

PROMISING FINANCING SCHEME OF HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Martha SLAVITYCH¹, Oleg GUPALO²

Ivan Franko National University of Lviv, Ukraine

Abstract. The promising financing scheme of health insurance in Ukraine should be found at the present stage of its development. The health care system in Ukraine is cumbersome and outdated. It is based on the Semashko model with rigid management and financing procedures. The disadvantages accumulated in the national health care system due to lack of modernization, disregard of the population needs, non-use of modern global trends, the inefficient operation of the system and the high level of corruption cause the underlying situation. The decision of new government policy in the sector is introduction of new financial mechanisms, in order to ensure human rights in the health sector. *Methodology.* The study is based on a comparison of systems of financing of medicine in Ukraine and in other countries, provided advantages and disadvantages of each model. *Results* showed that the availability of medical services is the key problem in any society. The availability of health care services is primarily determined by the proportion of services guaranteed by the government (government guarantees). In some countries such as the United States, practically the whole medicine is funded by voluntary health insurance (VHI). In Europe the mandatory health insurance (MHI) and government funding are the most significant source of funds. *Practical importance.* The improvement of the demographic situation, the preservation and improvement of public health, improvement of social equity and citizens' rights in respect of medical insurance. *Value/originality.* Premiums for health insurance are the source of funding. Based on the new model requirements it is necessary to create an appropriate regulation, which would determine its organizational and regulatory framework. This process is primarily determined by identification and setting rules governing the relationship between patients, health care providers and insurers, creation of the conditions and the implementation of quality assurance mechanisms and the availability of medical care in accordance with the available resources and the expectations of patients. For the further development of the health care system in Ukraine, of the introduction of multi-channel financing will be appropriate.

Key words: healthcare system, healthcare model, Bismarck model, Beveridge model, Semashko model.

JEL Classification: G28, H21, I11

1. Введение

По состоянию здоровья граждан Украина занимает одно из нижних рейтинговых мест в Европейском регионе. Украина занимает второе место в европейском регионе по уровню смертности, которая увеличилась на 12,7% в период с 1991 по 2012 гг. в то время как в Европейском Союзе этот показатель снизился на 6,7%. В 2015 году показатель смертности увеличился на 183012 человека (Derzhstat Украynu). К тому же, одну четверть от общей смертности составляет смертность среди трудоспособного населения. При этом одной из таких причин низкого качества медицинского обслуживания и неровности граждан в доступе к услугам здравоохранения является хронический финансовый дефицит в системе здравоохранения (Mnykh, 2009).

Уровень финансового обеспечения здравоохранения в Украине достаточно низкий, что влияет на неудовлетворительную организацию лечебного процесса, низкий уровень качества подготовки и квалификации специалистов не создают условия для здорового образа жизни и труда, в результате чего происходит уменьшение продолжительности жизни населения, увеличение заболеваний и сокращения численности населения в стране. Одним из ключевых факторов такой ситуации является низкое экономическое развитие страны. ВВП Украины в 2013 году составил 1460 млрд. грн. (177,4 млрд. долларов США), более низкие показатели на душу населения, чем даже самые низкие значения в Европейском Союзе (Bilyk, 2012).

Ситуация в 2014-2015 годах только ухудшилась из-за экономического кризиса и военного кон-

Corresponding author:

¹ Department of Economic Theory, Ivan Franko National University of Lviv.
E-mail: martella.slavitych@gmail.com

² Department of Economic Theory, Ivan Franko National University of Lviv.
E-mail: o_gupalo@ukr.net

фликта. Улучшить положение в этой отрасли страны может лишь страховая медицина.

2. Понятие «страховая медицина»

Следует различать понятия “страховая медицина” и “медицинское страхование”. Страховая медицина представляет собой один из способов финансирования здравоохранения. Подразумевается, что в качестве источника финансирования выступают страховые взносы по медицинскому страхованию (Kotova, 2010).

В свою очередь медицинское страхование – это более узкое понятие, которое представляет собой вид страховой деятельности.

При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине – это дополнительный источник финансирования медицинских расходов.

Страхование медицинских расходов является страхованием ущерба и защищает состояние клиента от внезапно возникающих расходов.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, основными причинами перехода к страховой медицине являются:

- недостаточность финансирования здравоохранения;
- увеличение обращаемости за медицинской помощью (до 60%) при “бесплатном” здравоохранении;
- возрастание объема и стоимости медицинских услуг параллельно росту числа врачей;
- дефицит квалифицированной медицинской помощи;
- расцвет “теневой” экономики в медицине;
- сверхцентрализация и монополизация финансирования и управления здравоохранением.

3. Общие принципы формирования модели здравоохранения

В большинстве стран фундаментом национальной политики в области здравоохранения является соответствующая правовая база, разработана в соответствии с международными нормами и стандартами изложенных в правовых актах: Организации Объединенных Наций (ООН), Совета Европы (СЕ), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международной организации труда (МОТ), страны члены Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) при разработке стратегии финансирования и организации здравоохранения придерживаются трех основных принципов:

- обеспечение равного доступа к медицинскому обслуживанию для всех граждан, основанного на солидарном участии бедных и богатых, больных и здоровых, молодых и пожилых людей, независимо от места проживания;

- макроэкономическая эффективность: максимально допустимая доля национальных ресурсов, которые должны быть направлены на удовлетворение потребностей здравоохранения;

- высокое качество медицинской помощи при оптимальных расходах.

Формирование модели управления здравоохранением происходит согласно социально-экономической политики, проводимой в государстве. Все существующие модели отличаются как минимум по одному из следующих показателей, что является признаками организации управления:

- объем государственных гарантий;
- источник финансирования медицинской помощи;
- заказчик исполнитель (поставщик) медицинских услуг и его статус;
- характер взаимоотношений между заказчиком и поставщиком медицинских услуг;
- государственное управление здравоохранением;
- схема финансирования здравоохранения;
- структуры, обеспечивающие права пациентов;
- структуры, обеспечивающие права производителя медицинских услуг.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами, но при всех различиях в системах здравоохранения разных стран экономические модели формируются по определению роли и функции государства в этих процессах.

В мировой практике общественного здравоохранения и медицинского обеспечения на сегодняшний день существуют четыре основные модели системы здравоохранения. Хотя национальные системы здравоохранения базируются на сочетании различных источников формирования совокупного бюджета, в каждой стране преобладает какой-то один из механизмов финансирования. В зависимости от того, какой механизм превалирует в системе здравоохранения той или иной страны, его относят к одной из четырех моделей.

4. Частная система здравоохранения

Модель предпочтения потребителей (частная система здравоохранения) характеризуется значительными рисками. Все субъекты в такой модели (страховые компании, представители и потребители медицинских услуг) взаимодействуют как свободные субъекты рынка. Медицинское страхование осуществляется на частной основе, хотя и обеспечивается через работодателей путем добровольных взносов. Страхование здоровья части населения, которая не застрахована по месту работы, обеспечивается правительством. Премия частного медицинского страхования рассчитывается исходя из средней стоимости предоставления услуг. Различные страховые компании имеют различные перечни оплачиваемых

услуг для различных категорий застрахованных. Медицинскую помощь оказывают в основном частные врачи и больницы.

В частных системах медицинского страхования обычно используется шкала индивидуальных показателей риска. Это самый ненадежный вид страхования, который противоречит системе социальной солидарности. В таких случаях страховые взносы каждого отдельного человека корректируются на фактор риска, отражающий состояние ее здоровья.

Характерным примером такой модели является система здравоохранения США. К ее преимуществам следует отнести:

- 1) наличие стимулов для развития профессионализма медицинских работников;
- 2) обеспечение высокого качества медицинской помощи;
- 3) мобильность ресурсов;
- 4) интенсивное развитие новых медицинских технологий.

Существенными недостатками модели является, прежде всего, огромные социально-экономические потери (по крайней мере, 35 млн. американцев не имеют адекватного медицинского страхования) и безудержный рост общественных расходов.

5. Модель Бисмарка

Модель Бисмарка (социально-ориентированная система здравоохранения) базируется преимущественно на обязательном социальном страховании всех жителей страны в соответствии с определенным уровнем дохода. При такой модели система здравоохранения финансируется через целевые взносы работодателей и работников, а также через бюджетные субсидии из общих или целевых поступлений. Размер взносов определяется исходя из возможности их оплаты населением, а доступ к услугам – исходя из потребности в них.

Преимуществом этой модели является независимость страховых фондов. Управление происходит через государственные или частные страховые компании, деятельность которых строго регламентирована. То есть осуществление медицинского страхования является функцией самоуправляющихся независимых организаций, которые имеют свой собственный бюджет, автономное управление и юридический статус, обеспечивающий им независимость от правительства и государственного бюджета. В некоторых странах (например, во Франции) организации, которым поручено оказание социальных услуг, являются частными, но они находятся под жестким контролем со стороны правительства. Фактически они квази-государственные и в большинстве стран некоммерческие организации. По модели Бисмарка одним из главных принципов медицинского страхования является социаль-

ная солидарность и субсидиарность, то есть риски отдельных групп населения распределяются на все население. В социальном страховании обычно практикуется детальный перечень видов услуг, компенсируются, а размеры взносов устанавливаются на доступном для населения уровне. В европейские страны, системы здравоохранения которых финансируются за счет страховых взносов, относятся Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Нидерланды и Швейцария. Конечно, системы здравоохранения этих стран отличаются друг от друга из-за имеющихся исторических, социальных, экономических, организационных и идеологических различий (Iakovleva, 2008). Европейская система социального страхования в основном основывается на социальном партнерстве. Социально-ориентированная система обеспечивает:

- эффективное предоставление медицинских услуг;
- стабильное финансирование сектора здравоохранения;
- регулирование прав пациентов как потребителей услуг;
- объединение рисков и взаимной поддержке;
- предоставление услуг в соответствии с потребностями населения, а распределение финансового бремени в соответствии с возможностями населения;
- реализацию целей государственной политики здравоохранения, сохраняя при этом определенный уровень независимости от правительства.

Недостатками такой системы есть проблемы по сокращению расходов, возможность роста стоимости медицинских услуг, высокий уровень административных расходов.

6. Модель Бевериджа

В модели Бевериджа (государственная система здравоохранения) финансирование осуществляется преимущественно за счет государственного бюджета, то есть взносы собираются через общую налоговую систему – на центральном, региональном или местном уровнях. При этом используются не только стандартные администрирования, но и современные методы управления. Решение относительно общего объема финансирования принимается в процессе планирования расходов государственного бюджета в целом. Страховые фонды в рамках системы здравоохранения, функционирующие в соответствии с этой моделью, в общем являются нецелевыми. Однако все граждане охватываются страхованием, которое обеспечивает им получение унифицированного объема медицинских услуг. Ответственность за справедливое географическое распределение бюджета между поставщиками медицинских услуг несут преимущественно региональные органы здравоохранения

В модели Бевериджа могут применяться различные подходы к финансированию системы здраво-

охранения, но главная роль в обеспечении фондами принадлежит государственному сектору.

Эта модель характерна для систем здравоохранения Скандинавских стран, Ирландии и Великобритании, стран Южной Европы – Греции, Португалии и Испании.

Однако системы здравоохранения, финансируемые из общих налоговых поступлений, в разных странах имеют свои особенности. Скажем, в Ирландии и Дании только наименее обеспеченные граждане получают всю помощь по медицинскому страхованию без дополнительной оплаты, в то время, как остальное население должно оплачивать некоторые дополнительные расходы наличными. Что касается таких стран как Финляндия, Великобритания, то их системы здравоохранения имеют два источника финансирования: основная часть финансовых поступлений формируется за счет налогов, а остальное поступает от фондов социального страхования.

Кроме того, в Финляндии взносы на социальное страхование используются главным образом для оплаты частного медицинского обслуживания, медико-санитарного обслуживания на предприятии, лекарств и вспомогательных услуг. В Великобритании сохранилось распределение взносов на социальное страхование между работодателями и работниками, а в некоторых скандинавских странах (Финляндия, Норвегия и Швеция) от взносов работников отказались (Soldatenko, 2010).

Существует мнение, что существенным недостатком государственной системы здравоохранения является бюрократия администрирования. Другим ее недостатком является значительная зависимость от структуры и объема средств государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение. Такая система характеризуется отсутствием:

- 1) заинтересованности в экономии всех видов ресурсов;
- 2) стимулов к повышению качества медицинской помощи и удовлетворение потребностей потребителей.

С другой стороны, система общих налогов может быть очень эффективной в ограничении общих расходов и, в случае надлежащего управления ею, иметь меньшие административные расходы чем страховая система.

7. Модель Семашко

Система здравоохранения, построенная по модели Семашко, финансируется исключительно из государственного бюджета, базируется на общих налогах, контролируется государством через систему централизованного планирования и характеризуется отсутствием частного сектора. Недостатками этой модели является бюрократические и административно-командные методы управления здравоохранением и отсутствие экономических рычагов управления.

Модель Семашко была принята в странах Центральной и Восточной Европы, в том числе и в Украине. На сегодня системы здравоохранения большинства этих стран находятся на разных этапах перехода к системе социального страхования или в комбинированной системе.

В период перехода Украины к рыночной экономике отечественная отрасль здравоохранения претерпела определенные изменения и ощутила упадок. Реформа здравоохранения требует детального анализа существующей системы и четкого видения новой концепции, исходя из реальных экономических, культурных и политических особенностей Украины (The Royal Netherland Embassy, 2006). Нужно также учесть мировой опыт и положительные стороны существующей системы.

8. Различные подходы анализа систем здравоохранения

Подход, который предложили Милтон Ромер (Milton I. Roemer) и некоторые другие ученые, предполагает описание с последующим сравнением систем здравоохранения многих стран мира. Система здравоохранения определяется из показателей ресурсов, в том числе количество больничных коек, медицинских работников, другие количественные показатели (заболеваемость, смертность, средняя продолжительность жизни), а также из-за особенностей правительственных программ. Такой подход к анализу предоставляет значительное количество описательных деталей отдельных систем здравоохранения, но не формулирует четкие выводы и рекомендации относительно того, как изменить систему, как понимать политические процессы, влияющие на деятельность здравоохранения, как выработать общественно необходимые принципы для оценки текущих проблем или будущих действий.

Подход к анализу системы здравоохранения, предложенный Джереми Харст (Jeremy Hurst) основан на источниках финансовых ресурсов. Харст изучал систему здравоохранения с точки зрения притока финансовых ресурсов и методов оплаты медицинских услуг между группами населения и медицинскими учреждениями. Он рассматривал систему здравоохранения как закрытую систему, в которой объем медицинских услуг соответствует финансовым поступлениям. Современное развитие этого подхода в форме Национальных счетов здравоохранения обеспечивает сложный анализ и часто придает дополнительную характеристику движения потоков финансовых ресурсов от источников доходов через посредников к поставщикам медицинской помощи. Однако, существенным недостатком этого подхода является сосредоточение на описании.

Экономическая теория выработала другую концептуальную модель для понимания системы здра-

воохранения. Но сложность заключается в том, что система здравоохранения, даже в пределах одной страны, представляет собой сочетание множества различных рынков для различных товаров и услуг в разных географических зонах. Поскольку отдельные рынки редко изучались подробно, то в таком анализе не хватает понимания их взаимодействия. Более того, экономическая парадигма оперирует схемой спроса и предложения, где уровень цен является ориентиром как для потребителя, так и для производителя. Рынок медицинских услуг стимулирует развитие рынка страхования на случай болезни и создает стимулы, которые управляют производством – от современных медицинских технологий в новых лекарствах и оборудовании. Одновременно необходимо учитывать существенное влияние предложения на спрос и на поведение пациентов.

Кроме того, во многих странах большая часть системы здравоохранения не организована согласно рыночным принципам. А если и существуют такие рынки, они часто конкурентно несовершенны. Учитывая указанные сложности и ориентируясь на конкурентную модель, очевидно, что микроэкономическая теория предлагает недостаточно рекомендаций по совершенствованию систем здравоохранения на макроуровне и, в частности, улучшения общего состояния здоровья граждан и показателей увеличения национальных расходов на здравоохранение и тому подобное.

Одним из последних подходов является сравнительный анализ функционирования систем здравоохранения отдельных стран мира, предложенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2000). Согласно этому подходу национальные системы здравоохранения классифицируются на основе определенных показателей с использованием обобщающей комплексной структуры для проведения сравнительного анализа. Анализируются главные цели финансирования системы здравоохранения: сбор или накопления (collection), объединения (pooling) и покупка (purchasing).

Такой подход не содержит расширенного анализа причин неадекватного функционирования систем здравоохранения в отдельных странах мира, детальной дискуссии относительно того, что могут сделать разработчики государственной политики и чиновники для улучшения деятельности системы на основе существующих традиций, общественных потребностей и международных норм и стандартов.

В настоящее время украинские эксперты спорят о двух моделях ОМС – единый страховой фонд (русская модель) (8,9) или услуги будут предоставлять несколько страховых компаний (СК) (грузинская модель). При этом полностью ввести грузинскую модель невозможно, поскольку у нас другие исходные условия – например, гораздо большее количество населения. Обе модели имеют свои преимущества

и недостатки. Российская модель предусматривает контроль государства – мы в Украине получили бы еще один социальный фонд Минсоцполитики. А когда эти услуги отдать страховым компаниям, это может привести к конкуренции, но она может быть недобросовестной и компания обанкротится. Здесь должны действовать жесткие критерии отбора СК (Аптека, 2015).

9. Выводы

В настоящее время структурно и экономически близкой к Украине является модель Бевериджа, особенно меры переходного этапа. Реформирование системы здравоохранения Украины на основании формирования новой модели требует создания соответствующей нормативно – правовой базы, которая будет определять его организационно- управленческие основы. Этот процесс заключается прежде всего в определении и на законодательном уровне закрепления правовых норм, регулирующих отношения между пациентами, медицинскими работниками и страховщиками, в создании условий и внедрении механизмов обеспечения качества и доступности медицинского обслуживания в соответствии с имеющимися ресурсами и ожиданиями пациентов.

Для дальнейшего развития системы здравоохранения целесообразным будет введение многоканального финансирования, в виде:

- Гарантированных платежей из местного бюджета;
 - Обязательного государственного медицинского страхования работающих и малообеспеченных граждан;
 - Создание инициативных фондов на уровне учреждений и районов;
 - Добровольного медицинского страхования для граждан, желающих получать дополнительные медицинские услуги, за отдельные страховые компании;
 - Формирование накопительных фондов на уровне семей (типа пенсионного страхования);
 - Государственного медицинского займа (инициатором может быть как непосредственно медицинское учреждение, так и органы местного самоуправления);
- непосредственных платежей населения, будут осуществляться в частном секторе медицины.

Важным источником финансирования здравоохранения являются средства государственного и местных бюджетов. Учитывая значимость этого источника финансирования, оно, к сожалению, не может в полном объеме обеспечить все потребности сферы здравоохранения. Не меньшего внимания требуют и дополнительные финансовые ресурсы, которыми являются средства, полученные из других источников, – добровольное медицинское страхование и благотворительность. Обеспечение в национальной системе здравоохранения многоканальной финансо-

вой политики, является тяжелой научно-теоретической, нормативной, правовой, социально-экономической и практической задачей.

С целью обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи, не ухудшение достигнутого ее уровня, ОМС предлагается внедрять в три этапа:

I этап – подготовительный, предусматривает персонификацию населения, разработку и утверждение стандартов лечения, перечень медицинских услуг и их стоимость, реструктуризацию государственных и коммунальных учреждений здравоохранения и принятия Закона Украины «Об обязательном медицинском страховании».

II этап – переходный, предусматривает заключение договоров ОМС, сохранение без изменений системы финансирования станций первой неотложной помощи, детских поликлиник, родильных домов и тому подобное; а также сохранения частичного

финансирования за счет государственных и местных бюджетов постоянных расходов учреждений здравоохранения второго и третьего уровней.

III этап – полноценное функционирование ОМС, предусматривает одновременное прекращение финансирования системы здравоохранения за счет государства, кроме специализированных учреждений введения новых размеров страховых платежей с учетом страхового покрытия

Таким образом, только после введения концепции обязательного медицинского страхования в Украине, которая дополнится также добровольным медицинским страхованием, возможно реформирование здравоохранения. Такая система здравоохранения будет иметь социальную направленность, которая приведет к росту сильной и здоровой нации, и соответственно к эффективной экономики Украины.

References

- Apteka (2015). Natsionalna stratehiia reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini na period 2015-2020 rokiv, №11, s. 18-21.
- Baieva O.V. (2013). Strakhova medytsyna i medychne strakhuvannia: navch. posib. dlia stud. vyshch. navch. zakl. – K.: DP «Vyd. dim «Personal», 432 s.
- Bilyk O.I. (2012). Medychne strakhuvannia u finansovomu zabezpechenni systemy okhorony zdorovia v Ukraini – Natsionalnyi universytet «Lvivska politekhnika» №739, s. 195-201.
- Diachenko Ye.V. (2011). Suchasnyi stan medychnoho strakhuvannia v Ukraini. – Teoretychni ta prykladni pytannia ekonomiky: zbirnyk naukovykh prats. Vyp. 25, s. 270-276.
- Kotova S. (2010). Problemy zaprovadzhennia zahalnooboviazkovoho derzhavnoho medychnoho strakhuvannia v Ukraini – Ekonomichniy analiz. Vyp. 6, s. 91-95.
- Mnykh M.V. (2009). Medychne strakhuvannia ta neobkhidnist yoho zaprovadzhennia v Ukraini – Ekonomika ta derzhava. №2, s. 40-41.
- Soldatenko O. (2010) Yevropeyskyi dosvid finansuvannia vydatkiv na okhoronu zdorovia –Yurydychna Ukraina. № 4, s. 53–58.
- Shulyk Yu.V. (2013). Perspektyvy vprovadzhennia zahalnooboviazkovoho sotsialnoho medychnoho strakhuvannia v Ukraini – Naukovi zapysky. Serii «Ekonomika». Vyp. 22, s. 97-100.
- Iakovleva T. (2008). Sotsialno-pravovi peredumovy zaprovadzhennia oboviazkovoho medychnoho strakhuvannia – Pidpriemnytstvo, hospodarstvo i pravo. №11, s. 71-74.
- The Royal Netherland Embassy (2006). Health Insurance System, Ministry of Health, Welfare, and Sport.
- The World Bank, (2015). How is it working?; A new approach to measure governance in the health system in Ukraine.
- Problemy ta perspektyvy vprovadzhennia medychnoho strakhuvannia v Ukraini [Elektronnyi resurs]. – Retrieved from: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905>
- Derzhstat Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Retrieved from: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Марта СЛАВИТИЧ, Олег ГУПАЛО

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ СХЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Аннотация. На современном этапе развитие страховой медицины в Украине должна быть найдена, перспективная схема для финансирования страховой медицины. Система здравоохранения в Украине является громоздкой и устаревшей и базируется на модели Семашко с жесткими процедурами управления и финансирования. Такую ситуацию обуславливают глубинные недостатки, накопленные в национальной системе здравоохранения из-за отсутствия модернизации, игнорирование потребностей населения, неиспользования современных мировых тенденций, неэффективной работы системы и высокого уровня коррупции. Решением для формирования новой государственной политики в отрасли, является внедрения новых финансовых механизмов, с целью обеспечения прав человека в сфере здравоохранения. *Методика.* Исследование основано на сравнении систем финансирования медицины в Украине и в других странах,

наведенные преимущества и недостатки по каждой модели. *Результаты* показали, что ключевая проблема в любом обществе это доступность медицинских услуг. Степень доступности медицинских услуг в первую очередь определяется долей услуг, гарантированных государством (государственными гарантиями). В некоторых странах, таких, как США, фактически вся медицина финансируется за счет добровольного медицинского страхования (ДМС), в то время, как в Европе наиболее весомым источником средств является обязательное медицинское страхование (ОМС) и государственное финансирование. *Практическое значение.* Улучшение демографической ситуации, сохранения и укрепления здоровья населения, повышение социальной справедливости и прав граждан на страховую медицину. *Значение/оригинальность.* Подразумевается, что в качестве источника финансирования выступают страховые взносы по медицинскому страхованию. На основании формирования новой модели требует создания соответствующей нормативно-правовой базы, которая будет определять его организационно-управленческие основы. Этот процесс заключается, прежде всего, в определении и на законодательном уровне закрепления правовых норм, регулирующих отношения между пациентами, медицинскими работниками и страховщиками, в создании условий и внедрении механизмов обеспечения качества и доступности медицинского обслуживания в соответствии с имеющимися ресурсами и ожиданиями пациентов. Для дальнейшего развития системы здравоохранения в Украине целесообразным будет введение многоканального финансирования.