

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра міжнародного приватного, комерційного та цивільного права

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Студентки 2 курсу, 8мз групи,
спеціальності 081 «Право»
спеціалізації «Цивільне право
та процес»

Гайдай Тетяни
Олександрівни

*підпис
студента*

Науковий керівник
доктор юридичних наук,
професор

Ладиченко Віктор
Валерійович

*підпис
керівника*

Гарант освітньої програми
доктор юридичних наук

Примак Володимир
Дмитрович

*підпис
керівника*

Київ 2019

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади правового регулювання медичного страхування	
1.1. Історія виникнення та розвитку медичного страхування.....	6
1.2. Поняття та основні засади медичного страхування	12
1.3. Нормативно-правове регулювання медичного страхування	19
РОЗДІЛ 2. Обов’язкове медичне страхування та перспективи його впровадження в Україні	
2.1. Поняття обов’язкового медичного страхування та його основні ознаки .	27
2.2. Зарубіжний досвід правового регулювання обов’язкового медичного страхування	32
2.3. Нормативно-правове регулювання обов’язкового медичного страхування	36
РОЗДІЛ 3. Добровільне медичне страхування та напрями його розвитку в Україні	
3.1. Поняття добровільного медичного страхування та його основні ознаки.	43
3.2. Зарубіжний досвід правового регулювання добровільного медичного страхування	46
3.3. Законодавче регулювання добровільного медичного страхування.....	49
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Забезпечення доступності для населення медичного страхування та підвищення його ефективності є важливим і соціально значимим компонентом страхової діяльності. Щороку чисельність населення України зменшується, стан здоров'я осіб працездатного віку погіршується й кількість економічно активного населення скорочується. Така тенденція може призвести до значного фіскального тиску на вітчизняну систему охорони здоров'я у майбутньому. Тому, реформування медичної сфери за допомогою впровадження медичного страхування і закріплення його як фундаменту фінансування сфери охорони здоров'я – шлях, який зможе вирішити більшість проблем медичної галузі держави.

Питання страхової медицини та її впровадження в Україні розглядали окремі автори, але побічно, у контексті з медичним правом загалом.

Разом з тим зазначимо, що страхування у медичному аспекті відрізняється певною мірою від інших видів страхування, тому що в разі настання страхового випадку в галузі страхування, наприклад, у промисловості чи сільському господарстві потерпілий, який застрахував своє майно, отримує грошове відшкодування. В разі страхового випадку у медичному страхуванні потерпілий отримує медичну допомогу, яку громадяни України вважають безкоштовною. Тільки тепер вже у свідомості громадян виникають асоціації з тим, що медична допомога не може бути безкоштовною, що це товар, який повинен оплачуватися.

В Україні проблема правового забезпечення права на медичне страхування, недостатньо вивчена, хоча зацікавленість нею науковців і практиків як правників, економістів, так і медиків, невинно зростає.

Окремі аспекти права людини на медичне страхування вивчалися вченими у галузі охорони здоров'я і медицини: В. Журавель, С. Козуліна, у рамках конституційного та адміністративного права: З. Гладун та цивільного права: С. Антонов, О. Крилова, О. Прасов, І. Сенюта.

З позицій економіко-управлінського погляду на проблематику медичного страхування в Україні можна відзначити роботи: В. Бідного, О. Губаря, Т. Педченка, Я. Радиша, В. Рудня.

Мета і завдання дослідження. Мета роботи полягає у розкритті особливостей правового регулювання медичного страхування в Україні.

Відповідно до мети були поставлені наступні **завдання**:

- встановити історію виникнення та розвитку медичного страхування;
- розкрити поняття та основні засади медичного страхування;
- визначити нормативно-правове регулювання медичного страхування;
- розкрити поняття обов'язкового медичного страхування та його основні ознаки;
- охарактеризувати зарубіжний досвід правового регулювання обов'язкового медичного страхування;
- розкрити правові засади впровадження обов'язкового медичного страхування;
- визначити поняття добровільного медичного страхування та його основні ознаки;
- розкрити зарубіжний досвід правового регулювання добровільного медичного страхування;
- визначити правові засади добровільного медичного страхування.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, які виникають у сфері медичного страхування.

Предметом дослідження є правове регулювання медичного страхування.

Методологічна основа дослідження. Методологічні засади роботи складають загальнонаукові та спеціальні методи наукового дослідження, вживання яких забезпечує достовірність знання та вирішення поставлених цілей та завдань.

Протягом здійснення роботи був використаний чималий діапазон методів дослідження, приміром методи формальної логіки, системного,

структурного і функціонального аналізу, що були застосовувані як загальні методи наукового пізнання явищ об'єктивного світу.

Спеціальні юридичні методи, такі як формально-юридичний розбір і порівняльно-правовий метод зайняли центральне місце в дослідженні.

За допомогою порівняльно-правового методу визначені ознаки медичного страхування.

Історичний метод використаний у аналізі формування правового регулювання медичного страхування.

На основі методу системного аналізу і методу прогнозування розроблені пропозиції стосовно наступного реформування вітчизняного законодавства у галузі надання та вживання медичного страхування.

Наукова цінність полягає у подальшій розробці доктринальних положень щодо правового регулювання медичного страхування. Зокрема, елементи наукової новизни містяться у пропозиції щодо впровадження законодавства про обов'язкове страхування медичних працівників.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можна використати: у науково-дослідній діяльності стосовно наступного дослідження проблем правового регулювання медичного туризму та у науково-викладацькій діяльності при викладанні курсів господарського, цивільного права та спецкурсу – основ страхування; у практичній діяльності державних органів, страхових компаній при реалізації надання та отримання медичного страхування.

Результати роботи висвітлені в такій публікації: Гайдай Т. О. Правові засади медичного страхування в Україні. Правове забезпечення підприємницької діяльності: зб. наук. ст. студ. / відп. ред. О. О. Бакалінська, В. Д. Примак, Ю. В. Тищенко. - Київ: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2019. Ч. 2. С. 46-52.

Структура роботи підпорядкована меті та завданням дослідження. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і пропозицій та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Історія виникнення та розвитку медичного страхування

Історія виникнення і розвитку страхової справи тісно пов'язана з історією суспільного розвитку, зокрема з появою капіталізму на межі XVII–XVIII століть.

Зародження промисловості, бурхливе зростання торгівлі і мореплавства сприяли появі нових форм збереження і зміцнення капіталу за рахунок страхування майна, вантажоперевезень. Так з'явилися перші страхові товариства, які разом з банками і біржами стали невід'ємною частиною нової суспільно-економічної формації.

Починалося соціальне страхування з найпростіших його видів – страхування життя від нещасних випадків, що здійснювали невеликі приватні страхові компанії. У міру того, як розвивалася і набувала потужності промисловість, з'являлися великі підприємства медичного страхування, фабрики, до процесу страхування залучалися все більш широкі верстви населення [61, с. 180].

Основним об'єктом страхування ставало здоров'я і працездатність. Прагнучи забезпечити себе і свою сім'ю у разі втрати працездатності через хворобу або інвалідність, робітники створювали товариства взаємодопомоги й інші асоціації, у які самі робили страхові відрахування.

Так виглядав соціальний захист робітників у країнах Європи протягом XVIII–XIX століть.

На початку XX століття в багатьох європейських країнах були прийняті закони про страхування осіб, які працюють, на випадок хвороби, інвалідності, старості, безробіття. Згідно з ними у формуванні страхових внесків, крім самих працівників, почали брати участь підприємці, власники фабрик і мануфактур, які сплачували від 25% до 40% страхових внесків. У

більш пізній період до страхових фондів почали надходити субсидії і дотації держави. Чим більше дотацій держава вносила в систему обов'язкового страхування здоров'я, тим більше вона контролювала цей процес [36, с. 44].

Родоначальницею лікарняних кас справедливо вважається Німеччина. Тут вони утворилися ще за 30 років до появи перших кас у Росії, а німецький *das Krankenversicherungsgesetz* став зразком для підготовки Закону про соціальне страхування робітників на випадок хвороби, прийнятого III Державною Думою 23 червня 1912 року в Росії.

Ще 1881 року, відразу після ухвалення *das Krankenversicherungsgesetz*, у всій Німеччині почали формуватися лікарняні каси: фабричні, будівельні, общинні, місцеві та ін. Досвід їхньої діяльності свідчить, що великі каси незрівнянно краще забезпечують усіма видами допомоги своїх членів, ніж дрібні. Тому з 1885 року почався процес об'єднання і централізації лікарняних кас, їхня реорганізація в місцеві (міські) лікарняні каси.

Найбільшими з них були Лейпцизька, Дрезденська, Мюнхенська, Штутгартська. Наприклад, у Лейпцигу було створено 18 місцевих кас і одна община, які налічували 22 800 членів. Таким чином, виникла місцева лікарняна каса для Лейпцигу й околиць (*Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend*) – найбільша лікарняна каса Німеччини [36, с. 45].

До обов'язку лікарняних кас, згідно із законом, входило: надання безкоштовного лікування; виплата грошової допомоги під час хвороби; матеріальна допомога та допомога вагітним і породіллям, допомога на поховання. Членам сімей застрахованих надавали не тільки безкоштовне лікування, а також медичну допомогу вагітним і породіллям. Але каси цим не обмежувалися, розширювали свою допомогу за рахунок профілактичних заходів (санаторії, будинки відпочинку, пансіонати та ін.), а також виділяли особливі надзвичайні фонди для допомоги непрацездатним, створюючи таким чином заміну відсутнього страхування через старість і інвалідність. Кошти лікарняних кас склалися з 2/3 внесків самих робітників і 1/3 внесків підприємців [48, с. 5].

Таким чином, історично сформувалося декілька типів організації лікарської допомоги застрахованим: система вільного вибору лікаря; система «облікових лікарів»; система лікарів, які постійно працюють у лікарняних касах за контрактами.

У світі прийнято критикувати страхову систему сьогоденної Німеччини. Але багато з тих, хто це робить, забувають про те, що, наприклад, порівняно з давнім конкурентом – Великою Британією, за приблизно однакового стану здоров'я нації, Німеччина за більшістю показників охорони здоров'я, а також за рівнем життя, доступності освіти, соціальної допомоги перевершує Велику Британію.

Вітчизняне медичне страхування зародилося на Півдні України. Наприкінці 80-х років на початку 90х років XIX століття прогресивна частина підприємців Одеси почала страхувати своїх робітників від шкоди їх здоров'ю на виробництві у діючих тоді приватних загально страхових товариствах. Згодом, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії. У 1896 році роботодавцями-страхувальниками губернії було сплачено компаніям-страховикам внески на суму, що становила 1,9% загального заробітку застрахованих робітників, а для потерпілих працівників від цих компаній було отримано 23,9% суми страхових внесків [35, с. 12].

Згодом, серед підприємців виникла ідея активного підтримання фабричної інспекції, в компетенції якої були запровадження власного добровільного взаємного страхування на некомерційній основі. 1896 році в Російській Імперії вийшов закон і було введено обов'язкове медичне страхування.

Особливостями обов'язкового страхування було: поступовість його запровадження протягом декількох років; територіальна обмеженість поширення тільки на європейську частину країни; охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості.

Відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці, в страхових товариствах повністю, а в лікарняних касах в їх правління входили і виборні з тих, хто застрахований.

Внески в товариство страхування від нещасних випадків повністю складалися з відрахувань роботодавців, і суми їх залежали від ступеня небезпечності робіт. Внески в лікарняні каси встановлювались їх правлінням і складались на 1/3 із внесків тих, хто застрахований і на 2/3 із доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась хоч і в недостатньому обсязі, але в суспільстві було розуміння того, що ця допомога повинна бути в одній організації в комплексі (матеріально-грошова компенсація втраченого заробітку і натурально-професійне лікування).

Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція.

У 1912 р. Державною Думою був прийнятий Закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби», який став результатом спільної боротьби робітників, лікарів і прогресивної громадськості. Попри всі його недоліки цей закон уперше в Російській імперії та на території України закріпив нормативне поняття «лікарняна каса» та визначив типовий статут лікарняних кас. Прийняття Закону послужило підставою для введення в дію двох видів обов'язкового страхування: на випадок хвороби та від нещасних випадків на виробництві.

Декрет «Про безкоштовну передачу лікарняним касах лікувальних закладів, підприємств» передбачав, що у випадку передачі медичної допомоги в руки лікарняних кас, підприємці зобов'язані безоплатно передати лікарняній касі всі медичні заклади підприємства, якщо вони задовольняють вимоги лікарняної каси.

Положення «Про соціальне забезпечення працюючих» від 31 жовтня 1918 р., а також Постанова Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному комісаріату охорони здоров'я»

послужили підставою для одержавлення страхових організацій і ліквідації лікарняних кас.

«Положення про страхування на випадок хвороби» від 2 травня 1919 р. визначало, що дія розповсюджується на всю територію і на всіх осіб без винятку статті, віку, віросповідання, національності і раси, зайнятих по найму в усіх галузях виробництва. Допомога надавалась у лікарняних касах, які існували за рахунок внесків роботодавців (10% від фонду заробітної плати) та інших надходжень, медична допомога була безкоштовна.

У часи НЕПу (1923) в систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств медичного страхування в Україні.

Загально-страхові каси поступово створювали свою медичну систему (санаторно-курортні та оздоровчі заклади, лікарська експертиза і довірені лікарі) і все активніше, впевненіше і більш аргументовано претендували на передачу їм страхової медицини, а робмеди ставали дедалі самостійнішими і мали все більші переваги в кількості і якості над рештою радянської системи медицини.

Декрет Раднаркому України «Основне положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника» [53, с. 73] визначив коло осіб, які підлягали страхуванню – це робітники промислових підприємств і сільського господарства. Також була передбачена допомога у випадку настання тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів, а також надання безкоштовної медичної допомоги та забезпечення ліками, бандажами, окулярами, стоматологічним протезуванням.

У 1927 р. згідно з Постановою уряду «Про утвердження принципу державної охорони здоров'я» [53, с. 95] її було скасовано і розпочато функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння

системою надання медичної допомоги та державної монополії на страхування.

Розвиток медичного страхування в Україні в 1991—2001 рр. відбувався в умовах формування страхового законодавства в рамках правової бази незалежної держави. Умовно його можна поділити на два періоди:

1) період: з 1991 р. по 1996 р. - період створення перших законодавчих актів щодо регулювання діяльності на страховому ринку. Своєрідною «медичною конституцією» на той час стали «Основи законодавства України про охорону здоров'я», прийняті Верховною Радою України у листопаді 1992 р. Вони визначали правові, професійні, економічні, організаційні засади охорони здоров'я та стратегічні напрями реформування галузі;

2) період: з 1996 р. по 2001 р. — започаткований прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про страхування» від 7 березня 1996р. та ряду інструкцій, постанов і нормативних актів, що дозволили регулювати діяльність страхових організацій на страховому ринку України. У цьому ж році 28 червня був прийнятий основний закон держави — Конституція, яка забезпечила право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Проте наприкінці другого тисячоліття Закон України «Про страхування» значною мірою вичерпав себе і став стримувати подальший розвиток страхової системи в державі. Тому Верховна Рада України забезпечила якісну та відкриту підготовку нової редакції Закону України «Про страхування», в основу якої було покладено систематизований підхід щодо діяльності страхових компаній з урахуванням міжнародних стандартів.

1 січня 2018 р. розпочалася медична реформа, підписана президентом 28 грудня 2017 р. Загалом, протягом 2018 року, планується перехід на нову систему фінансування охорони здоров'я на первинному рівні, вторинний та третинний рівні трансформуються у 2019 та 2020 рр., відповідно.

Сучасний стан функціонування системи медичного страхування в Україні представлено добровільним медичним страхуванням, яке активно проводять страхові компанії.

1.2. Поняття та основні засади медичного страхування

Медичне страхування — це вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я від хвороби або внаслідок нещасного випадку. Медичне страхування застосовується з метою мобілізації та ефективного використання коштів на покриття витрат на медичне обслуговування страхувальників.

Почнемо з того, що є труднощі із трактуванням поняття медичного страхування та з поняттям страхування в цілому. Вітчизняний законодавець не дає єдиного поняття страхування. Так, Господарський кодекс України (ст.352) визначає страхування як діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язану з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів.

Якщо аналізувати наукові теоретичні розробки у сфері страхування, то можна дійти висновку, що тут також немає єдиної думки про те, чим вважати страхування: способом, формою, методом, регулятором, сукупністю заходів, відносинами захисту тощо. Основоположник теорії страхування В. К. Райхер визначає страхування як систему відносин (форму організації цих відносин), які мають своєю метою захист майнового інтересу (страхового інтересу) фізичних та юридичних осіб у разі настання визначених події (страхових випадків) шляхом здійснення страхових виплат за рахунок страхових фондів грошового характеру, які формуються шляхом сплати страхових премій (внесків) [51, с. 13].

У теорії страхування також виділяють такий вид страхування, як соціальне. Беручи до уваги тему нашого повідомлення, вважаємо за доцільне зупинитися на даному виді страхування. Соціальне страхування є складовим елементом системи соціального забезпечення, тобто системи правових, економічних та організаційних заходів, які спрямовані на компенсацію або мінімізацію наслідків зміни матеріального (соціального) становища людини внаслідок настання обставин, що визначаються державою соціально значущими, з метою вирівнювання соціального становища цієї людини порівняно з іншими членами суспільства [42].

Соціальне страхування, як правову категорію, на думку автора, можна визначати як сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини, з приводу соціального забезпечення людини при виникненні страхового випадку (соціально значущих обставин) за рахунок страхових грошових фондів.

На відміну від інших видів страхування, соціальне страхування має такі характерні ознаки:

- 1) поєднання інтересів суспільства і окремої людини (суспільство заінтересовано в забезпеченні гідного, мінімально необхідного рівня життя кожного його члена, а окрема людина заінтересована в компенсації або мінімізації наслідків зміни матеріального (соціального) становища, які відбулися внаслідок настання страхового випадку);
- 2) джерелом фінансування соціального страхування є спеціальний позабюджетний фонд (фонд соціального страхування, фонд соціальної підтримки тощо);
- 3) страхова виплата у рамках соціального страхування не обумовлена розміром страхового внеску;
- 4) страхові ризики, від настання яких здійснюється соціальне страхування, мають соціально значущий характер, тобто мають великомасштабні масові наслідки;

5) соціальне страхування охоплює тільки економічно активне населення, тобто населення, яке працює, у зв'язку з чим розмір страхових виплат має певну залежність від величини трудового внеску.

Соціальне страхування може здійснюватися як в обов'язковій, так і в добровільній формі. Критеріями розмежування добровільного соціального страхування від обов'язкового соціального є залежність виникнення страхування від волі особи, порядок встановлення прав і обов'язків суб'єктів страхування (шляхом укладення договорів про соціальне страхування) та ролі держави в його здійсненні [14, с. 75].

З позицій розуміння сутності страхування, важливим є пошук характерних ознак у правовому регулюванні обов'язкового та добровільного страхування. Аналіз доступної літератури, власні погляди автора дозволяють вказати, що добровільне соціальне страхування відрізняється від обов'язкового соціального наступним:

1. Обов'язкове соціальне страхування є частиною державної системи соціального захисту населення, а добровільне віднесено до приватного сектору економіки.

2. Правила добровільного соціального страхування визначаються безпосередньо страховими організаціями або їх об'єднаннями, а правила обов'язкового страхування встановлюються (санкціонуються) державою.

3. Обов'язкове соціальне страхування має, як правило, загальний характер, а добровільне – індивідуальний (або у рамках обмеженого кола осіб) характер.

4. Обов'язкове соціальне страхування здійснюється спеціально створеними, у встановленому законом порядку, некомерційними організаціями за безпосередньою участю держави, а добровільне може здійснюватися як комерційними, так і некомерційними організаціями (товариствами взаємного страхування), у діяльності яких держава безпосередньої участі не бере.

5. Обов'язкове соціальне страхування має публічно-правовий характер, а добровільне соціальне страхування базується на нормах, передусім, цивільного законодавства.

Страхування у сфері медичної діяльності (медичне страхування) – це сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб при отриманні медичної допомоги у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються зі страхових внесків [29, с. 4].

Медичне страхування в Україні можна поділити на загальнообов'язкове (державне, засноване на справедливому та достатньому соціальному забезпеченні) та добровільне (приватне, засноване на принципах цивільно-правових відносин).

Зазначений поділ відповідає пануючій у сучасній правовій науці позиції, яку найбільш вдало визначає Н. Болотіна. Автор зауважує: «Предметом медичного права виступають суспільні відносини, що виникають при наданні медичної допомоги.

Якщо розглядати медичне страхування з позиції особистого страхування, В.Д. Базилевич дає наступне визначення: «Медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів» [14, с. 78].

З позиції соціального захисту Внуковою Н.М. медичне страхування розглядалось як форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [19, с. 76].

Т. Григораш і Ю. Кіріченко визначають медичне страхування як 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 [28, с. 138-148].

Очевидно, що в науковій літературі й сьогодні немає однозначного трактування сутності медичного страхування.

Причому численні визначення залежать від проблематики конкретних досліджень і можуть бути згруповані таким чином: медичне страхування – це вид соціального страхування; вид діяльності; галузь економіки; сукупність відносин (суспільних, економічних, майнових, грошових, соціальних, перерозподільних); сукупність правових норм; спосіб відшкодування збитків; процеси формування цільових фондів і використання ресурсів; необхідний елемент соціально-економічної системи.

Отже, в Україні існування обов'язкового та добровільного медичного страхування передбачене Законом України "Про страхування", зокрема 6 і його статтями [6].

Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – там, де поширені приватні страхові програми. Єдиної уніфікованої системи обов'язкового медичного страхування в країнах з ринковою економікою немає.

Медичне страхування у його найбільш соціально орієнтованій формі — загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування — дозволяє усунути головний недолік бюджетних систем: недостатність стимулів для заохочення до роботи медичного персоналу, і, як результат, низьку якість медичного обслуговування.

В широкому розумінні мета медичного страхування полягає в наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів.

Досліджуючи сутність медичного страхування, важливо зупинитися на його функціях.

На думку Козменко О.В., необхідно звести функції медичного страхування до двох завдань: заміщення та доповнення [37].

Заміщувальна функція проявляється в тому випадку, коли основна функція з накопичення фінансових ресурсів для покриття витрат населення на медичні послуги і фінансування галузі охорони здоров'я в цілому припадає саме на медичне страхування.

Тобто у структурі витрат на охорону здоров'я витрати на медичне страхування мають найбільшу частку. Ця функція характерна для обов'язкового соціального медичного страхування і для добровільного медичного страхування в системі приватного фінансування.

Доповнювальна функція притаманна лише добровільному виду медичного страхування, коли пропонується додатковий обсяг медичних послуг, що не покриваються в системі обов'язкового медичного страхування.

Немченко А.С. до функцій страхування взагалі й медичного страхування зокрема відносить такі функції: накопичувальну, відновлювальну, превентивну (профілактичну) та контрольну [48, с. 10].

Вважається, що такий підхід є більш точним, оскільки медичне страхування – це страхова категорія, а страхування, в свою чергу, є однією із самостійних ланок фінансової системи, якій в повній мірі притаманні основні функції категорії фінансів – розподільча і контрольна.

В Україні на теперішній час існує система добровільного медичного страхування. Що стосується обов'язкового медичного страхування, то в країні практично відсутній механізм його здійснення, тому на практичному рівні обов'язкова форма фактично відсутня.

Відповідно до законодавства України страховики можуть отримати ліцензію на два види страхування за напрямком медичного страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я, що проводяться в добровільній формі [6].

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається в договорі

страхування. У свою чергу, безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого (включаючи й аптечне), стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу. Воно проводиться на випадок захворювання, яке триває не менш як два тижні.

При цьому договори страхування укладаються на строк не менш як три роки. У разі настання страхового випадку передбачаються послідовні виплати застрахованому в межах терміну та місця дії договору страхування протягом періоду захворювання [50].

Очевидні порушення договору медичного страхування є підставою для відмови у виплатах.

Так, Апеляційний суд Львівської області 17.05.2016 змінив рішення Золочівського районного суду Львівської області від 18.09.2015 про стягнення зі страхової компанії витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги за договором. Суд установив, що позивач вчасно не повідомив страховика про страховий випадок, діяв на свій розсуд без попередньої згоди страховика, своєчасно не надав відомостей та необхідних документів про страховий випадок [11].

Водночас, як виняток, суд може задовольнити позов про стягнення страхових виплат, навіть якщо позивач вчасно не повідомив страховика про страховий випадок.

1 лютого 2018 р. Верховний Суд України ухвалив постанову у справі № 522/1903/15-ц за касаційною скаргою на рішення суду першої інстанції та ухвалу апеляційного суду щодо стягнення суми страхового відшкодування. Окрім іншого позивачу було відмовлено у відшкодуванні понесених ним витрат через порушення умов договору страхування щодо звернення перед отриманням будь-якої медичної допомоги до асистансу чи страховика для отримання інформації щодо подальших дій. Підставою у відмові виплати страхового відшкодування вказано також несвоєчасне повідомлення страхувальником (застрахованою особою) про настання страхового випадку.

Під час розгляду справи було встановлено, що страхова компанія мала інформацію про госпіталізацію позивача до лікарні і його перевезення до медичного закладу та проведення відповідної операції, а за таких обставин помилковим був висновок апеляційного суду про те, що позивач несвоєчасно повідомив асистанса або страховика про настання страхового випадку. Відповідно до пункту 4.3.1 договору страхування страховик не здійснює страхових виплат за витрати Застрахованої особи, пов'язані з наданням таких медичних та інших послуг: 4.3.1.1. Медична допомога при загостренні захворювання, яке за попередні 6 місяців перед датою поїздки лікувалось або вимагало лікування. Винятком є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язано із гострою смертельною небезпекою для життя застрахованої особи або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому обов'язковою умовою для відшкодування страховиком медичних витрат є підтвердження асистанською компанією критичного стану застрахованої особи.

Виходячи з цього, Верховний Суд на підставі ст.ст. 990, 991 ЦК України, ч. 2 ст. 8, ч. 1 ст. 25 Закону України «Про страхування», керуючись ст.ст. 400, 409, 413, 416 ЦПК України постановив стягнути з відповідача на користь позивача повну суму страхового відшкодування, оскільки страховий випадок прямо передбачений умовами договору страхування [10].

1.3. Нормативно-правове регулювання медичного страхування

Конституція України у ст. 49 закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Це право забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Людина та її права є найбільшою цінністю у правовій та соціальній державі.

Захист цих прав побудований на антропоцентричній природознавчій концепції, згідно з якою вирішення основних правових завдань має спрямовуватись виключно в інтересах людини.

У національному законодавстві питанням охорони, захисту, порядку здійснення права на здоров'я присвячено норми кримінального, конституційного, екологічного, цивільного та сімейного права.

Сучасна юридична наука містить різні підходи до тлумачення змісту внутрішніх складових права на здоров'я.

Аналіз Конституції України, Цивільного та Сімейного кодексів України та Основ законодавства України про охорону здоров'я доводить, що до змісту категорії права на здоров'я входять чотири основні групи прав: право на охорону здоров'я; право на медичну допомогу; право на медичну інформацію; право на медичне страхування.

Поняття «медичне страхування» не є законодавчо визначеним і виступає предметом дискусій різних авторів.

Законом України «Про страхування» визначено, що медичне є добровільним і обов'язковим видом страхування, хоча не визначено його суті та механізмів реалізації [6].

Страхування ж визначено як «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» [6].

Статтею 4 цього Закону визначено, що медичне страхування, яке пов'язане з майновими інтересами захисту життя, здоров'я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування.

Спеціальними законодавчими актами передбачається обов'язкове страхування медичних працівників, які при здійсненні своїх професійних

обов'язків контактують із людьми, хворими, наприклад, на туберкульоз чи інші небезпечні інфекційні захворювання, СНІД, тощо. Але таке страхування є соціальним, а не медичним. Однак закону, який би регламентував його запровадження та реалізацію, досі не ухвалено.

Згідно зі статтею 352 Господарського кодексу України, «страхування» – 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 [2].

Основні принципи обов'язкового медичного страхування закріплені в Законі України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

У Законі зазначено, що медичне страхування є видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, яке визначається як «система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в ін. випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом» [6].

У статті 25 Закону зокрема зазначено, що за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням можна отримати такі соціальні послуги як діагностика, стаціонарне та амбулаторне лікування, надання лікарських засобів та виробів, забезпечення медичної реабілітації. Водночас підкреслено, що обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та

територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством [6].

Добровільне медичне страхування дає змогу отримувати певні медичні послуги у більшому обсязі, ніж їх гарантує обов'язкове медичне страхування.

Конкретні умови і порядок такого страхування визначаються при укладенні договору між страховиком і страхувальником. Обсяг страхових внесків розраховується відповідно до умов договору, передбачено внесення особистих коштів громадян і підприємців.

Однак Закон зазначає: «Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством» [6]. Розробленням таких програм займається Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), а затверджує її уряд. Однак в Україні така практика відсутня і не регламентована.

Ініціативи щодо запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні не є новими. За 25 років незалежності подано 21 законопроект, який пропонував упровадження медичного страхування.

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. Альтернативою є державне обов'язкове медичне страхування.

Дискусії із цього приводу тривають з 2001 року. Проте тільки наприкінці 2016 року почали з'являтися більш-менш адекватні пропозиції від народних депутатів.

Існує кілька пропозицій від народних депутатів – це Законопроекти «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» № 4981 (Л. Денісова, А. Шипко, Б. Розенблат, І. Євремова, М. Поляков), «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» № 4981- 1

(О. Мусій), «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» № 4981-2 (О. Богомолець), пропозиції Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ), розглянуті нижче.

Сьогодні на шляху її реалізації вже зроблено низку кроків відповідно до розробленої у 2014 році Міністерством охорони здоров'я України «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015- 2020 років».

Одним із завдань Стратегії є впровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

У 2016 році у Верховній Раді України було зареєстровано три законопроекти щодо впровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Основною відмінністю законопроекту № 4981 «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» є те, що збір та акумуляція страхових внесків здійснюватиметься страховими компаніями на спеціальних рахунках у банках.

Реалізація законопроекту № 4981-1 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» передбачає, що страховиком є Фонд медичного страхування України, а функції контролю здійснює Наглядова рада.

Відповідно до законопроекту встановлюються конкретні види медичної допомоги, фінансування яких здійснюється державою.

Законопроект № 4982 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» передбачає залучення коштів до медичної галузі за рахунок цільових внесків з доходів громадян.

Головною відмінністю між законопроектами, навколо якої досі відбуваються суперечки, – це визначення суб'єктів, які здійснюватимуть страхування громадян.

Відповідно до законопроекту № 4981, медичне страхування можуть здійснювати приватні страхові компанії, а законопроекти № 4981-1 та №

4981-2 визначають страховиком лише державний орган (Фонд загальнообов'язкового медичного страхування).

У законопроекті № 4981-2 уповноваженим органом, що здійснює контроль за медичним страхуванням, визначено Міністерство охорони здоров'я, а у законопроекті № 4981-1 для виконання функцій нагляду пропонується створити окремий державний орган.

Також розрізняються джерела фінансування, які пропонуються законопроектами.

Згідно з законопроектом № 4981-1, до переліку джерел фінансування пропонується включити благодійні внески громадян та підприємств медичного страхування.

У законопроекті № 4981-2 зазначено, що основними джерелами фінансування є роботодавці, держава та страхувальники.

На сьогодні досі ведеться обговорення вказаних законопроектів. Комітет Верховної Ради України з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення рекомендував до прийняття за основу законопроект № 4981, однак проти нього прийняття категорично висловлюється Міністерство охорони здоров'я.

Натомість, асоціації страхових компаній підтримують законопроект № 4981, адже він передбачає можливість участі у страхуванні населення приватних страховиків.

На користь своєї позиції страховики наводять той факт, що вони як суб'єкти страхування володіють значним досвідом в цій сфері, мають успішні технології та можуть забезпечити відповідну якість послуг.

Тому до повного реформування системи охорони здоров'я (2020 рік, відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, Європейської стратегії здоров'я – 2020 і Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років) було б добре розглянути й варіант участі сектору соціального неприбуткового підприємництва в забезпеченні доступу населення з

обмеженими фінансовими можливостями до якісних медичних послуг [16, с. 270].

Спочатку реформа полягала у введенні Державного солідарного медичного страхування.

Законопроект визначав державні фінансові гарантії надання застрахованим особам необхідних медичних послуг і ліків. 6 червня цього року Законопроект No 6327 включений до порядку денного Верховної Ради України, але з його тексту чомусь зникло ключове поняття – «Державне солідарне медичне страхування». Тобто автори медичної реформи, яка початково полягала в упровадженні нового механізму фінансування медичних послуг, відмовилися від самої сутності своєї реформи ще до початку голосування.

У доопрацьованій редакції (від 06.06.2017) Законопроект передбачав, що пацієнти зобов'язані оплачувати медичні послуги за рахунок власних коштів або забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування й інших джерел тарифу спів-оплати в разі часткової оплати за рахунок коштів держбюджету медичних послуг і лікарських коштів, наданих такому пацієнту.

Під час підготовки Законопроекту до другого читання, а точніше в день голосування – 13 липня, «медична реформа» знову зазнала суттєвих змін. Очевидно, побоюючись обурення українців через уведення обов'язкових платежів, автори «реформи» тимчасово прибрали офіційну співоплату, яка нібито мала б подолати корупцію та зменшити неформальні платежі. Медицина в редакції від 13.07.2017 стала знову «безкоштовною» [19, с. 12].

Також у Законопроекті з'явилося нове поняття «медичні субсидії». З огляду на крайню ступінь бідності переважної частини населення й великий відсоток пенсіонерів і пільговиків різних категорій, нескладно спрогнозувати, що після введення офіційної співоплати за медичні послуги частина населення отримає «медичну субсидію», а інші будуть змушені

платити подвійний (потрійний) тариф для покриття витрат неплатоспроможної частини населення.

Він повинен ще пройти обговорення в комітетах парламенту й отримати експертний висновок, тільки потім його можуть винести на голосування. До цього моменту може пройти досить багато часу. Наприклад, два практично ідентичних проекти лежать у комітетах з 2016 року.

Отже, провадження загальнообов'язкового медичного страхування сприятиме збільшенню фінансових надходжень у галузь охорони здоров'я в межах чинного законодавчого поля, оптимізації їх використання, забезпеченню гарантування якісної медичної допомоги кожному громадянину, а також подальшому розвитку добровільного медичного страхування. Попри всі його переваги, розвиток уповільнюється через те, що не існує однозначного підходу до створення Законопроекту про загальнообов'язкове державне медичне страхування [16, с. 270].

Високою є можливість, що в Україні до 2020 року запровадять страхову медицину. Оплачувати страховку зобов'язують роботодавця, а якщо людина безробітна, за неї заплатять місцеві органи влади.

РОЗДІЛ 2

ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Поняття обов'язкового медичного страхування та його основні ознаки

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) - це складова частина системи соціального страхування, в основу якого закладено принцип обов'язкової участі громадян, підприємств або підприємців у фінансуванні охорони здоров'я безпосередньо або через посередництво страхових медичних компаній (організацій).

Мета медичного страхування - гарантувати громадянам при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених засобів і фінансувати профілактичні заходи.

Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначає медичне страхування як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою «систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, ... та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом» [6].

Згідно з цим Законом медичне страхування передбачає такі види послуг: діагностику та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів і виробів медичного призначення; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання; профілактичні та освітні заходи. Однак Закон зазначає: «Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів

обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством» [6].

Розробленням таких програм займається Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), а затверджує її уряд. Однак в Україні така практика відсутня і не регламентована.

У найновішому представленому на громадське обговорення проекті закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», відсутнє визначення поняття медичного страхування взагалі. Вказано лише, що загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і формою соціального забезпечення населення у сфері охорони здоров'я [6].

Із прийняттям 14 січня 1998 р. Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування в країні розпочався новий відлік у соціальному захисті під назвою «сучасне загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Зазначений законодавчий акт передбачав комплексний соціальний захист громадян на підставі принципів і загальних правових, фінансових та організаційних засад загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян України, а його складником було визначення необхідності створення 5-ти видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, а саме:

- а) пенсійне;
- б) на випадок безробіття;
- в) у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності й витратами, зумовленими народженням і похованням;
- г) від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності, і д) медичне.

Правовідносини із загальнообов'язкового державного медичного страхування, як і інші, мають своїх суб'єктів.

Стаття 6 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування суб'єктами соціально-страхових правовідносин визнає:

- а) застрахованих громадян, а в окремих випадках – членів їх сімей та інших особи;
- б) страхувальників і
- в) страховиків.

Застрахованою є фізична особа, на користь якої здійснюється загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Коло осіб, які можуть бути застрахованими за цим видом страхування, визначається саме цим актом та іншими законами, прийнятими відповідно до нього.

Страхувальниками є роботодавці й застраховані особи, якщо інше не передбачено законами України, страховиками – цільові страхові фонди. Оскільки об'єктом загальнообов'язкового державного медичного страхування є страховий ризик, пов'язаний з витратами по наданню медичної допомоги при виникненні страхового випадку, його суб'єктами, окрім названих, є також надавачі медичних послуг – юридичні й фізичні особи будь-якої організаційно-правової форми й форми власності, які діють відповідно до законодавства й надають медичні послуги застрахованим особам.

Погодимося із С. В. Жаданом, який підтримує позицію законодавця щодо невіднесення до кола суб'єктів соціального страхування ані наглядових рад, контролюючих діяльність цільових страхових фондів, ані органів державного нагляду у сфері соціального страхування [34].

Козьменко С.М. зазначає, що також не є суб'єктами останнього і сторони соціального партнерства, які беруть участь у формуванні правлінь цільових страхових фондів і наглядових рад. Отже, ця обставина дала підставу вченому розглядати створену в Україні систему управління

соціальним страхуванням як трирівневу, в якій першим рівнем виступають органи, здійснюючи безпосереднє управління цільовими страховими фондами, другим – наглядові ради, що наглядають за діяльністю кожного зі страховиків, третім – органи державного нагляду [37].

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування передбачає матеріальне забезпечення витрат на надання необхідного обсягу медичних послуг. Конституція України, закріплюючи у ст. 49 право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу й медичне страхування, у ч. 3 цієї статті встановлює, що в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Проте, не можна не зазначити, що сам зміст поняття «медична допомога» Основний Закон не розкриває. Відповідне трактування міститься і в Основах законодавства України про охорону здоров'я, за яким це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування й реабілітацію людини у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями, патологічними станами, з вагітністю чи пологами.

Нормотворець також трактує медичну допомогу як невідкладні дії й організаційні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані й мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування і збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, й відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії й заходи.

Медична допомога надається безоплатно за рахунок коштів Фонду медичного страхування у закладах охорони здоров'я, із якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення. Особливості їх укладення визначаються законом.

Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування.

Отже, загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – складова системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, що забезпечує всім громадянам рівні можливості для отримання медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я.

Для досягнення реальної цілісності української системи охорони здоров'я необхідний час та значні інвестиції. Оскільки система державного медичного соціального страхування є важливою і стратегічною для держави, то необхідно погодитись, що до її впровадження необхідно підійти зважено і конструктивно: розробити і у встановленому порядку затвердити закони та підзаконні акти про медичне страхування громадян; розробити положення про національний і територіальні фонди медичного страхування та їх сформувати, а також захистити права пацієнта на отримання своєчасної і якісної медичної допомоги.

З урахуванням тенденцій розвитку ДМС в Україні та досвіду фінансування медицини в іноземних країнах, для прискорення процесу переходу фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я на основу медичного страхування, доцільним буде:

- прийняття законодавчих актів у сфері обов'язкового медичного страхування з чітким визначенням джерел фінансування, а саме: здійснення ОМС за рахунок коштів громадян-фізичних осіб та суб'єктів підприємницької діяльності;
- внесення змін до податкового законодавства з метою виведення страхових платежів на медичне страхування з доходу, що підлягає оподаткуванню;
- переведення функціонування закладів охорони здоров'я на комерційні засади.

2.2. Зарубіжний досвід правового регулювання обов'язкового медичного страхування

Неодмінною складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери й формування дієвої системи охорони здоров'я в країні. Трійка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших) нині виглядає так: Японія, Німеччина та США. Система охорони здоров'я в Японії – одна з найрозвиненіших у світі.

Власне, в Японії наявні дві основні системи, якими охоплена більшість населення. Перша – Національна система страхування здоров'я – охоплює в основному дрібних власників і членів їхніх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб. Друга – система страхування осіб найманої праці, що охоплює найманих працівників і їхніх утриманців, є найбільшою в Японії. У цій системі діють різні програми.

Деякі з них належать державі, яка сама є страховиком. А в програмі соціального страхування страховиком є саме товариство, створене адміністрацією та працівниками одного або кількох підприємств однієї галузі.

У країні існує також система додаткового приватного страхування, але вона не має великого попиту. На його частку припадає не більше ніж 1% сукупних витрат на охорону здоров'я в країні.

Тарифи однакові для лікування в стаціонарах і амбулаторіях. Оскільки лікарні при тому ж рівні компенсації повинні фінансувати як зарплату персоналу, так і витрати на основні фонди, головна тенденція полягає в максимально ранньому переведенні пацієнта на амбулаторне доліковування.

При цьому, якщо попит на медичні послуги в країні підвищується, уряд скорочує витрати шляхом урізання компенсацій. Суворий контроль за цінами й зарплатами в системі охорони здоров'я Японії певною мірою скорочує приплив лікарів і призначення послуг, для яких потрібне дороге обладнання.

Однак разом із тим це добрий засіб для того, щоб захистити медицину від осіб, котрі перетворюють її на бізнес, і зберегти професійну чистоту медичних кадрів. У Японії лікарі, які працюють у лікарнях, є службовцями, котрі отримують зарплату [49, с. 42].

Частина медиків залучені в приватному секторі, але розмір їхніх гонорарів установлює держава. Як правило, він визначається на основі гонорару за конкретні послуги. Проте така система фіксованих гонорарів праці лікарів створює в них стимули для прийому максимальної кількості пацієнтів, а отже, результатом стає «конвеєрний» характер надання медичної допомоги.

Говорячи про охорону здоров'я в Німеччині, треба зазначити, що саме там уперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості.

Типовою рисою німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а створює умови для функціонування фондів медичного страхування та контролює їх діяльність. Головними учасниками системи є державні лікарняні каси, що об'єднують понад 89 % населення держави і лише 11% — застраховані у приватних лікарняних касах. Членство в лікарняних касах є обов'язковим для всіх найманих працівників.

Відмінність між обома видами страхування полягає в основному в механізмах сплати внесків та розподілу медичних послуг. Так, наприклад, якщо для розміру внесків до державних лікарняних кас визначальним є величина доходу застрахованої особи, то внески до приватних лікарняних кас залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках — також і від ступеня ризику захворювання застрахованої особи [32, с. 23].

Пацієнт, який сплачує страхові внески у лікарняну касу, має право на отримання окресленого законодавством комплексу медичних послуг. Вказані

медичні послуги поділяються на послуги домашньої та фахової медицини. Повний каталог медичних послуг, що надаються в рамках державного медичного страхування, наводиться у відповідному законі і охоплює, зокрема, забезпечення лікарськими, перев'язочними, лікувальними та допоміжними засобами. Розрахунки за надані застрахованим пацієнтам медичні послуги не здійснюються безпосередньо між лікарем та пацієнтом. Не проводяться вони також безпосередньо між лікарем і лікарняною касою пацієнта, а через відповідні об'єднання касових лікарів за спеціальною процедурою. Оплата медичних послуг лікарняними касами відповідним об'єднанням касових лікарів регулюється у так званих загальних договорах про оплату медичних послуг.

Аналізуючи організацію страхової діяльності в зарубіжних країнах, не можна омину увагою досвід такої країни як Франція. Так, нормативно-правове регулювання правовідносин у сфері страхування здійснюється за допомогою Страхового кодексу Франції, введеного в дію шляхом прийняття декретів і рішень Міністерства економіки та фінансів.

При цьому вищенаведений нормативно-правовий акт є чинною кодифікацією норм законів і підзаконних актів. Система обов'язкового страхування в Франції охоплює широкі верстви населення та включає різноманітні види страхування. Міністерство торгівлі за сприяння окремого страхового комітету в складі депутатів палати, сенаторів і представників страхових установ здійснює нагляд за страховою діяльністю. У цьому контексті варто зазначити, що в підпорядкуванні у вищенаведеного органу є спеціальні страхові комісари, що функціонують з метою здійснення контрольно-ревізійної діяльності страхових компаній на місцях [32, с. 25].

У Франції страхові компанії можуть створюватися в формі акціонерного товариства та товариства взаємного страхування (мінімальна кількість його учасників - 500).

На практиці існують декілька варіантів цих компаній:

- Societe's Nationales - акціонерні компанії, в яких держава або єдиний, або головний акціонер.
- Тонтіни - компанії, що організовуються на визначений період часу та здійснюють особисте страхування.
- Каси страхування сільського господарства - товариства взаємного страхування сільськогосподарських ризиків.
- Клуби судновласників «Protection and Indemnity» - товариства взаємного страхування цивільної відповідальності власників морських транспортних засобів.

У Канаді з 1971 року введена Національна система універсального медичного страхування, яка включає сплату всіх видів стаціонарної та амбулаторної допомоги, крім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більш ніж 90% витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із суспільних фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25% всіх затрат на охорону здоров'я.

Добровільне медичне страхування має незначний розвиток та забезпечує виплати тільки в тих сферах, які не покриваються універсальним страхуванням.

Отже, правовідносини, пов'язанні із наданням страхових послуг, впорядковуються в різних країнах шляхом установлення державою правил поведінки їх учасників.

Так, для Франції - це Страховий кодекс, у Німеччині - «Закон про страховий договір», в Англії та США страхове право ґрунтується здебільшого на судовому прецеденті. Як справедливо було зазначено, правовідносини регулюються в кожній державі залежно від системи джерел, яка склалася.

Проте, незважаючи на різномайття й відмінності таких систем, для більшості страхових компаній світу є характерними спільні ознаки. Вони прагнуть функціонувати за загальноприйнятими законами. Тенденція до інтеграції страхової діяльності та зрощування капіталу привела до утворення

страхових корпорацій та конгломератів, що мають свої банки, інвестують кошти практично у всі галузі народного господарства.

У сучасних умовах деякі страхові компанії світу мають філії за кордоном, утворюють транснаціональні корпорації [20, с. 56].

При цьому, стосовно законодавства країн Європи, треба зазначити, що страхові системи різних держав не функціонують ізольовано одна від одної, а знаходяться в постійному взаємозв'язку та взаємодії.

Розглянувши різні системи медичного страхування зарубіжних країн світу, очевидним є той факт, що кожна розглянута нами країна має певний, особливий вид страхування незважаючи на те, що у Європі переважають три основні моделі медичного страхування. Тому висновок наступний: немає універсальної моделі, яка б підходила усім країнам.

Держава повинна розробити, запровадити найбільш оптимальну для громадян модель медичного страхування і забезпечити реалізацію та контроль за нею. Звичайно, це не виключає можливості і потреби її реформування, але якнайшвидше впровадження оновленого медичного страхування дозволить країні розвиватися далі. Українську систему охорони здоров'я потрібно адаптувати до сучасних економічних умов і до нашої ментальності.

Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві і сфері охорони здоров'я зокрема. Досвід країн Європейського Союзу, а також країн Центральної і Східної Європи засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати як в рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

2.3. Нормативно-правове регулювання обов'язкового медичного страхування

В Україні розпочато процес розробки концептуальних напрямів з реформування системи охорони здоров'я, основні цілі якого закладені в

Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», Програмі діяльності Кабінету Міністрів України. В цьому контексті, активно опрацьовуються механізми удосконалення фінансування системи охорони здоров'я, у тому числі й такі, що базуються на впровадженні обов'язкового медичного страхування

В Україні ще не прийнято Закону про обов'язкове медичне страхування, хоча в Законі „Про страхування” воно назване першим у переліку обов'язкових видів страхування [6].

Очікується, що цей вид страхування в Україні набуде ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі „багатий платить за бідного, здоровий за хворого”. Як обов'язкове медичне страхування в Україні проводиться: – страхування на випадок екстреної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово знаходяться на території України; – страхування медичних видатків осіб, які виїжджають за кордон [42, с.39].

Відразу необхідно зазначити, що від створення державної системи медичного страхування монопольного типу, що фактично відображено у вже прийнятих законодавчих актах та їх проектах, необхідно відмовитися, оскільки воно не призведе до підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні. Це зумовлено дією таких факторів:

- за наявної територіальної структури розміщення лікувальних закладів із введенням державної системи медичного страхування ринок медичних послуг буде фактично монополізованим; те ж відбудеться і з ринком страхових послуг при формуванні страхового контингенту за територіальною ознакою, що не сприятиме підвищенню якості медичних послуг;
- введення обов'язкових внесків на медичне страхування збільшить податкове навантаження на економіку, що й так на сьогодні доволі високе;
- виникнуть значні труднощі з передачею на фінансування в рамках системи медичного страхування багатьох програм та лікувальних закладів;
- різко зростуть витрати на управління системою охорони здоров'я.

Тому створення державного медичного страхування монопольного типу призведе лише до збільшення суспільних витрат на охорону здоров'я

без підвищення якості медичного обслуговування населення. Необхідно створити умови для переходу до конкурентної системи медичного страхування. Застрахованій особі варто надати можливість обирати свою страхову схему серед кількох альтернативних – державних і приватних – схем медичного страхування.

Впровадження загальнообов'язкового медичного страхування сприятиме збільшенню фінансових надходжень у галузь охорони здоров'я в межах існуючого законодавчого поля, оптимізації їх використання, забезпеченню гарантування якісної медичної допомоги кожному громадянину, а також подальшому розвитку добровільного медичного страхування.

Попри всі його переваги, розвиток уповільнюється через те, що не існує однозначного підходу до створення законопроекту про загальнообов'язкове державне медичне страхування.

Як відомо, чимало страхових компаній зараз надають послуги медичного страхування, але загальнообов'язкове медичне страхування має здійснюватися на основі державного фонду без залучення страхових компаній, через те, що метою страхових компаній є безпосередньо отримання прибутку шляхом зниження витрат (тоді як метою державного Фонду буде саме підвищення рівня здоров'я населення) [48, с. 5].

До того ж, на сьогодні кількість страхових компаній на українському ринку настільки велика, що в разі здійснення ними загальнообов'язкового медичного страхування, контролювати їх діяльність буде практично неможливо.

На сьогодні розглядаються дві можливі моделі запровадження обов'язкового медичного страхування: через єдиний страховий фонд з обов'язкового медичного страхування (як у Росії), чи кілька страхових компаній, які надаватимуть відповідні послуги (як у Грузії). При цьому абсолютна імплементація грузинської моделі неможлива через вихідні умови

(для порівняння: у Грузії понад 4 мільйони населення). Кожна з зазначених моделей має свої переваги і недоліки [33].

Так, єдиний фонд передбачає контроль держави, це, по суті, квазістрахування, тобто утвориться ще один фонд соціального страхування у компетенції Міністерства соціальної політики. Якщо ж цей ринок віддати страховим компаніям, виникне конкуренція, але вона може бути й недобросовісною, і компанія збанкрутує. Тому, в такому випадку, мають бути жорсткі критерії відбору таких страховиків.

Для запровадження обов'язкового медичного страхування через декілька страхових компаній, необхідно чітко визначити що передбачає медична послуга, визначити її структуру та методологію розрахунку її вартості тощо.

Однак, впровадження обов'язкового медичного страхування без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може з'явитися безліч проблем.

Серед них можна виділити відсутність системи підготовки спеціалістів, неотримання лікарями належних зарплат та премій, відмова страховиків під будь-яким приводом оплатити лікування страхувальника, відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування, різні погляди чиновників, страховиків та медиків на моделі медичного страхування, недостатньо інформоване населення щодо переваг і недоліків медичного страхування.

Вирішення всіх цих проблем потребує часу, фінансових ресурсів, відповідних фахівців. Звичайно, головна роль у розв'язанні вище перелічених проблем відводиться державі. Важливим питанням залишається узгодження політики, направленої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування. Держава повинна подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування.

Держава має розробити систему підготовки відповідних фахівців, запланувати у бюджеті витрати на підвищення зарплати медпрацівникам. Страхові компанії в свою чергу можуть докласти зусиль у інформуванні населення про медичне страхування. Разом з усіма проблемами Україна має багато можливостей та перспектив щодо розвитку системи медичного страхування.

Сьогодні в Україні величина фінансових ресурсів, які мають спрямовуватися державою у сферу охорони здоров'я, досить обмежена. Із огляду на це було б доцільно реорганізувати Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності й Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань і створити єдиний Медичний фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування. Такий висновок можна зробити, виходячи з низки чинників. По-перше, мінімізуються адміністративні видатки на запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування через уникнення дублювання низки функцій із соціального страхування, які й зараз покладені на вищезгадані фонди. Це стосується відновлення здоров'я застрахованих осіб і членів їхніх сімей у санаторно-курортних закладах, медичної реабілітації, оздоровлення дітей та ін. [45, с. 152]

По-друге, необхідність у медичній допомозі та грошових виплатах через тимчасову непрацездатність для працюючих осіб у більшості випадків виникає через захворювання (тобто це один і той самий страховий випадок).

По-третє, зниження рівня захворюваності, що є одним із головних завдань вищенаведених фондів, має безпосередню залежність від якості медичного обслуговування застрахованих осіб. Покладання цих напрямів роботи на єдину організацію дозволить створити комплексну систему соціального медичного обслуговування.

Для вирішення вищезазначених проблем та підготовки до запровадження обов'язкового медичного страхування як дієвого механізму фінансування охорони здоров'я населення слід вжити наступні заходи:

– розробка та впровадження системи персоніфікованого обліку надання медичної допомоги, використання бази даних для планування системи організації та оплати медичних послуг, та як наслідок, єдиного реєстру застрахованих осіб як важливої передумови впровадження системи обов'язкового медичного страхування та виключення подвійного страхування та фінансування;

– розробки прогресивної системи ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, що буде відображати зв'язок між розміром внесків та розміром доходів платників внесків, а також визначення їх нижньої межі для вразливих категорій громадян, за яких внески сплачуватиме держава (пенсіонери, інваліди та ін.);

– універсальність охоплення медичними послугами не буде порушена, якщо держава покриватиме (при впровадженні обов'язкового медичного страхування) медичні витрати людей, які не в змозі робити відрахування;

– визначення розподілу ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем та працівником;

– пошук додаткових джерел фінансування витрат на охорону здоров'я, наприклад, збільшення ставок акцизних платежів на небезпечні для здоров'я людини товари та спрямування цих коштів на охорону здоров'я, проведення благодійних акцій, пожертвування релігійних та громадських благодійних організацій тощо;

– стимулювання розвитку добровільного медичного страхування з метою забезпечення притоку додаткових коштів до системи охорони здоров'я та заміщення державного страхування приватним особами з високими доходами;

– розвиток методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ (покращених умов перебування) для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ;

- розробка стратегії зменшення тінізації економіки та імплементація відповідних заходів;
- перехід від фінансування щодо постатейного бюджету до фінансування за пролікований випадок і відповідна зміна способу обчислення заробітної плати лікарів та медичних сестер [16, с. 270].

Отже, для впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні насамперед потрібно підготувати як законодавчу, так і матеріальну базу, узгодити всі механізми, аби в подальшому не досягнути ще гіршого стану, врахувати всі переваги й ризики на досвіді інших країн, також створити Єдиний державний банк медичного страхування, який акумулюватиме всі надходження та розпоряджатиметься ними.

РОЗДІЛ 3

ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА НАПРЯМИ ЙОГО РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

3.1. Поняття добровільного медичного страхування та його основні ознаки

За своїм призначенням медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянам витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних з підтримкою здоров'я.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним.

За індивідуального страхування страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір зі страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів.

За колективного страхування страхувальником, як правило, є підприємство, організація чи установа, що укладає договір зі страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Страховий поліс з добровільного медичного страхування обумовлює обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо.

Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості і поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страховика та медичної установи, що обслуговує застрахованих.

Програми добровільного медичного страхування розрізняються між собою та такими критеріями:

- залежно від переліку медичних послуг (наприклад, у разі стаціонарного лікування або виклику лікаря додому);
- залежно від контингенту застрахованих (пацієнтів);
- залежно від переліку медичних установ, що їх пропонує страхова організація для виконання програми добровільного медичного страхування; від вартості надаваних послуг.

Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;
- поліпшення умов утримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;
- подовження тривалості після лікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- розвиток системи сімейного лікаря;
- страхування виплат з тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із користуванням послугами медичної установи, які надаються згідно з програмою добровільного медичного страхування [18, с. 112].

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним або колективним.

Для колективної форми страхування характерним є те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб, а при індивідуальній формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. У рамках добровільного медичного страхування передбачається оплата медичних послуг понад програму обов'язкового медичного страхування.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.

Структура договорів медичного страхування за 2017-2018 роки мала майже однакові частки в 2017 році в межах 22-24%, в 2018 році в межах 25-27% договорів з добровільного безперервного страхування здоров'я та договорів страхування здоров'я на випадок хвороби відповідно.

При цьому остання частка була найменшою. Структура засобів медичного страхування за 2018 рік змінилася у бік збільшення частки договорів з добровільного безперервного страхування здоров'я майже в 2 рази і становило 51,2%. [46, с. 10]

Одночасно зменшилась частка договорів з добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби в 2 рази і становила 14,9%, та зменшилась частка договорів з добровільного страхування медичних витрат на 15% та становить 33,9%. Таку ситуацію можна пояснити детальніше, проаналізувати структуру договорів добровільного медичного страхування за класифікацією клієнтів на юридичних та фізичних осіб.

Механізм здійснення медичного страхування недосконалий та потребує модифікацій для отримання найбільш ефективного результату.

У сучасних умовах в Україні сформувалась певна структура ринку добровільного медичного страхування. Цей ринок можна розглядати як

багаторівневу систему зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями.

Для стабільного розвитку ринку медичного страхування потрібно об'єктивно інформувати всіх його учасників про основні умови, вимоги та ризики у процесі їх діяльності, відпрацювати механізм фінансування процесів медичного страхування, розширювати продуктову лінійку, коригувати окремі положення податкового законодавства.

3.2. Зарубіжний досвід правового регулювання добровільного медичного страхування

Слід зазначити, що більшість західних країн в наші дні знаходяться в пошуку «нової структури рівноваги» між державним фінансуванням і медичним страхуванням, особливо не розраховуючи на особисті кошти громадян.

Як ми вже зазначали вище Сполучені Штати Америки не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Усе тримається на системі приватного страхування. Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є державною програмою підтримки для окремих верств населення. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх і найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе [49, с. 42].

Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Іноді він сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також уносять певну грошову суму. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника.

Якщо особа не є працівником або членом сім'ї працівника, страхівка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються взагалі. Саме через це мільйони американців намагаються мати хоча б часткове страхування, яке хоча й не покриває коштів на перебування в лікарні, ліки, медичні процедури й операції, але все ж таки дає змогу отримати необхідний базовий набір медичних послуг.

Розглянувши організацію забезпечення охорони здоров'я в США, доречно зазначити, що основним недоліком цієї системи є велика вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Проте високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, зайнятих захистом прав споживачів, особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, які не можуть самотійно забезпечити собі фінансування медичної допомоги, є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США [17, с. 178].

Отже, досвід США свідчить, що запроваджувати приватне страхування в медичній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я

В Японії є бальна концепція оплати медичних послуг, згідно з якою будь-яке консультування, дослідження, експлуатаційне вторгнення оцінюються в балах. Ціни неподільні на території всієї країни і характеризуються присутністю двох проектів неодмінного медичного

страхування: загальнодержавної та соціальної; охопленням медичним страхуванням всіх, хто функціонує в фірмах з кількістю зайнятих осіб від 5 і більше, а крім того членів їх сімей; нарахування страхових премій (внесків) зі звичайного помісячного окладу; витрати на охорону здоров'я в країні складають лише приблизно 6,6% ВВП. Всі медичні організації представляються незалежними системами. 80% клінік належить лікарям приватної практики. У нинішній період медичні послуги Японії фінансуються, в основному, через розрахунок фондів страхування здоров'я. Підтримка надається у варіанті грошових виплат і заохочувальної медичної підтримки. Найбільший обсяг пільг здатний сформувати аж до 90% ціни лікування (10% виплачують самі хворі). Пільги для утриманців не перевищують 70% вартості медичного обслуговування. Присутність в лікувальному закладі як самих застрахованих, так і їх утриманців, оплачують на 70%, решту необхідних коштів хворий виплачує готівкою при отриманні медичних послуг. Разом із тим, у випадку досить високої вартості лікування хворому відшкодовуються витрати понад введений максимум. У повній мірі за кошти хворого оплачуються медикаменти, безперервна турбота власної медсестри, лікування в палаті без інших пацієнтів [32, с. 23].

Отже, сьогодні формуються 3 ключових типи фінансування охорони здоров'я: національний, за допомогою обов'язкового і добровільного медичного страхування та гібридна модель. Необхідно відзначити, що дані типи окремо фактично не використовуються у чистому виді у жодній країні, проте в окремих державах один з них здатний використовувати домінуючі позиції.

Таким чином, наприклад, у Великобританії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії переважає національна концепція фінансування. У таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, у той час як у Сполучених Штатах Америки (далі – США) переважає змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% населення користується послугами

приватних страхових компаній. Європейські країни з розвинутою системою страхової медицини витрачають близько 10 – 11% валового внутрішнього продукту (далі –ВВП) щорічно на охорону здоров'я, тоді як в США з ліберальною системою охорони здоров'я та з широким застосуванням приватної оплати медичних послуг витрати становлять близько 14% від ВВП при аналогічній якості медичних послуг.

3.3. Законодавче регулювання добровільного медичного страхування

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування діють більше 60 страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет. Найбільш відомі з них – це Державна акціонерна страхова компанія «Укрінмедстрах», закрите акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Остра-Київ», відкрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Алькона», відкрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Оранта-Донбас», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Кредо-Класик», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Надра», закрите акціонерне товариство «Страхова компанія «Укрнафтотранс» та інші.

Кожна страхова компанія прагне принести в страховий бізнес щось своє, що вигідно вирізнятиме її серед конкурентів. Програми, які пропонують страхові компанії з добровільного медичного страхування, можна поділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, в тому числі аптечне; стаціонарне обслуговування; послуги невідкладної швидкої медичної допомоги; стоматологія.

Деякі страхові компанії пропонують різноманітний додатковий сервіс: медичне обслуговування на дому, закріплення довіреного лікаря, безплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон, пільгове страхування для членів сім'ї, спеціальні програми для дітей і вагітних.

Широкий спектр страхових програм, різних за ціною і набором послуг, їх комбінація, дає можливість вибрати поліс, виходячи із потреб і фінансових можливостей. Страхові компанії, які здійснюють медичне страхування, можуть об'єднуватися з метою сприяння розвитку відкритого та рівно доступного для всіх медичного страхового ринку, забезпечення допомоги в здійсненні медичного страхування, організації юридичного захисту прав страховиків і страхувальників, координації зусиль страховиків на ринку медичних послуг [35, с. 18].

Прикладом цього є Асоціація «Українське медичне страхове бюро», членами якої є 28 страхових компаній України, що представляють її 12 областей та місто Київ. ЗАТ СК «Остра-Київ» – одна з відомих українських страхових компаній здійснює медичне страхування з початку 2000 р. Оплату наданих медичних послуг вона здійснює по різних програмах страхування.

Усі страхові компанії пропонують практично одні й ті самі програми медичного страхування зі схожим набором послуг, прикріплення до одних і тих самих клінік із приблизно однаковим сервісом з організації медичної допомоги. За таких умов страхувальники закономірно обирають демпінгові ціни на послуги з медичного страхування, оскільки незрозуміло, чим обумовлена різниця в ціновій політиці страховиків.

Аналізуючи стан медичного страхування в Україні, можна виділити цілу низку проблем, що стримують його розвиток. Це зокрема:

- зменшення державного фінансування галузі охорони здоров'я,
- застаріла матеріальна база;
- дефіцит лікарських препаратів;
- показники демографічного розвитку країни та рівня захворюваності населення;
- неналежна підготовка спеціалістів у цій сфері;
- відсутність адекватної винагороди праці лікарів у формі зарплат і премій;

- уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника, ґрунтуючись на різних підставах;
- відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування;
- різне бачення чиновниками, страховиками та медиками моделі, на основі якої має діяти медичне страхування, зокрема, його обов'язкова форма;
- недостатня поінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини.

Аналіз стану та проблем розвитку ринку медичного страхування в Україні свідчить, що необхідні подальші пошуки шляхів оптимізації вартості послуг добровільного медичного страхування, які б забезпечили баланс інтересів страховиків і страхувальників та сприяли розвитку цього соціально значимого й необхідного для нашої країни сегмента страхового ринку .

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

У результаті дослідження правового регулювання медичного страхування можна зробити такі висновки:

1. Історія виникнення і розвитку страхової справи тісно пов'язана з історією суспільного розвитку, зокрема з появою капіталізму на межі XVII–XVIII століть. На початку XX століття в багатьох європейських країнах були прийняті закони про страхування осіб, які працюють, на випадок хвороби, інвалідності, старості, безробіття. Сучасний стан функціонування системи медичного страхування в Україні представлено добровільним медичним страхуванням, яке активно провадять страхові компанії.

2. Діюча система медичного забезпечення в Україні перебуває в глибокій фінансовій кризі, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, низькою часткою видатків на охорону здоров'я по відношенню до ВВП. Тож слід розробити низку заходів, що спрямовані на покращення розвитку системи медичного забезпечення. Наприклад, розвиток та вдосконалення лікарняних кас.

3. Поняття «медичне страхування» не є законодавчо визначеним і виступає предметом дискусій різних авторів. Основні принципи обов'язкового медичного страхування закріплені в Законі України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Спеціальними законодавчими актами передбачається обов'язкове страхування медичних працівників, які при здійсненні своїх професійних обов'язків контактують із людьми, хворими, наприклад, на туберкульоз чи інші небезпечні інфекційні захворювання, СНІД, тощо. Але таке страхування є соціальним, а не медичним. Однак закону, який би регламентував його запровадження та реалізацію, досі не ухвалено, тому слід підвищити зацікавленість роботодавців щодо збереження здоров'я своїх працівників за

допомогою законодавчого закріплення інтересів підприємством на медичне страхування.

4. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – складова частина системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, забезпечує всім громадянам рівні можливості для отримання медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я. Перед впровадженням обов'язкового медичного страхування необхідно здійснити відповідні законодавчі зміни, провести реструктуризацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я, визначити перелік безкоштовних медичних послуг, що надаються за рахунок держави, та тих, що підлягають страховому покриттю, розробити систему пільг.

5. Кожна держава має свої особливості медичного страхування. Виділяють такі основні моделі медичного страхування: модель Бісмарка (фінансування медичних послуг через обов'язкове медичне страхування) успішно реалізована в Німеччині; у Великобританії має успіх модель Беверіджа, яка діє за рахунок бюджетного фінансування медичних послуг; у США медичне страхування реалізоване через механізм приватного фінансування.

Система медичного страхування, запропонована Проектом Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування», який винесено на публічне обговорення, найбільш схожа за своєю суттю саме на страхування в рамках системи Бісмарка, хоча і не відповідає їй повністю.

Побудова нової системи медичного страхування потребує розвитку цивілізованих ринкових відносин у суспільстві і сфері охорони здоров'я зокрема. Досвід країн Європейського Союзу, а також країн Центральної і Східної Європи засвідчує, що механізм фінансування охорони здоров'я можна успішно вдосконалювати як в рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

6. Обов'язкове медичне страхування забезпечить додатковий приток коштів в галузь, що дасть можливість системі охорони здоров'я бути мобільною, динамічною і гранично функціональною.

Для впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні насамперед потрібно підготувати як законодавчу, так і матеріальну базу, узгодити всі механізми, аби в подальшому не досягнути ще гіршого стану, врахувати всі переваги й ризики на досвіді інших країн, також створити Єдиний державний банк медичного страхування, який акумулюватиме всі надходження та розпоряджатиметься ними.

7. У сучасних умовах в Україні сформувалась певна структура ринку добровільного медичного страхування. Цей ринок можна розглядати як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями.

Для стабільного розвитку ринку медичного страхування потрібно об'єктивно інформувати всіх його учасників про основні умови, вимоги та ризики у процесі їх діяльності, відпрацювати механізм фінансування процесів медичного страхування, розширювати продуктову лінійку, коригувати окремі положення податкового законодавства.

8. Сьогодні формуються 3 ключових типи фінансування охорони здоров'я: національний, за допомогою обов'язкового і добровільного медичного страхування та гібридна модель. Необхідно відзначити, що дані типи окремо фактично не використовуються у чистому виді у жодній країні, проте в окремих державах один з них здатний використовувати домінуючі позиції. Таким чином, наприклад, у Великобританії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії переважає національна концепція фінансування. У таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, у той час як у Сполучених Штатах Америки переважає змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% населення користується послугами приватних страхових компаній.

9. Добровільне медичне страхування може виступати як альтернативна система медичної допомоги. Запровадження добровільного медичного страхування відкриває нові шляхи для покращення фінансового стану державного та комунального секторів системи охорони здоров'я. Необхідні подальші пошуки шляхів оптимізації законодавства в сфері добровільного медичного страхування. Зокрема цілком доцільним було би прийняття спеціального Закону «Про добровільне медичне страхування», зокрема в якому буде вказано перелік послуг добровільного медичного страхування, захист страховиків від недобросовісної конкуренції в даній сфері та страхувальників, які б були захищені від неякісного надання послуг. Так як для стабільного розвитку ринку медичного страхування потрібно об'єктивно інформувати всіх його учасників про основні умови, вимоги та ризики у процесі їх діяльності, відпрацювати механізм фінансування процесів медичного страхування, розширювати продуктову лінійку, коригувати окремі положення податкового законодавства.

На підставі проведеного дослідження сформульовано такі пропозиції щодо чинного законодавства:

1) для вдосконалення обов'язкового страхування медичних працівників, слід прийняти окремий Закон «Про страхування медичних працівників», який ввів би принцип обов'язковості та охопив у коло обов'язкового страхування всіх медичних працівників, створюючи дієвий механізм їхнього захисту;

2) прийняття спеціального Закону «Про добровільне медичне страхування», зокрема в якому буде вказано перелік послуг добровільного медичного страхування, захист страховиків від недобросовісної конкуренції в даній сфері та страхувальників, які б були захищені від неякісного надання послуг. Так як для стабільного розвитку ринку медичного страхування потрібно об'єктивно інформувати всіх його учасників про основні умови, вимоги та ризики у процесі їх діяльності, відпрацювати механізм

фінансування процесів медичного страхування, розширювати продуктову лінійку, коригувати окремі положення податкового законодавства;

3) для кодифікації страхового законодавства, доцільним було би прийняти Страховий кодекс України, який би систематизував все законодавство у страховій галузі, розділивши в окремі книги загальні положення про страхування, добровільне і обов'язкове страхування, виникнення прав та обов'язків страховиків та страхувальників тощо, що зменшило би законодавчу плутанину у цій сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України //Відомості Верховної Ради України. 1996. URL: <http://www.viche.info/journal/1159> (дата звернення 12.03.2019).
2. Господарський кодекс України від 16 січня 2003 № 436-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 18. № 19-20. № 21-22. Ст.144.
3. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення 12.03.2019).
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992р. №2801-XII (із змінами та доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 01.06.2019).
5. Основи законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Верхов. Рада України. Офіц. вид. Київ: Парлам. вид-во, 1998. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 12.06.2019).
6. Про страхування: Закон України від 01.03.1996. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр> (дата звернення 03.03.2019).
7. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» № 4981-1 від 18 липня 2016 р. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59811 (дата звернення 03.03.2019).
8. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні». Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 № 1338-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19> (дата звернення 03.03.2019).
9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися закладами освіти, іншими установами та закладами системи освіти, що належать до державної і комунальної форми власності» від 27 серпня 2010 р. № 796 (із змінами та

доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-2010-%D0%BF> (дата звернення 01.05.2019).

10. Постанова Верховного Суду від 01.02.2018 № 522/1903/15-ц. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19> (дата звернення 15.11.2019).

11. Рішення районного суду від 18.06.2015 № 445/972/15-ц. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/51609975> (дата звернення 15.11.2019).

12. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. Вып. 6. URL: http://www.rspor.ru/mods/kea/Foreign_experience.doc (дата звернення 01.03.2019).

13. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 640 с.

14. Базилевич В.Д. Страхова справа / В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич; 3-тє вид., перероб. і доп. Київ : Знання КОО, 2013. 250 с.

15. Базилевич В.Д. Страхування: Підручник / В.Д. Базилевич. К.: Знання-Прес, 2008. 1019 с. URL: <http://pidruchniki.ws/15840204238/> (дата звернення 28.02.2019).

16. Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2013. № 767. С. 270-276.

17. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України: збірник науково-технічних праць / Національний лісотехнічний університет України. Львів, 2011. Вип. 21.10. С. 178-183.

18. Василенко П. Медичне страхування: реалії та проблеми. Соціальне страхування. 2008. № 3. С. 112-113.

19. Внукова Н.М. Страхування: теорія та практика: [навч. посіб.] / Н.М Внукова, Л.В. Временко, В.І Успенко [та ін.]; за заг. ред. д. е. н. Н.М. Внукової; 2-ге вид., перероб. та доп. Харків: Бурун Книга, 2019. 656 с.

20. Вовчак О.Д. Страхові послуги: навчально-методичний посібник / Вовчак О.Д., Завійська О.І. Львів: Видавництво ЛКА, 2005. 156 с.
21. Волохова Л.Ф. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Финансовые услуги*. 2016. № 1. С. 35-39.
22. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського*. 2015. № 8. С. 33-3.
23. Гідна праця: імперативи, українські реалії, механізми забезпечення: монографія / А. М. Колот, В. М. Данюк, О. О. Герасименко та ін. ; за наук. ред. д.е.н., проф. А. М. Колота. Київ: КНЕУ, 2017. 500 с.
24. Глухова В.І., Булах В.І. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. *Гроші, фінанси і кредит* № 10 2016. С. 760-764.
25. Говорушко Т. А. Страхові послуги: навч. посіб. Центр навчальної літератури. 2010. С. 400-405.
26. Гомон Д.О. Обов'язкове медичне страхування як альтернатива бюджетному фінансуванню сфери охорони здоров'я. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2014. № 1. С. 102–104.
27. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес інформ.* - №1. 2016. С.190-194.
28. Григораш Т. Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні. *Економічний простір: зб. наук. пр.* Дніпропетровськ, 2011. № 56/2. С. 138-148.
29. Губар О. Є. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит». Київ, 2004. 23 с.

30. Данильченко Л.І. Дослідження особливостей та перспективи становлення страхової медицини в Україні в сучасних умовах. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrm_2013.4 (дата звернення 01.06.2019).
31. Єрмілов В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи. Соціальне страхування. 2018. №1 С. 18–21.
32. Зарубежный опыт организации медицинского страхования. Финансовая аналитика. 2016. №.2 С. 23-27.
33. Зінькова І. О. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <http://naub.oa.edu.ua/2014/vprovadzhennya-obovyazkovoho-medychnoho-strahuvannya-v-ukrajini/> (дата звернення 01.07.2019).
34. Інтернет-журнал «Про страхування». URL: <http://forinsurer.com> (дата звернення 02.07.2019).
35. Капшук О. Г., Ситник А. П., Пащенко В.М. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Фінансові послуги. 2017. № 2. С. 1– 21.
36. Князевич В. М. Стан і шляхи реформування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні (інформація до парламентських слухань). Охорона здоров'я в Україні. 2014. № 2. С. 44-48.
37. Козьменко С.М., Охріменко І.О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua> (дата звернення 04.06.2019).
38. Лівак П. Є. Правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.0 “Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право” / П. Є. Лівак. Ірпінь, 2010. 21 с.
39. Любінець О. В., Сенюта І. Я. Медичний кодекс як основа реформування охорони здоров'я України. Український медичний часопис. 2016. № 3 (53). С. 5–9.

40. Манжосова О.В. Окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні. Європейські перспективи. 2012. № 2(1). С. 195–199.
41. Медична і страхова система Австралії. URL: <http://linx.zp.ua/medychna-i-straxova-systema-avstraliji.htm> (дата звернення 01.06.2019).
42. Місце медичного страхування в системі охорони здоров'я. URL: http://rak-r-kovalska-k-pace-of-insurance-medicine-in-security-system-of-health_1428 (дата звернення 01.06.2019).
43. Мних М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні. Держава і економіка. 2016. № 11. С. 39–41.
44. Москаленко В.Ф. Системи охорони здоров'я: класифікація, цілі, цінності, пріоритети, ключові функції, стратегії, проблеми та завдання. Сучасні проблеми здоров'я та охорони здоров'я населення. 2008. № 4. С. 2–31.
45. Мунтян С. О., Капшук О. Г., Кишковський Є. І. Перспективи добровільного медичного страхування на залізничному транспорті. Медичні перспективи. 2018. Т. 12, № 2. С. 152–154.
46. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит» / Н. Г. Нагайчук. Київ, 2006. 22 с.
47. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: <http://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення 13.06.2019).
48. Немченко А.С., Панфілова Г.Л., Немченко О.А. Систематизація досвіду формування законодавчого простору впровадження медичного страхування в Україні. Вісник фармації. 2018. № 4. С. 5–60.
49. Нонко В., Стецюк Т. Іноземний досвід медичного страхування. Головний врач. 2002. № 4. С. 42–44.

50. Підсумки діяльності страхових компаній за I півріччя 2018 року.
URL: <https://forinsurer.com/files/file00621.pdf> (дата звернення 07.07.2019).
51. Поліщук Є. М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення. Соціальне страхування. 2014. № 2. С. 13–16.
52. Полоз К.Ю. Стан та перспективи медичного страхування в Україні. URL: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=41150> (дата звернення 01.03.2019).
53. Реверчук С.К. Історія страхування : [підручник] / С.К. Реверчук [та ін.] ; за ред. С.К. Реверчука. Київ : Знання, 2015. 213 с.
54. Рубцова Н.М., Чкан І.О. Сучасний стан ринку медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку. Фінансовий простір. 2015. № 4 (20). С. 16-12.
55. Самойловський А. Л. Аналіз розвитку страхування в Україні: етапність еволюційних змін. Соціальне страхування 2010. № 6. С.146-148.
56. Світлична О.С. Еволюція медичного страхування в Україні. Інноваційна економіка. 2013. № 5. С. 30–34.
57. Стан медичної сфери в Україні. Дослідження соціологічної групи «Рейтинг»/URL:http://ratinggroup.ua/ru/research/ukraine/sostoyanie_medicinskoj_sfery_v_ukraine.html (дата звернення 06.08.2019).
58. Статистика страхового ринку в Україні. URL: <https://forinsurer.com/stat> (дата звернення 03.05.2019).
59. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правове забезпечення запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні: дис. д-ра юрид. наук, спеціальність 12.00.0 / В. Ю. Стеценко Харків, 2010. 43 с.
60. Стеценко В. Ю. Правове забезпечення медичного страхування в Україні. Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право): зб. наук. пр. Ірпінь, 2019. № 4 (4). С. 191–196 с.

61. Стеценко В. Ю. Медичне страхування в системі страхування: правові аспекти взаємозв'язку. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 18: Економіка і право. 2019. Вип. . С. 180-184.
62. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. Публічне право. 2013. № 2. С. 5-63.
63. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. 223 екон. наук: спец. 08.00.08 «Гроші, фінанси і кредит» / Т. І. Стецюк. Київ, 2009. 18 с.
64. Страхування: Підручник / Керівник авторського колективу і науковий редактор С. С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2002. 599 с.
65. Ткаченко Н.В. Страхування : Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. Київ: Ліра, 2017. 270 с.
66. Цыганова О.А. Медицинское страхование: [учеб. пособ.] / , И.В. Ившин. Архангельск : Из-во Сев. гос. ун-та, 2010. 25 с.
67. Філіпенко А. В., Ольвінська Ю. О. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу. Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень: матер. конф. Одеса, ОНЕУ. С. 91–97.
68. Федорович І.М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету 2017. с. 76.
69. Фещенко В.В. “Енциклопедія страхування”. Київ. 2008 р.
70. Череп А. В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. Сталий розвиток економіки. 2013. № 2. С. 17-23.
71. Чухно І. А., Овчаренко А.О. Проблеми впровадження обов'язкового медичного страхування на сучасному етапі в Україні [Текст]:мат. наук.-пр. конф. Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні. Харків, 2016. С. 146–148.

72. Шупа Л. 3. Світовий досвід обов'язкового медичного страхування та імплементація його в Україні. Наука молода. 2016. Вип 25. С. 101–108.

73. Ювсечко О. Зарубіжний досвід розвитку медичного страхування та можливості його використання в Україні. URL: <https://naub.oa.edu.ua/2010/zarubizhnyj-dosvid-rozvytku-medychnoho-strahuvannya-tamozhlyvosti-joho-vykorystannya-v-ukrajini/> (дата звернення 01.06.2019).

74. Яворська М. Роль добровільного медичного страхування в національній системі охорони здоров'я та забезпечення соціального захисту громадян. Финансовые услуги. 2016. № 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/finu_2016_5_24 (дата звернення 02.06.2019).