

## РОЗДІЛ 3. ЦИВІЛЬНЕ ПРАВО І ЦИВІЛЬНИЙ ПРОЦЕС; СІМЕЙНЕ ПРАВО; МІЖНАРОДНЕ ПРИВАТНЕ ПРАВО

УДК 342.7

### ПЕРСПЕКТИВИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ З УРАХУВАННЯМ ПОЗИТИВНОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ

### PROSPECTS OF UKRAINE HEALTH INSURANCE SUBJECT TO A POSITIVE WORLD EXPERIENCE

Ангаловці О.В.,

*здобувач кафедри конституційного права та порівняльного правознавства  
юридичного факультету  
Ужгородського національного університету*

Дана стаття присвячена вивченню та аналізу діючих світових моделей медичного страхування. Разом з тим виділення з них найбільш оптимальних для України аспектів, які в подальшому можуть бути частиною реформи системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** медичне страхування, модель страхової медицини, реформування національної системи охорони здоров'я, державне фінансування, перехід до ринкової економіки.

Данная статья посвящена изучению и анализу действующих мировых моделей медицинского страхования. Вместе с тем выделение из них наиболее оптимальных для Украины аспектов, которые в дальнейшем могут быть частью реформы системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, модель страховой медицины, реформирование национальной системы здравоохранения, государственное финансирование, переход к рыночной экономике.

This paper focuses on the study and analysis of existing world model. However, the selection of the most appropriate ones for Ukraine aspects that can later be part of health care reform.

**Key words:** health insurance, health insurance model, the reform of the national health system, public finance, the transition to a market economy.

**Постановка проблеми.** Однією із проблем, які спіткали Україну на шляху переходу до ринкової економіки, стала відсутність реформування системи охорони здоров'я. В свою чергу відсутність реформ, а тобто покращення медичної системи, привело до її занепаду, зниження рівня здоров'я нації. Причиною такої ситуації є, в першу чергу, нестача державних коштів для фінансування системи охорони здоров'я. На сьогоднішній день Україна має стійкий намір перейняти досить успішний світовий досвід медичного страхування. Це зумовить немалі фінансові вливання для покращення якості медичного обслуговування.

Проте, на думку автора не всі світові моделі медичного страхування підійдуть Україні, враховуючи історичний, економічний, соціальний та психологічний аспекти. Тому слід проаналізувати світовий досвід та синтезувати з нього ті складові, які можна буде реально втілити в життя.

**Стан дослідження.** Дослідження зарубіжного досвіду інвестування регіональної економіки викладено у працях таких учених, як П. Андрушків, О. Губар, О. Баєва, С. Голіновська, К. Тимовська, С. Орешковіч та ін.

**Виклад основного матеріалу.** Фінансове забезпечення охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб. Базуючись на цьому, виділяють наступні базові моделі фінансування охорони здоров'я:

**Державна, заснована на бевериджівській концепції,** що фінансується переважно (до 90%) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі здійснювані послуги розглядається як частина процесу планування загальних урядових витрат. За першою формою фінансуються, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії.

**Бюджетно-страхова (бісмарковська концепція),** що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, трудящих громадян і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків в фонд охорони здоров'я. Найпростішим є внесок, що вноситься наймачем і працівником. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг залежить від потреби. Медичний фонд (або фонди), як правило, незалежний від держави, але діє в рамках законодавства. При соціальному страхуванні гарантується право на точно обумовлені види послуг, і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%) та інших.

**Приватнопідприємницька,** що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується, виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику, платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не відноситься до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди [1].

Медичне страхування вперше було втілене в життя у Німеччині в кінці 19 століття. Тому автор хоче більш детально розглянути історію та механізм запровадження цієї класичної концепції медичного страхування.

Отто фон Бісмарк – канцлер Німецької імперії. Саме його називають отцем німецької системи охорони здоров'я. Більше ста років тому «залізний канцлер» придумав модель соціальної медицини, яка успішно працює

і до цих пір. У своїх задумах канцлер, будучи військовим стратегом, прагнув покращити стан системи охорони здоров'я переважно задля того, щоб потенційні військово-вслужбовці Німеччини не мали проблем зі здоров'ям. Тобто медичне страхування для Бісмарка було способом зміцнення німецької армії.

Сам механізм страхування полягав у наступному: на фабриках і заводах створювали фонди соцстраху. Робочі робили внески, а натомість – їх лікували. Через сторіччя модель залишилася колишньою. У кожного німця є картка, схожа на кредитку, без якої нікуди, – це страховка. У 70-ти мільйонів чоловік, а це 90 відсотків всього населення – вона державна. Кожного місяця німці платять 12 відсотків від своєї зарплати в лікарняну касу, а якщо захворіють – просто йдуть до лікаря. Консультації, лікування в стаціонарі і навіть медикаменти оплачує каса.

Однак, не дивлячись на досить успішний результат даної моделі медичного страхування, що виправдовувала себе понад 100 років, на сьогодні існують деякі проблеми. Так, наприклад, з часом звужується спектр медичних послуг, що входять до переліку за страховкою. Причиною є старіння нації – зростає кількість пенсіонерів, яка не пропорційна кількості працюючого населення. Тому страхові внески не покривають витрат, що й призводить до скорочення спектру медичних послуг [2].

Отже, з вищеведеного яскравого прикладу можна зробити висновок, що з часом будь-який механізм, яким би він продуманим та відпрацьованим не був, переживає труднощі, пов'язані з потребою у реформуванні відповідно до стандартів сучасності. Саме на питанні реформування системи охорони здоров'я автор і хоче зупинитися.

5 серпня 2011 року відбулася прес-конференція на тему «Відношення українців до системи охорони здоров'я». У ході конференції були оприлюднені результати соціологічних досліджень по відношенню українців до системи охорони здоров'я, проведених Аналітичним центром «Бюро економічних та соціальних технологій», а також міжнародним дослідницьким агентством IFAK. За результатами опитування 1800 респондентів у віці від 18 до 60 років, незадоволеними сьогоднішньою системою охорони здоров'я є 68% міських жителів та 71% жителів сільської місцевості; 62% опитуваних стурбовані високою ціною ліків, 49% – застарілим обладнанням; 47% – нарікали на довгі черги у медичних установах [3]. Тому, виходячи з наведених цифр, можемо достовірно стверджувати, що у більшості випадків наші громадяни не задоволені наданими їм медичними послугами, що, в свою чергу, достовірно вказує на потребу реформування системи охорони здоров'я.

У свою чергу, це питання вже давно привернуло увагу у країнах Європи. Це зумовлено, насамперед, тим, що реформування галузі охорони здоров'я – основний чинник впровадження страхової медицини. Перехід до ринкової економіки в країнах Центральної та Східної Європи позначився на галузі охорони здоров'я. Насамперед, це виявилось у набутті медичними установами рис самостійного господарюючого суб'єкта, зміні характеру її економічних зв'язків, формуванні конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Цей час цілком правомірно можна охарактеризувати як період реформування галузі охорони здоров'я.

Основним елементом реформування галузі охорони здоров'я в багатьох країнах Центральної та Східної Європи є її реорганізація внаслідок децентралізації системи. Основним негативним чинником централізованої системи охорони здоров'я є чутливість до політичного маніпулювання. Звичайно, децентралізація автоматично цієї проблеми не знімає, проте можна сподіватися на підвищення ефективності медичного обслуговування, більш оптимальний розподіл ресурсів, прискорення темпів запровадження сучасних біо-медичних технологій. У різних країнах Східної та Центральної Європи запроваджували різні типи децентралізації галузі.

У Польщі процес децентралізації відбувався за типом адміністративної децентралізації або деконцентрації, який обумовив перерозподіл адміністративних обов'язків у межах існуючої структури центрального уряду. За цією схемою на кілька нижчих рівнів передаються адміністративні, неполітичні повноваження. Такий процес є найменш радикальним, тому найчастіше використовується як форма децентралізації. Внаслідок проведених у Польщі реформ у галузі охорони здоров'я, влада провінцій (воєводств) набула значних прав. На перших етапах реформи воєводствам було надано право приймати рішення щодо планування, вирішення питань стосовно структури установ охорони здоров'я, розподілу ресурсів, виділених в межах централізовано узгоджених бюджетів. Особу, відповідальну за організацію охорони здоров'я у воєводстві, обирала влада цього регіону [4]. На другому етапі реформи галузі поступово розпочався процес зміцнення органів влади на місцевому рівні. Спочатку органам влади у 28 містах були надані повноваження щодо управління установами охорони здоров'я.

Отже, серед найважливіших питань децентралізації є відносини між центральною та місцевою владами, рівнем установлюваної підзвітності. Збільшення рівня децентралізації, як правило, спричиняє труднощі для ефективного надання медичних послуг великим верствам населення. Варіантом для вирішення цієї проблеми може бути досвід децентралізації галузі охорони здоров'я Хорватії. У країні було прийнято рішення про передачу фінансових повноважень від місцевих органів влади національному фонду медичного страхування. Зважаючи на велику частку громадян з середнім та низьким рівнем доходу, уряд Хорватії вирішив відмовитися від швидких темпів приватизації. Поетапний та повільний процес приватизації торкався, насамперед, лікарів загальної практики і створював умови для конкуренції між суб'єктами надання медичних послуг, обумовлював право пацієнта на вибір лікуючого лікаря та інформовану згоду [5].

Отже, на думку автора, можна сказати, що усі постсоціалістичні країни Центральної та Східної Європи в перехідний період запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я зазнали труднощів, які доцільно враховувати у реформуванні цієї галузі в Україні.

Фінансування галузі охорони здоров'я за соціалізму відбувалося із державного бюджету. Запроваджували цей механізм міністерства фінансів, які проводили збір податків, їх розподіл та контроль за використанням. Теоретично система страхової медицини обумовлює фінансування галузі без участі міністерства фінансів. На практиці країни з перехідною економікою пережили дефіцит фондів медичного страхування, який утворився внаслідок нестачі коштів у фондах, які субсидуються з державного бюджету (наприклад, із пенсійного фонду). Тобто міністерства фінансів беруть участь у фінансуванні медичного обслуговування, проте без права контролю за витратами. У Словаччині та Чеській Республіці внаслідок впровадження страхової медицини значно збільшилися витрати на галузь. А саме – частка ВПП на галузь охорони здоров'я зросла до 6,25% та 7,2% відповідно. Це призвело до загошення відносин між фондами соціального страхування та міністерствами фінансів цих країн (за даними ВООЗ, 2000) [6].

Автор наголошує, що особливу увагу при побудові ефективного моделі медичного страхування в Україні потрібно звернути на суттєві проблеми міжнародного досвіду. По-перше, на те, що під час впровадження страхової медицини перед Хорватією, Чеською Республікою та Словаччиною виникла проблема структурного дефіциту. Суть проблеми полягає в тому, що за певні верстви населення внески сплачує уряд із податкових надходжень. Оплата внесків за пенсіонерів та безробітних здійснюється пенсійними фондами або фондами страхування від безробіт-

тя. Проте витрати на медичне обслуговування цих громадян вищі за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище спричиняє дефіцит коштів, що тільки частково покриваються внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Перехідний період до страхової медицини засвідчив, що страхове фінансування охорони здоров'я більш обтяжливе, ніж передбачали. Серед причин – відсутність належного механізму державного регулювання діяльності страхових компаній; нестача адекватної інформаційної технології; брак технічних знань у галузі страхового ме-

неджменту, недостатній розвиток організаційної інфраструктури.

По-друге, також слід враховувати, що навіть у розвинених країнах Європи модель медичного страхування почала ефективно працювати лише через декілька років після запровадження. Тому не слід чекати блискучих результатів одразу.

На сьогодні в Україні є величезна кількість інформації для вивчення та порівняння та запозичення світового досвіду задля вдалого реформування системи охорони здоров'я, та як його результату – побудови ефективної моделі системи медичного страхування.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Андрушків І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах / І.П.Андрушків// Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип. 20.13. – С. 170-174.
2. Губар О.Є. Медичне страхування в країнах Європейського Союзу / О.Є.Губар// Фінанси України. – 2003. – № 7.
3. Зачем украинцу реформа здравоохранения? // Український медичний часопис. – 2011. – № 4. – с.7.
4. Golinowska S., Tymowska K. Poland // Private Markets in Health and Welfare. Oxford: Berg. – 1995.
5. Oreskovic S. The miracle of centralization // Eurohe-alth. – 1995. – V. 1. – N.1. – P. 25–26.
6. Баева О.І. Аналіз соціально-економічного досвіду із запровадження страхової медицини /О.І. Баева// Персонал. – 2007. – № 3. – с. 73 76.

УДК 347.195

## ЗДІЙСНЕННЯ ПРАВА УЧАСНИКОМ НА ОДЕРЖАННЯ ЧАСТИНИ ПРИБУТКУ(ДИВІДЕНТІВ) ТОВАРИСТВА – РЕАЛІЗАЦІЯ КОРПОРАТИВНОГО ПРАВА

### REALIZATION OF RIGHT BY PARTICIPANT ON RECEIPT OF SHARE OF PROFITS(DIVIDENDS) OF SOCIETY IS REALIZATION OF CORPORATE LAW

Бутрин Н.С.,

викладач юридичного факультету

Тернопільського національного економічного університету

Стаття присвячена правовій характеристиці реалізації корпоративного права – здійсненню права учасником на одержання частини прибутку товариства. Окрім того, проаналізовано чинне законодавство України, що регулює корпоративні відносини, які пов'язані із цим правом, а також запропоновано деякі ідеї щодо його вдосконалення.

**Ключові слова:** учасник товариства, господарське товариство, прибуток товариства, дивіденд, акції, загальні збори.

Статья посвящена правовой характеристике реализации корпоративного права – осуществлению права участником на получение части прибыли общества. Кроме того, проанализировано действующее законодательство Украины, которое регулирует корпоративные отношения, связанные с этим правом, а также предложены некоторые идеи относительно его совершенствования.

**Ключевые слова:** участник общества, хозяйственное общество, прибыль общества, дивиденд, акции, общие собрания.

The article is sanctified to legal description of realization of corporate law is realization of right by a participant on the receipt of share of profits of society. Except that, the current legislation of Ukraine, that regulates corporate relations that is related to this right, is analysed, and also some ideas are offered on his perfection.

**Key words:** a participant of society, economic society, income of society, dividend, actions, general collections.

Кожен учасник господарського товариства має право отримувати частину прибутку товариства, яка пропорційна його частці у складеному капіталі. Виняток з цього правила може бути встановлений у засновницькому договорі повного чи командитного товариства, але тільки щодо повних учасників. При цьому не дозволяється позбавляти учасників права на участь у розподілі прибутку.

Суміжні питання, обраної нами теми для дослідження, були опрацьовані відомими науковцями, зокрема : В.А. Васильєвою, В.В. Луць, І.Б. Саракун, І.Р. Калауром та іншими.

Поняття «дивіденд» не є суто правовим і застосовується також в буденному житті досить часто. Така ситуація вимагає чіткого розуміння змісту цього терміну. Воно походить від латинського слова «dividentus» що в перекладі означає те, що підлягає розподілу. Закон України «Про акціонерні товариства» містить наступне визначення поняття «дивіденд» – це частина чистого прибутку акціонерного товариства, що виплачується акціонеру з розрахунку на одну належну йому акцію певного типу та / або класу. За акціями одного типу та класу нараховується однаковий розмір дивідендів [1].

Дивіденди виплачуються на акції. Звіт про результати розміщення цих акцій зареєстровано в установленому законодавством порядку. Рішення про виплату дивідендів та їх розмір за простими акціями приймається загальними зборами акціонерного товариства. Розмір дивідендів за привілейованими акціями всіх класів встановлюється статутом акціонерного товариства.

Частина 4 статті 30 Закону України «Про акціонерні товариства» передбачає правило, за яким для кожної виплати дивідендів наглядова рада акціонерного товариства встановлює дату складення переліку осіб, які мають право на отримання дивідендів, порядок та строк їх виплати. Така дата не може передувати даті прийняття рішення про виплату дивідендів [1].

Акціонерне товариство повідомляє осіб, які мають право на отримання дивідендів, про дату, розмір, порядок та строк їх виплати. На протязі 10 днів після прийняття рішення про виплату дивідендів публічне товариство повідомляє про дату, розмір, порядок та строк виплати дивідендів, фондову біржу (біржі), у біржовому реєстрі якої (яких) перебуває таке товариство.