,  3) об’єднання страхувальників,  4) об’єднання застрахованих осіб,  5) об’єднання закладів охорони здоров’я. | Не вказано |
| Уповноважений орган | Уповноважений орган є органом державної влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері загальнообов’язкового соціального медичного страхування. | Загальнообов’язкове страхування здійснює Уповноважений орган обов’язкового медичного страхування (далі Страховик).  Страховик є некомерційною самоврядною організацією, що діє на підставі статуту, який затверджується Кабінетом Міністрів України.  Управління Страховиком здійснюється на паритетній основі державою, представниками застрахованих осіб та роботодавців.  Органами управління Страховика є його наглядова рада, правління та виконавча дирекція.  Правління Страховика складається з представників від держави, застрахованих осіб і роботодавців, які виконують свої обов’язки на громадських засадах.  Порядок формування Правління та його Положення Затверджуються Кабінетом Міністрів України.  Нагляд за додержанням Страховиком законодавства у сфері загальнообов’язкового медичного страхування, виконанням завдань, що стоять перед Страховиком, і цільовим використанням його коштів здійснює Наглядова рада, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу.  До складу Наглядової ради входять по п’ять представників від держави, застрахованих осіб і роботодавців.  Порядок формування Наглядової ради та її Положення Затверджуються Кабінетом Міністрів України |
| *Аналіз* | *Законопроект № 3464 не виокремлює учасників ОМС, проте дає більш детальний та конкретний опис аспектів діяльності Уповноваженого органу обов’язкового медичного страхування.* | |
| Припинення договору загальнообов’язкового медичного страхування | дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:  1) закінчення строку дії;  2) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим зі спливом 60 (шестидесяти) календарних днів з останнього дня кінцевого строку сплати платежу, якщо інше не обумовлено типовим договором для окремих категорій страхувальників;  3) ліквідації страхувальника — юридичної особи або смерті страхувальника — фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених цим Законом;  4) ліквідації страховика — у порядку, передбаченому ст. 25 цього закону;  5) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;  6) смертю застрахованої особи;  7) в інших випадках, передбачених законодавством України. | Не вказано |
| *Аналіз* | *Законопроект № 3464 не вказує умови припинення договору загальнообов’язкового медичного страхування* | |
| Права та обов’язки застрахованої особи | Застрахована особа має право:  1) безоплатно, за рахунок коштів обов’язкового соціального медичного страхування, отримувати медичну допомогу та медичні послуги в закладах охорони здоров’я України на умовах та в обсязі, визначених Програмою загальнообов’язкового соціального медичного страхування;  2) вільного вибору лікаря для отримання первинної медичної допомоги в межах відповідної територіальної одиниці;  3) на спеціалізовану та кваліфіковану медичну допомогу, яка за медичною доцільністю може надаватися за межами територіальної одиниці;  4) на отримання у страховика та в Уповноваженому органі консультацій про порядок та умови надання медичної допомоги, сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов’язкового соціального медичного страхування;  5) вільного вибору страховика в порядку, визначеному частиною 3 цієї статті;  6) брати участь в управлінні загальнообов’язковим соціальним медичним страхуванням шляхом участі у об’єднаннях застрахованих осіб особисто або через своїх представників.  Застрахована особа зобов’язана:  1) додержуватися вимог законодавства України в сфері загальнообов’язкового соціального медичного страхування;  2) піклуватись про своє здоров’я, свідомо не створювати ризику для свого здоров’я;  3) проходити профілактичні медичні огляди та щеплення у передбачених Програмою загальнообов’язкового медичного страхування, випадках;  4) отримати свідоцтво про обов’язкове медичне страхування і пред’являти його при зверненні по медичну допомогу;  5) виконувати інші обов’язки, встановлені законодавством.  Особи, визначені статтею 6 цього Закону для набуття статусу застрахованої особи, зобов’язані надати згоду на укладання щодо них договорів загальнообов’язкового соціального медичного страхування або самостійно ініціювати укладання такого договору з обраним страховиком шляхом подання відповідної заяви. Заява з відміткою страховика про її прийняття надається страхувальнику не пізніше ніж за 20 днів до дня, укладання договору, а при влаштуванні застрахованої особи на роботу — не пізніше дня укладання трудового договору. | Застрахована особа має право:  1) безоплатно, за рахунок коштів загальнообов’язкового медичного страхування, отримувати медичні послуги в закладах охорони здоров’я України на умовах та в обсязі, визначених Програмою страхування;  2) на отримання у Страховика консультацій про порядок та умови надання медичної допомоги, сплати страхових внесків, використання страхових коштів, а також з інших питань загальнообов’язкового медичного страхування;  3) брати участь в управлінні загальнообов’язковим медичним страхуванням шляхом участі у об’єднаннях застрахованих осіб особисто або через своїх представників.  Застрахована особа зобов’язана:  1) додержуватися вимог законодавства України в сфері загальнообов’язкового медичного страхування;  2) піклуватись про своє здоров’я, свідомо не створювати ризику для свого здоров’я;  3) проходити профілактичні медичні огляди та щеплення у передбачених Програмою страхування, випадках;  4) протягом 30 днів з дати зміни статусу (працевлаштування, звільнення, призначення пенсії, тощо) повідомляти Страховика в порядку, визначеному Страховиком;  5) виконувати інші обов’язки, встановлені законодавством.  Надати згоду на укладання щодо них договорів загальнообов’язкового медичного страхування або самостійно ініціювати укладання такого договору зі Страховиком шляхом подання відповідної заяви. |
| *Аналіз* | *Законопроект № 4981 надає більш розгорнутий опис прав та обов’язків застрахованої особи, так, наприклад, у ньому вказується право вільно обирати собі страховика.* | |
| Програма страхування | 1. Програма загальнообов’язкового соціального медичного страхування (далі – Програма страхування) встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги (медичних послуг) та її оплати за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов’язкового соціального медичного страхування.  2. Програма страхування визначає мінімальний перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, що надаються закладами охорони здоров’я застрахованим особам за рахунок страхових виплат, здійснених страховиками.  3. Програма загальнообов’язкового соціального медичного страхування повинна містити:  1) перелік страхових ризиків (визначення груп захворювань, травм або їх наслідків, за якими медична допомога застрахованим особам надається за кошти страхових виплат за договорами загальнообов’язкового соціального медичного страхування);  2) типи закладів охорони здоров’я;  3) види надання медичної допомоги;  4) перелік страхових випадків;  5) перелік виключень зі страхових випадків;  6) застосування франшизи;  7) визначення обсягів, методів та строків лікування, профілактичних та реабілітаційних заходів, що забезпечуються Програмою страхування;  8) перелік критеріїв визначення якості наданих послуг;  9) порядок здійснення контролю страховиком за наданням медичної допомоги (медичних послуг) та її якістю;  10) дії застрахованої особи при настанні страхового випадку;  11) перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, порядок обміну документами між суб’єктами;  12) порядок і умови здійснення страхової виплати, строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;  13) підстави для відмови у здійсненні страхової виплати;  14) умови та порядок припинення дії договору страхування;  15) права та обов’язки сторін.  4. Програма загальнообов’язкового соціального медичного страхування може містити: перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, які компенсуються за рахунок коштів загальнообов’язкового соціального медичного страхування частково. | 1. Програма страхування встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги, забезпечення ліками та медичними виробами та оплати медичних послуг за рахунок страхових виплат за загальнообов’язковим медичним страхуванням, здійснених в порядку, визначеному цим законом.  2. Проєкт Програми страхування на наступний рік розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров’я за пропозиціями Уповноваженого органу обов’язкового медичного страхування як частина Програми державних гарантій до першого червня поточного року та передбачає:  а) перелік страхових ризиків (визначення груп захворювань, травм або їх наслідків, за якими медична послуга (медична допомога) за рахунок страхових виплат за загальнообов’язковим медичним страхуванням;  б) правила загальнообов’язкового медичного страхування;  в) види надання медичної допомоги;  г) перелік страхових випадків та перелік виключень зі страхових випадків;  д) визначення обсягів, методів та строків лікування, профілактичних та реабілітаційних заходів, що забезпечуються Програмою страхування;  е) перелік критеріїв визначення якості наданих послуг;  ж) порядок здійснення контролю за наданням медичних послуг (медичної допомоги) та її якістю;  з) порядок дії при настанні страхового випадку, перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та порядок обміну документами між суб’єктами;  и) розмір страхових внесків, який може відрізнятися для окремих видів застрахованих осіб;  к) порядок і умови здійснення страхової виплати, строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;  л) підстави для відмови у здійсненні страхової виплати;  м) права та обов’язки сторін.  3. Програма страхування може містити: перелік медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, які компенсуються за рахунок коштів загальнообов’язкового медичного страхування частково.  4. До видів медичної допомоги які входять до Програми страхування належать:  а) вторинна (спеціалізована) медична допомога;  б) третинна (високоспеціалізована) медична допомога;  в) забезпечення за рецептом чи приписом готовими лікарськими засобами та медичними виробами, необхідними для надання медичної допомоги (реімбурсації);  г) медична реабілітація.  5. Програма страхування розробляється на наступний період на підставі потреби в медичних послугах, вартості медичних послуг та статистики страхових виплат за попередні роки. Програма страхування має забезпечувати стійкість фінансової системи загальнообов’язкового медичного страхування, стійкість функціонування мережи медичних закладів та доступність медичних послуг.  6. Джерелом фінансування Програми страхування є:  а) страхові внески, що сплачуються страхувальниками на умовах та в порядку, який визначає Кабінет Міністрів України;  б) кошти державного та місцевих бюджетів;  в) благодійні та добровільні внески підприємств, установ, організацій та фізичних осіб;  г) інші надходження, не заборонені законодавством.  7. Для часткового або повного покриття вартості страхових внесків держава може надавати застрахованим особам медичну субсидію. Розмір медичної субсидії визначається у Програмі страхування.  8. Розмір страхових внесків повинен забезпечити фінансове забезпечення Програми страхування на рівні не менше ніж 3,5% від прогнозованого рівня валового внутрішнього продукту на відповідний бюджетний період.  9. Головним розпорядником коштів за Програмою страхування є Уповноважений орган обов’язкового медичного страхування. |
| *Аналіз* | *Законопроект № 3464 містить більш детальний опис програми страхування, а саме визначає як і коли розробляється програма, передбачає, які види медично допомоги входять до програми, визначає її джерела фінансування та розмір страхових внесків, законопроект містить лише зміст програми медичного страхування, проте не конкретизує кожен із пунктів.* | |

ВИСНОВКИ

В процесі комплексного аналізу правових механізмів впровадження ОМС в Україні, проведеного в межах кваліфікаційної роботи, на основі аналізу чинного законодавства України і практики його реалізації, теоретичного осмислення ряду наукових праць у різних областях знань, сформульовано ряд висновків, пропозицій і рекомендацій, спрямованих на удосконалення чинного галузевого законодавства в досліджуваній сфері.

1. Медичне страхування – вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів. медичне, як пов’язане з майновими інтересами захисту життя, здоров’я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування.

2. Медичне страхування може існувати в обов’язковій і добровільній формах. Світовий досвід показує, що обидві форми можуть вільно існувати в системі охорони здоров’я країни, доповнюючи один одного. Вибір державою того, яка з форм є основною залежить від конкретних економічно-політичних умов, культурно-історичних особливостей, від рівня демографічних і соціальних показників, а також від інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я нації і рівень медичного обслуговування.

3. Загальновідомі три основні моделі медичного страхування: бюджетна модель фінансування (модель Беверіджа), платна (приватна) модель фінансування, змішана модель фінансування (модель Бісмарка).

4. Основні етапи розвитку медичного страхування в Україні, в першу чергу пов'язані з етапами українського державотворення та з етапами розвитку конституціоналізму. Можна виділити шість основних етапів впровадження медичного страхування в Україні, кожен з етапів має свої характерні риси:

* перший – являє собою період зародження вітчизняної системи медичного страхування;
* другий – короткий етап, який характеризувався поступовим відступом від бюджетної системи фінансування медичного страхування;
* третій – період так званої системи Семашко (бюджетно-адміністративна форма медичного страхування);
* четвертий – період, під час якого було закладено основи здійснення страхової діяльності та сформульовано основні положення функціонування національної системи охорони здоров’я і фармації;
* п’ятий – період розробки та накопичення нормативно-правової бази щодо ОМС та ДМС;
* шостий – розробка переважно декларативних законопроектів, початок реформування системи охорони здоров’я.

5. Згідно з Національною стратегії реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років, прийнятої під час першої фази реформування (2015-2020 рр.) було запропоновано створення двох пакетів: «Універсальний не страховий пакет» та «Державний страховий пакет». Перший повинен охоплювати в себе щеплення, лікування психічних та рідкісних захворювань, ургентне лікування незастрахованої частини населення, а також покриття катастрофічних витрат на охорону здоров’я, що будуть перевищувати певний поріг. «Державний страховий пакет» забезпечував би ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів.

6. У 2016 році послідовно розпочалося реформування системи охорони здоров’я України. Основними цілями медичної реформи виступили: запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги; створення єдиного національного замовника медичних послуг – Національна служба здоров’я України; створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією; автомізація бюджетних закладів охорони здоров’я; створення госпітальних округів.

7. Цією реформою передбачалося введення у нашій країні загального обов’язкового медичного страхування. Проте реформа була запущена, а питання ОМС залишилося не вирішеним. За період незалежності в Україні було підготовлено понад двадцять законопроектів щодо ОМС, нажаль законопроекти мали в основному декларативний характер.

8. Подальший розвиток України потребує вдосконалення системи законодавства. Тому для покращення системи законодавства про страхування варто:

1) створити та прийняти закон «Про Загальнообов’язкове медичне страхування»;

2) здійснити кодифікацію всіх нормативно-правових актів, що стосуються матеріальних і процесуальних норм у сфері медичного страхування, розмістивши їх в одному законодавчому акті;

3) створити Медичний кодекс України.

9. Порівняльне дослідження останніх законопроектів щодо впровадження загальнообов’язкового медичного страхування показало, що більшість з них має декларативний характер. Проте варто зазначити, що найновіший законопроект № 3464 все ж таки має певні позитивні риси, а саме: ширша деталізація основних термінів ( «медична послуга», «страхувальники», «застрахована особа», «програма загальнообов’язкового страхування»), містить більш детальний опис програми страхування, а саме визначає як і коли розробляється програма, передбачає, які види медично допомоги входять до програми, визначає її джерела фінансування та розмір страхових внесків. Серед негативного законопроект № 3464 не вказує умови припинення договору загальнообов’язкового медичного страхування. Однак, законопроект № 4981 надає більш розгорнутий опис прав та обов’язків застрахованої особи та деталізує умови припинення договору загальнообов’язкового медичного страхування.

Таким чином, можна зазначити, що обидна законопроекти мають свої позитивні та негативні сторони, важливо в майбутньому їх врахувати для створенню гідного законопроекту.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белей Є. Н. Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації у сфері охорони громадського здоров’я : автореф. дис. канд. юрид. наук. Київ. 2019. С.16.

2. Бермутова К.А. Обов’язкове медичне страхування : перспективи запровадження в Україні. *Новини медицини та фармації*. 2012. №17(430). С.22-27. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/34165 (дата звернення: 10.09.20).

3. Білик О.І. Переваги на недоліки введення обов’язкової форми медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2013. № 767. С.270–276.

4. Болотіна Н. Б. Медичне право у системі права України. *Право України*. 1999. № 7. С.116–121.

5. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров’я у зарубіжних країнах. *Lviv Polytechnic National University Institutional Repository*. 2011. C. 587–588. URL:http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf (дата звернення: 10.09.20).

6. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров’я. *Форум права*. 2011. №2. С. 139–146. URL: http://www.nbuv.gov.ua/ejournals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf (дата звернення: 10.09.20).

7. Герус Ю. В. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення медичного страхування і можливості його застосування в Україні. *Бізнес-інформ*. 2015. №4. С. 224–232. URL: http://business-inform.net/export\_pdf/businessinform-2015-4\_0-pages-224\_232.pdf. (дата звернення: 10.09.20).

8. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров’я в Україні : монографія. Київ. 2007. С. 720.

9. Гомон Д. О. Генезис розвитку правового регулювання у сфері охорони здоров’я в Україні . *Национальный юридический журнал: теория и практика*. № 5 (9). Кишинев. 2014. С.110-113

10. Говорушко Т.А. Страхові послуги: навч. посіб. Київ. 2005. С. 400.

11. Гришан Ю. П. Необхідність реформування галузі охорони здоров’я : впровадження обов’язкового медичного страхування в Україні. *Фінанси, облік і аудит*. 2010. № 15. С. 42–50.

12. Гревцова Г. Ю. Деякі питання законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров’я в Україні. *Часопис Академії адвокатури України.* 2013. № 19(2). С. 1–12. URL: http ://nbuv.gov.ua/ujrn/chaau\_2013\_2\_10 (дата звернення: 10.09.20).

13. Денисова А. В., Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. URL: http://www.lj.kherson .ua/2016/pravo04/ part\_1/30.pdf (дата звернення: 12.09.20).

14. Дічко Г. О. Теоретико-правові засади медичного права в Україні в контексті правової глобалізації : автореф. дис. к.ю.н. : 12.00.01. Запоріжжя, Класичний приватний університет, 2018. С. 20.

15. Досвід краї Європи у фінансуванні охорони здоров’я. Уроки для України.URL:https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\_library/14\_reviewbook\_uk.pdf (дата звернення: 10.09.20).

16. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи.*Соціальне страхування*. 2008. №1. С. 18 - 21.

17. Журавльова З.В. Фінансова основа обов’язкового соціального медичного страхування в Україні. *Держава та регіони (серія «Право)*. 2013. № 1(39). С.83–87.

18. Занфірова Т. А. Правове регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції. *Електронна бібліотека юридичної літератури*. URL: http://pravoznavec.com.ua/period/article/10977/%C7 (дата звернення: 10.09.20).

19. Індекс здоров’я. Українa. URL: http://health-index.com.ua (дата звернення: 10.09.20).

20. Карпишин Н. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров’я. *Світ Фінансів*. 2008. №1 (14). С.110-117

21. Коваленко В. В Курс адміністративного права України : підручник. Київ. 2012. 808 с.

22. Коломоєць Т.О. Кодифікація адміністративно-процедурного законодавства України: монографія. Запоріжжя: ЗНУ. 2011. С. 228.

23. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. С. 96.

24. Косова Т. Д., Басанцов І. В. Сутність і критерії ефективності системи соціального захисту. *Фінанси України*. 2000. № 8. С. 26—32.

25. Логвиненко Б. О. Окремі питання функціонування Національної служби здоров’я України. Розвиток медичного права України в контексті євро інтеграційних та глобалізацій них процесів : *Матеріали ІІІ Всеред. науково-практ. конф. з міжнародною участю*. Київ. 2018 . С. 79–81.

26. Любінець О.В., Сенюта І.Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров’я україни. URL: http://www.umj. com.ua./arhiv/53/1683.asp (дата звернення: 10.09.20).

27. Малік Є. О. Медичне страхування, добровільне та обов’язкове . *Економіка: проблеми теорії та практики*. Донецьк. 2006. № 186. Т4. С. 113–121.

28. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров’я : система і систематизація. Медичне право. 2013. № 2. С. 63–74.

29. Матвієнко Ю. Система охорони здоров’я в Японії. Медицина світу : журнал. URL: http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1 (дата звернення: 12.09.20).

30. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. URL: http://www.likar.info/profi/articles/405.html (дата звернення: 10.09.20).

31. Медичне страхування Франції. Ваше здоров’я : Медична газета України.URL:https://www.vz.kiev.ua/medichne-straxuvannya-franciyiegalitarnist-idostupnist/ (дата звернення: 10.09.20).

32. Миронов А. Система охорони здоров’я України як об’єкт державного контролю. *Публічне право*. 2018. № 3 (31). С. 133–139.

33. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні. *Економіка та держава*. 2007. № 2. С. 40-41.

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 10.09.20).

35. Окунський А.Р. Медичне страхування в Україні: проблеми і перспективи. *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19*. Львів. 2007. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01\_203\_04.pdf (дата звернення: 10.09.20).

36. Основи законодавства України про охорону здоров’я Закон України від 19.11.1992 № 2802-XII. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12 (дата звернення: 10.09.20).

37. Офіційний сайт Всесвітньої організацїї охорони здоров’я. URL:http://www.who.int/ (дата звернення: 10.09.20).

38. Парламентські слухання про реформу охорони здоров’я в Україні від 16 грудня 2015 року. URL: http://static.rada.gov.ua /zakon/new/par\_sl/ sl1612115.htm (дата звернення: 10.09.20).

39. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення : дисертація, к.ю.н. : 12.00.03. Харків. 2007. С. 196.

40. Про Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000 (дата звернення: 10.09.20).

41. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров’я Закон України від 06.04.2017 2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text (дата звернення: 10.09.20).

42. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування Закон України від 03.07.2020 2168-VIII. URL: https://zakon. rada.gov.ua/laws/show/ 2168-19#Text (дата звернення: 10.09.20).

43. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 932. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-п#Text (дата звернення: 10.09.20).

44. Про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні: Проєкт Закону України від 02.08.2016 № 4981. URL: https://www.apteka.ua/article/379004 (дата звернення: 10.09.20).

45. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров’я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80 (дата звернення: 10.09.20).

46. Про фінансове забезпечення охорони здоров’я та загальнообов’язкове медичне страхування в Україні: Проєкт Закону України від 12.05.2020 № 3464. URL: https://www.apteka.ua/article/546850 (дата звернення: 10.09.20).

47. Радиш Я. Ф. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України. *Український медичний часопис*. 2007. № 1 (57). С. 45–49.

48. Рудий В.М. Законодавче забезпеченню реформи системи охорони здоров’я в Україні. Київ. 2005. С. 54-63.

49. Руснак Л. М. Міжнародний досвід щодо адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров’я в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки*. 2015. № 5; т. 3. С. 46–50. URL: http://www.lj.kherson.ua/2015/pravo05/part\_3/12.pdf (дата звернення: 10.09.20).

50. Сарибаєва Г.М. Систематизація стратегічних документів про реформу сфери охорони здоров’я. *Jurnalul juridic naţional: teorie şi practică*. 2018. № 3. Т. 2.С. 59-61.

51. Семигіна Т. В. Здоров’я у сучасному науковому та політичному дискурсі. URL: http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/1178/1/ Semyhina\_Zdorovia%20u%20suchasnomu.pdf (дата звернення: 10.09.20).

52. Сенюта І. Я. Концепція реформування законодавчого забезпечення охорони здоров’я України. Медичне право України : проблеми управління та фінансування охорони здоров’я. *Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з медичного права (II Міжнародної науково-практичної конференції з медичного права)*. Львів. 2009. С. 240–248.

53. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров’я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження) : дис. к.ю.н. : 12.00.01. Львів, 2006. С. 217.

54. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров’я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ*. Київ. 2005. С. 424-43.

55. Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населення України на засадах медичного страхування: *Матеріали наук.-практ. конф*. Ірпінь. 2001. С. 210-213.

56. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль. 2000. С. 680.

57. Співак М. В. Адміністративно-правові норми, що регулюють охорону здоров’я населення *Актуальні питання державотворення в Україні очима молодих науковців : Міжнародна науково-практична інтернет-конференція*. Тернопіль. 2012. URL: http://www.lexline.com.ua/?language=ru&

go=full\_article&id=1152 (дата звернення: 10.09.20).

58. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров’я: від 22 липня 1946 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\_599 (дата звернення: 10.09.20).

59. Стефанчук Р. О. Кодифікація медичного законодавства в Україні: pro et contra. *Публічне право*. 2016. № 3 (23). С. 27–34

60. Стеценко В. Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США. Публічне право. 2013. № 4 (12). С. 28–37. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp\_2013\_4\_6 (дата звернення: 12.09.20).

61. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник. Київ. 2008. С. 507.

62. Стратегічна дорадча група. Стратегія медичної реформи України: презентація.URL: http://healthsag.org.ua/2014/12/22/prezentatsiyi-z-publichnogo-obgovorennya-proektu-strategiyi-shho-vidbulosya-19-grudnya-2014-roku/ (дата звернення: 10.09.20).

63. Терзі О. О. Медичне право в системі права України : окремі теоретичні аспекти. Розвиток медичного права України в контексті євро інтеграційних та глобалізацій них процесів *: Матеріали ІІІ Всеред. науково-практ. конф. з міжнародною участю, м. Київ. 12 грудня 2018 року*. Київ. 2018. С. 124.

64. Токарєв Г. М. Адміністративно-правове регулювання реформування охорони здоров’я в умовах запровадження в Україні обов’язкового медичного страхування : автореф. дис. канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ : Академія праці і соціальних відносин. 2012. С. 20.

65. Удосконалення законодавства про охорону здоров’я (нова редакція основ законодавства України про охорону здоров’я) : недоліки та переваги. URL: https ://minjust.gov.ua/m/str\_2396 (дата звернення: 10.09.20).

66. Устінов О. Парламентські слухання як відкрита площадка для загальнодержавного обговорення реформи у сфері охорони здоров’я. *Укр. Мед. Часопис*. № 3(95). С. 4-8.

67. Фуртак І. І. Механізм державного управління охороною здоров’я в Україні URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01\_318\_01.pdf (дата звернення: 10.09.20).

68. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 435-IV. URL: https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text (дата звернення: 10.09.20).

69. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров’я. Київ. 2011. С.72 .

70. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. *Сталий розвиток економіки*. 2013. № 19. С.17–23. URL: http://nbuv. gov.ua/UJRN/sre\_2013\_2\_5 (дата звернення: 12.09.20).

71. Шевченко М. Медицина Японії — держава усьому голова. *Ваше здоров’я : медична газета України*. URL: http://www.vz.kiev.ua/ru/medytsyna-yaponiyiderzhava-usomu-golova/ (дата звернення: 10.09.20).

72. Шевчук О. Нездорова ситуація: чи має обов’язкове медичне страхування шанси в Україні. *Онлайн журнал Voxukraine*. 2017. URL: https:/ /voxukraine.org/uk/obovyazkovemedichne-strahuvannya-ua/ (дата звернення: 10.09.20).

73. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування: Навчальний посібник. Кондор. 2004. С. 462.

74. Яковлева Т. Соціально-правові передумови запровадження обов’язкового медичного страхування . *Підприємництво, господарство і право*. 2008. №11. С.71-74.

75. Сасковец А. А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения. Москва. 2005. С. 28.

76. Gostin, Lawrence O. Public health law : Power, duty, restraint. -2nd ed. Berkeley : University of California Press. 2008. 800 p.

77. Goodman-Bacon, Andrew Public Insurance and Mortality: Evidence from Medicaid Implementation. *Journal of Political Economy*. 2018. 126 (1) p. 216–262.

78. The Act on Medical Devices of the Federal Republic of Germany. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\_und\_Verordnungen/GuV/M/MPG\_englisch.pdf

79. «Changes in Health Insurance Enrollment Since ACA Implementation». *rand.org*. March 25 2018. URL: https://www.rand.org/pubs/ research\_reports/ RR656.html