

ЕКОНОМІЧНА ТЕОРІЯ ПРАВА

УДК 331.451:340.111.5

ЕКОНОМІЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКАРНЯНИХ КАС У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор;
Т. Ю. Клочко, студентка господарсько-правового факультету
Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого*

Стаття є продовженням дискусій науковців про механізм упровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Обґрунтовано соціально-економічну роль лікарняних кас у системі страхування з огляду на світовий досвід та ризики монополізації внутрішнього ринку. Запропоновано шляхи вдосконалення законодавства щодо їх регулювання в Україні.

Ключові слова: медичне страхування, лікарняна каса, монополізм, законодавство.

Постановка проблеми. В Україні зберігається залишковий принцип державного інвестування охорони здоров'я. Останні роки воно коливається на рівні 3,3–3,6 % ВВП. Збільшення тривалості життя громадян також не є пріоритетним завданням виконавчої та законодавчої гілок влади. Як результат, громадське здоров'я заслуговує на негативну оцінку. Відповідно до рейтингу країн світу 2012 р. з показника стану здоров'я їх мешканців, який оприлюднено міжнародним агентством Bloomberg, Україна посідає 99-те місце з 145 країн [1]. Нестача ресурсів охорони здоров'я спонукає звернутися до загальносвітової практики солідарної участі громадян у фінансуванні охорони здоров'я. Структурна перебудова охорони здоров'я, що відбувається в Україні, і впровадження інституту сімейного лікаря теж тісно пов'язані з обов'язковим медичним страхуванням, і відтермінування цього кроку є недоречним із соціально-економічної точки зору.

Відсутність ефективно організованого соціального медичного страхування призводить також до неконтрольованого розширення тіньової економіки

охорони здоров'я. Неформальні платежі лікарям мимоволі беруть на себе роль додаткового фінансування та структурування медицини. Разом із тим вони відтворюють усі недосконалість приватного ринку, незважаючи на державний сектор охорони здоров'я, і порушують конституційний принцип рівного доступу громадян до медичної допомоги. Поступово витіснити тіньовий ринок допоможе конкурентний, прозорий ринок обов'язкового і добровільного медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Судячи по змісту законопроектів від 21 березня 2013 р. № 2597 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», від 5 квітня 2013 р. № 2597-1 «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» (другий законопроект запропоновано для обговорення на офіційному сайті МОЗ), законодавці вважають за необхідне впровадження в Україні моделі обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС), де, однак, не прописано наявність лікувальних кас. Проте зарубіжна практика свідчить про те, що вони відіграють особливу роль у розвитку медичного страхування. В українській та російській науковій літературі деякі питання лікарняних кас розглядають А. Миронов, М. Мних, Н. Мних, С. Стеценко, В. Стеценко, А. Таранов, Г. Токарев, Я. Шатковський, А. Чейда. Але це – часткове висвітлення тільки у зв'язку з аналізом інших питань охорони здоров'я, її світових систем. Сама по собі проблематика лікарняних кас, їх місце у соціально-економічній та правовій системі зазвичай не досліджуються.

Формулювання цілей. Тому необхідно визначити соціально-економічні функції лікувальних кас як елементу майбутньої системи ОМС України та умови законодавчого забезпечення цієї системи.

Вклад основного матеріалу. Відповідно до тлумачення сучасного економічного словника Б. Райзберга лікарняні каси – це «установи соціального страхування, які виплачують застрахованим особам допомогу у випадку хвороби або оплачують медичне обслуговування при загальному захворюванні і пологах» [11]. Узагальнення положень Всеукраїнської громадської організації «Асоціація працівників лікарняних кас України» (створена 26 липня 2007 р.) показує, що лікарняні каси (медичні фонди) – це членські благодійні добровільні, недержавні, некомерційні організації або громадські об'єднання, побудовані на принципі солідарності та страховій технології. Вони займаються добровільним медичним страхуванням (далі – ДМС) [10]. У багатьох країнах інститут лікарняних кас органічно входить у систему ОМС. Найяскравішим прикладом є німецька система Бісмарка, яку взято за основу (з національними відмінностями) в Австрії, Франції, країнах Бенілюксу, Латинської Америки, постсоціалістичних країнах – членах ЄС. У Німеччині соціальне страхування історично виросло із незалежних медичних фондів,

які первісно організовували без будь-якої підтримки держави. Вони й стали прообразом сучасної системи.

Альтернативу німецькій становить англійська національна система охорони здоров'я Беверіджа, яка має деякі подібні ознаки з радянською бюджетною моделлю М. Семашка. Основне фінансування медицини проводиться за рахунок податкових надходжень до державного бюджету (наприклад, у Великій Британії – 92,5 %). Контроль за медичною галуззю здійснюють державні органи. ОМС існує, але дуже обмежено. Ця модель характерна також для Данії, Ірландії, Ісландії, Канади, Скандинавських країн, частково Італії, Греції, Португалії.

Відповідно до змісту останнього законопроекту від 5 квітня 2013 р. № 2597-1 в Україні пропонується впровадити варіант медичного страхування, який подібний до системи Бісмарка. І це не випадково, бо німецька страхова медицина має на сьогодні більше ніж сторічну практику розвитку, а висока якість лікування є загальновідомою в усьому світі. Разом із тим німецька система має багатий досвід у роботі лікувальних кас, спирається на їх функціонування у тій чи іншій формі. Держава до певної міри знімає із себе «тягар» організації охорони здоров'я і перекладає його «на плечі» некомерційних самоврядних організацій, а також страхових компаній, органів місцевого самоврядування та їх фондів тощо. Тобто інститут лікарняних кас використовується як доповнення до ОМС. Але останній законопроект в Україні (як і попередні законопроекти) не передбачає наявності лікарняних кас як елементу ОМС. Порушення цієї системи згідно з принципом системності тягне за собою зміну властивостей усієї системи.

У деяких країнах Східної Європи, Прибалтики, Російській Федерації, Республіці Молдова система ОМС є єдиним національним фондом із розгалуженою мережею регіональних фондів страхування, які йому підпорядковані. В Естонії національна топ-структура – це Лікарняна каса, яка є єдиною страховою організацією, що здійснює ОМС [6]. Відразу ж після здобуття незалежності естонський уряд об'єднав три міністерства (охорони здоров'я, соціального забезпечення та праці) у Міністерство соціальної політики та з 1 січня 1992 р. увів систему ОМС. При цьому існуюче міністерство лише здійснює підготовку нових проектів для затвердження їх у парламенті, а так званий Департамент здоров'я надає дозволи на діяльність та контроль за діяльністю лікарень.

Але в Німеччині в рамках ДМС передбачається оплата медичних послуг понад програму ОМС. Ці каси виконують важливу функцію – використовують недержавні ресурси для медицини і збільшують її фінансування. Наприклад, у Греції, яка перебуває на етапі створення національної системи охорони здоров'я, діяльність великих клінік та медична допомога на селі фінансують-

ся за рахунок державного бюджету, а амбулаторна допомога – за рахунок страхування. У системі ОМС лікарняні каси виступають водночас мікроекономічними і медичними суб'єктами. Вони мають можливість виявляти проблеми охорони здоров'я ще в їх зародку, проводити відповідні спостереження, аналіз, статистичні дослідження, ефективно збирати цю інформацію і доводити її до відома державних органів без додаткових фінансових затрат. Звичайно, що єдина Лікарняна каса в Естонії теж складає бюджет медичного страхування і передає його на затвердження раді Лікарняної каси, веде облік застрахованих осіб, призначає компенсації з тимчасової непрацездатності та розглядає заяви застрахованих осіб тощо. Причому організацію медичної допомоги зорієнтовано на формування нової психології майбутніх пацієнтів. Адже, якщо людина втратила роботу, Лікарняна каса підтримує її тільки два місяці, а потім сплачені внески обнуляються [7, с. 10]. Таким чином, лікарняні каси в будь-якому варіанті мінімізують недосконалості держави на макрорівні, її нездатність виявити та задовольнити всі потреби в медичному обслуговуванні на місцях у силу ієрархії і бюрократії.

Що стосується Федеративної Республіки Німеччини, то там діють лікувальні каси різного типу: регіональні і федеративні, професійні і територіальні. Норма страхових платежів щорічно для всіх лікарняних кас устанавлюється в однаковому розмірі для категорій працівників; наприклад службовці віддають у лікарняні каси майже 12–16 % доходів [12, с. 171]. З лікарняних кас надходить оплата медичних послуг, наданих застрахованим. Вони також оплачують лікарняні листки хворим. Більшість німців, що одержують зарплату, застраховані в місцевих (районних) касах, які обирають вільно. Гроші, призначені для пенсійного страхування, перераховуються до федеративного міністерства праці, яке відшкодовує вартість лікування в разі настання страхового випадку. Але на великих підприємствах із чисельністю працюючих понад 450 чол. створюються власні каси. Працівник може також забезпечити страховкою свою сім'ю. Щомісяця роботодавець додає свої внески до страхових платежів працівників, і загальна сума спрямовується до страховальника подібно руху інших соціальних платежів (з пенсійного страхування, безробіття тощо). Особи, зайняті у сільському господарстві, можуть мати лікарняні каси при своїх професійних об'єднаннях. Окремо лікарняні каси організовані для службовців, торгових представників, техніків та ін. Юридично належність застрахованих до деяких видів кас визначається законами і статусами кас. В інших країнах, наприклад Естонії, страхування теж найчастіше здійснюється через роботодавця, який ставить працівників на облік, або може здійснюватися самостійно.

Інститут лікарняних кас передбачає розвиток контрактних відносин, які в умовах невизначеності та ризику на ринку, зокрема страховому, відтворю-

ють стабілізаційний ефект. Виконавці контракту поступово навчаються чуйній реакції на потреби хворих. У Німеччині контракт укладається у перший день трудової діяльності працівника між ним і роботодавцем. Останній сповіщає про це у відповідну лікарняну касу. Після вибору страховки укладається контракт із лікарняною касою. Клієнт може викликати страхового агента додому або замовити доставлення договору поштою. Якщо страховка не влаштовує клієнта, можна змінити її, але тільки через рік. Коли контракт укладено, каса надсилає поліси застрахованим та членам їхніх сімей. Працівник одержує страховий номер, посвідчення про соціальне страхування, яке виступає певним соціальним паспортом, зошит для реєстрації внесків на соціальне страхування, який заповнює роботодавець. При зміні місця роботи працівник передає їх іншому роботодавцю.

Крім зазначених функцій, лікарняні каси зорієнтовані на максимальне задоволення потреб людей у поліпшенні здоров'я в умовах обмежених економічних і медичних ресурсів. Лікарняна каса Естонії контролює виконання договорів щодо надання медичних послуг і перевіряє їх якість. У німецькій системі ця функція найбільше спрацьовує у професійних лікарняних касах, де також закріплюється тенденція до профілактичної діяльності. Вони діють з попередженням надзвичайних ситуацій на підприємстві, інформують про несприятливі умови праці. Якщо для застрахованого існує їх небезпека, лікарняна каса зобов'язана його повідомити, так само як і роботодавця. У такий спосіб лікувальні каси додатково підвищують рівень соціального захисту працюючих. Цьому сприяють також демократичні методи управління. Рішення ухвалюються зборами представників (роботодавців та застрахованих працівників підприємств), які регламентують роботу каси, затверджують бюджет, обирають правління [12, с. 170–176].

В Україні станом на 1 січня 2011 р. теж функціонувало 217 лікарняних кас [3], які могли б стати прообразом майбутньої системи ОМС, де державу відносно відсторонено від безпосереднього регулювання охорони здоров'я. Більш того, Асоціація працівників лікарняних кас України здійснює співробітництво з Федеральним об'єднанням місцевих лікарняних кас Німеччини [3]. Більшість лікарняних кас на регіональному рівні розвиваються завдяки ініціативі місцевої влади. Про це свідчить досвід Житомирської, Полтавської, Харківської, Луганської областей, міст Києва, Ужгорода та ін. Ураховуючи, що децентралізація охорони здоров'я є загальносвітовою тенденцією, розвиток інституту лікарняних кас сприяє прогресивним змінам. Суспільні ресурси наближаються до реальних потреб громадян, їх використання стає більш адресним і раціональним. Зменшується інформаційна асиметрія про якість діагностики та лікування, необхідність тих чи інших ліків, скорочуються зловживання. У деяких регіонах лікарняні каси стимулюють ефективність праці

лікарів. Нарешті, вони сприяють природному розвитку інституту сімейних лікарів та безболісній перебудові структури охорони здоров'я. Отже, функція соціального захисту та додаткового фінансування охорони здоров'я теж виконується. Але при цьому інститути лікарняних кас в Україні та у класичній німецькій моделі ОМС суттєво відрізняються з питання конкурентного розвитку і демонополізації страхового ринку.

Майбутнє впровадження ОМС на національному рівні має обов'язково передбачити конкурентне середовище на страховому ринку. Як відомо, будь-який ринок без антимонопольної політики держави має тенденцію до концентрації або збільшення ступеня виробництва товарів (надання послуг), що контролюється найбільшими виробниками. Для страхового ринку України ця проблема є вельми актуальною навіть без зв'язку з лікувальними касами. Він має тенденцію до олігополізації – 95 % страхових платежів концентруються у 20 провідних компаніях [13]. В умовах неефективної роботи Антимонопольного комітету України вони схильні до змов щодо цінової політики. Зараз ДМС здійснюється комерційними страховими організаціями. Не тільки між ними, а також між комерційними компаніями і муніципальними лікарняними касами (за умови впровадження ОМС) повинна наростати конкуренція. Зараз її немає з причини непопулярності страхування серед українського населення взагалі – тільки 2 % мають поліси ДМС (відповідно до даних Ради Ліги страхових організацій України) [9]. Дуже дається взнаки інститут недовіри до цих економічних та юридичних осіб на мікро- і макрорівнях узагалі. Завищення ними тарифів спостерігається не тільки через олігополіі, а й через великі ризики внаслідок шахрайства, афер, бюрократичного тиску на бізнес. Проте платоспроможний попит громадян залишається низьким, бо чверть населення країни проживає за межею бідності. Звичайно, положення щодо договору страхування, у тому числі наслідки невиконання його умов, регулюються розділом 67 ЦК України, § 2 глави 32 ГК України, Законом України «Про страхування», іншими спеціальними нормативними актами, а в певних випадках діяльність недобросовісних страховиків може містити склад злочину, передбаченого ст. 190 КК України. Однак механізм реалізації цих положень працює недосконало, а серед науковців точиться багато спорів із приводу їх застосування на практиці.

Загрози монополізації страхового ринку і необхідність запровадження в Україні широкого кола лікарняних кас демонструє негативний досвід Російської Федерації, де модель ОМС не передбачає цієї важливої структурної одиниці і конкурентного ринку. Відповідно до статистики Федеральної служби страхового нагляду РФ система ОМС, до якої залучені також комерційні компанії, має тенденцію до формування олігополістичного ринку. Якщо у 2004 р. п'ять найбільших страхових компаній з ОМС займали 32,43 % рин-

ку, то у 2011 р. цей показник збільшився до 46,43 % [2]. Цю загрозу обговорювали 1 червня 2013 р. на «круглому столі» «Медичне страхування в Росії». Причому страхові комерційні компанії, що беруть участь у системі ОМС Росії, водночас здійснюють ДМС, тобто спостерігається дублювання медичних послуг. Це може свідчити про пріоритети дій страхових компаній: радше отримання персонального зиску, ніж ефективне здійснення ОМС. Крім того, для цих компаній характерні відсутність стандартизації послуг і диктат медичним закладам умов контрактів та економічних відносин [4, с. 6–7]. Тому система лікарняних кас є більш соціальною порівняно із залученням до ОМС комерційних компаній – принаймні у перехідний період. З другого боку, вона є більш демократичною порівняно з централізованим управлінням єдиного національного фонду, бо він без конкурентів схильний до формування монополії, або монополії єдиного покупця медичних послуг. Монополія за інших рівних умов призводить до штучного зниження цін на лікування, навіть за рахунок якості. Проте охорона здоров'я України потребує впровадження системи соціально-економічних інститутів, що, навпаки, обмежують застосування тиску.

Світовий досвід демонструє, що на розвиток конкуренції дуже суттєво впливають право вибору страхової структури та своєрідна мобільність страхових послуг. Науковці досліджують досвід мобільності послуг у різних країнах, наприклад Нідерландах. Ідея системи страхування полягає там у тому, що споживачі, які не задоволені розміром премії або якістю медичної допомоги, можуть змінювати страховика. У 2006 р. це зробила 1/5 частина населення, у 2007–2009 рр. даний показник зменшився до майже 5 %, але у 2011 р., коли страховий внесок підвищився більше, ніж у попередні роки, цей відсоток зріс до 8 % [14, с. 30]. Тобто у системі страхування Нідерландів існує цінова конкуренція (разом із неціновою). Система Бісмарка, яка приваблює українських фахівців, теж забезпечує право вибору. Що важливо: для більшої частини населення це вибір між лікарняними касами різних територій. Для заможних людей до цього додається вибір між комерційними страховими організаціями і лікарняними касами, хоча вихід із професійних кас є ускладненим. Законодавці прагнуть залучити до ОМС якомога більшу кількість людей і постійно збільшують рівень щорічного особистого доходу, нижче якого людина обов'язково підпадає під соціальне страхування. У 2013 р. він дорівнював у Німеччині 522 000 євро [15, с. 62]. Якщо особистий дохід є вищим за цю цифру, людина може самостійно вирішувати, чи потребує ОМС, чи воліє ДМС.

Розбудова інституту лікарняних кас в Україні має ґрунтуватися на основі відповідних нормативно-правових актів. Конституційний Суд України своїм Рішенням № 10-рп/2002 від 29 травня 2002 р. прямо встановив, що «безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони

здоров'я не виключає такої можливості через фінансування цієї галузі за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі і шляхом створення лікарняних кас (спілок, фондів), діяльність яких має бути врегульована законом». Тому наявність лікарняних кас відповідає ст. 49 Конституції України. Також діяльність лікувальних кас певним чином регулюється такими наказами МОЗ України: від 11 серпня 2005 р. № 400 «Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я», від 9 липня 2003 р. № 315 «Про функціонування лікарняних кас». Проте визначення терміна «лікарняна каса» законодавство ще не містить. Цю прогалину треба заповнити і додати перелік повноважень, прав і обов'язків, положення про відповідальність лікарняних кас у законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».

Необхідність цього кроку пояснюється також тим, що Закон України від 11 серпня 2013 р. «Про громадські об'єднання», яким зараз регулюється діяльність цих організацій, функціонує зазвичай як загальний нормативно-правовий акт. Тому діяльність окремих громадських об'єднань здійснюється у тому числі конкретнішими положеннями інших законів, наприклад Закону України від 22 червня 2012 р. № 5026-VI «Про організації роботодавців, їх об'єднання, права і гарантії їх діяльності».

Окремо слід прописати ці положення і з тієї причини, що Закон України від 5 липня 2012 р. № 5073-VI «Про благодійну діяльність та благодійні організації», який поширюється на лікарняні каси, після проведення реформи (структурної перебудови) охорони здоров'я не зможе ефективно регулювати їх діяльність. Річ у тім, що функції, які здійснюватимуться лікувальними касами в рамках ОМС, далеко виходитимуть за межі діяльності простої благодійної організації. Що ж до можливості створення лікувальних кас на базі професійних спілок, то в такому разі вони підійдуть під визначення «організації профспілки», які відповідно до ст. 1 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» є організаційними ланками профспілки, визначеними її статутом, що діють у межах повноважень, наданих статутом та цим Законом.

Також треба зазначити, що крім реформ в охороні здоров'я передбачається прийняття Верховною Радою Трудового кодексу України на заміну чинного Кодексу законів про працю України від 1971 р. До цього проекту слід внести відповідні положення щодо ролі роботодавця в забезпеченні державного соціального медичного страхування.

Ураховуючи, що лікарняні каси у системі ОМС мають співпрацювати з місцевими органами влади, необхідним є проведення реформи місцевого самоврядування та адміністративної реформи.

Висновки. Запропонований урядом України законопроект «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» передбачає створення віддалених від держави, самодостатніх інститутів охорони здоров'я і розвиток конкурентного ринку страхових послуг. Лікарняні каси є органічною ланкою системи, діють як некомерційні організації і контролюються з боку громади, профспілок та органів місцевого самоврядування. Необхідність лікарняних кас із соціально-економічної та медичної точок зору спричинено виконанням ними функцій додаткового фінансування охорони здоров'я та економії суспільних ресурсів, соціальної функції (профілактика, контроль за якістю лікування, забезпечення прав пацієнтів, їх інформація, право вибору, зняття інформаційної блокади), антимонопольної функції. Диференціація страхового продукту підтримує чинник конкуренції. Ці функції відповідають ринковим умовам і разом із тим обмежують комерційну спрямованість діяльності страхових організацій.

Інститут лікарняних кас передбачає також розвиток контрактних відносин, які мінімізують невизначеність і ризик сучасних економічних відносин, відтворюють стабілізаційний ефект. Він сприяє децентралізації та структурній перебудові охорони здоров'я.

Реформа потребує правової підтримки, а саме законодавчого закріплення дефініції «лікарняна каса» з переліком повноважень, прав і обов'язків, відповідності їх розвитку Конституції України, іншим нормативно-правовим актам. Необхідним є вдосконалення самого законодавства та механізму його реалізації, бо теперішньої низки законів після проведення реформи стане замало для ефективного регулювання з причини поширення функцій лікарняних кас у системі ОМС. З огляду на прийняття нового Трудового кодексу України слід також внести до законодавства положення щодо ролі роботодавця у забезпеченні ОМС. Необхідним є проведення реформи місцевого самоврядування та адміністративної реформи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агентство Bloomberg представило рейтинг стран мира по состоянию здоровья их жителей [Электронный ресурс] // Эксперт.-аналит. портал «Центр гуманитарных технологий, гуманитарные технологии и развитие человека». – 2012. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2012/08/17/4899#>.
2. Динамика рынка «Крупнейшие страховые компании (накопительным итогом)» [Электронный ресурс] // Офиц. сайт ЗАО «Медиа-Информационная Группа “Страхование сегодня”». – Режим доступа: <http://www.insur-info.ru/statistics/analyticts/?cNum=20&cNumCustom=&period=2011.4&order=un10®ion=0&dir=in&datatype=itog&unAction=a05>.

3. Єрмолова Ю. В. Лікарняні каси — фундамент медичного страхування [Електронний ресурс] / Ю. В. Єрмолова // Актуальні питання медичної практики : укр. мед. часопис. — 2011. — Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/15126/likarnyani-kasi-fundament-medichnogo-straxuvannya>.
4. Итоги интерактивного опроса на круглом столе «Медицинское страхование в России»: разделить для роста [Электронный ресурс] : обзор / [подгот.: Наталья Данзурун, Алексей Янин, Павел Самиев] ; Рейтинг. агентство «Эксперт РА». — 2013. — Режим доступа: http://www.raexpert.ru/editions/bulletin/01_04_13/results_med_opros.pdf.
5. Кутузова Е. Что изменится в здравоохранении в 2013 году? [Электронный ресурс] / Елена Кутузова // Ежемесячный информационный журнал о Германии «NEUE ZEITEN». — 2013. — № 2 (140). — С. 62–64. — Режим доступа: http://issuu.com/rusverlag/docs/nz_140.
6. Лесков С. Здоровье без Минздрава: как болеют и лечатся эстонцы [Текст] / Сергей Лесков // Коммерсантъ. — 2013. — № 210. — С. 8.
7. Мартынович А. Здравоохранение Прибалтики — тернистый путь к европейским стандартам / Андрей Мартынович // Здоров'я України : мед. газ. — 2009. — № 4. — С. 10–11.
8. Обязательное медицинское страхование Швейцарии [Электронный ресурс] // Офіц. сайт Благодійної орг. «Лікувальна каса Полтавщини». — Режим доступу: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=70:2010-04-14-08-01-38&catid=40&Itemid=72.
9. Показатели страхового рынка Украины свидетельствуют о его слабом развитии [Электронный ресурс] // Finbrok.in.ua. — 2013. — 17 февр. — Режим доступа: <http://www.finbrok.in.ua/finansovye-rynki/intervyu-komentarii-stati/3346-pokazateli-strakhovogo-rynka-ukrainy-svidetelstvuyut-o-ego-slabom-razvitii-ekspert>.
10. Реформування охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] // Офіц. сайт Всеукр. громад. орг. (ВГО) «Асоціація працівників лікарняних кас України». — Режим доступу: http://likkasa.com/?page_id=306.
11. Современный экономический словарь [Электронный ресурс] / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. — 2-е изд., испр. — М. : ИНФРА-М, 1999. — С. 479. — Режим доступа: http://academic.ru/dic.nsf/econ_dict/3670.
12. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження) : монографія / В. Ю. Стеценко. — К. : Атіка, 2010. — 320 с.
13. Страховой рынок Украины: разный уровень проникновения и большая концентрация [Электронный ресурс] // Finbrok.in.ua. — 2013. — 9 апр. — Режим доступа: <http://www.finbrok.in.ua/finansovye-rynki/intervyu-komentarii-stati/3477-strakhovoj-rynok-ukrainy-raznyj-uroven-proniknoveniya-i-bolshaya-kontsentratsiya>.
14. Brabers E. M. The Dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care / E. M. Brabers, M. Reitsma-van Rooijen, J. D. de Jong // Euro-health. — 2012. — Vol. 18, № 1. — P. 30–32.
15. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World? [Электронный ресурс] / Michael Tanner // Policy Analysis. — 2008. — March 18 (№ 613). — P. 1–47. — Режим доступа: <http://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-613.pdf>.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС В МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Каминская Т. М., Клочко Т. Ю.

Статья является продолжением дискуссий ученых о механизме внедрения обязательного медицинского страхования в Украине. Обоснована социально-экономическая роль больничных касс в системе страхования с учетом мирового опыта и рисков монополизации внутреннего рынка. Предложены пути совершенствования их законодательного регулирования в Украине.

Ключевые слова: медицинское страхование, больничная касса, монополизм, законодательство.

ECONOMIC AND LEGAL BASES OF SICKNESS FUNDS FUNCTIONING IN HEALTH INSURANCE

Kaminska T. M., Klochko T. Y.

This paper continues the discussions on the mechanism of introduction of compulsory medical insurance in Ukraine. The socioeconomic role of sickness funds in insurance system is substantiated in terms of global experience and risks of domestic market monopolizing. The ways of legislative improvement of their development in Ukraine are proposed.

Key words: health insurance, sickness fund, monopolism, legislation.