

МЕДИЧНА РЕФОРМА В УКРАЇНІ ЯК ЧИННИК ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ: ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ ТА СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ

В. П. ДУБІЩЕВ, д-р екон. наук, проф.,

зав. кафедри економічної теорії та економічної кібернетики

*Полтавський національний технічний університет імені Юрія Кондратюка,
м. Полтава*

Медична реформа в Україні є однією з найбільш очікуваних і покликана прискорити процеси децентралізації та радикально змінити систему охорони здоров'я. 19 жовтня 2017 року Верховна Рада України дала початок медичній реформі, остаточно ухваливши закон «Про державні фінансові гарантії медичних послуг та медикаментів» [1].

Реформування фінансової моделі медичних установ спеціалізованої допомоги починається з 2019 р. після перетворень системи первинної медичної допомоги і узагальнення необхідних статистичних даних для здійснення змін на вторинній і третинній ланках. На рівні вторинної та третинної допомоги держава безпосередньо фінансує медичну установу за кожною медичною послугою, що надається в тарифах, прозорих і єдиних для всієї країни.

Перша програма медичних фінансових гарантій буде зроблена, коли нова модель фінансування буде працювати на всіх рівнях. За гарантованого пакету медичних послуг держава покриватиме 100% вартості лікування, включаючи постачання та ліки. Визначено так звані «зелений» і «червоний» списки послуг. Держава покриває 100% витрат на «зелений список»), але є послуги, які пацієнт оплачує повністю («червоний список»), наприклад, естетична стоматологія, пластична хірургія та інші [1].

Медична реформа в Україні ґрунтується на реформі охорони здоров'я в Грузії. Останній етап реформи в Грузії включає приватизацію лікарень, клінік і впровадження загального медичного страхування.

Спочатку допомогу надавали організації World Health і USAID, які розробили стратегію і розвиток медицини в Грузії. Відновити охорону здоров'я самостійно, враховуючи державний бюджет, було нереально. Першим етапом була приватизація більшості аптек і лікарень. Приватизована лікарня повинна була зберегти свій напрямок. За кошти, отримані від приватизаційних агентств у минулому, відбувався капітальний ремонт і скорочення ліжок і персоналу.

У рамках програми все населення було поділено на 19 груп, а особисті доходи поділено на чотири групи залежно від розміру.

Грузини використовують державне медичне страхування на основі рівня доходу: чим він менше, тим більші витрати покриваються державою. Безкоштовної медицини немає: за неї платите або ви при покупці страхового поліса, або вам його частково покриває держава у вигляді лімітованого ваучера, або все за свій рахунок. В Грузії існує три види медичного страхування: державне, комерційне і корпоративне. Громадяни самі вибирають потрібний вид страхування. Вартість страховки і перелік вони приблизно однакові. Відрізняються лише річні обмеження на лікування і перелік клінік, де клієнт може отримати послуги.

Відомо, які лікарні мають кращу репутацію, і тому звертаються до страхової компанії, яка підписала контракт з медичними установами, яким можна довіряти своє життя і здоров'я. Корпоративне страхування надається роботодавцем. Працівник може вибрати страхову компанію (для роботодавця укладається договір лише з однією компанією), але тільки підбирає пакет, який підходить для нього та його сім'ї. Позитив корпоративного страхування — наявність знижок [2, с. 8].

Таким чином, перевагою реформи охорони здоров'я Грузії є наявність медичного страхування, що дозволяє всім верствам населення незалежно від рівня доходів отримувати якісні медичні послуги. Реформа охорони здоров'я України зараз перебуває на першій стадії реформування і потребує подальшого продовження.

Література

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 10.01.2019).
2. Dubischev V., Yatsenko V. Social responsibility in the context of health reform in Ukraine and Georgia. *Економіка і регіон*. 2018. №2(69). С. 5-9.