**УДК 330.1:368.9.06:342.7**

***Камінська Тетяна Михайлівна***

Доктор екон. наук, проф. каф. економічної теорії,

Національний юридичний університет імені Я. Мудрого

 ***Громов Анатолій Анатолійович***

 Кандидат екон. наук, доц. каф. соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я, Харківський

 національний медичний університет

**ФУНКЦІЇ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ ГРОМАДЯН**

Медичне страхування є умовою виконання ст. 49 Конституції України про безоплатну медичну допомогу. Воно збільшує обсяг ресурсів, необхідних для медицини, оскільки передбачає додаткові внески від страхувальників та застрахованих, роботодавців і робітників. Адресний характер платежів підвищує ймовірність їх цільового використання, тобто більш придатний для суспільного контролю. Медичні страховики також застосовують перестрахування, яке підвищує їх фінансову стійкість.

Страхові компанії контролюють діяльність медичних робітників і стримують непродуктивні витрати на медичні послуги. Вони впроваджують фармаекономіку та оптимізують витрати на ліки. В умовах обмежених ресурсів на розвиток охорони здоров‘я (в 2016 році на галузь з державного бюджету України було виділено 50 млрд. грн., в 2017 році планується 62 млрд. грн.) їх ефективне використання рівнозначно збільшенню фінансуванню. Актуальність стримування витрат посилюються на тлі зростання державного боргу і вимушених воєнних видатків у Державному бюджеті України.

Соціальне, обов‘язкове медичне страхування мінімізує ризики непередбачених витрат для хворих людей, виключає випадки відмови їм у лікуванні. Страховий захист сприяє скороченню регресивного фінансування охорони здоров’я, коли бідні люди, які частіше хворіють, сплачують більшу частку своїх доходів на лікування, ніж заможні люди. Тому воно насправді забезпечує рівний доступ до медичного обслуговування для усіх громадян та сповідує принципи соціальної солідарності. Таким чином соціальне страхування мінімізує наслідки недоброї ситуації, коли доступ до лікування мають тільки молоді та здорові люди, а страхові компанії «знімають вершки» від своєї діяльності та забезпечують надприбутки.

Страхові фонди контролюють законодавчі стандарти якості діагностики та лікування,що послаблює інформаційну асиметрію, яка завжди існує на ринку медичних послу. Її причинами є відсутність необхідних професійних знань у пацієнтів, поганий стан (або повна відсутність) свідомості хворого і навіть цілеспрямоване збільшення кількості дорогих послуг або ліків недобросовісними лікарями тощо. Страхові фонди не тільки контролюють, але й стимулюють якісну працю медичних робітників системою бонусів. Самі споживачі також підключаються до оцінки якості та вибору медичних послуг за допомогою полісів. Це підтверджує досвід європейських країн.

Страхові компанії стимулюють ефективний менеджмент у лікувальних закладах. Це вкрай необхідна функція в умовах глобалізації, коли розвивається туризм і подорожі, та сучасного реформування національної охорони здоров‘я. Як відомо, воно передбачає децентралізацію та автономізацію лікувальних закладів, впровадження нових підходів до управління, а саме прийняття оптимальних управлінських рішень в умовах обмежених локальних ресурсів. В умовах розвитку регіональних ринків страхові компанії виступають третьою стороною у державно-приватному партнерстві, сприяють його розвитку. Вони також забезпечують кращу логістику для фармацевтичних компаній.

Ці функції загалом забезпечують переваги медичного страхування перед фінансуванням охорони здоров’я виключно за рахунок надходжень до державного бюджету. Проте існують і недосконалості медичного страхування, які заважають найповнішому виконанню конституційних прав громадян України. Впровадження соціального страхування та створення додаткового фонду (з метою акумуляції страхових полісів)з ієрархічною системою управління породжує ризики бюрократизму, суперечностей між верхніми та низовими ланками управління, тиску місцевої влади на діяльність регіональних фондів, їх підпорядкування своїм егоїстичним інтересам.

Поширеність тіньової економіки в Україні теж сприяє ризикам і загрозам соціального страхування. Грошові потоки поки ще не є прозорими для суспільства, досі важко контролювати напрями їхнього руху і доводити розтринькування коштів. Додаткові платежі з фонду заробітної плати підприємств на страхування, у свою чергу,спричиняють зростання тіньового ринку, відштовхують інвесторів. Про це свідчить не тільки український, але й міжнародний досвід. Крім того, треба врахувати підвищення мінімальної заробітної плати в Україні до 3200 грн. з 2017 р., що збільшує проблемність додаткових податків. Ніхто, до того ж, не може виключити розповсюдження такої неформальної норми, як відшкодування страховим структурам частини фінансування за надання необґрунтованої переваги певному медичному закладу. Є небезпека отримання, врешті решт, такого варіанту ринку медичних послуг, який буде зі страхуванням більш затратний, ніж без нього.

Враховуючи переваги і ризики впровадження соціальної страхової медицини в Україні, пропонуємо перехідний період. Він передбачає створення окремого національного страхового фонду, але за рахунок видатків державного бюджету. Тобто тимчасово він не передбачатиме додаткових податків з роботодавців та робітників. З одного боку, цей фонд забезпечить адресність податків, а, з іншого – не допустить тих ризиків, про які було вказано вище. По мірі скорочення тіньової економіки до джерел наповнення страхового фонду можна додати традиційні страхові внески від фізичних і юридичних осіб. Головне, що впровадження насамкінець соціального медичного страхування наблизить суспільство до одержання гарантованих Конституцією України громадянських прав на рівний доступ до медичної допомоги.