

М. А. Бас-Юрчишин

Організаційні особливості фінансування сфери охорони здоров'я у сільській місцевості на принципах медичного страхування

Проаналізовано головні фактори, які визначають особливості організації медичного страхування у сільській місцевості, а саме: кількість і вікова структура населення; віддаленість населеного пункту від районного чи обласного центру; медична інфраструктура; рівень захворюваності населення; основні види захворювань; рівень доходів і сфери зайнятості населення; поінформованість і менталітет населення. Передумовами реформування системи фінансування охорони здоров'я та впровадження медичного страхування у сільській місцевості є такі: відсутність належного кількісного та якісного забезпечення населення медичною допомогою; малодоступність якісної медичної допомоги та висока вартість транспортування; переважання кількості населення з низьким рівнем доходів; низький рівень культури споживання медичних послуг; відсутність системи обліку захворюваності населення сільської місцевості. Представлено триетапний алгоритм надання послуги медичного страхування, відповідно до якого запропоновано здійснювати заходи щодо організації системи медичного страхування. Така організація має здійснюватися відповідно до схеми, що охоплює: наповнення програми; її вартість; представництво страховика у населеному пункті; систему обліку та маркетинг залежно від форми (добровільна чи обов'язкова) реалізації послуги медичного страхування.

Ключові слова: медичне страхування, сільські території, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування.

В умовах інституціональних трансформацій в економіці України та функціонування тіньового ринку медичних послуг є необхідність реформування моделі фінансування сфери охорони здоров'я (ОЗ). Основою для цього є запровадження страхових принципів. Побудова оптимальної системи медичного страхування (МС) відкриває перспективу зростання фінансових надходжень у медицину, підвищення якості надання медичних послуг, справедливого розподілу коштів, контролю за фінансовими потоками тощо.

Організація системи медичного страхування у міській і сільській місцевості має суттєві відмінності. Сільська територія здебільшого розглядається як територія, розміщена поза межами міських поселень. Залежно від місця розташування, віддаленості від обласних чи районних центрів, набору наявних ресурсів, існують різні види сільських територій з різними потребами. Це вимагає диференційованих підходів до запровадження програм МС з врахуванням особливостей цих територій, а саме: нерівних можливостей і диспропорції доступу до медичних послуг, географічного розташування населених пунктів, стану здоров'я сільського населення, рівня забезпечення медичними закладами, інфраструктурного та кадрового потенціалу медичної галузі.

Дослідженню питань організації медичного страхування у сільській місцевості в науковій літературі приділено мало уваги. У контексті вивчення соціальної сфери та сфери охорони здоров'я вітчизняного села питань медичного страхування торкаються такі науковці: Т. Булах, О. Гаращук, Д. Кіча, О. Коваль, В. Куценко, О. Ночвай, В. Пашков, С. Стеценко, А. Фоміна та ін. Зазвичай наукові підходи зводяться до дослідження проблем та окреслення необхідності забезпечення доступності медичних послуг для сільського населення. Однак питання побудови організаційного механізму цієї доступності через систему медичного страхування, його головних особливостей, переваг і недоліків практично не досліджено.

Метою статті є визначення особливостей та обґрунтування перспектив організації фінансування системи охорони здоров'я на принципах медичного страхування для жителів сільської місцевості України.

Нині Україна перебуває на етапі реформування моделі фінансування охорони здоров'я, яке передбачає запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) [1]. Ефективна організація системи медичного страхування у сільській місцевості потребує визначення базових передумов та основних кроків для подальшого швидкого впровадження страхових принципів у сферу охорони здоров'я. Головними факторами, від яких залежить організація медичного страхування у сільській місцевості, є: чисельність і вікова структура населення; віддаленість населеного пункту від районного чи обласного центру; медична інфраструктура; рівень захворюваності населення; основні види захворювань; рівень доходів населення; основні сфери зайнятості жителів населених пунктів; поінформованість і менталітет населення.

За даними Державної служби статистики за станом на 1 січня 2015 р. чисельність постійного населення України становить 42759,7 тис. осіб, з яких 13325,4 тис. осіб (31,2%) проживає у сільській місцевості. Тобто система медичного страхування на сільських територіях має забезпечувати якісним обслуговуванням близько третини всього населення України, з них 17,5% віком 0-15 років, 59,4% – 16-59 років і 23,1% – 60 років і старше [2]. Виходячи з цього, запровадження ОМС вимагає визначення потреб кожного окремого регіону та найоптимальніших складових програм МС.

Відповідно до чинних нормативів і вимог [3; 4], показники забезпеченості населення лікарняними ліжками на 1000 осіб та амбулаторно-клінічною допомогою (24 відвідувань за зміну на 1000 осіб), наприклад, у Львівській області в середньому за станом на 2013 р. відповідали нормативному значенню. Водночас за обрахунками 19 районів області не відповідали мінімальному нормативу забезпеченості лікарняними ліжками. Сім районів, а саме: Золочівський, Городецький, Турківський, Бродівський, Жидачівський, Перемишлянський і Старосамбірський були забезпечені на рівні 70-81% від мінімального значення нормативу. Найгірше був забезпечений Пустомитівський район на рівні 31,1% від мінімального значення нормативного показника. Один район (Миколаївський) характеризувався забезпеченням лікарняними ліжками понад норму на 22%. За показником забезпеченості населення амбулаторно-клінічною допомогою у Львівській області лише Миколаївський район відповідав значенню нормативу. У Старосамбірському районі спостерігалось перевантаження лікарських амбулаторій. У решті 18 районів області потужності лікарських амбулаторій використовувалися на 40-90%.

За даними Міністерства охорони здоров'я України 75% фельдшерсько-акушерських пунктів, майже кожна друга сільська амбулаторія та кожна п'ята дільнична лікарня не мають повної номенклатури приміщень. У більшості сільських закладів ОЗ немає обладнання для здійснення елементарних діагностичних і лікувальних процедур. Стан будівель і їх матеріально-технічне забезпечення переважно оцінюється як неприйнятний для надання якісної медичної допомоги. Частка зношеної техніки сягає 60-70%. У медичних працівників відсутня мотивація до якісної праці, а випускники вітчизняних медичних навчальних закладів неохоче погоджуються працювати у сільській місцевості, оскільки низька заробітна плата та неналежні житлові умови знижують мотивацію до роботи медиків в умовах сільської території [5; 6].

Однією з найголовніших проблем сільського населення є відстань. За статистичними даними 55,9% сіл України мають медичні заклади. Дільничні лікарні є в 1,1% сільських населених пунктів, амбулаторно-поліклінічні установи – у 10,3%, фельдшерсько-акушерські пункти – у 43,8% сіл. В усіх областях України радіус доступності лікарень і станцій швидкої допомоги перевищує норму у 10 км і становить від 11,18 км у Донецькій до 20,47 км у Житомирській і Херсонській областях [5]. Витрати на транспорт і тривалість переміщення до медичного закладу є особливо гострою проблемою для віддалених сільських населених пунктів. За даними дослідження 39 країн, проведеного для Всесвітнього огляду ВООЗ, встановлено, що витрати на транспорт у середньому становлять понад 10% загальних особистих

витрат населення на медичне обслуговування. До того ж транспортні витрати провокують людей відкладати лікування. За умови тривалої госпіталізації виникає необхідність пошуку місця перебування та харчування супроводжувачої особи. Усе це призводить до зростання витрат і створює суттєві перешкоди для отримання своєчасного лікування [7]. Виділити машину швидкої допомоги на кожне село економічно невигідно та недоцільно (навіть у тих країнах, де на охорону здоров'я виділяють 14% від ВВП такі заходи не здійснюються). У межах організації медичного страхування вигідніше розвивати інфраструктуру (шляхи сполучення, засоби зв'язку між медичними закладами тощо), ніж забезпечувати в кожному селі ФАП і фінансувати маленькі лікарні. Адже за результатами окремих опитувань можна дійти висновку, що населення віддає перевагу отримувати якісну допомогу в медичних установах, навіть якщо для цього доведеться проїхати 50-60 кілометрів [8].

Вивчення рівня захворюваності сільського населення показує, що він у 1,3-1,4 рази нижчий за аналогічний показник для міських жителів. Хоча це зумовлено не стільки кращим здоров'ям селян, скільки специфікою їхніх звернень за медичною допомогою, меншу доступність останньої через незадовільну її організацію, територіальну віддаленість закладів охорони здоров'я від місця проживання пацієнтів [9]. Загалом серед українців упродовж останніх років рівень захворюваності зменшився. Однак, не маючи належного обліку захворювань за чинної системи, неможливо говорити, чи впливають і як саме умови проживання у сільській місцевості на рівень здоров'я людей. До найпоширеніших у переліку захворювань за статистикою належать захворювання органів дихання, системи кровообігу, травми, отруєння [10]. Водночас питання відсутності контролю за обслуговуванням пацієнтів в умовах тіньового ринку медичних послуг і практичний досвід дозволяє зробити висновки, що медичну статистику не можна вважати цілком об'єктивною.

На фоні загального зменшення абсолютних показників захворювання за останні десять років (рис. 1) зменшилася на третину кількість здорових дітей. Протягом останнього десятиліття темп приросту розповсюдження захворювань дітей у віці до 14 років становить майже 32%. Діти починають втрачати здоров'я в шкільному віці – з першого по дев'ятий клас зростають поширеність хвороб органів травлення, зниження гостроти зору, а також порушення ендокринної системи. Майже у кожного випускника діагностується захворювання опорно-рухового апарату [11].

Порівняно з міським населенням сільська місцевість відзначається нижчим рівнем доходів (рис. 2). Так, середньодушовий грошовий дохід у місяць 29,5% населення сільських територій у 2013 р. становив від 1200 до 1560 грн, у 20% населення – 840-1200 грн, 19,5% – 1560-1920 грн. Понад 10% отримує дохід у розмірі 1920-2280 грн. Дохід 2280-3720 грн отримує близько 11% сільського населення. Понад 3720 грн отримує лише 1,4% сільського населення. Ці показники суттєво різняться у регіональному розрізі і залежать від сфери зайнятості населення. Зайнятість сільського населення за видами діяльності характеризується переважанням кількості зайнятих у сільському господарстві та соціальній сфері.



Рис. 1. Захворюваність населення України [10]

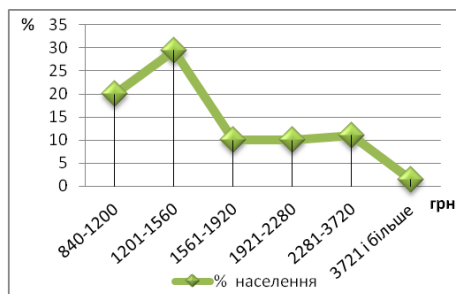


Рис. 2. Середньодушовий грошовий дохід населення сільської місцевості у місяць [10]

Основними каналами поширення інформації на сільських територіях є пошта, телебачення, радіо та неформальна особистісна комунікація з близькими і друзями. Поширення інтернет-технологій сприяє розширенню шляхів надходження інформації до жителів сільських територій через соціальні мережі, електронну пошту, сайти.

Передумови реформування системи фінансування охорони здоров'я та впровадження медичного страхування у сільській місцевості такі:

- відсутність належного кількісного та якісного забезпечення населення медичною допомогою через низький рівень оновлення медичної інфраструктури та кадрового забезпечення;
- малодоступність якісної медичної допомоги та висока вартість транспортування через віддаленість закладів охорони здоров'я та неналежну якість транспортної інфраструктури;
- переважання кількості населення з низьким рівнем доходів, що в умовах функціонування тіншового ринку медичних послуг і необізнаності щодо їхньої неофіційної вартості викликає страх неспроможності оплатити лікування;
- низький рівень культури споживання медичних послуг, оскільки звернення до лікаря на ранніх етапах захворювання максимально відтермінуються;
- відсутність загальнодоступної, комплексної та об'єктивної системи обліку захворюваності населення сільської місцевості.

Вирішення цих проблем лежить у площині визначення конкретних кроків для створення передумов запровадження ефективної системи медичного страхування, яка представлена добровільною (ДМС) та обов'язковою формами. Попередньо органами місцевого самоврядування має бути проведена оцінка: необхідної кількості лікарень, ліжок у відділеннях, сімейних лікарів, обладнання, медичних закладів з найвищими потоками пацієнтів і ставлення населення до отриманих послуг. Наприклад, є села, у яких мешкає переважно населення літнього віку. Відповідно для них необхідно забезпечити достатність стаціонарних ліжок, а положові відділення можуть бути розраховані на мінімальну кількість ліжко-місць. Рейтинг закладів за кількістю відвідувань та вивчення думки населення дозволять визначити перспективи та проблеми медичного забезпечення в окремому районі. Отримана інформація у розпорядженні страховиків дозволить спланувати програми МС, які спрямовані на досягнення максимальної доступності, швидкості та якості надання медичних послуг.

Окрім формування передумов впровадження медичного страхування відповідними органами влади, організація системи медичного страхування вимагає здійснення заходів від страховиків відповідно до алгоритму надання послуги МС (рис. 3). Необхідно виявити особливості кожного етапу обслуговування саме на сільських територіях і запропонувати стандарти якості надання послуг і найоптимальніші варіанти рішень щодо задоволення потреб сільського населення. Попри форму, організація системи медичного страхування у сільській місцевості вимагає врахування таких аспектів: наповнення програми; вартість послуги МС; представництво страховика у населеному пункті; система обліку та маркетинг.

Підготовка до надання послуги МС у сільській місцевості полягає у виборі конкретного географічного регіону, вивченні потужностей і якості медичних закладів на цій території (виборі закладів ОЗ, з якими працюватиме страховик), формуванні програм МС і їх цін для цієї місцевості, а також виборі механізму надання таких послуг. Формуючи програми, страховики мають здійснити поділ сільської місцевості на території оптимальної досяжності медичного обслуговування для пацієнта, враховуючи стан транспортної інфраструктури та кількості часу, необхідного для транспортування пацієнта в ту чи іншу лікарню. Окремою статтею у договорі МС мають бути передбачені транспортні витрати на переїзд застрахованої особи до закладу ОЗ.

Вибір закладів ОЗ для співпраці є надскладним процесом, оскільки здебільшого стан районної медицини вимагає значних фінансових вливань. Оскільки система

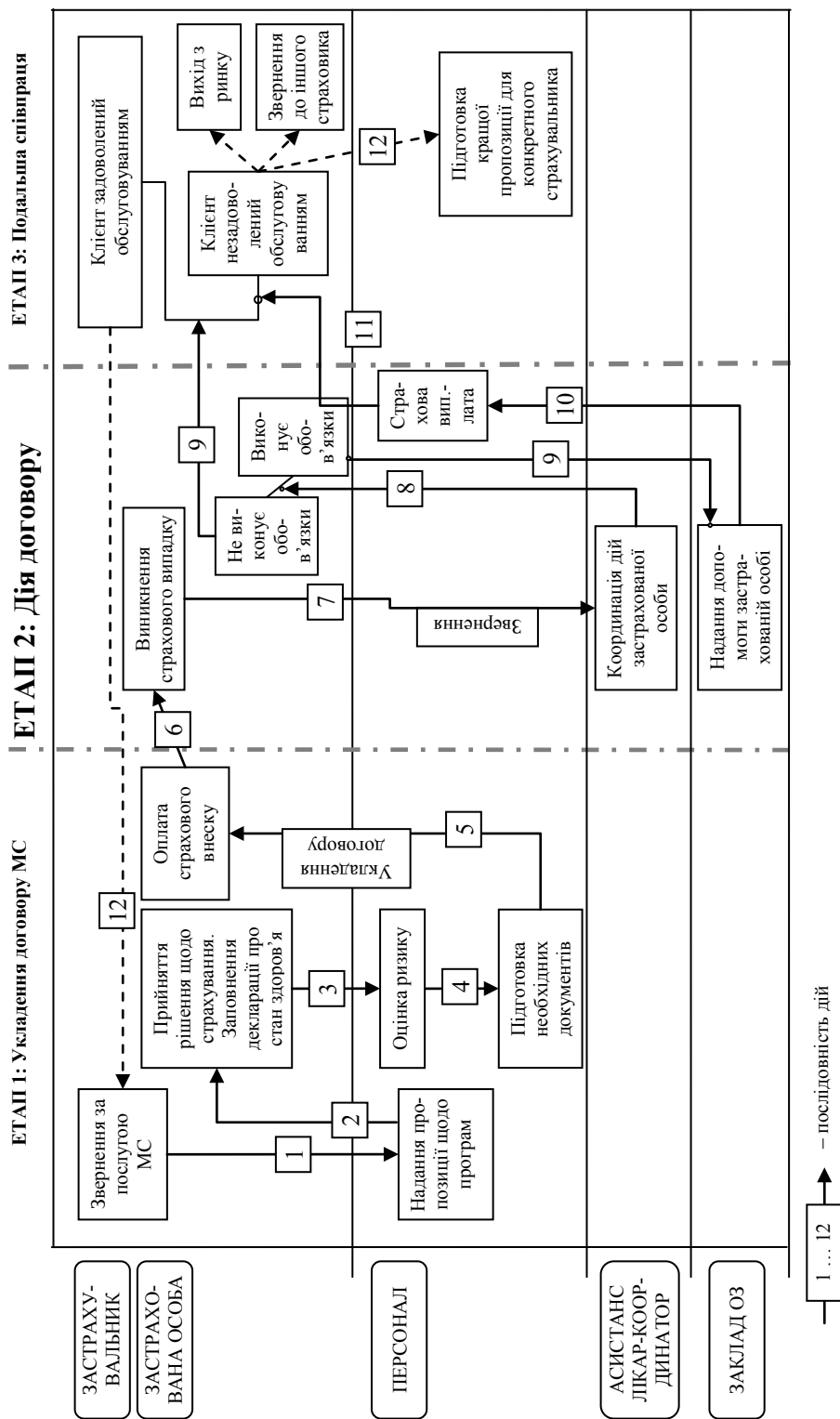


Рис. 3. Алгоритм надання послуги медичного страхування

МС включає механізм інвестування в поліпшення матеріального забезпечення медичних закладів, то важливим є вибір напрямів цільового інвестування. Для цього страховики можуть скористатися статистичними обстеженнями або проводити опитування серед населення щодо якості надання медичних послуг у закладах ОЗ певної місцевості та рейтингувати їх для співпраці. Це сприятиме оптимізації процесу надання послуг МС, оскільки дозволить страховикам у разі страхового випадку уникнути некваліфікованого надання медичних послуг і подальших витрат на повторне лікування.

Визначення ціни програми ОМС залежить від рівня здоров'я застрахованої особи та додаткових ризиків (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл відповідальності за сплату страхових внесків у системі ОМС

Рівень здоров'я застрахованої особи	Суб'єкти сплати внесків
– при народженні:	
людина повністю здорова	Внески сплачуються за стандартною схемою
присутні захворювання, які не є показом до інвалідизації	Держава в особі державних і місцевих органів влади допомагає в оплаті страхового внеску у розмірі 50%
присутні захворювання, які є показом до інвалідизації	Внески сплачуються за стандартною схемою
– у процесі життя:	
людина не має шкідливих звичок	Внески сплачуються за стандартною схемою
людина ставиться недбало до власного здоров'я (має шкідливі звички: паління, алкоголізм)	Розподіл внеску між роботодавцем та особою передбачає сплату кожним по 50% внеску
втрата здоров'я від нещасного випадку, що призвело до інвалідизації	Держава в особі державних і місцевих органів влади
втрата здоров'я зумовлена особливостями організму, що призвело до інвалідизації	Держава в особі державних і місцевих органів влади
втрата здоров'я зумовлена впливом третіх осіб	Держава гарантує сплату внесків винною у втраті здоров'я особою, а в інших випадках – коштом Державного та місцевих бюджетів

* Складено автором.

За стандартною схемою формування фондів страхових внесків передбачено за рахунок:

- працюючих громадян і їх роботодавців, які сплачують внески у відсотках до власних доходів і фонду оплати праці відповідно (за працівників і їхні сім'ї). 2/3 внеску сплачує роботодавець і 1/3 – працівник;
- зайнятих у державному секторі, які сплачують внесок з зарплати, а держава-роботодавець сплачує внесок з Державного або місцевого бюджету (за працівників і їхні сім'ї). 2/3 внеску сплачує роботодавець і 1/3 – працівник;
- місцевих бюджетів або соціальних фондів за непрацююче населення (неповносправні безробітні);
- власних коштів за самостійно зайнятих громадян (за себе та свої сім'ї);
- власних коштів для інших категорій громадян, які можуть окремо долучатися до системи ОМС на добровільних договірних засадах.

Зважаючи на ментальні особливості українців щодо значної цінності родинних зв'язків, у систему медичного страхування доцільно впроваджувати ідею орієнтація на сімейні цінності, де інститутом страхування є сім'я.

Розмір тарифу також має залежати від рівня ризику тієї чи іншої застрахованої особи. Для осіб з підвищеним рівнем ризику до певних захворювань передбачено зростання страхового тарифу. Якщо на певній сільській території проживає значна

частка населення літнього віку, то програми мають бути адаптовані до оптимізації витрат страховика за умови частих звернень за медичною допомогою. Розробка програм МС вимагає також врахування ризиків сільської території в межах екологічного зонування або депресивності регіону. У межах ОМС різниця між базовим тарифом для працездатної особи відповідного віку та тарифом підвищеного ризику гарантовано сплачується в рамках цільових програм з місцевого бюджету або інших джерел (кошти благодійних організацій, приватних осіб тощо). У сільській місцевості має також існувати можливість страхування в межах ДМС за додатковими ризиками. Тут наповнення програм залежить від запиту клієнтів і пропозиції страховиків.

На першому етапі алгоритму надання послуги МС (рис. 3) «Укладення договору МС» діяльність страховиків на ринку ОМС і ДМС матимуть відмінності. Тут важливо забезпечити представництво страховиків, яке сприятиме залученню сільського населення до системи медичного страхування, що буде укладено на довірі. Так, представництво страховиків у межах системи ОМС має покривати усі сільські території. Задля цього необхідно залучати власні ресурси територій. Зокрема, страховик може проводити конкурс серед жителів сільської території та працевлаштувати на посаду консультанта з медичного страхування з урахуванням норми кількості населення на одного такого представника. В обов'язки консультанта має входити організація першого етапу надання послуги МС і допомога застрахованим особам щодо звернення до страховика у разі виникнення страхового випадку. Стартові позиції для запровадження ДМС у сільських населених пунктах можуть визначитися наявністю представника страхової компанії у районі, який проводить періодично зустрічі з жителями кожного села, укладає договори, проводить роз'яснювальну роботу та залишається консультантом упродовж дії договору.

Для реалізації другого етапу представленого алгоритму «Дія договору страхування» страховику необхідно забезпечити регіональне представництво висококваліфікованих лікарів-координаторів з розрахунку на таку кількість застрахованих, що б дозволило якісно проконсультувати та скоординувати дії у разі настання страхового випадку. У системі обов'язкового медичного страхування забезпечення лікарями-координаторами має передбачати їх перебування на території оптимальної досяжності для пацієнта, що має забезпечувати можливість проведення дозволених медичних втручань у місці проживання застрахованої особи. Для цього необхідним є забезпечення лікаря-координатора належними умовами проживання та транспортним засобом. У системі ДМС забезпеченість лікарями-координаторами визначається присутністю клієнтів страховика на конкретній сільській території. У разі виникнення страхових випадків важких захворювань важливою є ефективна долікарська допомога. У цьому контексті для страховиків важливим є інвестування у розвиток телемедицини, активний розвиток якої забезпечить, у випадку незначного захворювання, що може діагностуватися в он-лайн режимі, економію коштів, а у випадку тяжкого захворювання – скорочення часу на визначення найоптимальнішого шляху дій застрахованої особи та пришвидшення реагування у кожному конкретному випадку. Це сприятиме швидшому відновленню здоров'я та збільшенню частоти уникнення летальних випадків.

На цьому етапі також важливе значення має система постійного моніторингу змін кількості населення, обліку рівня та видів захворювань, частоти звернень і страхових випадків на різних сільських територіях, якості медичного обслуговування. Це сприятиме постійному вдосконаленню процесу надання послуг МС, створенню мапи ризикованості сільських територій і виробленню диференційованої системи заходів залежно від географічного розташування. Вказаний моніторинг, зведений у єдину систему, забезпечить можливість належного контролю за наданням медичних послуг застрахованим особам.

На останньому етапі алгоритму послуги МС «Подальша співпраця» організаційний механізм вимагає реалізації маркетингових заходів, які полягають у вивченні думки населення сільських територій щодо задоволення послугами МС. Це можна здійснювати шляхом проведення репрезентативних опитувань, фокус-груп, підтримки культурних і заходів, спрямованих на популяризацію здорового способу життя. Сьогодні маркетингові концепції страховиків передусім мають спрямовуватися на підвищення якості послуг і зростання обсягів продажу. Кінцевою метою маркетингової діяльності страховика має бути створення цінності для страхувальника, яку він отримає через укладення договору МС. Концепція створення цінності актуальна як для СК, що здійснюють ОМС, так і ДМС. В основі такого підходу лежить концепція соціально-етичного та маркетингу вражень. Беручи до уваги, що у структурі втрат сільського населення відсоток грошової допомоги родичам, друзям та іншим особам зазвичай є вищим, ніж у містах, страховим компаніям доречно акцентувати увагу клієнтів на принцип взаємофінансування. Маркетингова концепція залучення страхувальників як співзасновників фонду захисту здоров'я для родичів та односельчан сприятиме формуванню позитивного ставлення до послуг МС.

Реалізація зазначених заходів (рис. 4) має забезпечувати доступність і якість медичних послуг, високі стандарти надання послуг медичного страхування, усвідомлення населенням на сільських територіях важливості та переваг медичного страхування.

Отже, зміна системи фінансування охорони здоров'я в Україні, що передбачає запровадження медичного страхування, сприятиме розвитку ринкових відносин і підвищенню якості наданих медичних послуг за рахунок додаткового фінансування



Рис. 4. Схема організації системи медичного страхування на сільських територіях

*Складено автором

та контролю з боку страховиків. Організація оптимальної системи медичного страхування у сільській місцевості залежить від особливостей цих територій (відстань, медична інфраструктура, рівень здоров'я населення тощо) і вимагає диференціації підходів залежно від окремо взятих населених пунктів. Організація системи медичного страхування на сільських територіях, яка передбачає чітке визначення наповнення програми; вартість послуги МС; представництво страховика у населеному пункті; систему обліку та контролю і маркетинг, з одного боку, дозволить акумулювати значні обсяги страхових премій, з другого, – забезпечить задоволення потреб третини всього населення України у якісному медичному обслуговуванні.

Список використаних джерел

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України // Стратегічна дорадча група з питань з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні: офіційний сайт. – 2015. – Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/strategiya/>
1. Загальна характеристика статевого-вікового складу населення України на 1 січня 2015 року [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України // Сайт «Всеукраїнський перепис населення». – 2015 – Режим доступу : http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/dem_zag_0115.pdf
2. Планування і забудова сільських поселень. ДБН Б.2.4-1-94 [Електронний ресурс] / Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України // Закони України: Інформаційно-правовий портал. – 1994. – 5 січня. – Режим доступу : http://www.uazakon.com/documents/date_b7/pg_gscews/index.htm
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт» від 04.11.2011 №755 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1486-11>
4. Булах Т. М. Сфера охорони здоров'я на селі: стан, проблеми, перспективи розвитку / Т. М. Булах // Бізнес Інформ. – 2013. – №3. – С. 235-238.
5. Пашков В. Ризики запровадження реформ у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Аптека online : інтернет-видання. – 2010. – 22.11. – №766(45). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/61844>
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Этьенн К. Ф. (ред.); Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступу : http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1
7. Зайцева Н. Охорона здоров'я: не руйнувати, а поліпшувати [Електронний ресурс] // Дзеркало тижня. Україна. – 2009. – 30 жовтня. – Режим доступу : http://gazeta.dt.ua/health/ohorona_zdorovya_ne_ruynuvati_a_polipshuvati.html
8. Жураковська Л. А. Першочергові заходи державної політики щодо вирішення соціально-економічних проблем сільського населення : аналітична записка [Електронний ресурс] // Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України : офіційний сайт. – 2012. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/1279>
9. Статистичний щорічник України за 2013 рік [Електронний документ] / за ред. О. Г. Осауленка. – К. : Державна служба статистики України, 2014. – 533 с. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/2014/zb/10/sz_2013_uk.zip
10. В Україні кожне покоління стає більш хворобливим [Електронний ресурс] // Сайт ТСН. – 2012. – 12 серпня. – Режим доступу : <http://tsn.ua/ukrayina/v-ukrayini-kozhne-pokolinnya-staye-bilsh-hvoroblivim.html>

References

1. Ministry of Healthcare of Ukraine (2015). National na stratehiya reformuvannya systemy okhorony zdorov'ya v Ukraini na period 2015-2020 rokiv [National Strategy for health care system reform in Ukraine on 2015-2020]. Website of Strategic Advisory Group on healthcare reform in Ukraine. Retrieved from <http://healthsag.org.ua/strategiya/> [in Ukrainian].
2. State Statistics Service of Ukraine (2015). Zahal'na kharakterystyka statevo-vikovooho skladu naseleння Ukrainy na 1 sichnya 2015 roku [General characteristics of sex and age composition of the population of Ukraine on January 1, 2015]. Website All-Ukrainian Population Census. Retrieved from http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/dem_zag_0115.pdf
3. Ministry of Regional Development, Construction and Housing and Communal Services of Ukraine (1994, January 5). Planuvannya i zabudova sil's'kykh poselen'. DBN B.2.4-1-94 [Planning and development of rural settlements]. Zakony Ukrainy – The Laws of Ukraine: Informational and legal portal. Retrieved from http://www.uazakon.com/documents/date_b7/pg_gscews/index.htm [in Ukrainian].
4. Ministry of Healthcare of Ukraine (2012). Polozhennya pro fel'dshers'ko-akushers'kyi/fel'dshers'kyi punkt [Regulations on health posts] (Order 755 on 2011, November 4). Retrieved from <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1486-11> [in Ukrainian].

5. Bulakh, T. M. (2013). Sfera okhorony zdorov'ya na seli: stan, problemy, perspektyvy rozvytku [Scopes of healthcare in rural areas: status, problems and prospects of development]. *Biznes Inform – Business Inform*, 3, 235-238 [in Ukrainian].
6. Pashkov, V. (2010, November 11) Ryzky zaprovadzhennya reform u sferi okhorony zdorov'ya [Risks introducing reforms in the health sector]. *Website Apteka online [Pharmacy online]*, 66(45). Retrieved from <http://www.apteka.ua/article/61844> [in Ukrainian].
7. Etienne, C. F. (Ed.) (2010). Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v mire. Finansirovaniye sistem zdravookhraneniya. Put' k vseobshchemu okhvatu naseleniya mediko-sanitarnoy pomoshch'yu [World report on violence and health. Health systems financing. The path to universal coverage of population by health care]. *Website of World Health Organization*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1 [in Russian].
8. Zaytseva, N. (2009, October 30). Okhorona zdorov'ya: ne ruynuvaty, a polipshuvaty. – [Health care: not to destroy, but to improve]. *Dzherkalo tyzhnya. Ukrayina – ZN.UA*. Kyiv Retrieved from http://gazeta.dt.ua/HEALTH/ohorona_zdorovya_ne_ruynuvati_a_polipshuvati.html [in Ukrainian].
9. Zhurakovska, L. A. (2012). Pershocherhovi zakhody derzhavnoyi polityky shchodo vyrishennya sotsial'no-ekonomichnykh problem sil's'koho naselennya [Priority public policy measures for decision of socio-economic problems of the rural population] (Analytical Note). *Website of National Institute of Strategic Studies*. Retrieved from <http://www.niss.gov.ua/articles/1279/>[in Ukrainian].
10. State Statistics Service of Ukraine (2014). *Statystychnyy shchorichnyk Ukrayiny za 2013 rik [Statistical Yearbook of Ukraine for 2013]*. Kyiv. Retrieved from http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/2014/zb/10/sz_2013_uk.zip [in Ukrainian].
11. TSN.ua (2012, August 12). V Ukrayini kozhne pokolinnyya staye bil'sh khvoroblyvym. [In Ukraine each generation becomes more painful]. Retrieved from <http://tsn.ua/ukrayina/v-ukrayini-kozhne-pokolinnyya-staye-bilsh-hvoroblivim.html> [in Ukrainian].

Bas-Yurchyshyn M. A. Organizational peculiarities of financing healthcare in rural areas based on health insurance.

The main characteristics of the health insurance organization in rural areas are determined in the article, namely the number and age structure of the population; the remoteness of the village from the district or regional center; medical infrastructure; the number and major types of diseases; income levels; key areas of rural employment; channels of access to information and mentality of residents of rural areas. The prerequisites for reforming health care financing system and the introduction of health insurance in rural areas are identified: lack of adequate quantity and quality of public health care; poor availability of qualitative medical care and the high cost of transporting the patient to the hospital; the prevalence of the population with low incomes; low level culture of consumption of medical services; the absence of a comprehensive accounting system morbidity countryside. The three phases algorithm of health insurance service is outlined, according to which, the measures to organize health insurance system in some rural areas are proposed to implement. This arrangement should be implemented under the scheme, which, depending on the voluntary or obligatory form of health insurance consists of the following aspects: the content of the program; its value; representative of the insurer in the settlement; accounting system and marketing. In the first phase of the algorithm it is offered to form health insurance programs, to determine their prices and to secure the representation of insurance companies in the region. Programs must include a list of essential services defined by the legislation, taking into account the region risk, determining the optimum area to reach hospital and healthcare institutions for cooperation. Cost of the program depends on the level of health of the insured, individual risks and risks of certain rural areas. Representation of insurer under obligatory health insurance system is provided by the personnel potential of rural territory and the availability of consultants in each locality. Representation for insurers in the voluntary health insurance system depends on the number of customers in a particular locality. The second phase is to provide regional coverage by doctors-coordinators of the insured persons, considering optimum area to reach to the patient. Also it is important to develop the telemedicine and the availability of continuous monitoring of changes in rural areas by defined parameters in a single integrated accounting system. In the third phase organizational mechanism requires the implementation of marketing activities, which include the study of population attitude in rural areas to health insurance services. The ultimate goal of marketing activities of insurers is to create value to the insured persons, which they will get from health insurance.

Keywords: health insurance, rural areas, obligatory health insurance, voluntary health insurance.

Бас-Юрчишин Мар'яна Андріївна – аспірант ДУ «Інститут регіональних досліджень ім. М. І. Долишнього НАН України» (e-mail maryana_bas7@ukr.net).

Bas-Yurchyshyn Maryana Andriyivna – Postgraduate of the SI "Institute of Regional Research n.a. M.I. Dolishniy of the NAS of Ukraine".

Надійшло 14.09.2015 р.