

Стецюк Тетяна Іванівна

*к.е.н., доцент кафедри страхування,
Державний вищий навчальний заклад
«Київський національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»,
м. Київ, Україна*

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНИ

Охорона здоров'я населення є найважливішою складовою соціальної політики держави. Будучи членом Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна визнає конституційне право кожної людини на охорону здоров'я природним, невід'ємним і непорушним [1,с. 29-30]. Протягом останніх двадцяти років в Україні було підготовлено не один законопроект, щодо запровадження страхової медицини (обов'язкового медичного страхування), пройшли свою апробацію пілотні проекти і нарешті реформа стартувала.

Верховна Рада в 2011 році ухвалила два закони, які дали старт медичній реформі: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я, щодо удосконалення надання медичної допомоги»; закон «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві». Цими законами запроваджено новий дієвий механізм реалізації громадян свого конституційного права на безкоштовну медичну допомогу, отримання якісних медичних послуг та лікарських засобів. Міністерство охорони здоров'я підготувало закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» – що є першим і головним законом реформи у галузі охорони здоров'я, що встановлює єдині для всіх умови та правила надання медичної допомоги. Медичну реформу ухвалено, чи набуде вона статусу страхової медицини?

Першим етапом реформування галузі охорони здоров'я, є запровадження «первинного медичного страхування». Головною новацією при цьому вважається відмова від фінансування охорони здоров'я за показником «ліжко-день» і перехід на фінансування відповідно до наданих сімейним лікарем послуг; можливість населенню укласти прямі договори з усіма видами медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу – з амбулаторіями, приватними практиками – усіма лікарськими закладами, які є у територіальній громади.

Заробітна плата лікаря більше не є фіксованою, вона залежить від кількості його пацієнтів і тарифу, визначеного для певних категорій пацієнтів (рекомендована цифра – 2000 тис. пацієнтів). Тарифи залежать від віку пацієнта. Запропонований тариф у сумі 210 гривень на одну людину на рік є середнім тарифом. Він є удвічі більшим для дитини до 5 років, і для особи 65 років і старше. Встановлено і проміжні тарифи для дітей від 5 до 18 років [2]. Оператором бюджетних коштів, призначених для оплати наданих лікарями

послуг, виступає не Фонд з ОМС, а Національна служба здоров'я, створена за ініціативи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ).

Реформа передбачає запровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, що базується на пріоритетах охорони здоров'я, враховує поточний економічний стан і можливості держави. Гарантований пакет медичної допомоги є головним фінансовим документом галузі охорони здоров'я, який містить повний перелік захворювань та станів, які покриваються обов'язковим медичним страхуванням. Детальний перелік послуг, що входять до державного гарантованого пакету медичної допомоги, затверджується щороку Кабміном. Для кожного виду допомоги, захворювання чи стану в гарантованому пакеті зафіксовані єдині для всіх тарифи покриття та тарифи спів оплати. Він буде предметом договірних відносин між державою (єдиним національним замовником медичних послуг) та медичними закладами [3]. Єдиний національний замовник – це незалежна інституція, яка діє в інтересах пацієнтів та закуповує медичні послуги з єдиного національного пулу коштів на основі єдиних базових тарифів.

Повне 100% покриття медичних послуг, за Законом, передбачено при «Невідкладній медичній допомозі» коли є загроза життю пацієнта, при «Первинній допомозі», що включає педіатрію, профілактику та при «Паліативній допомозі» в останні дні життя хворого. Цей обсяг зафіксовано в Законі, і не може бути зменшеним.

Реформою передбачений єдиний реєстр пацієнтів – єдина електронна система обміну медичною інформацією, до якої надходитимуть дані усіх пацієнтів, і розподіл коштів за ними. Єдиний реєстр пацієнтів є тим механізмом, який дозволить не мати пацієнта, зареєстрованого у трьох місцях. Реєстр не поширюється на випадки, коли громадянам потрібна невідкладна медична допомога.

Передбачено утворення госпітальних округів, метою яких є впорядкування мережі закладів охорони здоров'я у спосіб, який би дозволив забезпечити якість і своєчасність надання медичної допомоги населенню, а також ефективне використання бюджетних коштів для забезпечення надання спеціалізованої допомоги жителям відповідних територій. Госпітальний округ утворюється як функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я однієї чи декількох адміністративно-територіальних одиниць в межах області.

Основним недоліком цієї реформи є те, що до неї не будуть залучатися страхові компанії. Відтак, держава платитиме за послугу тому лікареві, якого обрав пацієнт. Така система не може називатися страховою, оскільки практично позбавлена страхових ознак і не дає права займатися ОМС страховим компаніям, що мають значний багаторічний досвід при здійсненні довготермінового страхування життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гаманкова О.О. Перспективи страхової медицини в Україні / О.О. Гаманкова // Збірник тез доповідей XI Міжнародної науково-практичної конференції КНУ імені Тараса Шевченка. – К.: Едельвейс, 2016. – Вип. XI, Том 1. – С. 29-30.

2. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Схвалено розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. №1013-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cnews.ru>.

3. Стецюк Т.І. Пархета Л.В. Інноваційні підходи щодо впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні /Т.І. Стецюк, Л.В. Пархета// Фінанси, облік і аудит. ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана» — 2017.

УДК 368.013

Татаріна Тетяна Володимирівна

*к.е.н., доцент кафедри страхування,
Державний вищий навчальний заклад
«Київський національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»,
м. Київ, Україна*

СТРАХУВАННЯ ПОЛІТИЧНИХ РИЗИКІВ: ПОНЯТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ

Політичний ризик завжди є вищим в країнах, котрі перебувають у стадії інституціональних змін, реформування економічних, соціальних і політичних процесів, де ринкові важелі і ділові звичаї підприємництва повністю ще не сформовані. Тому організація страхового захисту суб'єктів підприємництва і всього суспільства в цілому від політичних ризиків в Україні є важливим і актуальним.

Науковці розглядають економічну природу політичного ризику у вузькому і широкому значенні. У вузькому значенні політичний ризик трактують як імовірність фінансових втрат для підприємства через вплив нестабільних політичних факторів в країні розміщення інвестицій.

Але політичні ризики призводять не тільки до фінансових втрат, вони можуть викликати події, які позначаються на інтересах учасників міжнародних відносин. Л.В.Временко стверджує: «Політичний ризик може пошкодити репутацію компанії і тим самим зменшити зацікавленість партнерів та клієнтів. Тобто шкода в контексті політичних ризиків може бути визначена в більш широкому сенсі ніж погіршення фінансової результативності компанії»[1, с.61].

Повніше визначає політичний ризик у страхуванні С.Л.Єфімов «як небезпеки, що виникають для об'єкта страхування внаслідок дії державних органів або організованих груп осіб, що діють за політичними мотивами»[2, с.348].

Враховуючи приведені визначення, іноземний досвід і особливості страхування політичних ризиків, можна виділити два основних види їх покриття:

1. Страхування іноземних капіталовкладень в об'єкти, що знаходяться на території іншої країни. Наприклад, це може бути заборона конвертації або перерахування іноземної валюти в країні; конфіскація активів, пошкодження