

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТРЕГУБОВА ІВАННА ІВАНІВНА

**СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність: 073 Менеджмент
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗм - 21
І.І. Трегубова

Науковий керівник:
к.г.н., доцент З.М. Пушкар

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:
«___»_____ 2024 р.
Завідувач кафедри

_____ **М. М.ШКІЛЬНЯК**

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ.....	6
1.1. Поняття, сутність та види медичних ризиків у закладах охорони здоров'я..	6
1.2. Нормативно-правова база страхування медичних ризиків в Україні.....	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МОДЕЛЕЙ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ У КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНМУ ПІДПРИЄМСТВУ «БЕРЕГІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННО МЕДИКО – САНІТАРНОГО ДОПОМОГИ БЕРЕГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ».....	20
2.1. Загальна характеристика досліджуваного ЗОЗ.....	20
2.2. Комплексний аналіз моделей страхування медичних ризиків.....	31
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИКА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
3.1. Національні та міжнародні системи страхування медичних ризиків.....	39
3.2. Рекомендації щодо оптимізації страхування медичних ризиків ЗОЗ.....	44
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52
ДОДАТКИ.....	56

ВСТУП

Актуальність проблеми. Актуальність страхування медичних ризиків у роботі закладів охорони здоров'я визначається значною невизначеністю та можливими ризиками, що супроводжують медичну практику. Діагностичні помилки, ускладнення лікування чи інфекційні загрози постійно створюють небезпеку як для пацієнтів, так і для медичного персоналу. Завдяки страхуванню зменшується фінансове навантаження, яке може виникати через такі випадки, а також забезпечується доступ до ресурсів для покриття можливих втрат. Це, своєю чергою, сприяє стабільній роботі установи та підтриманню високого рівня медичних послуг.

Окрім цього, страхування медичних ризиків виконує важливу роль у збереженні професійної репутації медиків і зміцненні довіри пацієнтів до закладу. Наявність страхового покриття професійної відповідальності є свідченням відповідального ставлення до якості роботи та забезпечення безпеки пацієнтів. Це особливо актуально в умовах, коли пацієнти стають більш вимогливими й очікують високих стандартів у наданні медичних послуг.

Страхування також є важливим інструментом управління ризиками, який дає змогу медичним закладам ефективно реагувати на потенційні загрози. Воно сприяє оптимізації внутрішніх процесів, підвищує рівень безпеки та допомагає підготуватися до непередбачуваних ситуацій. Завдяки страхуванню заклади охорони здоров'я отримують можливість інвестувати в профілактичні заходи, що знижують імовірність виникнення страхових випадків, і таким чином інтегрують його як невід'ємний елемент сучасного управління медичною сферою.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблеми страхування медичних ризиків у діяльності закладів охорони здоров'я в Україні досліджують різні науковці. Зокрема, Н.Я. Климук [14] детально вивчала особливості медичного страхування, зокрема обов'язкових і добровільних форм, а також ризик-фактори, що впливають на стан здоров'я населення. Волохова Л. і Остапенко Д. [5] досліджують особливості медичного страхування та його

розвиток в Україні. Г. С. Лопушняк та Є. О. Іваненко [12] зосереджували увагу на теоретичних аспектах державного регулювання цієї сфери, а О.Ю. Сова аналізує сучасний розвиток системи медичного страхування та перспективи його впровадження в Україні. Коваленко С. [17], у своїх працях досліджує питання страхування медичних ризиків в Україні, сучасні тенденції та перспективи. Дослідження охоплюють аналіз поточного стану, виклики у впровадженні страхових програм та пропозиції щодо покращення ефективності страхових механізмів для захисту як пацієнтів, так і самих медичних працівників.

Мета кваліфікаційної роботи - з'ясувати особливості страхування медичних ризиків в діяльності закладу охорони здоров'я

Відповідно до мети сформовані завдання кваліфікаційної роботи:

- висвітлити поняття, сутність та види медичних ризиків у закладах охорони здоров'я;
- розкрити особливості нормативно-правової бази страхування медичних ризиків в Україні;
- проаналізувати середовище функціонування досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- провести комплексний аналіз моделей страхування медичних ризиків;
- дати оцінку національній та міжнародній системам страхування медичних ризиків;
- розробити пропозиції щодо вдосконалення страхування медичних ризиків ЗОЗ;

Об'єкт дослідження – діяльність комунального некомерційного підприємства «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги» з управління медичними ризиками.

Предмет дослідження – процес страхування медичних ризиків у КНП «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги», а також їхній вплив на ефективність і якість медичних послуг.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ

1.1. Поняття, сутність та види медичних ризиків у закладах охорони здоров'я

Страховання медичних ризиків у діяльності закладу охорони здоров'я - це процес, спрямований на забезпечення фінансового захисту медичного закладу, його персоналу та пацієнтів від ризиків, пов'язаних з медичною діяльністю. Таке страховання передбачає передачу можливих фінансових втрат страховій компанії в обмін на страхові внески. Це важливий інструмент управління ризиками в охороні здоров'я, оскільки він забезпечує захист від можливих витрат, пов'язаних із непередбаченими обставинами чи помилками. Визначення медичного страховання наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Авторські тлумачення поняття «медичне страхування»

Автор	Визначення
В. Д. Базилевич	форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів [1]
Л. Ф. Волохова і Д. О. Остапенко	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку [5]
Д. Д. Третяк	одна з форм соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я, сутність якої полягає в гарантуванні оплати послуг медичного характеру, отриманих застрахованою особою, за рахунок акумульованих страхових коштів [38]
Н.М. Внукова	форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [35]

Джерело: складено автором.

«Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з порушенням стану здоров'я застрахованої особи, а саме - витрати на отримання медичної допомоги або медичних послуг, зумовлених хворобою та втратою працездатності застрахованої особи. Отже, об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян» [18].

До суб'єктів медичного страхування належать:

1. Страховик – організація, яка надає страхові послуги, приймає на себе ризики та зобов'язується виплачувати компенсації у разі настання страхового випадку.

2. Страхувальник – фізична або юридична особа, яка укладає договір страхування та сплачує страхові внески.

3. Органи державної влади та місцевого самоврядування – виступають регуляторами, які забезпечують функціонування системи медичного страхування та можуть брати участь у фінансуванні програм.

4. Застраховані особи – фізичні особи, чії ризики покриваються страховим договором, тобто ті, хто отримує медичні послуги у разі страхового випадку.

5. Медичні заклади – установи, що надають медичні послуги за договорами страхування.

6. Сімейні лікарі – лікарі первинної ланки медичної допомоги, які часто виступають як провайдери медичних послуг у рамках страхових програм.

7. Асистувальні організації – компанії, що забезпечують координацію та супровід страхових випадків, включаючи організацію медичної допомоги та консультації.

Структура медичного страхування подана на рис.1.1.

Медичні ризики – це можливість виникнення несприятливих подій або наслідків, пов'язаних із наданням медичної допомоги чи процесом лікування пацієнтів. Вони можуть мати вплив на стан здоров'я пацієнтів, безпеку працівників медичної сфери, а також на фінансову стійкість закладів охорони здоров'я.

Сутність медичних ризиків полягає в тому, що вони є невід'ємною складовою медичної діяльності. Незважаючи на досягнення сучасної медицини та впровадження інноваційних технологій, ризики залишаються неминучими і потребують ефективного управління. Управління медичними ризиками включає такі етапи:

- ідентифікацію потенційно небезпечних ситуацій;
- оцінку ймовірності їх настання та аналіз можливих наслідків;

- розробку заходів для зниження ризиків або їх уникнення.

Такий підхід допомагає мінімізувати вплив несприятливих подій та забезпечити належний рівень безпеки в медичній практиці.

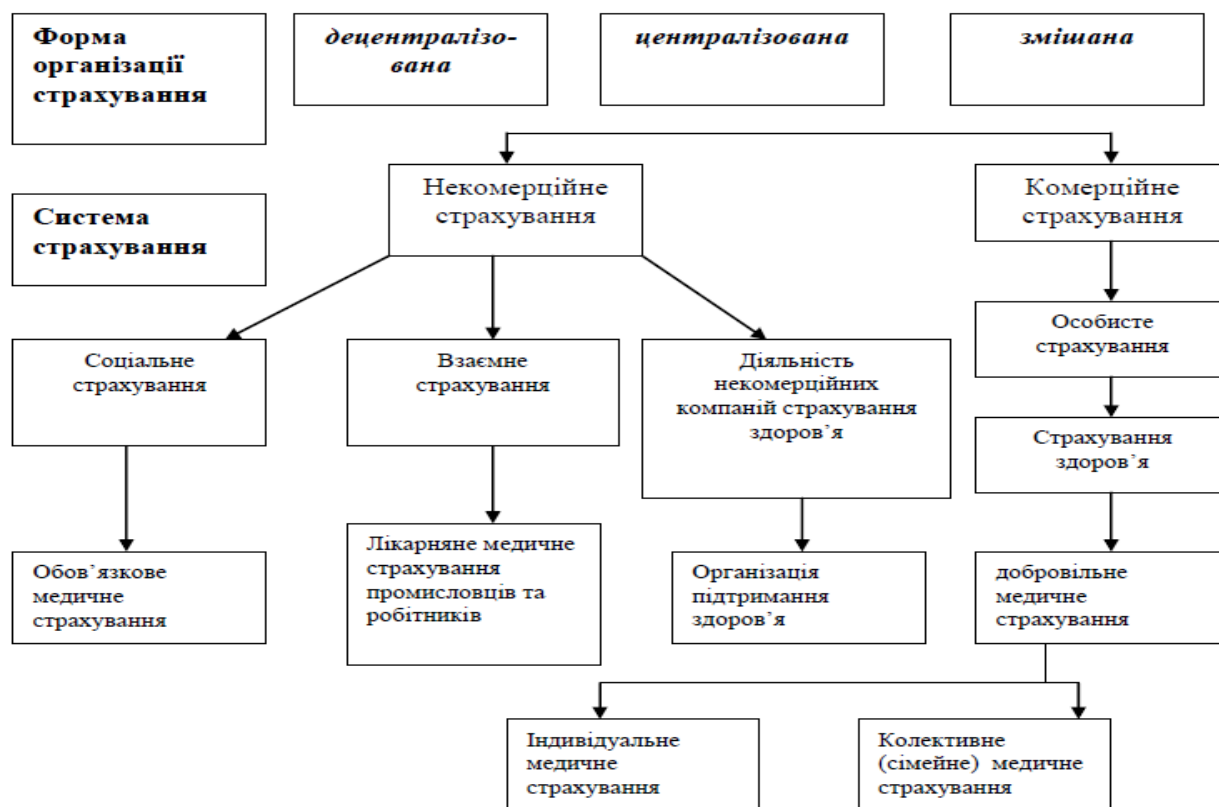


Рис.1.1. Структура медичного страхування

Примітка. Наведено автором на основі [18]

Дослідження поняття медичних ризиків охоплює широкий спектр науковців і зокрема: «Джонатан К. Вайсберг досліджував питання медичного страхування та ризиків, пов'язаних із наданням медичних послуг. Його роботи аналізують, як ризики впливають на фінансування охорони здоров'я; Гарі Кастельман спеціалізується на аналізі ризиків у системах охорони здоров'я та управлінні медичними ризиками, зокрема, у сфері організації медичних послуг; Томас Х. Кендалл відомий своїми роботами в галузі медичної етики та управління ризиками, де він розглядає етичні аспекти медичних ризиків та їх вплив на пацієнтів. Ніколай Д. Остром досліджує медичні ризики з точки зору

поведінкової економіки, акцентуючи увагу на рішенні пацієнтів та медичних працівників в умовах ризику» [36].

В сфері страхування медичних ризиків в Україні, є ряд ключових проблем. «Низький рівень охоплення медичним страхуванням населення в Україні є серйозною проблемою. Багато людей не мають доступу до приватних страхових продуктів, що обмежує їх можливості отримання якісних медичних послуг» [42].

«Відсутність прозорості в умовах страхування та нерозуміння пацієнтами своїх прав і обов'язків є істотним бар'єром. Це призводить до низької довіри до страхових компаній і обмежує їхню ефективність» [43].

Як стверджує Коваль Т. «Наявність медичних ризиків у закладах охорони здоров'я часто пов'язана з недостатньою якістю надання послуг, включаючи невідповідну кваліфікацію медичного персоналу та недостатнє обладнання. Це створює додаткові ризики для страхових компаній і пацієнтів» [43]. Таран Ю. і Малиновська О. вважають, що «низька фінансова доступність, високі тарифи та обмежена доступність страхових продуктів роблять медичне страхування недоступним для значної частини населення. Це викликає соціальну нерівність у доступі до медичних послуг» [46].

«Низький рівень обізнаності населення про медичні ризики та переваги страхування призводить до відмови від страхування. Багато людей не усвідомлюють переваг, які можуть отримати через медичне страхування» [47].

Коваль Т. вважає, що: «Заклади охорони здоров'я стикаються з труднощами в управлінні медичними ризиками через відсутність стандартів і рекомендацій, що ускладнює процес оцінки і моніторингу ризиків» [44].

Проблеми, пов'язані зі страхуванням медичних ризиків в Україні, потребують комплексного підходу до їх вирішення. Актуалізація законодавства, підвищення обізнаності населення та покращення якості медичних послуг є критично важливими для забезпечення ефективності медичного страхування та захисту прав пацієнтів. Медичні ризики можна класифікувати за різними критеріями, що подані на рисунку 1.2, рис.1.3:

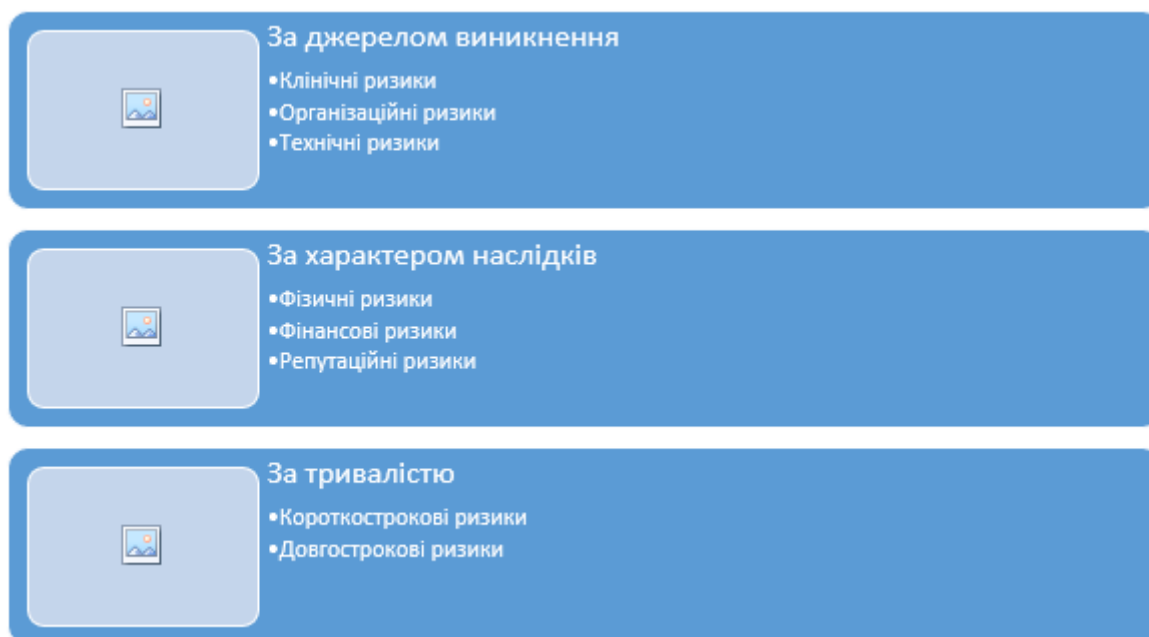


Рис.1.2. Класифікація медичних ризиків за різними критеріями

Примітка. Складено самостійно автором

Медичні ризики за джерелом виникнення поділяються на: клінічні – пов’язані з діагностикою, лікуванням, хірургічним втручанням; організаційні – зумовлені недоліками в управлінні та організації медичної практики; технічні – пов’язані з використанням медичного обладнання.

Ризики, які можуть виникнути під час або одразу після лікування, та ризики, які можуть виникнути через деякий час після надання медичних послуг, наприклад, хронічні ускладнення, розрізняють за тривалістю.

Розуміння та класифікація медичних ризиків має важливе значення для ефективного управління в медичних закладах. Це дозволяє знизити ймовірність негативних наслідків для пацієнтів, медичного персоналу та самого закладу, тим самим забезпечуючи високий рівень надання медичних послуг.

Як показано на малюнку 1.2. та 1.3 клінічні ризики – це ускладнення під час лікування, діагностичні помилки, неправильні оперативні втручання; організаційні ризики пов’язані з недостатньою кваліфікацією персоналу, помилками у веденні медичної документації, які можуть призвести до неправильного лікування, недостатньою координацією між службами.

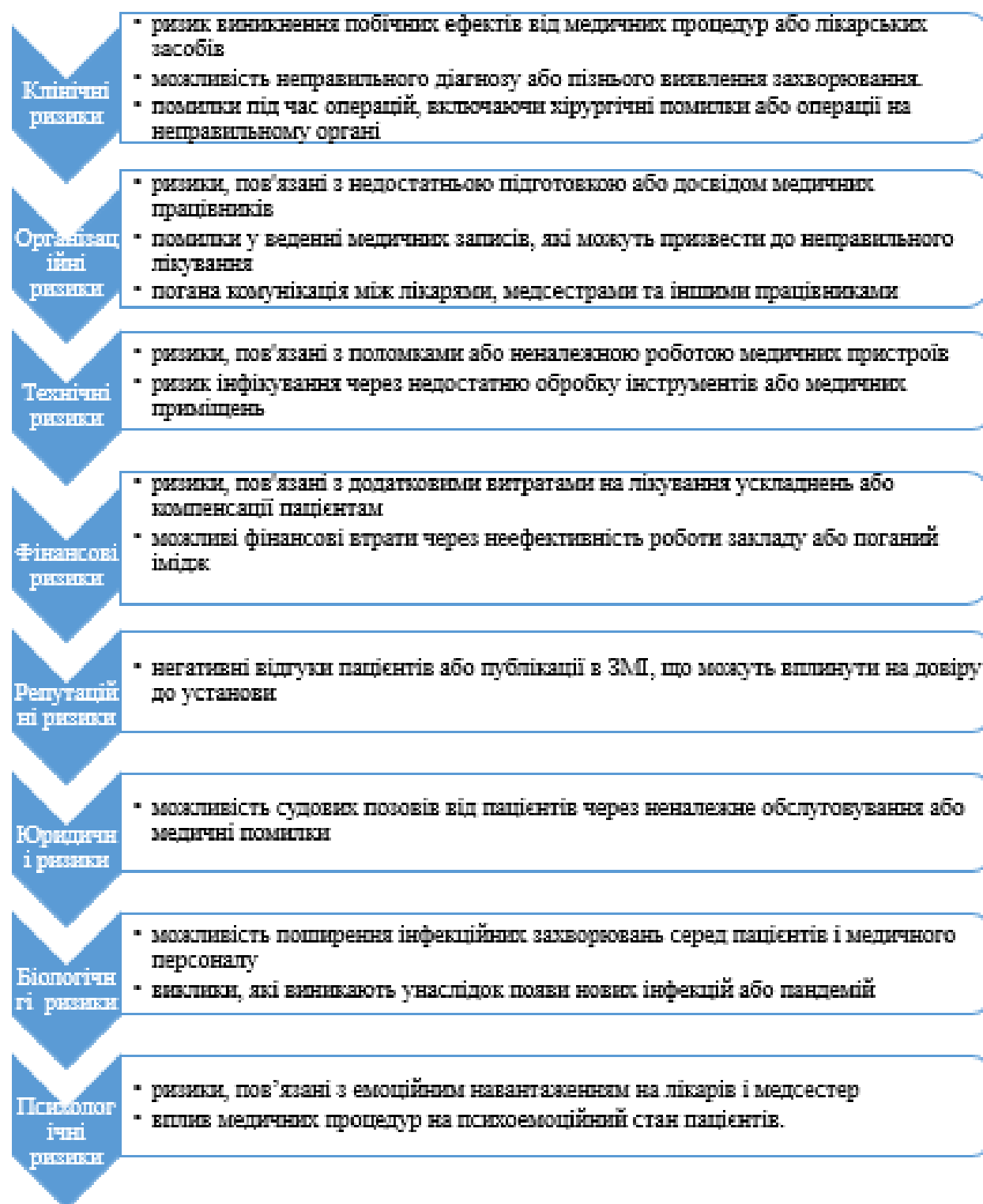


Рис.1.3.Основні види медичних ризиків, які можуть виникати в закладах охорони здоров'я

Примітка. Складено автором самостійно

За характером наслідків виділяють:

До технічних ризиків відносяться вихід з ладу медичного обладнання, несправність медичних виробів, недостатня стерильність, що може призвести до ризику інфікування через недостатню обробку медичних інструментів або обладнання.

Фінансові ризики – це непередбачені витрати, пов’язані з додатковими витратами на лікування ускладнень або компенсацію пацієнтам; зниження доходу.

Репутаційні ризики – це поганий імідж закладу, юридичні ризики – можливість звернення пацієнтів до суду через неналежне обслуговування або лікарські помилки.

Біологічні ризики включають інфекційні ризики та ризики, пов’язані з новими хворобами та пандеміями.

Психологічні ризики – це стрес і виснаження медичного персоналу, психологічні наслідки для пацієнтів.

Розуміння різних типів медичних ризиків має важливе значення для ефективного управління ними в медичних закладах. Це не тільки забезпечує безпеку пацієнтів, а й покращує якість медичних послуг та фінансову стабільність закладу.

Сучасні тенденції в сфері страхування медичних ризиків у діяльності закладів охорони здоров’я включають:

- Цифровізація медичного страхування – впровадження електронних платформ та онлайн-сервісів для укладання договорів, подачі заявок на виплату та моніторингу полісів, що полегшує доступ пацієнтів до медичних послуг. Також активно використовуються великі дані та аналітика для оцінки ризиків і вдосконалення страхових продуктів.

- Теле-медицина та дистанційне страхування – популяризація дистанційної медицини, що розвинулася під час пандемії COVID-19, сприяла появі страхових продуктів для онлайн-консультацій та телемедичних послуг.

- Програми управління ризиками – страхування здоров'я на основі ризиків та залучення пацієнтів до програм з підтримки здорового способу життя, наприклад, знижки для тих, хто проходить регулярні медогляди.

- Персоналізація страхових продуктів – розробка індивідуальних страхових продуктів, що враховують специфічні потреби та медичні історії пацієнтів.

- Зміни в законодавстві – прийняття нових законів щодо медичного страхування, які визначають порядок надання медичних послуг і захист прав пацієнтів, що впливає на структуру страхових продуктів.

- Розвиток державних програм медичного страхування – розширення доступу до медичних послуг для різних верств населення.

- Підвищена увага до етики в медичному страхуванні – акцент на прозорість умов страхування та захист прав пацієнтів, що підвищує довіру до страхових компаній.

Сучасні тенденції у сфері страхування медичних ризиків в Україні свідчать про необхідність адаптації до нових реалій, зокрема цифрових технологій, змін у законодавстві та зростаючих потреб пацієнтів. Це створює можливості для розробки більш ефективних та персоналізованих страхових продуктів, які можуть покращити якість медичних послуг та зменшити ризики для закладів охорони здоров'я. Основна термінологія, яка використовується у сфері страхування, представлена в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Основна термінологія в сфері страхування медичних ризиків

Терміни	Визначення
Медичні ризики	потенційні небезпеки, що можуть негативно вплинути на здоров'я пацієнтів, або репутацію та фінансовий стан закладу охорони здоров'я
Страховий поліс	офіційний документ, що підтверджує укладення договору страхування між медичним закладом і страховою компанією, де зазначені умови, види та обсяги страхування, а також розмір страхових виплат
Страхова премія	оплата, яку медичний заклад вносить страховій компанії за надання страхового покриття на певний період

Страхова сума	максимальна сума, яку страхова компанія зобов'язується виплатити в разі настання страхового випадку. Зазвичай залежить від обсягу медичних послуг і потенційних ризиків
Страховий випадок	подія, передбачена умовами страхового договору, внаслідок якої страхова компанія повинна виплатити компенсацію (наприклад, медична помилка, яка спричинила шкоду пацієнту)
Франшиза	частина витрат, які залишаються на відповідальності медичного закладу, тобто не покриваються страховкою. Вона може бути фіксованою або встановленою у вигляді відсотка від суми збитку
Професійна відповідальність медичного персоналу	страхування, яке покриває ризики, пов'язані з медичними помилками чи недбалістю персоналу, що можуть призвести до шкоди пацієнтам
Цивільна відповідальність медичного закладу	страхування, яке захищає від фінансових втрат, якщо медичний заклад визнається відповідальним за заподіяння шкоди здоров'ю або майну третіх осіб
Управління ризиками	системний процес, спрямований на ідентифікацію, оцінку, та мінімізацію медичних ризиків у діяльності закладу охорони здоров'я. Це включає профілактичні заходи, навчання персоналу та страхування

Примітка. Складено автором самостійно

Таким чином, страхування медичних ризиків допомагає мінімізувати фінансові втрати закладу у разі виникнення непередбачених ситуацій. Це сприяє підвищенню довіри пацієнтів, захищає працівників від юридичної відповідальності за професійні помилки, забезпечує стабільність медичного закладу.

Ця система є основою фінансової стійкості медичного закладу в ризикованому медичному середовищі та дає можливість зосередитися на якості послуг та безпеці пацієнтів.

«Медичний ризик вважають правомірним, якщо:

- дії медичного працівника були спрямовані на збереження життя та здоров'я пацієнта;
- відсутній альтернативний спосіб лікування, який би не був пов'язаний з ризиком заподіяння шкоди пацієнту;
- заходи, спрямовані на запобігання або зниження можливої шкоди, розпочали вчасно, та вони були достатніми, аби допомогти пацієнту - тобто медичний працівник діяв на основі накопиченого досвіду, знань і умінь,

виконував нормативні приписи (накази, інструкції тощо), використовував досягнення сучасних медичних теорії та практики» [49].

«Отже, якщо медичний працівник порушив будь-яку із зазначених умов і цим заподіяв шкоду пацієнтові (смерть чи значне погіршення стану здоров'я), то він підлягає притягненню до кримінальної відповідальності за створення необґрунтованого ризику. Обсяг відповідальності працівника визначають під час проведення судово-медичного оцінювання причинно-наслідкових зв'язків з урахуванням складності заподіяних наслідків - легких, середньої тяжкості та тяжких, або таких, що призвели до смерті пацієнта» [49].

«У 80-85% випадків причинами ускладнень захворювань, як і найчастіше призводять до тяжкого клінічного стану, а іноді й до смерті, є медичні помилки. Витрати, пов'язані з дефектами якості медичної допомоги, можуть поєднуватися з випадками цивільно-правової відповідальності при пред'явленні виробникам медичних послуг судових позовів від позивачів (потерпілих)» [49].

«Тож заклади охорони здоров'я іноді несуть значні моральні та економічні збитки, оскільки значна частина медичних помилок є підставою для судових розглядів за позовами пацієнтів або їх родичів. У ситуаціях ризику система управління має передбачати:

- виявлення альтернатив ризику, реалізацію його тільки у межах соціально, економічно та морально допустимих рівнів;
- розроблення конкретних рекомендацій з усунення або мінімізації можливих негативних наслідків ризику;
- створення спеціальних планів, що дають змогу людям, які реалізують рішення з ризиком або управляють ризиками, оптимальним чином діяти у критичній ситуації;
- прийняття нормативно-правових актів, що дадуть змогу реалізувати обрану альтернативу;
- облік морального сприйняття ризикованих рішень і програм» [49].

«Процес управління окремим ризиком передбачає такі дії:

- визначення мети;

- з'ясування ризику;
- обрання методів управління ризиком;
- реалізація управління ризиком; оцінювання результатів» [49].

«Пріоритетом в управлінні ризиками у галузі охорони здоров'я є управління якістю діагностики та лікування. Головними інструментами ризик менеджменту в галузі охорони здоров'я є модулі структурних стандартів якості медичної допомоги, а також моделі кінцевих результатів праці» [49].

«Зокрема, у планах закладів охорони здоров'я та програмах розвитку, розроблюваних органами управління охорони здоров'я, щорічно має бути передбачена реалізація заходів щодо запобігання ризикам медичних помилок. Рекомендується забезпечити моніторинг ризиків медичних помилок у наданні послуг з діагностики та лікування як на рівні окремого закладу охорони здоров'я, так і на державному рівні управління закладами охорони здоров'я» [49].

1.2. Нормативно-правова база страхування медичних ризиків в Україні

Як зазначає Василевська Н.С. «З одного боку, в Україні існує достатня нормативно-правова база, яка створює необхідні умови для встановлення захисного механізму у відносинах між медичними працівниками та пацієнтами. З іншого, слід констатувати, що сьогоденні медико-правові реалії вимагають прийняття спеціального закону, який має стояти на захисті працівників професії, що покликана охороняти життя та здоров'я кожної людини. І окреме місце у цьому законі мають посідати норми інституту страхування професійної відповідальності медичних працівників» [3].

На думку Петренко О. «Складна і заплутана нормативно-правова база, що регулює медичне страхування, часто заважає розвитку цієї сфери. Постійні зміни в законодавстві можуть створювати невизначеність для страхових компаній і закладів охорони здоров'я» [45].

«Договір страхування професійної відповідальності медичних працівників» регулюється в Україні загальними нормами щодо страхування, зокрема Главою 67 ЦК України [39] та законом України «Про страхування» [11].

В останньому йдеться і про різновид договору страхування – страхування відповідальності (ст. 4)» [11].

«Будь-яка професійна діяльність є потенційно ризиковою у сенсі спричинення шкоди внаслідок випадкової помилки. Натомість найбільш гостро сприймається такий ризик щодо медичних працівників, оскільки їх помилки можуть призвести не тільки до погіршення стану здоров'я пацієнта, але й спричинити смерть останнього» [7]. Саме тому Етичний кодекс лікаря України серед обов'язків лікаря містить вказівку на те, що лікар не повинен наражати пацієнта на невинуватий ризик [6, п. 3.3].

Поділяємо думку Василевської Н.С., що для сучасної медицини характерними є досить високі ризики. «Діяльність медичних працівників з надання медичних послуг має ризиковий характер, тобто ризик у тій чи іншій мірі є присутнім завжди. Виконуючи свої професійні обов'язки належним чином, медичний працівник у будь-якому випадку діє у стані ризику» [3].

«Характеризуючи професійний ризик медичного працівника стосовно пацієнта, слід враховувати й наступне. Відповідно до ст. 284 ЦК України надання будь-якої медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, провадиться за її згодою. За ч. 1 ст. 42 Основ медичне втручання – це застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини» [39].

«Водночас у ч. 2 ст. 43 Основ [21;20] та ст. 284 ЦК України [39] говориться, що у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю хворого медична допомога надається без згоди. До умов правомірності неузгодженого з пацієнтом медичного втручання належать: можлива шкода від медичного втручання є меншою аніж та, що очікується у разі відмови від медичного втручання; відсутній невинуватий ризик; методи, що застосовуються при медичному втручанні, є дозволеними та/або науково обґрунтованими (ч. 2, 3 ст. 42 Основ)» [21].

«Стосовно страхування професійної відповідальності медичного працівника, медичну помилку слід визнати страховим ризиком. На користь цього

свідчать положення ст. 991 ЦК України та ст. 26 закону України Про страхування, які з-поміж інших підстав для відмови від здійснення страхової виплати передбачають навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку» [3].

Нормативно-правова база страхування медичних ризиків в Україні складається з ряду законодавчих актів, які регулюють діяльність у сфері медичного страхування, управління медичними ризиками та охорони здоров'я.

Нормативно-правова база страхування медичних ризиків в Україні є комплексною і потребує постійного вдосконалення з огляду на зміни в системі охорони здоров'я та вимоги суспільства. Актуалізація законодавства, а також ефективний контроль за його виконанням, є ключовими для забезпечення безпеки пацієнтів та розвитку медичного страхування.

Як зазначає Климук Н.Я.: «Сьогодні, коли нормативно-правова база, яка потрібна задля запровадження загально-обов'язкового державного соціального медичного страхування, – відсутня, добровільне медичне страхування відіграє допоміжну роль у забезпеченні населення медичною допомогою, а також виступає доповненням до обов'язкового» [14].

«Сьогодні система охорони здоров'я нашої країни перебуває не лише у фінансовій, але й в організаційній кризі, що спричинена нерівномірним розподілом коштів та недостатнім рівнем надання медичної допомоги. Кроком до розв'язання проблем, що були означені у системі медичного забезпечення, може виступити проведення медичної реформи і, зокрема, впровадження загальнообов'язкового медичного страхування» [14].

Отже, страхування медичних ризиків є важливим компонентом діяльності закладів охорони здоров'я, що дозволяє зменшити фінансові втрати та покращити якість медичних послуг. Ефективне управління ризиками та розвиток медичного страхування можуть суттєво вплинути на фінансову стабільність і репутацію медичних установ.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МОДЕЛЕЙ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ У ЗОЗ

2.1. Загальна системна характеристика закладу охорони здоров'я

«Комунальне некомерційне підприємство Берегівський центр первинно медико – санітарного допомоги Берегівської міської ради, є закладом охорони здоров'я, що надає первинну медико-санітарну допомогу в амбулаторних умовах будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтриманням громадського здоров'я» [34].

«Підприємство створене за рішенням 16-ої сесії Берегівської районної ради VI 1-го скликання Про реорганізацію шляхом перетворення комунального закладу Берегівський центр первинної медико – санітарної допомоги Берегівської районної ради Закарпатської області в комунальне некомерційне підприємство Берегівський центр первинної медико – санітарної допомоги Берегівської районної ради Закарпатської області від 19 вересня 2018 року №313. Рішенням 12 сесії VIII скликання Берегівської Районної ради Закарпатської області від 22.09.2022 року № 211 Про передачу прав засновника комунального некомерційного підприємства Берегівський центр первинної медико – санітарної допомоги Берегівської районної ради Закарпатської області» [34].

Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань дата заснування КНП «БЕРЕГІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД» - 28.12.2012 [34]. Засновником є Берегівська міська рада.

«Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Розмір статутного капіталу - 1 000,00 грн» [16].

«Повне найменування Підприємства – КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО БЕРЕГІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО -

САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ БЕРЕГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ» [16]. Скорочене найменування – КНП ««Берегівський центр ПМСД».

«Місце знаходження підприємства: 90202. Україна, Закарпатська область, Берегівський район, м. Берегове, вул. Ліппера Бертолона, 2.

Уповноважена особа - Дзєрин Володимир Іванович» [2].

«КНП «Берегівський центр ПМСД» у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та Статутом закладу» [34].

«Основною метою діяльності КНП Берегівський центр ПМСД є надання первинної медичної допомоги, та здійснення управління медичним обслуговуванням населення Берегівської ТГ, але не обмежуючись населенням вказаної адміністративно-територіальної одиниці, а також вжиття заходів із профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я, шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством, а саме» [34]:

- «реалізація права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, яке гарантовано Конституцією України;
- цілодобове надання вторинної медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів), у плановому порядку або в екстрених випадках відповідно до державних соціальних стандартів та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безоплатній та платній основі послуг вторинної стаціонарної медичної допомоги, у тому числі

екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я;

- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування» [34].

У таблиці 2.1. наведено основний вид діяльності ЗОЗ.

Таблиця 2.1.

Основний вид діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД»

86.21	Загальна медична практика.
86.10	Діяльність лікарняних закладів;
86.90	Інша діяльність у сфері охорони здоров'я;
68.20	Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна.

Примітка. Наведено на основі [34;16].

Предметом діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД» є :

- «медична практика з надання первинної медичної допомоги населення;
- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;
- організація надання первинної медичної допомоги, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної чи третинної медичної допомоги;
- проведення профілактики щеплень;
- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризація населення, здійснення профілактичних заходів;

- консультації щодо профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороби, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних станів;
- закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів;
- координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги;
- надання платних послуг із медичного обслуговування відповідно до чинного законодавства України;
- надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань;
- надання будь-яких послуг іншим суб'єктам господарювання, що надають первинну медичну допомогу на території Закарпатської області;
- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів» [34].

Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

У таблиці 2.2 відображена динаміка доходів та видатків КНП "Берегівський ЦПМСД" за період 2021-2023 років, яка показує змішані тенденції. Загальний дохід ЗОЗ у 2021 році складав 44,3 млн грн, з невеликим зростанням до 44,9 млн грн у 2022 році, проте у 2023 р. дохід знизився до 41,3 млн грн. Фінансування з загального фонду збільшувалося поступово: 897,655 тис. грн у 2021, 1,213 млн грн у 2022 і 1,318 млн грн у 2023 році. Значна частина доходів припадала на активи (кошти або майно), використані для реалізації основних завдань ЗОЗ [39].

Надходження благодійної допомоги суттєво зросли у 2022 році до 1,155 млн грн, але впали до 45 тис. грн у 2023 році. Пасивні доходи та інші джерела мали коливання, зокрема пасивні доходи значно зросли у 2023 році до 860 тис. грн.

Витрати підприємства постійно зростали, з 35,5 млн грн у 2021 році до 48,6 млн грн у 2023 році. Видатки на основну діяльність (активи, товари і послуги) збільшилися з 28,4 млн грн у 2021 році до 36,3 млн грн у 2023 році [39].

Таблиця 2.2

Динаміка доходів та видатків КНП "Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги"			
	2021	2022	2023
Доходи неприбуткової організації (грн)	44 339 460	44 995 429	41 340 825
фактично одержане фінансування бюджетної установи за загальним фондом	897 655	1 212 995	1 318 468
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), отриманих для реалізації мети та напрямів діяльності, визначених установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	35 412 985	37 850 457	33 843 962
надходження у вигляді безповоротної фінансової допомоги, добровільних пожертвувань, милосердя, у тому числі: благодійна допомога.	65 226	1 155 112	45 000
пасивні доходи	80 405	50 849	860 116
інші доходи	7 883 189	4 726 016	5 273 279
Видатки (витрати) неприбуткової організації (грн)	35 510 857	39 390 340	48 581 239
сума видатків (витрат) бюджетної установи за загальним фондом відповідно до затверджених в установленому порядку кошторисів	897 655	1 212 995	1 318 468
вартість активів (коштів або майна), вартість товарів (робіт, послуг), використаних (переданих) для фінансування видатків на утримання неприбуткової організації, реалізації мети та напрямів діяльності, визначених її установчими документами, та/або для здійснення неприбуткової (добродійної) діяльності, передбаченої законом для релігійних організацій	28 445 993	32 873 771	36 265 020
вартість активів, переданих іншим неприбутковим організаціям або зарахованих до бюджету в результаті ліквідації (злиття, поділу, приєднання або перетворення)	-	655 192	9 985 438
інші видатки (витрати)	6 167 209	4 648 382	1 012 313

Примітка. Складено автором самостійно на основі [39]

У 2023 році спостерігався значний приріст видатків на передачу активів іншим організаціям, що склали 9,985 млн грн. Водночас інші витрати суттєво знизились, ймовірно, через оптимізацію або зміну пріоритетів фінансування.

Доходи КНП "Берегівський ЦПМСД" зменшились через скорочення надходжень від активів та благодійної допомоги, незважаючи на значне зростання пасивних доходів. Видатки продовжували зростати, зокрема у 2023 році, що може свідчити про підвищену вартість обслуговування або необхідність витрат на підтримку та передачу активів. Хоча фінансування з загального фонду зросло, цього не вистачило для компенсації загального зниження доходів, що створило фінансовий тиск на підприємство..

Фінансовий стан КНП «Берегівський центр ПМСД» відображено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Фінансова звітність КНП «БЕРЕГІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД»			
Фінансова звітність			
	2023	2022	2020
Дохід	41 340 800 ₴	44 995 500 ₴	42 638 100 ₴
Чистий прибуток	-278 000 ₴	5 605 100 ₴	4 067 600 ₴
Активи	20 689 600 ₴	24 098 000 ₴	18 647 800 ₴
Зобов'язання	4 013 200 ₴	9 548 700 ₴	—
Кількість працівників	143	161	

Примітка. Наведено автором самостійно на основі [16]

З таблиці 2.3. бачимо, що дохід за 2023 складав 41 340 800 ₴ гривень, чистий прибуток КНП «БЕРЕГІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД» - 278 000 ₴, а вартість активів - 20 689 600 ₴. За рахунок коштів місцевого бюджету здійснювало витрати на оплату енергоносіїв та комунальних послуг.

На рис.2.1. наведено дані по кількості населення, що обслуговує КНП «Берегівський центр ПМСД»: 44141 населення, з них: 34521 - дорослого населення, 9620 - дитячого населення.

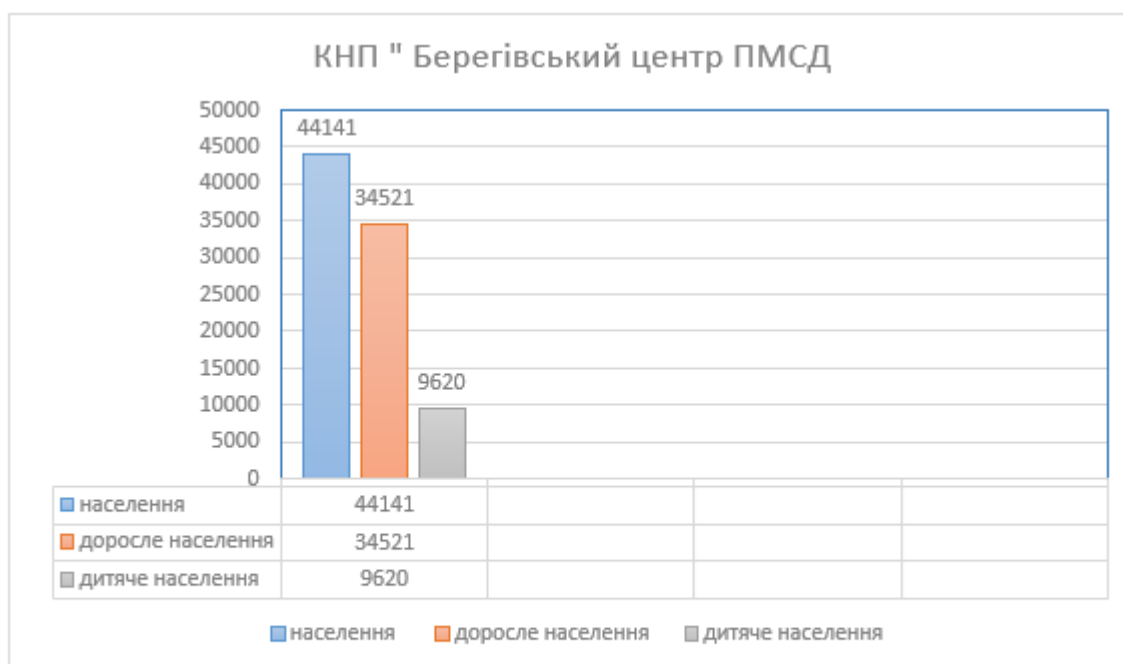


Рис.2.1. Обслуговування населення Берегівської ТГ КНП «Берегівський центр ПМСД»

Примітка. Наведено за даними підприємства [2;15;16].

Станом на 01.07.2024 року в КНП «Берегівський центр ПМСД» працювало «14 сімейних лікарів первинної ланки, що уклали з 21 471-ма особами декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, 5 лікарів педіатрів первинної ланки що уклали з 3 937-ма особами декларацію про вибір лікаря та 3 терапевти первинної ланки що уклали з 3996-ма особами декларацію про вибір лікаря, загальна кількість декларацій про вибір лікаря складає 29 404 що становить 66,6 % від наявного населення по Берегівській ТГ» [35]. Середня кількість укладених декларацій подана в таб.2.4.

Таблиця 2.4

Середня кількість укладених декларацій в КНП «Берегівський центр ПМСД»

Кількість укладених декларацій	Медичний персонал
1534 декларацій	на 1 сімейного лікаря первинної ланки
787 декларацій	на 1 педіатра первинно ланки
1332 декларацій	на 1 терапевта первинно ланки

Для забезпечення доступності медичних послуг в КНП «Берегівський центр ПМСД» функціонували 10 амбулаторій загальної практики - сімейної

медицини та 6 фельдшерсько - акушерних пунктів. Кількість штатних посад по КНП "Берегівський центр ПМСД» наведено на рисунку 2.2.



Рис.2.2. Кількість штатних посад в КНП "Берегівський центр ПМСД»

Примітка. Наведено за даними підприємства [40].

Кількість штатних посад становлять 113,5 одиниць, в т. ч.:

- керівники – 3 од.;
- лікарі – 29,5 од.;
- середній медперсонал – 43 од.;
- молодший медперсонал – 13 од.;
- інший персонал - 25 од.;

Кількість фактично зайнятих штатних одиниць станом на 01.07.2024р. наведено на рис.2.3., складає 80,25, з них:

- керівники – 3 од.;
- лікарі – 21,25 од.;
- середній медичний персонал – 35,5 од.;
- молодший медичний персонал- 6,25 од.;
- Інші – 14,25 од.



Рис.2.3. Кількість фактично зайнятих штатних одиниць в КНП "Берегівський центр ПМСД"

Примітка. Наведено за даними підприємства [40].

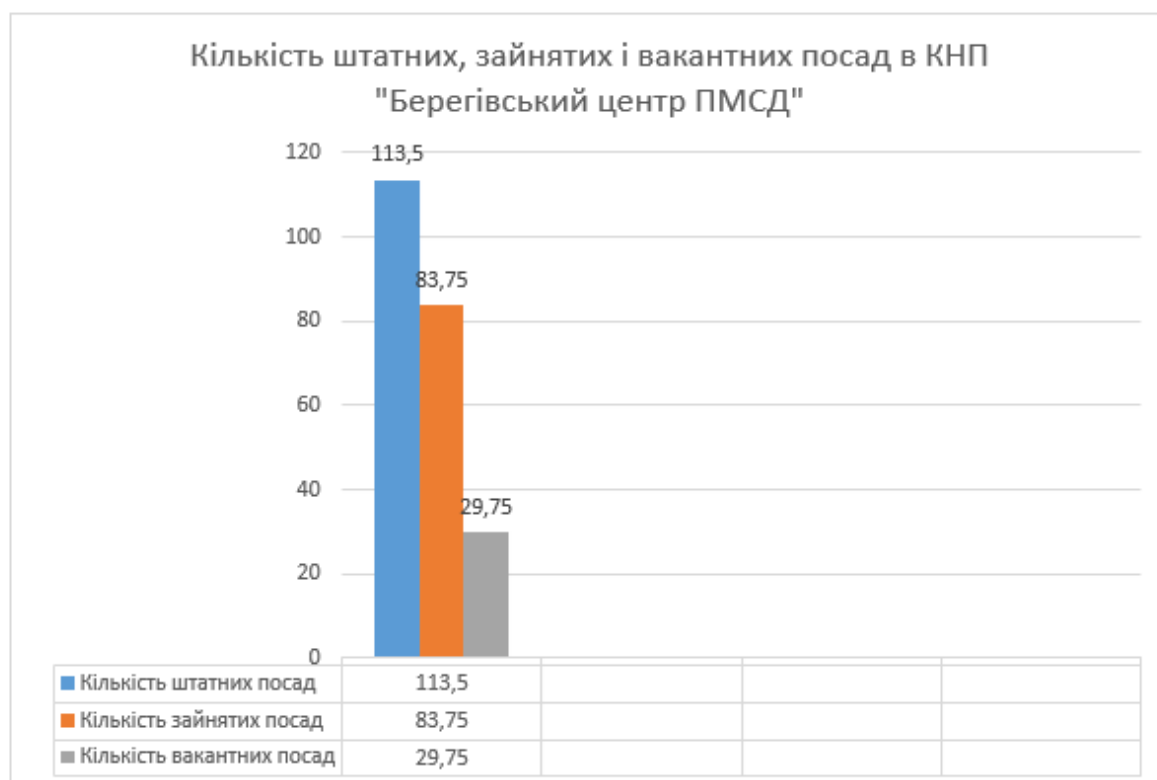


Рис.2.4. Кількість штатних, зайнятих і вакантних посад КНП «Берегівський центр ПМСД» станом на 01.09.2024.

Примітка. Наведено за даними підприємства [40].

Організаційна структура КНП «Берегівський центр ПМСД» відображена на рисунку 2.5.



Рис.2.5. Організаційна структура КНП «Берегівський центр ПМСД»

Примітка. Наведено за даними підприємства [40]

Організаційна структура складається з керівного складу ЦПМСД, адміністративно-управлінського і допоміжного персоналу. На даний час в КНП «Берегівський центр ПМСД» функціонує 16 амбулаторій загальної практики сімейної медицини і 9 фельширсько-акушерських пунктів.

2.2. Комплексний аналіз моделей страхування медичних ризиків

Страхування професійної відповідальності медичних працівників вигідне як для лікарів і медичних установ, так і для пацієнтів. Його основна ідея полягає в тому, що застрахована особа регулярно сплачує внески, які накопичуються в страховій компанії. У разі виникнення страхового випадку компанія компенсує потерпілому завдані збитки.

В Україні страхування відповідальності згідно з пунктом 15 статті 6 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР є добровільним. Застрахуватися може як сам лікар, незалежно від того, чи працює він у приватній практиці чи за наймом, так і медичний заклад.

Страхування медичних ризиків – це механізм захисту працівників та пацієнтів від несподіваних фінансових витрат, пов'язаних із медичними помилками, професійними ризиками або захворюваннями.

Для КНП «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги» впровадження дієвої моделі страхування є важливою складовою, що дозволяє забезпечити стабільність закладу та мотивацію персоналу.

Модель обов'язкового страхування передбачає обов'язкове страхування медичних працівників на рівні закладу чи держави, забезпечуючи захист від базових ризиків професійної діяльності. Серед переваг цієї моделі – гарантований базовий захист усіх медичних працівників. Однак її недоліками є обмежене покриття ризиків і висока вартість страхових пакетів для медичних установ.

Добровільне медичне страхування (ДМС) дозволяє закладам або працівникам самостійно обирати страхові пакети для ширшого покриття ризиків. Переваги цієї моделі полягають у можливості отримання додаткових послуг, таких як оперативне втручання чи консультації. Недоліком є значна вартість, що може бути обтяжливою для бюджетних установ.

Модель страхування професійної відповідальності орієнтована на компенсацію збитків у разі професійних помилок лікарів та інших спеціалістів. Вона знижує фінансові ризики та сприяє зміцненню довіри пацієнтів. Водночас

її недоліками є тривалі процедури врегулювання страхових випадків і висока вартість полісів.

Основні моделі страхування медичних ризиків подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Основні моделі страхування медичних ризиків

Модель страхування	Переваги	Недоліки
Обов'язкового страхування	забезпечує базовий захист усіх медичних працівників	обмежене покриття, висока вартість премій для установи
Добровільного медичного страхування (ДМС)	можливість отримання розширених послуг (операції, консультації).	висока вартість для бюджетних установ
Страхування професійної відповідальності	мінімізує фінансові ризики, підвищує довіру пацієнтів	тривалі процедури розгляду випадків, висока вартість полісів

В КНП «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги» нами було проведено опитування керівників, адміністративно-управлінського персоналу та пацієнтів. Було розроблено різні анкети для керівництва закладу охорони здоров'я, для медичних працівників та пацієнтів щодо видів страхування, їх переваг, недоліків (Додаток А і Додаток Б).

На запитання: «Які використовуються види страхування в установі?» керівництво КНП «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги» зазначило, що ЗОЗ застосовує три основні види страхування:

- обов'язкове медичне страхування для всіх працівників, яке забезпечує базовий рівень захисту їхнього здоров'я;
- страхування професійної відповідальності лікарів, що покриває ризики, пов'язані з професійними помилками, і зменшує фінансові втрати;
- добровільне медичне страхування з розширеним пакетом послуг для основного персоналу, яке слугує мотивацією для ключових фахівців, забезпечуючи їм додатковий соціальний захист.

Застосування різних видів страхування дозволяє задовольнити базові потреби персоналу, але водночас створює нерівність між працівниками, які мають доступ до розширених пакетів послуг, і тими, хто отримує лише базовий захист. Така ситуація може впливати на мотивацію та задоволеність працівників у довгостроковій перспективі.

Враховуючи значущість медичного страхування в закладах охорони здоров'я, забезпечення обов'язкового захисту персоналу є важливим елементом управлінських стратегій. Це демонструє відповідальність закладу за здоров'я та добробут своїх працівників.

Медичний директор зазначає, що такий підхід є практичним і відповідає основним потребам закладу. Проте обмежений доступ до розширеного страхування лише для ключових фахівців може негативно позначатися на мотивації та лояльності інших співробітників, які відчують меншу підтримку.

Щодо питання: «Переваги та недоліки системи страхування» на думку керівництва, система страхування має як позитивні, так і негативні аспекти. Перевагами є забезпечення базового рівня соціального захисту для співробітників, що сприяє соціальному захисту та підтримці працівників у разі захворювання або травм та підвищує їхню безпеку та комфорт. Можливість розширення соціального пакету для ключових кадрів, позитивно впливає на їхню мотивацію та лояльність до медзакладу.

Серед основних недоліків керівники виділили високу вартість розширеного страхового покриття, що створює значне фінансове навантаження для закладів охорони здоров'я, особливо за умов обмеженого бюджету. Також затяжний процес розгляду страхових випадків викликає затримки у виплатах, що негативно позначається на моральному стані працівників, знижуючи їхню довіру до страхових програм і демотивуючи персонал.

Попри те, що переваги страхування сприяють підтриманню мотивації співробітників, недоліки акцентують увагу на фінансових і адміністративних складнощах, які постають перед закладом. Для підвищення ефективності системи необхідні значні фінансові ресурси, а також оптимізація процедур, що дозволить зменшити адміністративний тягар і поліпшити якість страхового обслуговування.

Керівництво КНП «Берегівський центр ПМСД» висловило кілька рекомендацій для вдосконалення страхового захисту, які передбачають покращення доступу та «спрощення процедур:

- введення доступного колективного страхування на державному рівні з частковим субсидуванням, що могло б полегшити тягар для медичних установ;
- спрощення процесів оформлення страхових випадків завдяки цифровізації та автоматизації обробки заявок, що дозволить значно скоротити час розгляду заявок і полегшити доступ до страхових виплат;
- державне субсидування програм страхування відповідальності лікарів, що дозволить зменшити фінансовий тиск на установи та зробить захист доступнішим» [29].

Запропоновані зміни є обґрунтованими та відповідають сучасним викликам у сфері охорони здоров'я. Впорядкування процесів і додаткове державне фінансування можуть підвищити ефективність програм страхування, забезпечивши доступність і зменшивши адміністративний тягар.

Опитування проведене серед медичних працівників КНП «Берегівський центр ПМСД» дало можливість зробити наступні висновки. Медичні працівники зазначили, що для їхньої установи доцільно впровадити наступні види страхування:

- страхування відповідальності медичного персоналу за професійні помилки, яке спрямоване на захист закладу від фінансових ризиків у разі необхідності виплат компенсацій.
- медичне страхування для ключового персоналу , що охоплює базовий рівень захисту та включає розширений пакет послуг для покриття додаткових ризиків;
- добровільне медичне страхування з широким спектром послуг , включаючи консультації, оперативні втручання та профілактичні заходи, яке доступне для певної категорії працівників.

На думку співробітників, впровадження таких підходів до страхування сприяє підвищенню рівня захисту як персоналу, так і пацієнтів, що позитивно впливає на загальну безпеку та мотивацію колективу. Однак, доступ до розширеного страхового покриття мають лише ключові працівники, що створює

нерівність у трудових умовах. Така ситуація може призводити до зниження мотивації серед співробітників, які залишаються поза межами цих пільг.

Медики детально оцінили плюси та мінуси страхування. Серед переваг відзначено: зменшення фінансових ризиків для лікарні у разі потреби компенсації, що дає змогу уникнути значних витрат закладу. Додатковий соціальний захист працівників, що позитивно впливає на умови праці та підвищує мотивацію. Забезпечити сприятливі умови праці, що покращують загальну атмосферу в оздоровчому закладі.

Недоліками, на думку медичних працівників, є: висока вартість полісів страхування цивільно-правової відповідальності, що значно обтяжує бюджет лікарні, особливо в умовах державного фінансування; тривалість процедур перевірки страхових справ, що може демотивувати працівників і знизити їхню довіру до системи страхування; неповне покриття всіх ризиків, зокрема у випадку нових або рідкісних медичних пільг, що створює певну небезпеку для працівників.

Вказані переваги свідчать про позитивний вплив страхування на захист персоналу та фінансову стійкість ЗОЗ, однак недоліки вказують на значні обмеження поточної системи. Висока вартість і тривалі процедури розгляду страхових випадків потребують уваги, оскільки вони знижують ефективність страхових програм і підривають довіру персоналу до страхування.

Для вдосконалення системи страхування медичні працівники пропонують такі кроки:

- запровадження державних програм субсидованого страхування, які зроблять страхування доступнішим для персоналу, особливо для тих, хто працює у високоризикованих умовах;
- спрощення процедур отримання страхових виплат, що зменшить час на їх оформлення і забезпечить легший доступ до компенсацій;
- розширення спектра послуг у базових програмах страхування, щоб уникнути додаткових витрат на окремі випадки і забезпечити доступність системи для всіх працівників.

Ці пропозиції спрямовані на вирішення ключових проблем чинної системи страхування. Впровадження субсидованих державних програм могло б суттєво знизити фінансове навантаження на медичних працівників. Спрощення процедур і розширення покриття сприятиме підвищенню ефективності страхових програм та задоволеності персоналу.

В процесі дослідження нами було опитано 20 пацієнтів КНП «Берегівський центр ПМСД» щодо наявності у них медичної страховки. З них 11 респондентів мають медичну страховку (55%), тоді як 9 респондентів не мають страховки (45%), рис.2.6.



Рис. 2.6. Опитування пацієнтів КНП «Берегівський центр ПМСД» щодо наявності страховки

Це свідчить про те, що багато хто вже має медичний захист, але значна частина ще не має страховки або вважає, що не потребує її на поточний момент.

Здебільшого страхувальники отримують базові послуги, такі як прийом до лікаря, лабораторні дослідження, амбулаторне лікування та невідкладна допомога. Деякі спонсори, такі як фармацевт та інженер, також отримують покриття стоматологічних послуг і лікування хронічних захворювань. Це свідчить про те, що більшість людей орієнтуються на базові пакети, які відповідають основним медичним потребам.

Щодо питання: «Задоволеність медичними послугами за страховкою» 8 респондентів повністю задоволені (40%) послугами, які вони отримують за своєю страховкою, тоді як 3 респонденти частково задоволені (15%) через обмеження у виборі лікаря або послуг. Решта 9 респондентів не можуть оцінити задоволеність, оскільки не мають страховки, рис.2.7.

Це вказує на певний рівень довіри до страхових послуг серед тих, хто вже користується ними, хоча є і певні нарікання на обмеження.

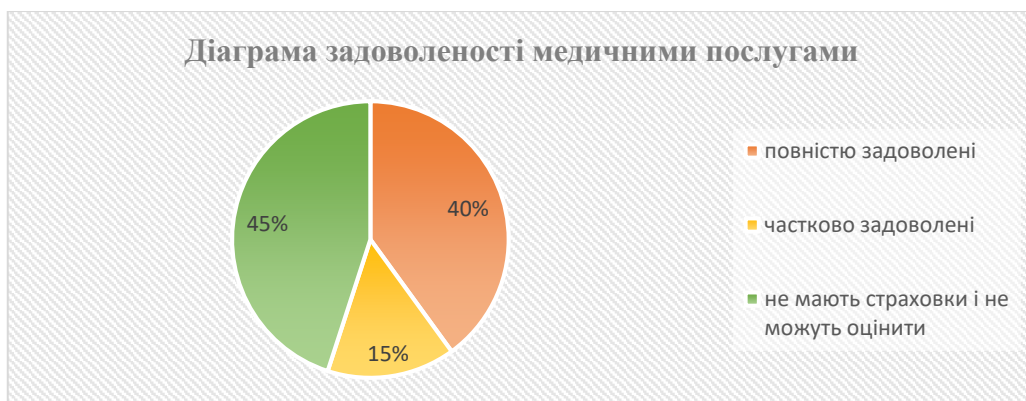


Рис. 2.7. Опитування пацієнтів КНП «Берегівський центр ПМСД» щодо задоволеності медичними послугами

На запитання: «Чи необхідно страхувати медичні ризики» 17 із 20 респондентів (85%) вважають медичне страхування необхідним. Вони підкреслюють важливість страхування для захисту у випадку несподіваних витрат на лікування, особливо для представників професій з підвищеним ризиком, рис.2.8



Рис. 2.8. Опитування пацієнтів КНП «Берегівський центр ПМСД» щодо необхідності медичного страхування.

Примітка. Складено автором за результатами опитування

Лише 3 респонденти не впевнені в необхідності або вважають, що страхування занадто дороге. З опитування можна зробити висновок, що більшість респондентів позитивно ставляться до медичного страхування та

розуміють його важливість. Однак існують такі перешкоди, як вартість страховки, обмеження у виборі медичних послуг і лікарів. Люди з професіями високого ризику, наприклад електрики та водії, бачать більшу потребу в страхуванні, тоді як молоді люди або ті, хто тільки починає свою кар'єру, як правило, відкладають рішення про придбання страховки.

Тому розширення доступу до страхових пакетів із гнучкими умовами та можливістю вибору ширшого спектру послуг може зацікавити тих, хто ще не користується страхуванням. Зменшення вартості страхування або запровадження особливих умов для пенсіонерів та студентів (слухачів) також сприятиме підвищенню обізнаності та кількості застрахованих.

На нашу думку, основні рекомендації для КНП «Берегівський центр первинної медико-санітарної допомоги» мають передбачати:

- Впровадження обов'язкового базового страхування для всіх співробітників, що забезпечить мінімальний рівень захисту від основних ризиків і підвищить довіру до страхових програм.
- розгляд можливості субсидування страхування професійної відповідальності, що допоможе зменшити фінансове навантаження на установу та підвищить доступність цього виду страхування;
- запровадження додаткових добровільних страхових програм для ключових працівників, що стане стимулом для медичних фахівців і підвищить їхню мотивацію;
- оптимізація процесу подання та розгляду страхових випадків через цифровізацію, що дозволить скоротити бюрократичні затримки й забезпечити швидкий доступ до страхових виплат.

Ці заходи сприятимуть посиленню соціального захисту працівників, підвищенню ефективності управління страхуванням і поліпшенню загальної мотивації персоналу.

Аналіз існуючих моделей страхування медичних ризиків показав, що для КНП «Берегівський ЦПМСД» оптимальною є комбінована система, яка поєднує обов'язкове та добровільне страхування, а також страхування цивільної

відповідальності. Обов'язкове страхування забезпечить базовий захист, тоді як субсидоване страхування цивільної відповідальності та програми страхування відповідальності для ключового персоналу сприятимуть підвищенню лояльності та мотивації персоналу. Для ефективного впровадження важливо враховувати міжнародний досвід та рекомендації українських науковців, адаптуючи їх до фінансових можливостей та потреб закладу.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИКА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ РИЗИКІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Національні та міжнародні системи страхування медичних ризиків

Страхування медичних ризиків є ключовим елементом у роботі закладів охорони здоров'я. Його мета – забезпечити фінансову стабільність і захист медичних установ від непередбачених обставин, які можуть вплинути на їхню діяльність.

У цій галузі працюють численні спеціалізовані організації, зокрема «Міжнародна асоціація страхування медичних ризиків (АМІІ)» та «Міжнародна федерація страхування медичних ризиків (IFM)», які займаються вдосконаленням стандартів і практик страхування.

Страхування медичних ризиків є критично важливим для забезпечення безперервної роботи медичних установ. Це допомагає мінімізувати втрати, пов'язані з непередбаченими подіями, такими як медичні помилки, стихійні лиха чи епідемії, що сприяє стабільності та безпеці системи охорони здоров'я.

Виділяють «різні типи медичних ризиків:

- професійні ризики: помилки медичного персоналу, які можуть призвести до судових позовів;
- операційні ризики: перебої в роботі обладнання, збої в постачанні медикаментів.
- катастрофічні ризики: природні катастрофи, пожежі, епідемії.
- фінансові ризики: втрати від недофінансування, зміни в законодавстві» [6].

Існує кілька підходів до страхування медичних ризиків.

Перший це страхування відповідальності, він включає професійну відповідальність медичного персоналу та відповідальність закладу перед пацієнтами.

Другий - майнове страхування, захист будівель, обладнання та іншого майна від ризиків пошкодження або втрати. Третій це страхування доходів,

захист від втрати доходів у випадку припинення діяльності через надзвичайні події.

«Основні переваги страхування медичних ризиків це фінансова стабільність, захист від непередбачених витрат; покращення якості медичних послуг, зменшення ризиків дозволяє зосередитися на покращенні якості обслуговування; юридичний захист, зменшення ризику судових позовів та пов'язаних з ними витрат» [13].

Попри переваги, «страхування медичних ризиків має свої виклики, зокрема: високі витрати, страхові премії можуть бути дорогими, особливо для малих медичних закладів; складність оцінки ризиків, визначення ступеню ризику може бути складним завданням, а також зміни в законодавстві можуть вимагати адаптації страхових полісів» [26].

Міжнародний досвід страхування медичних ризиків включає різні підходи та моделі, що застосовуються в різних країнах. Аналіз цих практик показує, що багато розвинених країн активно використовують страхування медичних ризиків як важливий інструмент для забезпечення стабільності медичних установ.

Вони застосовують різні моделі, від обов'язкового медичного страхування до добровільних програм, що дозволяє знизити фінансові ризики, пов'язані з медичними помилками, природними катастрофами та іншими непередбаченими ситуаціями. Такий підхід допомагає не лише захистити фінанси медичних закладів, але й забезпечити безперебійне надання медичних послуг громадянам.

Можемо простежити приклади деяких країн на рисунку 3.1.

Досвід закордонних медичних закладів демонструє, що ефективно страхування медичних ризиків сприяє покращенню стабільності та надійності їхньої діяльності.

«Насправді передові країни світу набагато попереду України в питанні страхування професійної відповідальності медичних працівників. Країни Європи та США на законодавчому рівні визначили основи страхування відповідальності медиків, що дає можливість вирішувати конфлікти в медичній сфері досить швидко та прозоро ще на етапі досудового слідства» [49].



Рис.3. 1. Міжнародний досвід страхування медичних ризиків

«Найпередовішою та найефективнішою в Європі вважають систему гарантованої компенсації шкоди, заподіяної недоліками в лікувальному процесі, розроблену в Швейцарії. У 1975 році в цій країні було створено Консорціум страхових компаній, основним завданням якого є відшкодування матеріальної шкоди, заподіяної невдалими медичними втручаннями. Розмір такого відшкодування визначається за спеціально встановленими лімітами. В разі, якщо пацієнта не влаштовує розмір компенсації, він звертається з позовом до суду. Така ж модель (з деякими змінами) діє у Фінляндії, Норвегії, Данії» [49].

«Сполучені Штати Америки пішли дещо іншим шляхом. Страхування професійної відповідальності медичних працівників тут поєднали з виплатами винагороди лікарям за позитивні результати їхньої діяльності та «служіння просуванню належної медичної практики». Лише одна компанія США The Doctors Company (щоправда, найбільша), яка займається страхуванням відповідальності медиків за період своєї діяльності з 1976 року сплатила лікарям-членам винагород в розмірі 184 мільйони доларів» [49].

Для ефективного страхування медичних ризиків рекомендується:

- розуміти та вивчати ринок страхування в країні;
- вибирати надійних страховиків, перевіряти репутацію та фінансову

стабільність компаній у яких буде здійснюватися страхування;

- аналізувати потреби, визначати, які види страхування найбільше підходять для потреб закладу охорони здоров'я;
- звертатися до експертів, залучати консультантів та експертів для отримання детальної інформації та порад.

У сучасному світі, де медичні послуги стають все більш складними та технологічно розвиненими, страхування медичних ризиків набуває надзвичайної важливості. Воно дає змогу медичним закладам забезпечити фінансову стабільність, захист прав пацієнтів та покращення якості надання медичних послуг.

Цей вид страхування допомагає мінімізувати фінансові ризики, пов'язані з медичними помилками, непередбаченими ситуаціями або великими витратами на лікування, що, у свою чергу, забезпечує безперервність роботи медичних установ та підвищує рівень довіри до системи охорони здоров'я. Серед українських страхових компаній, що надають послуги страхування медичних ризиків в діяльності закладів охорони здоров'я, виділяють такі компанії, рис.3.2:



Рис.3.2. Українські страхові компанії, що надають страхування медичних ризиків

На рисунку 3.3 відображено іноземні компанії, що надають аналогічні послуги.



Рис.3.3 Міжнародні страхові компанії, що надають страхування медичних ризиків

Примітка. Складено автором самостійно на основі [36]

Українські страхові компанії орієнтуються на місцевий ринок і враховують специфіку української медичної системи та законодавства. Вартість страховки нижча, що робить її доступнішою для українських медичних установ. Великі міжнародні компанії мають багаторічний досвід і високу репутацію на ринку медичного страхування та більш широкий спектр послуг. Вони пропонують

різноманітні комплексні страхові продукти, включаючи страхування відповідальності та страхування конкретних медичних ризиків, а також можуть запропонувати покриття для закладів охорони здоров'я, що працюють на міжнародному рівні.

У країнах ЄС поширені моделі обов'язкового страхування для медичних працівників. Згідно з дослідженням Янковського О. : «обов'язкове страхування є дієвим механізмом для зниження ризиків, але потребує державного субсидування» [1].

Дослідження українських учених Коваленка В. та Лисенка С. підкреслює: «необхідність державної підтримки страхування відповідальності лікарів, автори пропонують розширення обсягу державних програм страхування» [17].

Вплив добровільного страхування на мотивацію персоналу досліджує Сидоренко П. і підтверджує, «що добровільне медичне страхування суттєво підвищує лояльність та продуктивність ключових працівників, але водночас є витратним для бюджетних установ» [33].

Отже, страхування медичних ризиків є важливим інструментом гарантування стабільності та якості надання медичних послуг. Це дозволяє мінімізувати фінансові втрати та забезпечити високий рівень медичних послуг. Впровадження ефективної системи страхування дозволяє медичним закладам мінімізувати фінансові втрати, захистити права пацієнтів та підвищити рівень обслуговування. Незважаючи на труднощі, пов'язані з оцінкою та вартістю страхування, його переваги є очевидними та значними для забезпечення сталого розвитку медичних установ.

3.2. Рекомендації щодо оптимізації страхування медичних ризиків

В Україні нормативно-правова база щодо страхування медичних ризиків потребує значного вдосконалення. На сьогоднішній день умови страхування, а також обов'язки і права сторін часто визначені недостатньо чітко, що призводить до неоднозначного трактування ситуацій, пов'язаних зі страховими випадками.

Це, у свою чергу, сприяє виникненню тривалих судових розглядів і затримок у вирішенні спорів.

Крім того, через обмежене фінансування багато державних медичних закладів не мають можливості забезпечити повне страхування медичних ризиків або змушені обирати лише мінімальні страхові пакети. Така ситуація підвищує ймовірність великих фінансових втрат для лікарень у випадках серйозних медичних помилок або непередбачених обставин.

Не всі медичні працівники повністю розуміють специфіку страхування ризиків і свої права та обов'язки у цій сфері. Це може призвести до порушень у веденні документації, недостатнього фіксування інцидентів і неповної співпраці зі страховими компаніями під час розгляду страхових випадків.

Основні проблеми та виклики, пов'язані зі страхуванням медичних ризиків у закладах охорони здоров'я відображені на рисунку 3.1.

«Відсутність або недостатній рівень впровадження цифрових технологій у закладах охорони здоров'я ускладнює процеси фіксації та обробки страхових випадків. Ручна обробка даних та відсутність електронних медичних систем часто спричиняють затримки в комунікації зі страховими компаніями та знижують ефективність системи страхування» [5].

«Медична діяльність має високий рівень ризиків, який складно точно оцінити заздалегідь. У закладі охорони здоров'я можуть виникати різноманітні випадки, починаючи від медичних помилок до інфекційних спалахів, і кожен з них має свою специфіку. Точна оцінка ризиків та формування адекватного страхового покриття є викликом для страхових компаній» [14].

Не завжди легко визначити, чи є конкретний випадок страховим. Наприклад, «розмежування випадків, спричинених помилкою медичного персоналу, та обставин, які не залежать від закладу охорони здоров'я, може бути складним. Це призводить до конфліктів між страховими компаніями та медичними установами під час вирішення страхових інцидентів» [3].

Пацієнти та заклади охорони здоров'я часто стикаються з випадками відмови у виплатах або затримки зі сторони страхових компаній. Це формує

загальну недовіру до системи страхування медичних ризиків і знижує готовність медичних закладів та пацієнтів користуватися страховими послугами.



Рис.3.1. Основні проблеми та виклики, пов'язані зі страхуванням медичних ризиків у ЗОЗ

Через підвищений рівень ризиків, властивих медичній професії, вартість страхових полісів часто висока. Це обмежує можливість медичних установ, особливо державних, укласти договори комплексного страхування, що призводить до значних ризиків у разі великих страхових ситуацій.

Деякі страхові компанії не стимулюють медичні установи впроваджувати заходи щодо зниження ризиків. Відсутність знижок чи інших пільг для медичних

закладів, які інвестують у підвищення якості та безпеки медичних послуг, не спонукає їх до активної роботи з попередження ризиків.

Вирішення цих проблем потребує комплексного підходу з боку держави, страхових компаній та медичних закладів, спрямованого на підвищення ефективності та прозорості системи страхування медичних ризиків.

Для оптимізації страхування медичних ризиків у діяльності закладу охорони здоров'я важливо в першу чергу:

«Проаналізувати і оцінити потенційні ризики, пов'язані з медичною діяльністю, такі як: клінічні ризики (помилки при діагностиці, лікуванні або хірургічних процедурах); адміністративні ризики (помилки при веденні документації чи адмініструванні); операційні ризики (відмови обладнання, проблеми із постачанням медикаментів). Після цього потрібно створити профіль ризиків і визначити пріоритетні напрямки страхового захисту» [23].

«Вибір відповідного типу страхування, підібрати типи страхових полісів, які відповідатимуть специфіці діяльності закладу, такі як: страхування професійної відповідальності медичного персоналу; страхування майнових ризиків (обладнання, інфраструктури); страхування від кіберризиків, особливо актуальне в умовах цифровізації медичних даних; добровільне медичне страхування для пацієнтів і персоналу» [8].

Рекомендується працювати з надійними страховими компаніями, які мають досвід у медичній сфері та пропонують спеціалізовані страхові продукти для медичних закладів. Варто також вивчати умови договорів, щоб уникнути прихованих винятків з покриття ризиків.

Впровадження програм управління ризиками, запровадження внутрішніх політик управління ризиками, таких як: підвищення кваліфікації персоналу з питань медичної етики та стандартів якості; регулярний аудит та моніторинг процедур для виявлення та виправлення помилок; використання електронних систем для мінімізації помилок в медичній документації та зниження людського фактора.

«Регулярний перегляд страхових полісів, періодична оцінка умов страхових полісів дозволяє забезпечити відповідність потребам закладу, враховуючи зміну законодавчих вимог, зростання кількості пацієнтів або розширення спектру послуг. Підвищення обізнаності працівників щодо страхування медичних ризиків, роз'яснення політик і процесів страхування, які діють у закладі, сприяє більш свідомому ставленню до роботи і знижує ймовірність ризикованих дій» [32].

Застосування автоматизованих систем для відстеження та управління ризиками допомагає скоротити кількість випадкових помилок і сприяє оперативному реагуванню на інциденти.

Реалізація цих рекомендацій допоможе зменшити ризики, з якими зіштовхується медичний заклад, та оптимізувати страхування, забезпечуючи кращий фінансовий і репутаційний захист.

На нашу думку, для вдосконалення системи страхування медичних ризиків у діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД» необхідно:

1. Створення національної програми медичного страхування. Запровадження державної програми, яка б забезпечувала базове покриття всіх медичних закладів, може значно зменшити фінансове навантаження на лікарні, особливо у випадку дорогих медичних послуг. Це дозволить стандартизувати підходи до страхування медичних ризиків та розподілити відповідальність між державою та страховими компаніями.

2. Удосконалення нормативно-правового регулювання. Внесення змін до законодавства щодо більш чіткого визначення прав та обов'язків медичних закладів, пацієнтів та страхових компаній. Це зменшить кількість спорів щодо страхових виплат та підвищить ефективність страхового захисту, оскільки уніфікує вимоги та стандарти покриття медичних ризиків.

3. Запровадження диференційованих страхових пакетів. Використання страхових пакетів, адаптованих відповідно до рівня ризику (наприклад, для хірургічних, терапевтичних або діагностичних послуг). Така гнучкість дозволить

врахувати специфіку діяльності кожного підрозділу та більш ефективно розподіляти страхові ресурси.

4. Підвищення прозорості страхових полісів. Вимоги до страхових компаній надавати більш детальну інформацію про страхові поліси, що допоможе закладам охорони здоров'я та пацієнтам краще зрозуміти вимоги до покриття. Це також допоможе підвищити довіру до страхування, зменшити кількість непорозумінь і спірних ситуацій.

5. Впровадження механізмів стимулювання медичних закладів. Пропонувати страхові знижки або покращені умови закладам, які активно впроваджують системи управління якістю, заходи щодо запобігання лікарським помилкам та організовують навчання персоналу. Такі механізми стимулюють установи підвищувати рівень безпеки та якості медичних послуг.

6. Застосування цифрових технологій для управління страховими ризиками. Створення електронних майданчиків для взаємодії медичних закладів та страхових компаній, що дозволить:

- автоматична реєстрація страхових випадків;
- проводити онлайн-аудити для швидкої оцінки ризиків;
- зменшити кількість випадкових помилок і людський фактор в адміністративних процесах.

7. Освітні програми для медичного персоналу та пацієнтів є важливим кроком до підвищення обізнаності про можливості страхування та специфіку страхових випадків. Такі програми можуть значно знизити ризики для медичних працівників, оскільки дозволяють краще розуміти умови страхування, обов'язки та права сторін.

Для медичного персоналу це дає змогу ефективніше управляти професійними ризиками, а для пацієнтів — краще розуміти свої страхові права та можливості. Освітні ініціативи дозволяють створити прозору і зрозумілу систему страхування, що в кінцевому результаті підвищує довіру до медичних установ і сприяє більш ефективному використанню страхових послуг.

8. Введення обов'язкового страхування професійної відповідальності для лікарів є важливим кроком для забезпечення захисту як пацієнтів, так і медичних працівників у разі можливих професійних помилок. Такий підхід надає гарантії фінансової компенсації за збитки, що можуть виникнути через ненавмисні помилки при наданні медичних послуг.

Втілення цієї ініціативи створить комплексний підхід до покриття медичних ризиків, що не лише зменшить фінансові втрати для медичних установ у випадку помилок, а й підвищить рівень безпеки для пацієнтів. Це сприятиме зміцненню фінансової стабільності медичних закладів і забезпечить більшу довіру до медичної системи в цілому.

ВИСНОВКИ

Проведене у кваліфікаційній роботі дослідження страхування медичних ризиків в діяльності закладу охорони здоров'я Комунального некомерційного підприємства «Берегівський центр первинно медико – санітарного допомоги Берегівської міської ради» дало можливість зробити наступні висновки:

Зазначено, що страхування медичних ризиків є важливим інструментом управління ризиками в закладах охорони здоров'я. Це процес, який допомагає зменшити фінансові втрати, пов'язані з наданням медичних послуг, та забезпечує фінансову стабільність установи.

Медичні ризики охоплюють імовірність виникнення негативних наслідків для пацієнтів і медичного персоналу в процесі надання медичних послуг.

Окреслено основні цілі страхування медичних ризиків:

- фінансовий захист, забезпечення покриття витрат на лікування ускладнень, медичних помилок та інших ризиків;
- захист репутації, зменшення негативного впливу на імідж закладу внаслідок медичних помилок або ускладнень;
- управління ризиками, систематизація і контроль за ризиками, що виникають у процесі надання медичних послуг.

Визначено основні види страхування медичних ризиків:

- медичне страхування пацієнтів від витрат на лікування, включаючи стаціонарну та амбулаторну допомогу;
- страхування професійної відповідальності, захист медичного персоналу від претензій пацієнтів у випадку медичних помилок;
- страхування майна, тобто захист закладу охорони здоров'я від збитків, пов'язаних із пошкодженням або втратою медичного обладнання.

Розкрито проблеми та виклики, з якими стикаються в процесі страхування медичних ризиків: низький рівень обізнаності пацієнтів та медичного персоналу про можливості та переваги медичного страхування; визначення та прогнозування медичних ризиків є складним процесом через їх різноманітність та непередбачуваність.

Досліджено, що міжнародні організації й фонди активно підтримують розвиток систем управління ризиками та фінансового забезпечення медзакладів. Це включає державні та приватні ініціативи, спрямовані на стабілізацію фінансування, зменшення ризиків перебоїв у роботі та покращення якості послуг.

Встановлено, що страхування медичних ризиків дозволяє мінімізувати фінансові збитки закладу в разі непередбачуваних ситуацій; сприяє підвищенню довіри пацієнтів, захищає працівників від юридичної відповідальності за професійні помилки та забезпечує стабільність діяльності медичного закладу.

Ця система є основою для фінансової стійкості медичного закладу в умовах ризикового медичного середовища і дає можливість зосередитись на якісному обслуговуванні та безпеці пацієнтів.

Зазначено, що у 2024 році було розроблено проєкт закону про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності медичних працівників. Законопроект має на меті забезпечити механізм компенсації збитків, завданих пацієнтам через професійні помилки лікарів. Щоб уникнути фінансових ризиків у разі судових позовів введення обов'язкового страхування підвищить рівень відповідальності та безпеки в медичній сфері, що вигідно і для пацієнтів, і для медичних закладів.

Запропоновано у перспективі розвитку страхових медичних послуг здійснювати: вдосконалення законодавства, актуалізація нормативно-правової бази, що регулює медичне страхування; підвищення рівня обізнаності пацієнтів про переваги медичного страхування через інформаційні кампанії. Використання нових технологій для управління ризиками, включаючи електронні медичні записи та аналітику даних.

Окремо варто зазначити, що в умовах війни, фінансові виклики в охороні здоров'я України, зумовлюють інтерес до впровадження страхових механізмів.