

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СОЛОВЕЙ Світлана Василівна

УДК 351

**ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА
ЗАСАДАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

281 «Публічне управління та адміністрування»

**Дисертація
на здобуття наукового ступеня доктора філософії**

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: д.н.держ.упр., професор, професор кафедри національної безпеки, публічного управління та адміністрування Державний Університет «Житомирська політехніка» Пархоменко – Куцевіл Оксана Ігорівна

Житомир – 2024

АНОТАЦІЯ

Соловей С.В. Державне управління у сфері охорони здоров'я на засадах запровадження медичного страхування. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування». – Державний університет «Житомирська політехніка», Житомир, 2024.

Дисертація присвячена обґрунтуванню концептуальних засад запровадження медичного страхування в Україні. Позитивний розвиток держави можливий лише завдяки нормальному формуванню та функціонуванню державного управління у сфері охорони здоров'я, оскільки остання є основною складовою соціальної безпеки держави.

У дисертаційному дослідженні розкрито сутність та узагальнення понятійно-категоріальний апарат дослідження, зокрема медичне страхування – це фінансовий продукт, який забезпечує фінансове покриття витрат на лікування, тобто договором між страховою компанією та фізичною особою, де остання сплачує внесок страховій компанії, а натомість страхова компанія забезпечує фінансовий захист від медичних витрат. Медичне страхування покриває широкий спектр медичних витрат, включаючи ліки, операції, медичні витрати, витрати на швидку допомогу тощо.

Зазначено, що нині існує три основних види фінансування охорони здоров'я: державне (бюджетне), соціальне страхування та приватне медичне страхування. Звичайно, чистих форм на практиці ні в природі, ні в суспільстві не існує. Тому фінансування охорони здоров'я, як правило, відбувається у змішаній формі. Проте залежно від домінуючої форми фінансування система охорони здоров'я поділяється на державну (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди,

Німеччина, Швеція, Японія) та змішану (бюджетно-страхову) (США), де близько 90% населення країни користується послугами приватних страхових компаній.

Розбудовуючи систему охорони здоров'я кожна країна стикається з різними викликами: немає двох абсолютно однакових систем охорони здоров'я; те, що працює в одній країні, навряд чи можна повністю перенести в іншу країну через різні проблеми зі здоров'ям, пріоритети та мислення. Попри складність, розгляд наслідків різних моделей має вирішальне значення для реалізації справедливої системи охорони здоров'я для всіх громадян, а не лише для найбагатших верств населення.

Систематизовані проблемами запровадження медичного страхування в Україні є: недостатня обізнаність населення про переваги страхової медицини, недостатній рівень підготовки фахівців, моральне старіння матеріально-технічної бази, фокусування медичного страхування лише на осіб з високою платоспроможністю, суперечливість нормативного законодавства, відсутність єдиної думки щодо моделі організації медичного страхування в Україні, низька конкуренція на ринку медичних послуг та високе податкове навантаження на страховиків.

Окрім вищезазначеного, суттєві перешкоди запровадженню медичного страхування в Україні зумовлює: недостатня інформаційна обізнаність населення щодо можливостей страхової медицини; недостатня підготовка фахівців у цій сфері, низький рівень оплати праці медичних працівників, зниження престижності професії медика, підсилене значним відтоком кваліфікованих ресурсів за кордон під час війни; морально застаріла матеріально-технічна база; поширеність фактів уникнення страховими компаніями зобов'язань щодо відшкодування вартості медичних послуг за придбаними полісами добровільного медичного страхування; небажання страхових компаній надавати послуги по медичному страхуванню особам з

низьким рівнем платоспроможності та високим ступенем ризиків, адже до даної категорії можна віднести основну частину населення нашої країни; глибока суперечність нормативно-правової бази, на основі якої відбувається регулювання медичного страхування; різне уявлення про порядок функціонування системи обов'язкового медичного страхування з боку політиків, медиків та страхових компаній; недостатня конкуренція на ринку медичних послуг; високе податкове навантаження на страховиків.

Нова модель фінансування охорони здоров'я має передбачати чіткі державні гарантії щодо надання рівної медичної допомоги всім громадянам, фінансовий захист громадян у разі лікування та виключення неофіційних платежів (хабарі, подяки в конвертах). Також вона має відповідати існуючим умовам у країні, та враховувати виклики військового часу. Впровадження та реформування існуючого медичного страхування необхідно здійснювати з урахуванням рівня добробуту населення, спроможності оплатити роботу закладів охорони здоров'я, збереження належних соціальних гарантій для малозабезпечених верств населення. Для цього метою державного регулювання є зменшення та попередження негативних наслідків впровадження ринкових відносини в системі охорони здоров'я'.

Ефективність та результативність закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхування, визначається й новими реформаційними змінами, де відповідно до принципу «кошти йдуть за пацієнтом»:

1) закладам охорони здоров'я надається повна фінансова автономія та гарантується конкуренція між ними, що зумовлена в основному формами власності – приватними чи державними;

2) спостерігатиметься підвищення рівня та якості надання медичних послуг;

3) буде забезпечено доступ до якісної медичної допомоги верствам населення з найнижчими доходами;

- 4) буде посилено контролю за якістю медичної допомоги;
- 5) передбачено створити чітку нормативно-правову базу забезпечення медичного страхування;
- 6) страхові компанії будуть стимулюватися до здійснення обов'язкового медичного страхування через надання їм відповідним податкових пільг.

Обґрунтовані інноваційні форми надання медичних послуг з використанням медичного страхування. Телемедицина – відносно новий напрямок, який розвивається на стику кількох галузей, включаючи медицину, комунікації та інформаційні технології. У цій сфері охорони здоров'я комунікація відбувається онлайн, що економить час і зусилля пацієнтів і лікарів. Це ідеальний варіант для жителів великих міст, які хочуть стежити за своїм здоров'ям і не стояти в чергах. Але технологія телемедицини також є виходом для людей, які живуть у сільській місцевості. Бо в місті працюють висококваліфіковані лікарі. Загалом, завдяки телемедичному ринку значно знижується вартість лікування, покращується якість діагностики, запроваджується можливість дистанційного моніторингу стану здоров'я. Це дуже важливо для людей з хронічними захворюваннями та людей похилого віку.

Так, медичне страхування послуг телемедичних послуг забезпечує: негайну цілодобову підтримку від лікаря, який відповідає протягом кількох хвилин; консультації спеціалістів за попереднім записом; електронні медичні записи на певну узгоджену в страховому договорі кількість членів сім'ї; аудіо та відеоконсультації через додаток або вебверсію, а якщо немає мережі Інтернету, то по засобах телефонного зв'язку. Водночас страхові компанії можуть страхувати надання телемедичних послуг, якщо вони мають договірні відносини з відповідним медичним закладом і медичний заклад включив цей вид консультації до переліку платних послуг.

Теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні, полягає у координації фінансових інституцій та інституцій з охорони здоров'я; формування Фонду медичного страхування в Україні; визначення пріоритетів розвитку медичної галузі з урахування глобалізаційних викликів та загроз; розвиток інноваційних форм надання медичних послуг; запровадження показників ефективності та результативності закладів охорони здоров'я.

Зазначено, що ефективна вдосконалена концептуальна теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні дасть можливість інституційно, організаційно та економічно організувати впровадження медичного страхування з урахуванням загроз та ризиків і соціального ефекту для пацієнта.

Ключові слова: державне управління, охорона здоров'я, система охорона здоров'я, медичне страхування, теоретична модель впровадження медичного страхування, державне регулювання, державна політика у сфері охорони здоров'я.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

А. В яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Соловей С. В. Обґрунтування теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. Журнал *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 13. С. 135-140. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1776>.

2. Соловей С. В. Систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 6. С. 151–160. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-6-151-160>

3. Соловей С.В. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 5. С. 131–140. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-5-131-140>

4. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування». Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023. № 3. С. 168-173. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/3_2023/28.pdf<https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.28>.

Б. Засвідчують апробацію результатів дослідження

5. Соловей С.В. Проблеми запровадження МС в Україні. Трансформація системи публічного управління в умовах воєнного часу: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (3 червня 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл. Переяслав, 2022. С. 279-282

6. Соловей С.В. Наукові підходи до запровадження системи приватного МС. Публічне управління в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуаціях:

сучасний стан, проблеми, перспективи розвитку: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (30 листопада 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл. Переяслав, 2023. 372 с. С.296-300

7. Соловей С.В. Визначення світових моделей запровадження МС. С 43 Складові національної безпеки в умовах воєнного стану. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.) / Під загальною редакцією доктора наук з державного управління, професорки Гбур Зоряни Володимирівни. Київ, Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута»», 2023. С.286 – 295.

8. Соловей С.В. Основні понятійно-категоріальні положення визначень щодо МС. Національна безпека України в умовах воєнного стану. Матеріали I Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. Чернігів, 2024. 500 с.

9. Соловей С.В., Пархоменко-Куцевіл О.І., С. П. Кошова, З. В. Гбур, Впровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. *Методичні рекомендації*. Київ. ІДУНДЦЗ, протокол від 30.11.2022 № 12, 32 с.

ABSTRACT

Solovey S.V. Public management in the field of health protection on the basis of implementing medical insurance. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the specialty 281 "Public management and administration" of the field of knowledge 28 "Public management management and administration". - Zhytomyr Polytechnic State University, Zhytomyr, 2024.

The dissertation is devoted to the substantiation of the conceptual foundations of the introduction of health insurance in Ukraine. The positive development of the state is possible only thanks to the normal formation and functioning of the state administration in the field of health care, since the latter is the main component of the social security of the state.

The dissertation research revealed the essence and generalization of the conceptual and categorical apparatus of the study, in particular, health insurance is a financial product that provides financial coverage of treatment costs, that is, a contract between an insurance company and an individual, where the latter pays a contribution to the insurance company, and in return, the insurance company provides financial protection against medical expenses. Health insurance covers a wide range of medical expenses, including medications, surgeries, medical expenses, ambulance expenses, and more.

It is noted that there are currently three main types of health care financing: state (budgetary), social insurance and private health insurance. Of course, pure forms do not exist in practice either in nature or in society. Therefore, financing of health care, as a rule, takes place in a mixed form. However, depending on the dominant form of financing, the health care system is divided into state (England, Ireland, Italy, Scotland), mandatory health insurance (Austria, Belgium, the Netherlands, Germany,

Sweden, Japan) and mixed (budget-insurance) (USA), where about 90% of the country's population uses the services of private insurance companies.

When building a health care system, each country faces different challenges: no two health care systems are exactly the same; what works in one country is unlikely to be fully transferable to another country due to different health concerns, priorities and mindsets. Although complex, considering the implications of different models is critical to achieving equitable health care for all citizens, not just the wealthiest.

In the work, the problems of the introduction of health insurance in Ukraine are systematized: insufficient awareness of the population about the benefits of insurance medicine, insufficient level of training of specialists, moral aging of the material and technical base, focusing of health insurance only on people with high solvency, inconsistency of regulatory legislation, lack of a unified opinion on the model health insurance organizations in Ukraine, low competition in the market of medical services and a high tax burden on insurers.

In addition to the above, significant obstacles to the introduction of medical insurance in Ukraine are caused by: insufficient information awareness of the population regarding the possibilities of insurance medicine; insufficient training of specialists in this field, low level of remuneration of medical workers, decline in the prestige of the medical profession, reinforced by a significant outflow of qualified resources abroad during the war; morally outdated material and technical base; the prevalence of insurance companies avoiding their obligations to reimburse the cost of medical services under purchased voluntary health insurance policies; reluctance of insurance companies to provide health insurance services to persons with a low level of solvency and a high degree of risk, because the majority of the population of our country can be attributed to this category; the deep contradiction of the normative legal framework on the basis of which the regulation of medical insurance takes place; politicians, doctors, and insurance companies have different ideas about the

functioning of the mandatory health insurance system; insufficient competition in the market of medical services; high tax burden on insurers.

The new health care financing model should provide for clear state guarantees regarding the provision of equal medical care to all citizens, financial protection of citizens in the event of treatment, and the exclusion of unofficial payments (bribes, thank-yous in envelopes). It should also meet the existing conditions in the country and take into account the challenges of wartime. The introduction and reform of the existing health insurance must be carried out taking into account the level of well-being of the population, the ability to pay for the work of health care institutions, and the maintenance of adequate social guarantees for the poor. For this, the purpose of state regulation is to reduce and prevent the negative consequences of the introduction of market relations in the health care system.

The effectiveness and efficiency of health care institutions that work with health insurance is also determined by new reform changes, where according to the principle "money follows the patient":

1) health care institutions are given full financial autonomy and competition between them is guaranteed, which is mainly determined by forms of ownership - private or state;

2) an increase in the level and quality of the provision of medical services will be observed;

3) access to high-quality medical care will be ensured for the lowest-income segments of the population;

4) control over the quality of medical care will be strengthened;

5) it is envisaged to create a clear regulatory and legal framework for providing medical insurance;

6) insurance companies will be encouraged to provide mandatory health insurance by providing them with appropriate tax benefits.

The author substantiates innovative forms of providing medical services using medical insurance. Telemedicine is a relatively new field that is developing at the intersection of several fields, including medicine, communications, and information technology. In this field of health care, communication takes place online, which saves time and effort for patients and doctors. This is an ideal option for residents of large cities who want to monitor their health and not stand in queues. But telemedicine technology is also a solution for people living in rural areas. Because highly qualified doctors work in the city. In general, thanks to the telemedicine market, the cost of treatment is significantly reduced, the quality of diagnostics is improved, and the possibility of remote health monitoring is introduced. This is very important for people with chronic diseases and the elderly.

Medical insurance for telemedicine services provides: immediate 24-hour support from a doctor who responds within minutes; specialist consultations by appointment; electronic medical records for a certain number of family members agreed in the insurance contract; audio and video consultations through the application or web version, and if there is no Internet, then by means of telephone communication. At the same time, insurance companies can insure the provision of telemedicine services if they have a contractual relationship with the relevant medical institution and the medical institution has included this type of consultation in the list of paid services.

The theoretical model of the introduction of health insurance in Ukraine consists in the coordination of financial institutions and health care institutions; formation of the Medical Insurance Fund in Ukraine; determining priorities for the development of the medical industry, taking into account globalization challenges and threats; development of innovative forms of providing medical services; introduction of indicators of efficiency and effectiveness of health care institutions.

The author states that an effective improved conceptual theoretical model of the introduction of medical insurance in Ukraine will provide an opportunity to

institutionally, organizationally and economically organize the introduction of medical insurance, taking into account the threats and risks and the social effect for the patient.

Keywords: public administration, health care, health care system, health insurance, theoretical model of health insurance implementation, state regulation, state policy in the field of health care.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Верховна Рада України – ВРУ

Всесвітня організацію охорони здоров'я – ВООЗ

Добровільне МС – ДМС

Державна політика – ДП

Державно-приватне партнерство – ДПП

Державний бюджет – ДБ

Заклади охорони здоров'я – ЗОЗ

Кабінет Міністрів України – КМУ

Медичне страхування – МС

Медична допомога – ДМ

Медичні послуги – МП

Місцеві бюджети – МБ

Міністерство охорони здоров'я України – МОЗ України

Міністерство фінансів України – МФУ

Національна служба здоров'я України – НСЗУ

Національний банк України – НБУ

Обов'язкове медичне страхування – ОМС

Охорона здоров'я – ОЗ

Система ОЗ – СОЗ

ЗМІСТ

ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	30
1.1. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов’язкове медичне страхування»	30
1.2. Нормативно-правові засади запровадження медичного страхування в Україні.....	43
1.3. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування.....	48
Висновки до розділу 1	74
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	78
2.1 Особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу.....	78
2.2. Аналіз та систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні.....	88
2.3. Вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу.....	100
Висновки до розділу 2	105
РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МОДЕЛІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	108
3.1. Принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності закладів охорони здоров’я, які працюють з медичним страхуванням	108
3.2. Обґрунтування інноваційних форм надання медичних послуг з використанням медичного страхування	117

3.3. Шляхи запровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні.....	127
Висновки до розділу 3	140
ВИСНОВКИ.....	142
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	154
ДОДАТКИ.....	171

ВСТУП

Актуальність обраної теми зумовлена зростанням витрат на систему ОЗ в сучасному світі та значенням МС. Популяризація та розвиток МС сприятиме підвищенню свідомості громадян щодо піклування про своє здоров'я. Також, МС, як складова особистого страхування, є складовою соціальної відповідальності держави, і механізмом, що перекладає певен тягар соціального забезпечення з боку держави на приватних осіб, окремих громадян або юридичні установи. Розвиток МС є запорукою досягнення високих соціальних стандартів, є платформою для здійснення реформ в системі ОЗ. Основою політики в галузі ОЗ більшості країн Європейського регіону є принципи стратегії «Здоров'я для всіх» [1]. Одним з найважливіших завдань для будь-якої держави є забезпечення функціонування ефективної СОЗ, надання кваліфікованих МП і підтримка здоров'я громадян. В Україні розпочато процес розробки концептуальних напрямів з реформування СОЗ, основні цілі якого закладені в Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», Програмі діяльності Кабінету Міністрів України. В цьому контексті, активно опрацьовуються механізми удосконалення фінансування СОЗ, у тому числі й такі, що базуються на впровадженні обов'язкового МС.

Медичне страхування – це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком. МС може проводитися як у добровільній, так і в обов'язковій формах. Незважаючи на те що тривалий час існує проблема підвищення рівня медичного обслуговування, внаслідок чого постає питання щодо збільшення фінансування галузі, а це вимагає пошуку додаткових джерел. Одним із них є обов'язкове МС. Впровадження загальнообов'язкового МС сприятиме збільшенню фінансових надходжень у галузь ОЗ в межах існуючого законодавчого поля, оптимізації їх використання, забезпеченню гарантування якісної МД кожному громадянину, а

також подальшому розвитку добровільного МС. Попри всі його переваги, розвиток уповільнюється через те, що не існує однозначного підходу до створення законопроектів про загальнообов'язкове державне МС.

Однак, впровадження обов'язкового МС без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може з'явитися безліч проблем. Серед них можна виділити відсутність системи підготовки спеціалістів, неотримання лікарями належних зарплат та премій, відмова страховиків під будь-яким приводом оплатити лікування страхувальника, відсутність законодавства, яке б регулювало МС, різні погляди чиновників, страховиків та медиків на моделі МС, недостатньо інформоване населення щодо переваг і недоліків МС. Вирішення всіх цих проблем потребує часу, фінансових ресурсів, відповідних фахівців.

Зростання витрат на систему ОЗ характерне не лише для України, а є загальносвітовою тенденцією. За умов військового часу, катастрофічного дефіциту бюджету та перевантаження медичної системи постраждалими під час бойових дій, виникає необхідність у диверсифікації джерел фінансування витрат на охорону здоров'я на державному та місцевому рівнях. Впровадження МС дозволить оптимізувати систему фінансування медичної сфери, сприятиме розвитку медичної інфраструктури за рахунок формування страхових фондів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. З урахуванням позитивного впливу МС на медичну галузь та рівень надання МП, особливостями його запровадження та функціонування присвячувались праці багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених. Зокрема, вагомий вклад у розкриття тематики дослідження було здійснено такими вченими як Т. Галайда, В. Москаленко, С. Онишко, О. Ярошенко, В. Стеценко, Н. Бідник, Ю. Вороненко, О. Солдатенко, О. Денісова, Є. Кісєлова, Водолазська О., Сіроштан Т. та ін. Окрім того, О. Білик, І. Грушко, А. Нацьокін, С. Качмарчик, М. Ткачук, А. Череп, А. Шипко

досліджували проблеми та перепони на шляху до запровадження обов'язкового МС в Україні.

Підґрунтям для дослідження проблематики розвитку МС є роботи цілого ряду провідних зарубіжних учених: Ж. Антона, Дж. Бердса, П. Бернштейна, Д. Бланда, К. Бурроу, М. Вілсона, Р. Дофа, П. Коя, А. Манеса, Р. Меркіна, О. Маула, Н. Мотазе, В. Сміта, Б. Соєра, А. Саган, С. Томпсон, С. Таргенманна, П. Хазелла та ін.

Аналіз англomовної іноземної літератури підтверджує значний науковий інтерес до механізмів та впливу державного регулювання МС в усіх державах, незалежно від СОЗ. Про це свідчить наявність мультицентрових наукових досліджень присвячені аналізу державного регулювання МС на національному рівні в кожній державі. Також значний науковий внесок мають порівняльні дослідження державного регулювання на міжнародному рівні, наприклад *Regulating private health insurance in the European Union* [15]. Регулярний систематичний інтегративний аналіз наявних наукових робіт в галузі державного управління медичним страхуванням, що публікує [16], є «золотим стандартом» серед систематичних оглядів та орієнтиром для розробки подальших актуальних напрямів досліджень по всьому світу.

В Україні питання державного регулювання страхової діяльності висвітлили роботи вітчизняних науковців – В. Базилевича, А. Баранова, Л. Богріновцевої, В. Биховченко, М. Білинська, Н. Богомаз, А. Бороденко, М. Бучкевич, А. Василенко, Н. Внукової, В. Волкової, О. Гаманкової, Т. Гарматій, Н. Докторової, О. Залєтова, Т. Кривошлик, В. Левченко, Т. Кублікової, І. Моїсеєнко, С. Осадця, Н. Пацурії, Р. Пікус, С. Вовк, Ю. Вороненко, А. Гончар, А. Городецька, Я. Дробот, А. Могилова, А. Окунський, А. Островська, С. Пилипенко, Я. Радиш, І. Рожкова, О. Солдатенко, О. Степанова, І. Федорович, І. Чкан, В. Шевцов, В. Шевчук, М. Шутов, І. Яковенко та ін.

Дослідження сутнісних особливостей МС займають визначне місце у працях вчених, зокрема особливу увагу цим питанням приділено у працях таких науковців як Базилевич А., Вороніна О., Драгунов Д., Новосад Я., Святошнюк А., Тлуста Г., Третяк Д. та інші.

Впровадження інновацій у діяльність закладів охорони здоров'я є предметом досліджень багатьох науковців. Зокрема Мочалов Ю. стверджує, що інновації в діяльності закладів охорони здоров'я є процесом перетворення продуктивних ідей у щось, що має практичні виміри, може бути використано, реалізовано чи досягнуто та, якщо можливо, має бути реалізовано у формі профілактики та підвищення ефективності в системі охорони здоров'я. Інновації у сфері охорони здоров'я повинні впроваджуватися у формі створення нових технологій, медичних виробів, лікарських засобів і виробів медичного призначення, методів лікування чи організаційних процесів, які впливають на виробництво медичних товарів чи надання медичних послуг. З точки зору управління інноваціями у сфері охорони здоров'я можна виділити декілька типів інновацій:

1) медичні технологічні інновації, пов'язані з використанням нових методів та технологій профілактики, діагностики та лікування на основі офіційних препаратів (пристроїв) або нових комбінацій застосувань;

2) організаційні інновації, які здійснюють ефективну реструктуризацію системи охорони здоров'я та вдосконалюють організаційну структуру організації праці та процесів управління персоналом та окремими закладами охорони здоров'я;

3) економічні інновації, що забезпечують впровадження сучасних методів планування, фінансування, стимулювання та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я;

4) інновації в інформаційних технологіях, що спрямовані на автоматизацію процесів збору, обробки та аналізу інформаційних потоків в охороні здоров'я;

5) медико-фармацевтичні та медико-технологічні інновації, які полягають у використанні нових лікарських засобів (технологічних систем) і є конкурентоспроможними за ціною та основними параметрами медичної ефективності [1, с. 29-30].

Свінціцький А. та Висоцька О. стверджують, що однією з ключових складових успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розробка базових принципів і технологій використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем в окремому напрямку для підвищення ефективності системи охорони здоров'я. На думку вчених, раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем має значний вплив на підвищення якості та доступності медичних послуг для населення, включаючи зручний моніторинг та аналіз показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами первинної медичної системи та всієї системи охорони здоров'я. Без використання сучасної комп'ютерної техніки та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити комплексний моніторинг стану здоров'я населення, спроектувати пацієнтотоки та управляти пацієнтотоками та ресурсною базою, а також забезпечити зворотний зв'язок та оперативний контроль за дотриманням нормативно-правових актів та стандартів. Тому, з позиції вчених, впровадження інформаційних систем розширює автономію та є важливою інформаційною та фінансовою основою для керівників закладів охорони здоров'я, які працюють у новому економічному контексті [2, с. 12].

Петрух О. відзначає, що інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я має характеризуватися новими моделями організації та надання доступних медичних послуг населенню на інноваційній основі, що характеризується

прийняттям стратегічних рішень щодо інноваційної діяльності на всіх рівнях економіки. Водночас інноваційні розробки в галузі охорони здоров'я визначають динамічний процес структурного вдосконалення галузі шляхом впровадження останніх досягнень для покращення якості медичної допомоги та підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я [3, с. 108].

Жуковська А. та Чигур О., вивчаючи питання інноваційних технологій надання медичних послуг, зауважують, що телемедицина є перспективним напрямком розвитку глобальної та національної систем охорони здоров'я. Чинники, що сприяють розвитку українського ринку телемедицини, включають: пандемію та, як наслідок, заходи соціального дистанціювання; сприятливі державні плани та проекти; збільшення поширеності хронічних захворювань; збільшення кількості користувачів засобами зв'язку і збільшення покриття мережі Інтернет у віддалених регіонах; зростання потреби зменшення витрат на охорону здоров'я; незавершену дорожню та транспортну інфраструктуру, що збільшує попит на телемедичну підтримку [4, с. 63].

Колектив науковців Запорожан Л., Теренда Н., Литвинова О., Панчишин Н. та Феш М. відзначають, що телемедицина є способом надання медичної допомоги, де відстань є важливим фактором. Телемедичні послуги включають дистанційні медичні консультації, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, діагностичні та лікувальні маніпуляції, обмін результатами обстежень пацієнтів, відеоконференції, відеосемінари та відеолекції. Технологію телемедицини можна використовувати в педіатрії (хворих дітей більше не потрібно транспортувати до закладу охорони здоров'я), психотерапії (психотерапевти проводять сеанси онлайн), дерматології (якісні зображення дозволяють дерматологам оглядати пацієнтів), неврології (показники артеріального тиску та неврологічного статусу передаються спеціалісту за допомогою дистанційного моніторингу) або інтенсивної терапії (терміновий

відеодзвінок у ситуаціях, коли переведення в інший заклад охорони здоров'я є неможливим) тощо [5, с. 68].

Аналіз праць вчених свідчить, що питання інноваційного розвитку медицини є відкритим для досліджень, адже розвиток сфери охорони здоров'я відбувається безперервно під впливом науково-технічного прогресу та нововведень в умовах глобалізації, що зумовлює постійну зміну інноваційних форм надання медичної допомоги. Однак огляд наукової літератури дозволяє зауважити, що відсутні дослідження у напрямку обґрунтування інноваційних форм надання медичних послуг з використанням медичного страхування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконувалась відповідно до плану наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика та є фрагментом НДР кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування «Актуальні проблеми публічного управління у розвитку конкурентоспроможних регіонів і територіальних громад в процесі суспільної трансформації» (номер державної реєстрації №0122U200815, термін виконання 2022-2027). Автор особисто здійснювала збір первинного матеріалу, його аналіз та впровадження елементів дослідження на практиці.

Мета і завдання дослідження. *Метою дослідження є обґрунтування удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я через запровадження теоретичної моделі медичного страхування в Україні з урахуванням сучасних світових моделей системи охорони здоров'я.*

Для досягнення мети було поставлено такі *завдання*:

- узагальнити понятійно-категоріальний апарат дослідження, зокрема «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування» тощо;
- виокремити нормативно-правові засади запровадження медичного страхування в Україні;

- визначити світові моделі запровадження медичного страхування;
- обґрунтувати особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу;
- удосконалити підходи до оцінки та систематизації проблем запровадження медичного страхування в Україні;
- розглянути вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу;
- виокремити принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності діяльності ЗОЗ, які працюють з медичним страхуванням;
- обґрунтувати інноваційні форми надання медичних послуг з використанням медичного страхування;
- запропонувати шляхи запровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є система державного управління охороною здоров'я.

Предметом дослідження є концептуальні засади запровадження медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційного дослідження слугували фундаментальні положення науки державне управління та загальнонаукові принципи аналізу суспільних явищ і процесів, а також праці провідних науковців. Дослідження базуватиметься на логіко-діалектичному методі пізнання, методі системного аналізу та синтезу, порівняння, абстракції, систематизації та ін.

Емпіричну та фактологічну основу дослідження складають нормативно-правові документи, міжнародні документи, статистичні дані, дані міжнародних авторитетних рейтингів, матеріали вітчизняної та зарубіжної практики реалізації державної політики у сфері національної безпеки.

Наукова новизна та практичне значення . Наукова новизна одержаних

результатів полягає в тому, що *вперше* в Україні:

- обґрунтовано та розроблено теоретичну модель запровадження медичного страхування в Україні, яка полягає у координації фінансових інституцій та інституцій з ОЗ; формування Фонду МС в Україні; визначення пріоритетів розвитку медичної галузі з урахування глобалізаційних викликів та загроз; розвиток інноваційних форм надання МП; запровадження показників ефективності та результативності ЗОЗ;

удосконалено:

- принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності ЗОЗ, що відрізняється від існуючих виокремленням наступних принципів: наукової обґрунтованості, відповідності дій місії та цілям, контекстуальності, комплексності підходів, узгодженості зі стандартами якості, моніторингу та оцінки, відкритості та прозорості, замученості стейкхолдерів, гнучкості та адаптивності, урахування глобальних і міжнародних стандартів;

- підходи оцінки та систематизації проблем запровадження медичного страхування в Україні через запровадження одинадцяти ключових заходів, таких як: аналіз і порівняння міжнародних моделей, залучення до участі зацікавлених сторін, оцінка потреб територіальної громади та аналіз існуючих проблем, забезпечення доступності та якості медичних послуг, ефективне управління ризиками та фінансами, інформаційна підтримка та освіта населення, транспарентність управління, забезпечення соціальної справедливості, стимулювання використання профілактичних послуг, формування системи моніторингу та оцінки результатів, заохочення інновацій та розвитку медичних технологій;

- механізми державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу. Вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного стану є критично важливим завданням для забезпечення доступу до якісної МД для

населення та має реалізовуватись через: розробку спеціалізованих програм та полісів, забезпечення фінансування, систематичний моніторинг та оновлення програм, створення механізмів співпраці, забезпечення доступності інформації;

- особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу, зокрема до них віднесено: безпековий чинник, ефективність ресурсів, адаптивність та гнучкість, співпраця та координація, психологічна підтримка та реабілітація. Світовий досвід і рекомендації ВООЗ засвідчують, що єдиний ефективний спосіб забезпечити якісний медичний захист без фінансового навантаження на громадян – це перейти до фінансування ОЗ на базі моделі обов'язкового МС, яку пропонує НСЗУ, яка є єдиним державним страховиком та замовником централізованих закупівель МП;

набуло подальшого розвитку

- - систематизація світового досвіду запровадження медичного страхування та виокремлено наступні моделі медичного страхування через аналіз моделі загального державного медичного страхування (однорівнева), моделі соціального медичного страхування (дворівнева), моделі обов'язкового приватного медичного страхування;

- систематизація переваг та недоліків сучасних моделей медичного страхування і запропоновано кращі елементи впровадження медичного страхування застосувати для впровадження в Україні, зокрема оцінка переваг та недоліків різних моделей медичного страхування є важливим етапом у визначенні оптимальної системи для впровадження в Україні;

- інноваційні форми надання медичних послуг з використанням медичного страхування, такі як: телемедицина, профілактичні програми, інтегрована медична мережа, медичні технології, популяризація здорового способу життя, ментальне здоров'я, блокчейн технологія для збереження даних, електронні медичні картки, електронні помічники та медичні чат-боти, а також інтеграція штучного інтелекту в системи МС, що значно покращить їхню

ефективність та результативність – автоматизована обробка даних, прогнозування ризиків та потреб, персоналізована медицина, автоматизація процесів забезпечення медичного покриття, моніторинг за станом здоров'я;

- понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування»;

- нормативно-правові засади запровадження медичного страхування в Україні;

- особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що теоретичні положення, висновки, практичні рекомендації дисертації можуть бути використані в діяльності центральних органів виконавчої влади для обґрунтування запровадження медичного страхування в Україні; вищих навчальних закладів для створення навчальних програм суспільних дисциплін (публічне управління у сфері охорони здоров'я).

Окремі елементи моделі медичного страхування в Україні шляхом підготовки та видання методичних рекомендацій: Соловей С.В., Пархоменко-Куцевіл О.І., С. П. Кошова, З. В. Гбур, Впровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. *Методичні рекомендації*. Київ. ІДУНДЦЗ, протокол від 30.11.2022 № 12, 32 с.

Результати дисертаційного дослідження використано у діяльності:

- у діяльності Інституту професійних трансформацій (довідка № 02\01 24 від 20.02.2024) для формування навчальних курсів підвищення кваліфікації Інституту професійних трансформацій для різних цільових груп;

- при формуванні конспектів лекцій для різних професійно-освітніх програм інституту Чернігівського інститут інформації, бізнесу і права зов „Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая” (Акт впровадження № 02-024 від 15.02.2024 р.).

Особистий внесок здобувача. Авторкою самостійно: виконано літературний пошук та проведено теоретичний аналіз наукової літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження відповідно до мети та поставлених завдань. Власноруч сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; особисто здійснено обґрунтування теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні і її розробка. Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office 2019 (Microsoft Word, Microsoft Excel), для Windows. Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки і рекомендації та опубліковано одноосібно частину результатів дослідження у фахових виданнях категорії Б в Україні.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дослідження доповідалися і обговорювалися на 4-х міжнародних і загальноукраїнських наукових і науково-практичних конференціях: IV Міжнародній науково-практичній конференції «Трансформація системи публічного управління в умовах воєнного часу» матеріали (3 червня 2022 року, м. Переяслав), V Міжнародній науково-практичній конференції «Публічне управління в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуаціях: сучасний стан, проблеми, перспективи розвитку» (30 листопада 2022 року, м. Переяслав), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Складові національної безпеки в умовах воєнного стану» (09-11 серпня 2023 р., м. Київ), I Науково-практичній конференції за міжнародною участю «Національна безпека України в умовах воєнного стану» (06-08 березня 2024р., м. Чернігів).

Публікації. Результати дисертації опубліковані в 9 наукових працях, з них: 4 статей у наукових фахових виданнях України; 4 тез в збірках матеріалів науково-практичних конференцій; 1 методичні рекомендації.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 175 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 149 сторінок (6,77 авторських аркушів); містить 6 таблиць, 5 рисунків, 7 додатків. Текст складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 148 джерела, із них: кирилицею – 122, латиною – 26; у т. ч. власних публікацій за темою дисертації – 9.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування»

Згідно з сучасним уявленням, які задекларовані міжнародними організаціями, здоров'я населення є індикатором соціально-культурного розвитку суспільства і якості життя, а ОЗ визначена як одна з найважливіших сфер фінансових та інтелектуальних інвестицій для досягнення загального добробуту та економічного розвитку будь-якої країни. Це означає, що одним з найважливіших завдань для будь-якої держави є забезпечення функціонування ефективної СОЗ, надання кваліфікованих МП і підтримка здоров'я громадян. Протягом останніх 30 років переважна більшість країн Європейського регіону використовує принципи стратегії «Здоров'я для всіх» як основу політики в галузі ОЗ [1].

Право людини на ОЗ визначене в ст. 11 Європейської соціальної хартії. Цей документ зобов'язує Україну, а також інші країни дотримуватися певних умов для здійснення цього права [1, 2, 3, 4].

Згідно з чинним законодавством України, ОЗ - один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Статтею 3 Конституції України здоров'я громадян проголошено найвищою цінністю. Право кожного громадянина на ОЗ, яке забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчих профілактичних програм закріплено 49 статтею Конституції України [3]. Ця конституційна норма відповідає вимогам всесвітнім міжнародно правовим стандартам у сфері ОЗ. З

метою забезпечення конституційної вимоги статті 49 Конституції України більшість громадян застраховані в системі ОМС, яка передбачає надання безкоштовних послуг медичного забезпечення, яке фінансує держава.

За Концепцією реформи фінансування СОЗ від 30.11.2016 № 1013-р (надалі Концепція) для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного МС, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації СОЗ у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі [5].

Фінансування державних витрат на ОЗ в Україні значно поступається за обсягами переважній більшості країн Європейського регіону і Північної Америки та є недостатнім для забезпечення ефективного функціонування системи. Незважаючи на рекомендації ВООЗ 5% від ВВП виділяти на СОЗ і програму медичних гарантій та вимогу Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» щодо встановлення фінансування ПМГ на рівні 5% ВВП [6], видатки держбюджету на охорону здоров'я протягом минулого десятиріччя з 2012-2022 варіювали на рівні 3,2-4,2% валового внутрішнього продукту (ВВП) і склали 3,9 % в минулому 2021 році [7]. Держбюджетом на 2022 р. обсяги видатків на охорону здоров'я становили 196,8 млрд грн (лише 3,7% валового внутрішнього продукту (ВВП), що збільшено на 14,3% порівняно з попереднім роком фінансування [8].

Для порівняння в США на ОЗ спрямовується 16,7 % ВВП (при обсязі ВВП – 21,3 трлн дол. США), у Німеччині 11,1 % (ВВП – 3,8 млрд дол. США), в Польщі – 4,86 % (ВВП – 592 млрд дол. США), у Чехії – 7,4 % (ВВП – 414 млрд дол. США), у Великій Британії – 9,8 % (ВВП – 2830 млрд дол. США) та в Угорщині – 7,4 % (ВВП – 161 млрд дол. США) [9].

Довготривала нестача фінансування, неочікуваний економічний тягар пандемії COVID-19 призвели медичну систему України до кризового стану і сповільнило темпи її реформування та розвитку. У зв'язку з військовою агресією РФ в Україну 2022 спостерігається суттєве зниження фінансових

можливостей держави, наростання бюджетного дефіциту, викликане загальним спадом виробництва, руйнуванням інфраструктури, тощо.

Все вищезгадане унеможливило забезпечення необхідного рівня витрат на цю галузь лише за рахунок державних коштів і система державних гарантій з надання безкоштовної МД не може задовольнити всі потреби населення щодо якості та обсягу послуг, що надаються.

Згідно звіту Експериментальний рахунок ОЗ в Україні у 2020 році поточні витрати на ОЗ за рахунок державних схем та схем фінансування ОЗ за рахунок внесків склали лише 49,29%, в той час як оплата з власної кишені домогосподарств складала 47,86 %. При цьому витрати за рахунок схем добровільного МС склали лише близько 2% [10]. Це означає, що близько 50% витрат на ОЗ в Україні сплачується за рахунок власних коштів громадян, що підтверджує недостатність державного фінансування СОЗ. Фінансовий тягар забезпечення фінансування СОЗ у разі нестачі державних коштів та майже відсутності системи добровільного МС лягає на власні кишені громадян, що значно знижує якість життя та соціальну захищеність населення.

Витрати з власної кишені пацієнтами є найбільш частим методом оплати МП у всьому світі [11], особливо це стосується країн з низьким і середнім рівнем доходу. При цьому зазначається, що такий розподіл може призвести до катастрофічних витрат для домогосподарств [12, 13]. Багаторічний світовий досвід свідчить про те, що пряма оплата людиною за лікування у разі хвороби у момент отримання МП - найменш ефективний і вкрай небезпечний для суспільства спосіб фінансування МД. Сучасне лікування багатьох захворювань є дуже дорогим, і для бюджету окремої сім'ї його вартість зазвичай є значним фінансовим шоком. Крім того, проблеми із здоров'ям важко передбачити заздалегідь, отже, індивідуальні грошові накопичення також не є ефективним рішенням навіть для тих, хто може це собі дозволити [5].

Підсумовуючи вищезазначене, українці, які порівняно із своїми європейськими сусідами мають значно нижчі рівні доходів та соціальних стандартів, є менш захищеними у випадку хвороби, бо платять за утримання СОЗ з власної кишені. Згідно Концепції близько 3,8 відсотка домогосподарств в Україні (або 640 тис. родин) потерпають від катастрофічних витрат на медицину, 92 відсотки населення боїться потрапити у фінансову скруту у випадку хвороби [5]. Ці проблеми значно загострились у зв'язку з військовою агресією РФ в Україні, адже багато українців втратили джерела постійного доходу, домівки, тощо, в той час як захворюваність та травматизм під час військових дій очікувано підвищиться.

Неефективність та недостатність лише державного фінансування СОЗ та високий процент залучення коштів домогосподарств наводить на думку про необхідність пошуку інших джерел фінансування та залучення коштів з інших фондів.

Європейський вибір України передбачає проведення реформ щодо СОЗ спираючись на світовий досвід. Останнім часом СОЗ у всьому світі стає все більш затратною і потребує складних організаційних процесів. Це насамперед пов'язано зі зростанням та старінням населення, яке призводить до збільшення навантаження на суспільні ресурси для задоволення потреб населення в охороні здоров'я. Для вирішення проблеми багато урядів звернулися до МС, щоб послабити тиск на державні бюджети [14]. Напередодні всесвітньої економічної кризи, що насувається, викликаній в тому числі війною в Україні, багато європейських країн змушені будуть скоротити витратні статті бюджетів та зменшити витрати на СОЗ. Багато країн з розвинутою економікою вже давно визнали труднощі, пов'язані виключно з державним фінансуванням СОЗ та лібералізували ринок МС, з метою, серед іншого, покращити доступ до медичної допомоги, зменшуючи при цьому пряме державне фінансування. Створення належних умов для розвитку МС, у довгостроковій перспективі

сприятиме підвищенню рівня соціальних гарантій та соціального захисту громадян.

Враховуючи міжнародний досвід, в Концепції зазначено, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом [5]. Такий підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Розвиток та впровадження МС в Україні потребує розуміння та розробки механізмів адекватного держуправління в контексті існуючої моделі фінансування СОЗ.

За останні роки в Україні активно проводилася робота з дослідження процесу державного управління МС, вироблення практичних рекомендацій щодо процесу державної політики та реформування галузі. Складність суспільних відносин, що виникають у сфері МС зумовлює існування різних наукових підходів щодо його регулювання в системі публічного управління. Слід зазначити, що проблема регулювання МС є мультидисциплінарною, оскільки включає питання економіки, фінансів, права, державного управління, соціальної медицини, тощо. Цей мультидисциплінарний інтерес до проблеми підтверджується наявністю великої кількості робіт присвячених страховій медицині в яких проблематика розглянута з позицій різних наукових спеціальностей.

Важливим стратегічним напрямком економічних і соціальних змін є реформування національної СОЗ, ефективність якого сприятиме стабілізації суспільно-політичної ситуації в Україні. У цьому контексті збереження та зміцнення здоров'я населення на основі підвищення доступності та якості МП стане пріоритетом національної політики найближчим часом.

Сучасна національна СОЗ характеризується низькими витратами через обмеженість бюджету, необґрунтованим та нерівномірним використанням фінансових ресурсів, незавершеністю організаційної структури та інфраструктури, відсутністю належного рівня МД та контролю якості тощо. Таку систему необхідно реформувати шляхом запровадження в Україні обов'язкової форми МС як альтернативного джерела фінансування сфери ОЗ.

Таким чином, МС може стати додатковим джерелом фінансування СОЗ. З огляду на такі аспекти у ході дослідження розглянемо основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «МС», «обов'язкове МС».

У Законі України «Про страхування» від 18.11.2021 № 1909-IX [1], поняття «страхування» трактується як «правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством». Таке ж визначення поняття «страхування» зазначено у Господарському кодексі України від 16.01.2003 № 436-IV [2].

Аналізуючи законодавчі документи, слід зауважити, що термін «МС» законодавчо не визначений. У сучасних формах ОЗ МС виникло відносно недавно як модель державного соціального забезпечення громадян.

МС є важливою частиною соціальної інфраструктури всіх розвинених країн і вважається альтернативною моделлю організації ОЗ. Це дозволяє більш раціонально використовувати ресурси ОЗ і водночас підвищує якість цих послуг та рівень обслуговування населення. Основними учасниками є страхові

компанії, страхувальники (фізичні особи та компанії), страхові брокери, компанії та ЗОЗ, що надають відповідні послуги.

Економічна необхідність МС визначається необхідністю фінансування медицини як сфери соціальних послуг. Значення МС в системі соціального захисту населення полягає в забезпеченні та відновленні здоров'я та працездатності членів суспільства. Це доповнює гарантії, які надаються в рамках державного регулювання, до максимально можливого в сучасних умовах рівня.

Відповідно до Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР [3], основними формами МС є обов'язкове та добровільне МС.

У Законі України «Про страхування» від 18.11.2021 № 1909-ІХ [1] створено абсолютно нову класифікацію страхування. Відповідно до цього закону всі види страхування поділяються на класи. Всього існує 23 класи страхування, де 5 класів характеризують страхування життя, а 18 класів – інші види страхування. Тому згідно з новим законом повністю скасовується поділ МС на обов'язкове та добровільне, проте структура МС, на нашу думку, виглядає так:

- клас 1 - страхування від нещасного випадку (зокрема у випадку виробничої травми та професійного захворювання);
- клас 2 – страхування на випадок хвороби (зокрема МС);
- клас 18 – страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі;
- клас 22 – безперервне страхування здоров'я.

Ці види МС за новим законом працюють у поєднанні з видами страхування за старим законом. Страхування від нещасних випадків, зокрема страхування компенсацій працівникам і страхування від професійних захворювань, замінить страхування медичних витрат, довгострокове МС та МС.

Страховання на випадок хвороби також замінить МС та довгострокове МС. Страховання витрат у зв'язку з асиансом (підтримкою) для людей, які опинилися у важкій ситуації під час подорожі, замінює таке страховання, як страховання від фінансових ризиків та страховання від медичних витрат.

Щодо трактування поняття «МС» серед науковців, то також не існує єдиного вектора сутності цього терміну. Сьогодні в науково-практичній літературі існують різні підходи до трактування поняття «МС». При чому цей термін розглядався з різних точок зору та різних галузей науки залежно від мети дослідження. По суті, МС належить до комплексної категорії і явища залежно від його характеру і прояву. Зовні це виглядає як рух грошей, що відбувається під впливом цивільно-правових договірних відносин або зобов'язальних відносин під впливом законів держави.

Так, МС – вид особистого страховання, що укладається на випадок втрати здоров'я особи та покриває медичну допомогу за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних медичних заходів у разі захворювання.

Третяк Д. трактує «МС» як це механізм координації та раціоналізації використання фінансових ресурсів страхового фонду для фінансування лікувального процесу шляхом визначення груп ризику та організації оздоровчо-реабілітаційного лікування великої кількості осіб. Ефективність МС зменшує фінансові втрати через некомпетентність оператора та покращує якість медичного обслуговування [4, с. 47].

У дослідженні Стрілецької В. зазначається, що медичне страховання являє собою сукупність правових норм, якими регулюються суспільні відносини щодо захисту майнових інтересів страхувальників при отримання медичної допомоги у випадку настання страхового випадку, визначеного договором страховання або чинним законодавством за рахунок фондів грошових коштів, сформованих за рахунок страхових внесків [4].

Однак Новосад Я. стверджує, що МС забезпечує захист у разі втрати здоров'я з будь-якої причини. Це забезпечує більшу доступність, якість і повне задоволення різноманітних потреб населення в наданні МП і є більш ефективним порівняно з державним фінансуванням СОЗ. Мета МС полягає у забезпеченні громадян МД за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів. Іншими словами, МС – це страхування від втрати здоров'я з будь-якої причини, наприклад, хвороби або нещасного випадку. Суть такого страхування полягає в наступному: сплативши одноразовий страховий внесок, який значно нижчий за вартість усіх МП, громадяни отримують можливість отримати комплекс МП від кваліфікованих спеціалістів у клініках з платним обслуговуванням. Процедура страхування є безплатною на термін, обумовлений договором страхування [5, с. 60-61].

У медичному страхуванні нещасним випадком є звернення застрахованої особи до ЗОЗ за консультацією та профілактикою у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми чи іншого нещасного випадку під час дії відповідного договору або по іншу допомогу, необхідну для надання МП у межах переліку, зазначеного в договорі страхування [6, с. 67].

Святошнюк А. зазначає, що МС – це вид цивільно-правових відносин, спрямованих на захист майнових інтересів особи, що передбачені чинним законодавством, у разі настання події, що забезпечує (страхує) необхідність отримання МД та МП, що визначені договором страхування [7, с. 235].

Ключовою метою МС є забезпечення лікування пацієнтів, проведення обстежень і лабораторних досліджень, відшкодування вартості ліків і операцій. Це один із видів гарантій, які надаються страховими компаніями для забезпечення надання застрахованій особі якісних МП за грошову винагороду.

Крім того, основними завданнями МС є:

- 1) посередницька діяльність в організації та фінансуванні програм страхування медичного обслуговування населення;

2) контроль кількості та якості лікувально-профілактичної допомоги, виконання страхових медичних програм закладами соціальної сфери та приватними лікарями;

3) розрахунки з медико-соціальними закладами та окремими лікарями за надані послуги за договором через страхові фонди, що утворюються за рахунок грошових внесків підприємств, установ, організацій, громадян [4, с. 46].

Як зазначалося вище, МС буває двох видів: обов'язкове та добровільне. МС, в якій би формі воно не пропонувалося, має однакові цілі та завдання, але інструменти для їх досягнення різні.

Обов'язкове МС базується на принципі соціального фінансування і формується за рахунок обов'язкових внесків, де фінансування системи страхування залежить від рівня доходу (а не від ризику) і не є частиною бюджету. Це відповідає принципу соціальної солідарності (здорові платять за хворих, молоді – за старих, багаті – за бідних) [8].

МС поєднує як економічні, так і соціальні функції. Економічний аспект включає фінансування ОЗ, забезпечення захисту доходів громадян, перерозподіл коштів на оплату МД; Соціальна функція МС включає управління здоров'ям громадян, розвиток ОЗ, покращення ринків ОЗ, та підвищення економічної зацікавленості громадян у питаннях ОЗ [9, с. 736].

Правильно структурована система МС не лише покращить якість послуг для застрахованих у системі, а й сприятиме розвитку МП для решти населення шляхом накопичення додаткових фінансових ресурсів у системі ОЗ. На сучасному етапі розвитку вітчизняної СОЗ запровадження загальнообов'язкового МС є важливим стратегічним кроком реформування сфери ОЗ.

Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14.01.1998 № 16/98-ВР [10] визначає МС як важливий вид загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Відповідно до цього закону МС покриває діагностику та амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення, профілактичні та виховні заходи, забезпечення медичної реабілітації особливо пацієнтам, які перенесли важкі операції або страждають хронічними захворюваннями.

Проте в законі зазначено, що обсяг пільг за рахунок загальнообов'язкового МС визначається базовою та регіональними програмами загальнообов'язкового МС, які затверджуються в установленому законом порядку [10].

МС гарантує працюючим громадянам та їх сім'ям право на кваліфіковану медичну допомогу та матеріальну підтримку у разі хвороби. З огляду на такі цінності МС, в Україні вже багато років відбуваються дискусії на рівні влади щодо запровадження обов'язкового МС про що свідчить низка проектів законів, з яких жоден не був ухвалений ВРУ.

Гальмівними чинниками є нестача ліків і дефіцит бюджету. Також гальмує ухвалення відповідних проектів про запровадження обов'язкового МС нерівномірність розподілу контролю над фінансовими ресурсами, які будуть створені із запровадженням цього виду страхування.

Зазначається, що обов'язкове МС повинно передбачати накопичення страхових коштів у спеціальних фондах і фінансування медичного обслуговування населення у розмірах, установлених законодавством. Сьогодні така форма МС не є повною мірою ефективна, оскільки реформа СОЗ є незавершена через правову невизначеність та труднощі фінансування роботи ЗОЗ та не повністю покриває страхові потреби населення.

Попри те обов'язкове МС повинно передбачати процес накопичення страхових внесків та надання МП усім категоріям громадян за рахунок накопичених коштів відповідно до встановлених законодавством умов і в

розмірах, взятих на себе державою. Це найважливіший елемент системи соціального захисту населення в напрямку ОЗ.

В умовах поточного фінансування СОЗ в Україні запровадження обов'язкового МС повинно відбутися якнайшвидше, адже запровадження такого виду страхування характеризує забезпечення конституційного права громадян України на безоплатну медичну допомогу та подолання недофінансування СОЗ. Досвід країн з розвинутою ринковою економікою засвідчує, що обов'язкове МС є найважливішою формою МС, що особливо слід врахувати органам влади у контексті переходу України до ринкової економічної системи.

Принцип державності запровадження обов'язкового МС передбачає, що засобами державного МС є державні ресурси, оскільки держава виступає страховиком безробітного та незахищеного населення, а також гарантується контроль за перерозподілом закладів загального МС. Держава має забезпечити стабільність цієї системи та виконання зобов'язань перед застрахованими громадянами. Крім того, обов'язкове МС має ґрунтуватися на принципі неприбутковості, а всі прибутки, отримані від надання МП у рамках обов'язкового МС, мають спрямовуватися на підвищення фінансової міцності сектору. Водночас принцип універсальності запровадження обов'язкового МС передбачає, що всі громадяни мають право користуватися МП, які входять до обов'язкового МС [11, с. 265].

Обов'язкове МС є видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, однак, слід зазначити, що на сьогодні в Україні питання обов'язкового МС законодавчо чітко не врегульовано. Зокрема, 4 жовтня 2018 року до Верховної Ради України надійшов проект закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні», але 29 серпня 2019 року цей закон було відкликано [12].

Разом з тим, запровадження обов'язкового МС без створення відповідних економічних і політичних умов для суспільства може спричинити багато проблем. Через сучасний стан ОЗ запровадити обов'язкове МС в Україні в короткостроковій перспективі є неможливим. По-перше, процес запровадження ОМС в Україні є досить проблематичним, особливо з фінансової точки зору. Основним джерелом страхування є страхові внески, основну частку яких сплачує працездатне населення. Запровадження обов'язкового МС призведе до збільшення податків на фонд заробітної плати, розширення використання роботодавцями тінювих систем виплати заробітної плати та може призвести до уповільнення зростання заробітної плати.

Ефективність ОМС залежить від прийнятої концепції страхової медицини. Слід зазначити, що сьогодні в Україні діє змішана СОЗ, в якій домінує бюджетне фінансування. Водночас приватне МС сьогодні становить лише незначну частину СОЗ.

Проте ОМС в Україні досі немає, хоча останнім часом були зроблені кроки щодо його вдосконалення. Підтвердженням цього є наявність трьох законопроектів про загальнообов'язкове державне соціальне МС. Таким чином, Україна на шляху серйозних змін, комплексного та ґрунтовного підходу, який виведе МС на новий рівень.

Таким чином, доцільно відзначити, що процес запровадження ОМС в Україні є досить проблематичним, тому що порядок сплати страхових внесків на соціальне МС громадян, яких вони обслуговують, порушує норми Конституції України про безоплатність МД. Першим кроком у цьому напрямку є створення та прийняття законодавчої бази щодо ОМС. Для ефективного функціонування системи ОМС необхідно використовувати адміністративні та матеріально-технічні ресурси, наявні в країні, реалізація яких неможлива без розвиненої інфраструктури, що вимагає оптимальних і раціональних державних рішень.

Отже, проведені дослідження дозволяють зауважити, що МС є особливою формою соціального захисту інтересів громадян у сфері ОЗ з метою забезпечення доступу громадян до МД за умови їх страхування за рахунок накопичених ними коштів та фінансування профілактичних заходів. Така система МС, яку передбачено розвинути в Україні, сприятиме вирішенню проблем здоров'я населення, посилить контроль за ринком медичних товарів і послуг тощо. При чому впровадження ОМС сприятиме забезпеченню громадянам МД за кошти, накопичені при страхуванні, підвищенню якості МД та розширенню обсягів МД.

1.2. Нормативно-правові засади запровадження медичного страхування в Україні

Охорона здоров'я, як і МД та МС, віднесені Конституцією України до прав громадян України, які є невідчужуваними та непорушними. Згідно з статтею 49 Конституції України кожен має право на ОЗ, медичну допомогу та МС.

ОЗ забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. В Концепції від 30.11.2016 № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування СОЗ» для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного МС, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації СОЗ у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Окремо встановлюється необхідність розробки та прийняття нормативно-правові актів, які регламентують залучення добровільного МС для покриття спів оплати МП та лікарських засобів;

В внесених змінах до Основ законодавства України про охорону здоров'я відведено окреме місце питанням МС. А саме стаття 18 Основ може стати

вихідною нормою страхового законодавства, відповідно до якої держава забезпечує створення і функціонування системи МС населення [46].

Складність суспільних відносин, особливий характер фінансової діяльності, які супроводжують МС, зумовлюють розвиток страхового права в системі права України та формуванні нової категорії медичних правовідносин [47]. Адже питання правової регуляції МС мають включати питання регуляції страхової діяльності, фінансових послуг, норм господарської діяльності, забезпечувати права громадян на соціальний захист, гарантований державою, та відповідати основам законодавства про охорону здоров'я.

МС, яке є формою соціального захисту інтересів населення у галузі ОЗ, пропонується здійснювати у двох варіантах: загальнообов'язковому і добровільному порядку.

Загальнообов'язкове державне соціальне МС є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і забезпечує всім громадянам рівні можливості для отримання МД на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я. Загальнообов'язкове соціальне МС здійснюється Страховими фондами, де основними суб'єктами є роботодавці та застраховані особи, а основним джерелом коштів є страхові внески страхувальників-роботодавців і застрахованих осіб, що сплачують їх в умовах та в порядку, передбачених законом. Відповідно до ст. 25 Закону України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [48] послуги, які охоплює такий вид страхування: є діагностика та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення; профілактичні та освітні заходи; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання.

Добровільне МС – це частина особистого страхування, яке є доповненням до системи соціального забезпечення. Здійснюється на основі програм добровільного МС і забезпечує отримання додаткових послуг в охороні здоров'я понад обсягів і рівнів, визначених програмами загальнообов'язкового державного соціального МС. Добровільне МС може бути колективним та індивідуальним.

Питання МС визначаються в наступних нормативно правових актах:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19 жовтня 2017 № 2168-VIII);
- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування ОЗ» (від 30 листопада 2016 № 1013-р);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки») (від 16 березня 2017 № 180);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» (від 27 грудня 2017 № 1101-2017-п);
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (від 25 квітня 2018 № 407);

Накази Міністерства ОЗ України:

- Наказ Міністерства ОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (від 19 березня 2018 № 503);
- Наказ Міністерства ОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної МД» (19 березня 2018 № 504).

Нормативно-правові акти, що регулюють МС в Україні, можна поділити на чотири групи:

- законодавство, що регулює відносини у сфері господарської діяльності;
- законодавство щодо власне страхової діяльності;
- спеціалізовані норми права, які регулюють окремі питання страхової діяльності, зокрема щодо МС;
- законодавство з регулювання ринку фінансових послуг.

Законодавче врегулювання страхових правовідносин здійснюється нормами Цивільного кодексу України, Господарського кодексу України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та іншими нормативно-правовими актами України.

Одним нормативно-правовим актом, який визначив правові засади надання фінансових послуг, зокрема у сфері страхування, став Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.07.2001 № 2664-III.

Окремі питання здійснення державного соціального страхування регулюють такі документи: «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування».

Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ВР зі змінами і доповненнями та Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX, що вступає в дію зазначає, що МС може бути як добровільним так і обов'язковим видом страхування.

Серед видів добровільного страхування виділяють:

- МС (безперервне страхування здоров'я);
- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- страхування медичних витрат;

Стаття 30 цього закону визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків. А саме необхідність формування окремих резервів для забезпечення страхових зобов'язань із страхування життя і МС.

В Україні державне регулювання питання про обов'язкове МС не до кінця закріплено, тому що нормативно-правовий акт стосовно механізму реалізації МС в обов'язковій формі в чинному законодавстві відсутнє.

Проте, існують декілька законопроектів, що знаходились на розгляді у Верховній Раді України, які передбачають можливість запровадження в Україні обов'язкового МС як перспективу розвитку вітчизняного законодавства. Це законопроекти «Про загальнообов'язкове державне МС» (реєстр. № 2597-1 від 05.04.2013 року) та проект Закону України проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне МС (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 року). Верховна Рада України 04.10.2018 року отримала проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні», але 29.08.2019 року цей закон було відкликано.

В законопроекті № 2597 задекларовані принципи здійснення МС:

- солідарності та субсидування;
- законодавчого визначення умов і порядку здійснення МС;
- обов'язковості страхування осіб, зазначених у статті 6 цього Закону;
- чіткого визначення обсягу та забезпечення реалізації державних гарантій реалізації застрахованими особами їх прав на отримання безоплатної МД за цим Законом;
- цільового використання коштів МС;
- забезпечення достатності необхідної МД, що надається в разі настання страхового випадку та їх відповідності чинним стандартам якості;
- обов'язковості фінансування Фондом витрат, пов'язаних з наданням МД в обсягах, передбачених цим Законом;
- паритетності представників держави, застрахованих осіб і роботодавців в управлінні Фондом;
- невідворотності юридичної відповідальності суб'єктів МС, постачальників МД за правопорушення в сфері МС;

-права на добровільну участь у системі МС осіб.

Згідно зазначення Міністерства ОЗ України, існують обов'язкові гарантії МП.

В Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначена, як програма, що визначає перелік та обсяг МП (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм МП та лікарських засобів.

1.3. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування

Нині існує три основних види фінансування ОЗ: державне (бюджетне), соціальне страхування та приватне МС. Звичайно, чистих форм на практиці ні в природі, ні в суспільстві не існує. Тому фінансування ОЗ, як правило, відбувається у змішаній формі. Проте залежно від домінуючої форми

фінансування СОЗ поділяється на державну (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового МС (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішану (бюджетно-страхову) (США), де близько 90% населення країни користується послугами приватних страхових компаній.

Проблема ОЗ зростає з кожним роком. Однією з цілей сталого розвитку є здоров'я та благополуччя населення, тому кожна країна зацікавлена в забезпеченні соціального захисту, здоров'я та працездатності суспільства. МС відіграє роль альтернативної моделі організації ОЗ та є важливим елементом соціальної інфраструктури. Крім того, МС може перекласти тягар з державного бюджету на плечі страхових компаній і забезпечить розвиток конкуренції на ринку медицини та підвищення його якості.

Здійснюючи ринкові перетворення у цій сфері, Україна прагне створити змішану бюджетно-страхову систему фінансування ОЗ. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування ОЗ, Україна переймає цей досвід інших країн світу. Реалізовані законодавчі положення у сфері МС повинні бути ретельно проаналізовані фахівцями з вітчизняним та закордонним досвідом практичного МС. Тому досить актуальним є дослідження основних принципів поєднання бюджетних і страхових коштів для забезпечення населення якісними МП на прикладі країн, які вже досягли відповідних успіхів у цій сфері.

Природне право людини на отримання МД у разі погіршення (ушкодження) здоров'я реалізується через систему ОЗ. Діяльність ЗОЗ має не лише індивідуальний, а й відчутний соціальний вимір. Адже люди, взаємодіючи в суспільстві, контактено чи безконтактено, можуть істотно впливати на фізичний і психічний стан інших людей. Тому у світовій практиці неможливо знайти країну, де б суспільство було абсолютно байдужим до СОЗ. В економічному аспекті стан, ефективність і перспективи розвитку СОЗ значною мірою залежать від системи фінансування цієї галузі економіки [1].

Невелика кількість країн може дозволити собі взяти на себе відповідальність за майже повне надання МД лише за рахунок бюджету. У більшості країн намагаються поєднати різні форми фінансування СОЗ. Це пояснюється, перш за все, тим, що в сучасних умовах зростає кількість загроз здоров'ю громадян:

- процеси глобалізації пошвидко міграції людей, які поширюють інфекційні захворювання, не властиві цілим регіонам;
- надзвичайно швидкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних змін в економіці, створюють низку стресових ситуацій, які негативно впливають на здоров'я населення;
- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії підвищують потребу в медичній допомозі;
- продовження життя супроводжується старінням населення, що створює додаткові витрати на догляд за хворобами старості тощо [2].

З іншого боку, бюджет кожної країни завжди обмежений і тому недостатній для фінансування всіх суспільних благ. Більш того, якщо держава бере на себе значну частку відповідальності за здоров'я нації, роботодавці та самі громадяни перестають про це піклуватися. Тому більшість країн світу використовують змішані системи фінансування ОЗ.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації ОЗ (ВООЗ), СОЗ – це сукупність усіх організацій, осіб і видів діяльності, основним завданням яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я. Існує чотири основні моделі СОЗ залежно від джерела фінансування: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного МС та модель «з власної кишені».

Виділяють такі критерії, за якими відрізняються моделі фінансування ОЗ: доступність для громадян; джерела фінансування; роль держави; відносини між державним і приватним секторами; контроль за якістю надання МД; заходи щодо стимулювання медичних працівників.

Модель Беверіджа – національна медична служба з єдиним платежем (приклади: Великобританія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба). Модель Беверіджа вперше була розроблена сером Вільямом Беверіджем у 1948 році у Великій Британії. Вперше у світі повністю безкоштовне медичне обслуговування було надано на основі громадянства, а не плати чи страхування. Пізніше ця система поширилася на країни Північної Європи, а також на Нову Зеландію та Кубу. Цікавим фактом є те, що Куба – єдина країна, що розвивається, яка посіла 30 місце в списку найздоровіших націй світу (за версією журналу Bloomberg). Для порівняння, на Кубі на одного лікаря припадає 173 пацієнти, а у Великобританії – 1 лікар на 600 пацієнтів.

Кубинська система є однією з найбільш суперечливих і парадоксальних медичних систем у світі: з великою кількістю лікарів з низькою зарплатою та застарілим обладнанням, кількість якого постійно зменшується, але кількість медичного персоналу залишається стабільно високою, а лікарі змушені працювати на кількох посадах.

Модель Беверіджа характеризується централізацією медичної системи через створення національної служби ОЗ. Уряд діє як єдиний платник, усуваючи ринкову конкуренцію та загалом утримуючи ціни на низькому рівні. Фінансування медицини з податку на прибуток робить медичне обслуговування безкоштовним за місцем надання допомоги – після консультації чи процедури пацієнт не повинен нічого доплачувати, адже податки він уже заплатив. За цією системою значна частка медичних працівників є державними службовцями. Головним чинником цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, загальне охоплення гарантується урядом, і кожен громадянин має рівний доступ до МД.

Модель Бісмарка – модель соціального МС (приклади: Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія). Це більш децентралізована форма ОЗ. Модель Бісмарка була створена наприкінці XIX століття Отто фон Бісмарком.

Роботодавці та службовці фінансують МС за цією моделлю: працевлаштовані мають доступ до "лікарняних фондів", створених обов'язковими посвідченнями про оплату праці. Крім того, плани приватного страхування охоплюють кожного працівника, незалежно від попередніх умов.

Постачальники МП, як правило, є приватними установами, хоча фонди соціального МС вважаються державними. Деякі країни мають одного страховика (Франція, Корея). В інших країнах може бути кілька конкуруючих страховиків (Німеччина, Чехія) або кілька неконкуруючих страховиків (Японія). Незважаючи на кількість страховиків, держава жорстко контролює ціни, а страхові компанії не заробляють. Ці заходи дозволяють уряду здійснювати подібний контроль над цінами на медичне обслуговування, як і в моделі Беверіджа.

Вимога працевлаштування для МС надає переваги та створює проблеми. Ці заходи забезпечують працівникам медичне обслуговування, яке їм необхідно для продовження роботи та підтримки продуктивної робочої сили. Оскільки вона спочатку не була розроблена для забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, модель Бісмарка зосереджує ресурси на тих, хто може зробити фінансовий внесок. Оскільки охорона здоров'я є привілеєм для працівників, модель стикається з низкою проблем: наприклад, як піклуватися про людину, яка не може працювати або не може платити внески. Більш нагальні практичні питання включають те, як впоратися зі старіючим населенням, непропорційною кількістю пенсіонерів порівняно з працюючими громадянами та як залишатися конкурентоспроможними в залученні транснаціональних компаній, які можуть віддавати перевагу місцям без зобов'язань щодо виплати.

Модель національного МС – національне МС з єдиним платником (приклади: Канада, Тайвань, Південна Корея)

Модель національного МС включає в себе аспекти моделей Бісмарка та Беверіджа. Як і в моделі Беверіджа, держава є єдиним платником за медичні процедури, так само як і в моделі Бісмарка, постачальники послуг є приватними. Універсальна страховка не приносить прибутку і не відмовляє в медичній допомозі у разі скарги. Останнім часом у країнах із СОЗ типу Беверіджа спостерігається тенденція до прийняття характеристик Бісмарка або навпаки, що призвело до того, що політика ОЗ в багатьох країнах (наприклад, Угорщина та Німеччина) схиляється до змішаної моделі. У деяких країнах, наприклад у Канаді, приватні договори страхування дозволені для тих, хто віддає перевагу їм.

Особливостями національної системи МС Канади є:

- обов'язкове МС;
- понад 90% усіх витрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається за рахунок державних коштів. Прогресивний податок покриває 25% усіх витрат на охорону здоров'я;
- добровільне страхування покриває лише ті МП, які не покриваються системою загального страхування.

Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дозволяє лікарням залишатися незалежними, одночасно зменшуючи внутрішні ускладнення, пов'язані зі страховими полісами. Фінансові перешкоди для лікування, як правило, низькі, і пацієнти, як правило, вільні у виборі постачальників МП.

Як і модель Беверіджа, ця система забезпечує населення більшістю медичних процедур незалежно від рівня доходу. Ця модель може також зменшити витрати на адміністрування МС, оскільки уряд обробляє всі претензії та зменшує дублювання послуг. Найбільшим недоліком цих двох систем є те, що ці системи характеризуються довгими чергами на лікування. Список очікування не обмежується плановими операціями чи невідкладними

процедурами. Черги є навіть у таких сферах, як нейрохірургія. Згідно з дослідженням, більшість країн, включаючи Австралію, Канаду та Італію, вважають час очікування серйозною проблемою для здоров'я. До прикладу, час очікування на заміну кульшового суглоба в Канаді може коливатися від 42 до 178 днів.

Старіння населення та надмірне використання ресурсів екстреної МД також створюють проблеми для довгострокової стійкості цієї моделі.

Пряма модель оплати, також відома як «з власної кишені», — охорона здоров'я, орієнтована на ринок (прикладі: сільські райони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки).

Звичайно, національні СОЗ в різних країнах не відповідають жодній стандартній моделі. Відмінності між країнами в цій сфері настільки великі, що самі поняття «державна охорона здоров'я» та «універсальне МС» інколи просто вводять в оману, ніби вся різноманітність способів організації медицини та МС в різних країнах може бути вписана в якусь стандартну колективну модель. У межах цих загальних категорій спостерігаються суттєві відмінності. У деяких країнах пайова участь споживачів у фінансуванні ОЗ є досить значною - таким чином там намагаються уникнути зайвих звернень за медичною допомогою та зростання витрат на ці потреби. В інших країнах суми, які споживач повинен викласти з власної кишені, різко обмежуються. Деякі країни дозволяють вільно вибирати ЗОЗ, в інших державах ці можливості сильно урізуються. У якихось країнах поширене придбання альтернативних чи додаткових полісів у приватних страховиків, а десь приватне страхування заборонено чи розвинене дуже слабо.

В нашій роботі запропоновано порівняти систему державного регулювання медичним страхуванням в різних країнах в залежності від прийнятого в державі типу СОЗ. Країни для порівняння були згруповані в залежності від моделі СОЗ (система Беверіджа, Бісмарка, та приватно-

підприємницька), рейтингу ефективності та якості за результатами аналізу ВООЗ. Тобто вивчались країни з найбільш розвиненими та ефективними СОЗ.

3.2.1 Приватно-підприємницька модель на прикладі США

Система МС США нині поєднує два типи страхування: приватне (в основному) та державне (меншою мірою, програми Медикейд та Медикер) [62, 63]. Система базується на сполученні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не несе адміністративних функцій, а потім розділяється страховим організаціям на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків.

Сучасне становище системи МС в США визначає прийнятий у 2010 р. за ініціативи президента Барака Обама акт під назвою «Реформа ОЗ та захисту пацієнтів у США» (Patient Protection and Affordable Care Act, Affordable Care Act), також іноді Обама Care або Обама Act.

Нині в США існують лише дві основні державні програми по медичному страхуванню – Медикер та Медикейд. Програма Медикер, розрахована переважно на осіб, віком 65 років і вище та люди з обмеженими можливостями (інваліди). Медикейд та її складова Дитяча програма МС спрямована на надання МД малозабезпеченим особам. Головна відмінність Медикейд в тому, що вона діє на рівні 28 штатів, і не є загальнодержавною, в той час як Медикер існує на загальнодержавному рівні [64, 65].

Приватне МС – основа всієї системи МС Сполучених Штатів, яке тісно пов'язане із трудовою діяльністю. У цілому, близько 85% населення має МС, з них 64% отримали його від роботодавця, 9% придбали самостійно, 27% отримують медичну страховку в рамках державних програм (Медикейд та Медикер) [66]. Біля 15% населення не мають доступу до МС і являють собою малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, що не мають системи МС. Наявність роботи не гарантує отримання медичної

страховки. Втрата робочого місця автоматично приводить до втрати медичної страховки.

Слід зазначити, що система приватного МС США кардинально відрізняється від інших країн через значну гнучкість. Працівник чи роботодавець сам обирає певну страховку, яка часто не залежить від зарплати, а залежить від того комплексу послуг та місць, де така допомога може бути надана та відсотку, який покриє страхова компанія. Як правило, чим вищі страхові внески тим і вищий буде відсоток, який згодом покриє компанія. Однак, в той же час, в США практично не існує такої страховки, яка покрила би всі витрати. МС за принципом «все включено» можуть дозволити собі лише дуже заможні люди. Але в цілому, страхові компанії в США пропонують безліч різних варіацій МС, тому ця система тут є дійсно гнучкою [65, 66].

Наявність багатьох гравців на ринку приватного МС з одного боку сприяє конкуренції та підвищенню якості та гнучкості, а з іншого боку потребує чіткого регулювання з боку держави. Державне регулювання ПМС направлено на регламентування вимог щодо програм МС, а саме забезпечення захисту пацієнтів, доступності та рівності при отриманні страхового покриття, високої якості та повноти наданої МД.

Плани ОЗ, що продаються на ринку США, повинні відповідати вимогам як штату, так і федерального рівнів. Багато федеральних вимог були встановлені відповідно до Закону про захист пацієнтів та доступну допомогу. Як правило, федеральні стандарти встановлюють мінімальний рівень вимог і штати можуть накладати додаткові вимоги до емітентів і планів, які вони пропонують, за умови, що державні вимоги не суперечать федеральному законодавству і не перешкоджають виконанню федеральних вимог. Певні типи планів МС мають пропонуватися на гарантійній основі.

Основні категорії федеральні вимог до планів МС:

1) отримання страхового покриття та розробка внесків на МС. Забороняється використовувати фактори здоров'я при визначенні премій (виплат), але дозволяється варіація премії на основі інших факторів (вживання тютюну, вік, тощо). Забороняється використання генетичної інформації, для відмови в страховому покритті.

2) послуги, що покриваються страхуванням та ліміти розподілу витрат. Державне регулювання послуг, що покриваються страхуванням та ліміти розподілу витрат чітко регулює відсутність обмежень терміну перебування в лікарні, обов'язкову наявність повних виплат на реабілітацію за потребою.

3) допомога споживачам та інші засоби захисту пацієнтів. Плани МС повинні включати ефективний процес апеляції щодо визначення покриття та претензій.

4) вимоги до постачальників МП стосуються наявності ліцензії та якості надання МД.

5) Заборонено надавати пріоритет або обмеження будь-яким надавачам МП, які діють в межах ліцензії або сертифікації відповідно до чинного законодавства штату. Таким чином закріплюється вільний вибір пацієнтом надавача МП.

Незважаючи на деякі недоліки, в цілому система МС в США є досить гнучкою, і це напевно найбільш важлива перевага, порівняно з більш фіксованими системами МС в інших країнах. Недарма, ВООЗ у 2000 р., провівши аналіз СОЗ у 191 країні світу, поставив США на перше місце у світі у рейтингу найбільш стабільних систем, здатних до швидкого реагування, за умов, що змінюються [63].

Американська СОЗ, безсумнівно, має свої проблеми. Витрати на неї зростають, і розподіляються вони таким чином, що деякі люди не можуть собі дозволити тих МП, які вони хотіли б отримати або яких потребують. І хоча в США надаються послуги ОЗ найвищої у світі якості, ця якість не скрізь

однакова, і надто часто американці не можуть отримати МД, що відповідає належним стандартам. Так за даними Mirror, Mirror 2021 СОЗ США посіла останнє місце за підсумками рейтингу міжнародних СОЗ з 11 країн, незважаючи на те, що витрачають набагато більше свого валового внутрішнього продукту на охорону здоров'я [67]. США посідають останнє місце за доступом до допомоги, адміністративною ефективністю, справедливістю та результатами МД, але на другому місці за показниками якості.

У менш розвинутих регіонах, де не вистачає ресурсів для створення масової МД, пацієнти змушені платити за процедури зі своєї кишені. Без достатньої кількості грошей бідні не можуть дозволити собі належне медичне обслуговування. На жаль, така ситуація поширена в більшості країн, оскільки лише найбагатші країни мають надійні СОЗ [3].

Таблиця 1.3.1

Характеристика моделей МС

Модель МС	Характеристика
Британська модель	<ul style="list-style-type: none"> - високий ступінь централізації; обов'язковим медичним страхуванням охоплена 1/3 населення країни; - поширення систем бюджетного фінансування. Менше 10% бюджету СОЗ складають витрати роботодавців і більше 90% податкові надходження до бюджету. - обов'язкове МС для всіх працівників; - 10% вартості лікування несе пацієнт; - недержавне страхування категорій осіб, які не підлягають обов'язковому страхуванню, та поширення недержавного добровільного страхування на послуги, що не надаються національною службою здоров'я.
Американська модель	<ul style="list-style-type: none"> - акумуляція коштів у централізованому страховому фонді; - розподіл коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20% населення; - добровільне групове страхування за місцем роботи охоплює близько 60% населення; - добровільне страхування не за місцем роботи охоплює близько 2% населення; - 15% населення не мають доступу до МС.

Японська модель	<ul style="list-style-type: none"> - наявність двох основних програм МС: державної та громадської; - МС для всіх працівників та їхніх сімей, які працюють у компаніях з 5 і більше співробітниками; - розрахунок страхових внесків від стандартного місячного доходу; - покриття МП з додатковим комфортом через добровільне МС.
Німецька модель	<ul style="list-style-type: none"> - децентралізація, яка означає, що в країні існує понад 1000 страхових фондів: спеціальні, територіальні та фонди заміщення; - обов'язковість МС; - головне завдання влади – створити умови для надання МП і контролювати їх виконання. - розподіл обов'язків між державою та фондом страхування щодо здійснення активних заходів щодо обмеження зростання цін на МП. Страховий фонд запроваджує жорстку систему взаєморозрахунків із ЗОЗ, систему співоплати ліків застрахованим тощо.

Розроблено автором за: [4]

Слід зазначити, що наведені вище моделі є більш теоретичними, оскільки насправді кожна країна загалом має однакову систему ОЗ для більшості громадян і поєднує в собі риси різних моделей, оскільки кожна модель має сильні та слабкі сторони (див. табл. 1.3.2).

Таблиця 1.3.2

Переваги і недоліки основних моделей СОЗ

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Модель Бісмарка (Німеччина, Швейцарія, Японія, Австрія)	<ul style="list-style-type: none"> - Розвиток та інновації. - Якісна безкоштовна МД та вільний вибір лікаря. - Додаткові джерела фінансування. 	<ul style="list-style-type: none"> - Високі адміністративні витрати. - Надання послуг ризиковим верствам населення.

<p>Модель Бевериджа (Великобританія, Ірландія, Італія, Канада, Іспанія)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Безкоштовні послуги доступні великій кількості населення. - Загальнодоступність. - Контроль за використанням коштів. 	<ul style="list-style-type: none"> - Обмеженість у виборі лікаря. - Великі адміністративні витрати. - Бюджетний дефіцит. - Обмеженість прав ЗОЗ.
<p>Приватна модель (США, Ізраїль, Північна Корея)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Велика кількість ЗОЗ. - Наявність високого доходу медичних працівників. - Високі інноваційність та ефективність. -Контроль за якістю надання МП. 	<ul style="list-style-type: none"> - Високі адміністративні витрати та вартість МП. - Відсутність єдиної СОЗ. - Складність у повному та комплексному обстеженні

Розроблено автором за: [3]

У кожній країні є проблеми при спробі побудувати систему надання МД. Жодна СОЗ не є абсолютно однаковою та повністю безпроблемною. Метод, який працює в одній країні, швидше за все, не може бути повноцінно використаний в іншій через інші проблеми зі здоров'ям, інші пріоритети, інший менталітет.

Нами встановлено переваги та недоліки і запропоновано кращі елементи впровадження медичного страхування застосувати для впровадження в Україні, зокрема оцінка переваг та недоліків різних моделей медичного страхування є важливим етапом у визначенні оптимальної системи для впровадження в Україні. Зокрема, узагальнено, ми виділили наступні переваги та недоліки кожної моделі:

Модель загального державного медичного страхування (однорівнева): переваги – модель дозволяє забезпечити всебічний доступ до МП для населення безпосередньо через державні фонди; недоліки – можливість дефіциту фінансування через обмежені ресурси державного бюджету, а також бюрократичні перешкоди системи ОЗ.

Модель соціального медичного страхування (дворівнева): переваги – модель сприяє розширенню доступу до МД через комбінацію державних та

приватних страхових компаній, стимулює конкуренцію та підвищення якості наданих МП; недоліки – ризик виникнення соціальних нерівностей у доступі до МД, особливо для соціально вразливих верст населення.

Модель обов'язкового приватного медичного страхування: переваги – модель сприяє залученню приватного капіталу до СОЗ та стимулює конкуренцію між страховими компаніями; недоліки – ризик виникнення проблеми недостатнього покриття для найбільш соціально вразливих верств населення, ймовірність перевищення вартості страхових полісів.

Україна може використовувати кращі елементи з різних моделей, щоб створити гібридну систему медичного страхування, яка відповідатиме унікальним потребам та характеристикам українського суспільства. Наприклад, можливо створити базовий рівень державного МС для населення, додаткові програми приватного страхування для тих, хто бажає отримувати розширений перелік МД та МП за полісом МС. Важливо враховувати фінансові можливості держави і рівень соціальних гарантій для населення.

Багаторічний світовий досвід у сфері МС доводить високу ефективність різноманітних моделей і систем МС. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування ОЗ: державне, через обов'язкове та добровільне МС та змішана форма. Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії державне фінансування є домінуючим. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового МС, тоді як у США перевага віддається змішаній формі фінансування ОЗ, де близько 90% американців користуються послуги приватних страхових компаній.

У Франції МС було введено в 1910 році, спочатку у формі кас самопомоги, а з 1928 року ці каси трансформувалися в страхові компанії.

Зараз у Франції існує одна ієрархія страхових фондів, існує вертикальна система МС: потужна страхова організація - Інститут соціального страхування (національний фонд страхування працівників), який знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та Праці та охоплює 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але, як правило, підпорядковані адміністративному контролю з боку центру.

У Нідерландах МС зародилося в 1901 році і складалося з кількох сотень компаній взаємодопомоги та страхування. Деякі з них були великими, але більшість були невеликими організаціями, що представляли інтереси населення невеликих міст, бізнесу тощо.

У 1940 році почалося впровадження керованого МС, що вимагало впровадження стандартизації при створенні системи МС, і тому більшість дрібних компаній об'єдналися у більші страхові фонди. Нині діяльність територіальних страхових організацій регулює Центральна рада страхових фондів, до складу якої входять представники роботодавців, профспілок, лікарських палат та органів управління. Цей орган не є державним, але на нього покладено низку важливих повноважень, зокрема, забезпечення того, щоб страхові компанії не відмовляли населенню у страхових МПах, контроль за витрачанням коштів, надання інформації, необхідної для визначення стандарту централізованого фінансування страхових організацій, розрахунок страхових внесків і тарифів. Велика частина населення була охоплена системою керованого страхування з правом самостійного вибору страхової компанії.

У Швеції один із найвищих стандартів життя у світі. У Швеції закони про МС були прийняті в 1898 році. Загальне обов'язкове МС було запроваджено в 1955 році. Воно охоплювало всіх громадян. Національна система соціального забезпечення є загальною і обов'язковою для всього населення країни. Його невід'ємною частиною є особисте медичне та стоматологічне страхування.

Управління усією системою здійснюють 26 регіональні установи соціального страхування. Їх діяльністю керує Національна рада соціального страхування. 25% видатків на соціальну допомогу покриває ДБ, 26% витрат несуть повітові ради, 48% – роботодавці. Суто на охорону здоров'я та медичне обслуговування 18% коштів відраховує держава, 51% - місцева влада і 31% - роботодавець. Однією з особливостей шведської системи страхування є передача страхувальником страховикам своїх законних прав у питаннях МС.

Основним принципом діяльності приватних страхових компаній є доповнення державної СОЗ. Це означає, що предметом страхування є лише ті ризики, які не покриває Національний фонд здоров'я.

Держава Ізраїль не має державної СОЗ, але 94% населення охоплено комплексним медичним страхуванням. МС забезпечується переважно лікарняною касою величезної профспілки Гістадрут (83% випадків), а також іншими медичними страховими фондами (17% випадків). Керівництво ЗОЗ здійснюється різними установами, головними з яких є профспілки та уряд. У відділенні ізраїльської профспілки Купат Халім розташовані найбільші та найкращі лікарні країни. Невелика кількість лікарень перебувають у приватній власності. Найбільша профспілка в Ізраїлі є основним постачальником МП через Загальний фонд праці для допомоги хворим.

Добровільне МС розвивається незначно і надає виплати лише в тих сферах, які не охоплюються загальним страхуванням.

В Австралії основою системи МС є програма «Medicare», за якою всьому населенню оплачується 85% вартості різноманітних МП, за винятком стоматологічної, оптометричної та невідкладної допомоги. Фінансування відбувається за рахунок страхових внесків у розмірі 1% від винагороди. У державних медичних закладах малозабезпеченим надається МД безкоштовно. Добровільне МС розвинене недостатньо та надає додаткові послуги [5].

Безумовно, мінімальна межа державного втручання у надання МД визначається необхідністю надання необхідних послуг найбільш уразливим верствам населення. Тоді держава має створити умови, за яких роботодавці були б зацікавлені у створенні належних умов праці та відновленні здоров'я своїх працівників. Крім того, завдання уряду – запровадити таку політику доходів, яка б дозволяла громадянам оплачувати якісні МП.

МС – форма особистого страхування, яка гарантує надання МД громадянам у разі настання страхового випадку за рахунок накопичених страхових коштів. Своєю чергою, страхова медицина – це система фінансування СОЗ за рахунок страхових коштів.

Існує три основних види фінансування медицини: державне (бюджетне), в якому частка держави перевищує 70% загального фінансування, соціальне (за рахунок коштів загальнодержавного соціального страхування, які не надходять до бюджету), приватне МС. Кожна країна зазвичай використовує всі три види фінансування, поєднуючи їх у різних пропорціях.

Побудова надійної СОЗ вимагає спільної роботи міждисциплінарних експертів, медичних працівників, політиків та інших зацікавлених сторін, щоб спробувати вирішити багато складних аспектів здоров'я.

Усі країни мають певну форму та тип МС, як добровільного, так і обов'язкового, і лише економічно розвинені країни, такі як Великобританія, Швеція, Канада та Австралія, можуть дозволити собі медичне обслуговування, що фінансується державою, але навіть у цих економічно розвинутих країнах існують системи МС.

Головною рушійною силою створення якісного функціонування МС є вибір державою ефективної моделі фінансування ОЗ, за якої всі матеріальні ресурси розподілялися б і використовувалися найбільш раціонально та ефективно. Для кожної країни вибір найбільш підходящої СОЗ стане можливістю покращити якість МП, оптимізувати роботу ОЗ та збільшити

фінансування. Варто розуміти, що СОЗ – це не просто піраміда державних установ, а й міждисциплінарна діяльність медичного персоналу, яка покращує здоров'я населення.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації ОЗ (ВООЗ), СОЗ – це сукупність усіх організацій, людей і видів діяльності, основною функцією яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я. Залежно від джерела фінансування в системі ОЗ розрізняють чотири основні моделі МС: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного МС та «кишенькову» модель. Кожна модель унікальна, але більшість країн не дотримуються строго однієї моделі й тому створюють власні гібридні моделі, які включають кілька особливостей кожної із чотирьох виділених моделей вище [5].

У чотирьох основних моделях МС слід враховувати такі фактори:

1. Першим фактором є кількість джерел покриття або фінансової допомоги, наявних у моделі. Якщо є одне джерело страхування, то це називається «моделлю єдиного платника». Коли є кілька джерел страхування, то це називається «моделлю кількох платників».

2. Другим фактором є саме покриття. У моделі з одним платником це може бути держава, у моделі з кількома платниками це може бути приватна страхова компанія.

3. Третій фактор – це джерело фінансування.

4. Четвертим фактором, який слід враховувати, є сектор, відповідальний за надання підтримки (приватний чи державний сектор). Це залежить не лише від того, чи є заклад ОЗ державним чи приватним, а й також від того, чи є працівники, що надають МП, державними, чи приватними працівниками [6].

Кожна з чотирьох основних моделей надання МП знаходиться в різній точці спектра націоналізації та приватизації, причому один кінець представляє 100-відсоткову націоналізацію, коли охорона здоров'я повністю фінансується та надається державою, а інший кінець представляє повністю приватні МП, що

вказує на підтримку 100-відсоткової приватизації, де сектор повністю фінансується та підтримується без державного втручання. У широкому сенсі націоналізація пов'язана з розширенням доступу до ОЗ, зниженням витрат і меншою адміністративною складністю, тоді як приватизація пов'язана з меншим регулюванням, більшою свободою для медичних працівників і підгрунтям для інновацій.

Модель Беверіджа створена у Великобританії та широко поширена в багатьох частинах Північної Європи та світу. Згідно з цією моделлю уряд діє як єдиний платник, усуваючи конкуренцію на ринку та загалом утримуючи ціни на низькому рівні. Фінансуючи медичну допомогу коштом податку на прибуток, можна отримати безплатні МП за місцем надання таких послуг. Це означає, що пацієнти не повинні нести витрати зі своєї кишені через податкові внески після прийому або операції. У цій системі більшість медичного персоналу є державними працівниками. Ключовим елементом цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, уряд гарантує загальне охоплення та те, що всі громадяни мають рівний доступ до МД.

Уряд діє як єдиний платник, усуваючи будь-яку конкуренцію на ринку, зберігаючи витрати на низькому рівні та стандартизуючи вигоди. Як єдиний платник, він контролює, що можуть робити «внутрішні» постачальники послуг і скільки вони можуть стягувати страхових виплат. Кожному платнику податків гарантується рівний доступ до МД, і ніхто не отримує рахунки за медичне обслуговування.

Одним з недоліків моделі Беверіджа є потенційний ризик неправильного використання. Без обмежень відкритий доступ може призвести до того, що часто МП можуть надаватися без критичної на те потреби. Це призводить до підвищення витрат і податків.

Така модель МС використовується Великобританією, Іспанією, Новою Зеландією, Гонконгом, США.

Щодо Великобританії, то слід зауважити, що громадяни цієї країни не платять прямий внесок у систему МС. Натомість держава фінансує систему ОЗ і тому тісно пов'язана з державним бюджетом та державною фінансовою політикою. З цієї причини протягом останніх років неодноразово спостерігалось зниження якості МД [7].

Модель Бісмарка була розроблена Отто фон Бісмарком наприкінці ХІХ століття як більш децентралізована форма ОЗ. Згідно з моделлю Бісмарка, роботодавці та працівники несуть відповідальність за фінансування системи МС через «лікарняний фонд», зібраний шляхом відрахувань із заробітної плати. Приватне страхування поширюється на всіх працівників незалежно від попередніх хвороб і не залежить від доходу. Постачальники МП і ЗОЗ, як правило, є приватними підприємствами, але страхові компанії є державними підприємствами. У деяких випадках це одна страхова компанія (наприклад, у Франції). В інших країнах, таких як Німеччина, Чехія тощо, функціонують багато конкурентних страхових компаній. Проте уряд контролює ціни, подібно до моделі Беверіджа.

Щодо моделі МС Німеччини, то всі жителі цієї країни зобов'язані оформити МС. Вони сплачують внески на МС щомісяця. На випадок хвороби медична страховка покриває всі необхідні МП. Сюди входять витрати на медичні операції, лікування та медикаменти. У Німеччині існує дві системи МС.

1. Державне МС, яке здійснюють некомерційні фонди МС, а розміром внеску є відсоток від доходу. Вартість і покриття майже однакові в усіх державних медичних страхових компаніях. 89% жителів Німеччини мають державне МС.

2. Приватне МС, яке здійснюють приватні страхові компанії. Вартість залежить від віку та стану здоров'я на момент реєстрації. Покриття є більш гнучким, а вартість значно варіюється. Відповідно 11% жителів Німеччини мають приватне МС [8].

Вимоги щодо працевлаштування для МС забезпечують як переваги, так і виклики. Ці заходи гарантують, що працюючі люди можуть продовжувати працювати та отримувати медичне обслуговування, необхідне для підтримки продуктивної робочої сили. Оскільки модель Бісмарка спочатку не була розроблена для забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, вона зосереджує ресурси на тих, хто може зробити фінансовий внесок, перетворюючи сферу ОЗ з привілею працюючих громадян на право всіх громадян. Для належного функціонування цієї моделі на практиці виникає ряд проблем, наприклад, як піклуватися про тих, хто не може працювати або не може дозволити собі сплачувати внески. Серед більш нагальних і практичних проблем – це вирішення проблеми старіння населення, нерівна кількість пенсіонерів порівняно з працюючими громадянами, а також те, як залишатися конкурентоспроможними, залучаючи міжнародні компанії, які, можливо, віддадуть перевагу засновництву без цих обов'язкових відрахувань із заробітної плати.

На відміну від моделі Беверіджа, модель Бісмарка не передбачає загального МС. МС вимагає працевлаштування, тому значний обсяг ресурсів розподіляється тим, хто робить фінансовий внесок.

Ця модель використовується Німеччиною, Бельгією, Японією, Швейцарією, Нідерландами, Францією тощо.

Національна модель МС поєднує різні аспекти моделей Беверіджа та Бісмарка. По-перше, як і в моделі Беверіджа, держава виступає єдиним платником за медичні процедури. Однак, як і в моделі Бісмарка, страхові посередники є приватними. Національною моделлю МС керують приватні постачальники, але послуги надаються через державну програму страхування, яку оплачують усі громадяни. По суті, національна модель МС – це універсальний некомерційний страховий поліс без збитків.

Останніми роками країни з моделями МС Беверіджа, як правило, приймають особливості моделі МС Бісмарка або навпаки, при цьому політика ОЗ кількох країн, включаючи Угорщину та Німеччину, наближається до змішаної моделі. Деякі країни, наприклад, Канада, здійснюють приватне страхування для тих, хто віддає перевагу цьому.

Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дозволяє медичним працівникам зберігати свою незалежність, а також зменшує внутрішні проблеми, пов'язані зі страховими полісами. Фінансові бар'єри для надання МД, як правило, низькі, і пацієнти зазвичай мають вибір постачальників МП. Основним недоліком національної моделі МС є довгі черги та можливі затримки лікування, які вважаються серйозною проблемою для медичних страхових компаній.

Як і модель Беверіджа, ця система охоплює більшість процедур незалежно від рівня доходу. Національна модель МС також може зменшити витрати, пов'язані з адмініструванням МС, оскільки уряд обробляє всі претензії та зменшує дублювання виплат. Ця модель використовується Канадою, Тайванем і Південною Кореєю, а також частково США.

«Кишенькова» модель МС є найпоширенішою моделлю в слаборозвинених регіонах і країнах, які не мають фінансових ресурсів для побудови СОЗ, подібних до трьох описаних вище моделей. Без достатньої кількості фінансових ресурсів незахищені верстви населення не можуть отримати належну медичну допомогу. У цій моделі пацієнти повинні оплачувати процедуру самостійно. Використовується сільською місцевістю в Індії, Китаї, Африці, Південній Америці та незастрахованим або недостатньо застрахованим населенням у США.

З огляду на зазначене вище, у ході дослідження слід звернути увагу на приватну модель МС. Модель приватного МС належить до системи, за допомогою якої окремі особи або роботодавці купують МС в приватних

страхових компаніях для задоволення своїх потреб у сфері ОЗ. Ця модель працює на основі контракту, згідно з яким страхувальник сплачує регулярні премії страховій компанії в обмін на покриття медичних витрат, включаючи перебування в лікарні, візити до лікаря, ліки, що відпускаються за рецептом, та інші МП.

Приватне МС відрізняється від державних СОЗ в таких країнах, як Канада чи Великобританія, де МП надаються урядом і фінансуються за рахунок податків. У моделі приватного МС люди можуть вільно обирати страховика, поліс і мережу постачальників. Моделі приватного МС можуть відрізнятися залежно від країни та регіону. Нижче наведено кілька прикладів моделей приватного МС:

1. США мають переважно приватну модель МС, за якою окремі особи та роботодавці купують покриття у приватних страхових компаній. Закон про доступне лікування створив ринки МС, щоб допомогти людям порівнювати та купувати поліси страхування, які відповідають їхнім потребам.

2. Німеччина має змішану систему ОЗ, яка включає як приватні, так і державні моделі МС. Німецька модель приватного МС орієнтована в першу чергу на самозайнятих, високооплачуваних і державних працівників. Ці люди можуть вибрати приватне МС замість державного МС, що фінансується державою.

3. Австралія має подвійну систему ОЗ, яка включає як державну, так і приватну моделі МС. Австралійська модель приватного МС покриває додаткові послуги, які не покриваються державною системою, включаючи госпіталізацію в приватну лікарню, вибір лікаря та скорочення часу очікування на планову операцію.

4. У Великобританії є державна Національна служба ОЗ, яка надає медичну допомогу всім жителям. Однак люди також можуть оформити

приватне МС, щоб отримати доступ до приватних ЗОЗ і послуг, які не покриваються Національною службою ОЗ [9].

Таким чином, за моделлю приватного МС особа або роботодавець купує страхове покриття у приватної страхової компанії для задоволення своїх потреб у сфері ОЗ. Він пропонує добровільну реєстрацію, мережу постачальників МП, МС та механізми розподілу витрат. Щоб приймати обґрунтовані рішення щодо свого МС, важливо розуміти відмінності між приватними та державними моделями МС.

Останнім моментом, який слід розглянути, є покриття кожної моделі ОЗ. Модель Беверіджа та національна модель МС фінансуються з прибуткового податку. Уряд збирає податки зі своїх громадян, щоб державні кошти могли фінансувати витрати на охорону здоров'я. У моделі Бісмарка кошти надходять із відрахувань із заробітної плати. Це означає, що роботодавець використовує частину зарплати працівника для сплати премій, щоб працівник залишався покритим медичним страхуванням.

Японська система страхування, прийнята в 1952 році, діє і сьогодні. Уряд Японії використав модель Великобританії, дещо адаптував її і назвав «Японський план Беверіджа». Національний Закон про МС щоденної праці (Day Labor National Health Insurance Law) є основою державного регулювання МС країни [71]. Згідно діючої триступеневої моделі держава повинна забезпечити основу соціального захисту всього населення, роботодавці повинні брати участь у соціальному страхуванні працівників, а працівники – додатково мати особисте страхування за потребою .

Сьогодні японська охорона здоров'я має дві базові системи страхування.

1) національна система МС, яка охоплює малих підприємців та їх сім'ї, людей з обмеженими можливостями та безробітних.

2) найбільша в Японії система соціального страхування, яка охоплює працездатні верстви населення.

Крім того, є додаткова приватна страховка, що не дуже часто використовується в країні.

Державні медичні програми страхування визначається професійним статусом, віком і місцем проживання: МС роботодавцями, державне МС за місцем проживання та МС для осіб старше 75 років. Відповідно до японської СОЗ, пацієнт бере на себе 30% витрат на лікування, а держава оплачує решту. МС людей старше 75 років в основному утримуються за рахунок державних коштів, а також за рахунок внесків роботодавця та МС.

Державне управління системою страхування здійснюється в основному на чотирьох рівнях: урядовому, префектурному, на рівні місцевих громади міст і провінцій. Усі процеси координуються Міністерством ОЗ та соціального забезпечення, яке контролює роботу департаментів місцевих органів виконавчої влади, відповідальних за охорону здоров'я, які відповідають за контроль за виконанням місцевих програм ОЗ на локальному рівні. Фінансування забезпечується за рахунок місцевих та національного бюджетів [71].

Відомо, що в Японії спостерігається максимальна тривалість життя. Ряд визнаних індикаторів – очікуваний термін життя, витрати на охорону здоров'я – вказують на ефективність соціальної політики у країні та регіоні та спрямованість на розвиток людського потенціалу. Це заслужено характеризує Японську систему як найточнішу та найефективнішу систему ОЗ.

З іншого боку, така висока тривалість життя призводить до того, що населення Японії старіє у два-три рази швидше ніж у інших країнах світу. Очікується, що в 2025 р. кількість людей у віковій групі 65 років досягне 25% від загального населення, а 2050 р. – 40%. Звичайно, це викликає проблеми як з економічної точки зору, так і в галузі ОЗ, адже на лікування літніх та людей похилого віку витрачається в 4-5 разів більше коштів. Вже є інформація про

нестачу лікарів у багатьох закладах ОЗ Японії та довгі черги очікування візиту до лікаря.

Кожна країна залежно від своїх потреб та історичного минулого виробила свою схему взаємодії держави, страхових фондів, страхових організацій і приватного капіталу. Оскільки жодна СОЗ не є досконалою, різні країни стикаються з різними проблемами при створенні своїх систем надання МД.

Таким чином, в результаті проведених досліджень з'ясовано, що МС є фінансовим продуктом, який забезпечує фінансове покриття витрат на лікування, тобто договором між страховою компанією та фізичною особою, де остання сплачує внесок страховій компанії, а натомість страхова компанія забезпечує фінансовий захист від медичних витрат. МС покриває широкий спектр медичних витрат, включаючи ліки, операції, медичні витрати, витрати на швидку допомогу тощо.

Світовий досвід у сфері МС свідчить про високу ефективність різноманітних моделей МС. Дивлячись на різні моделі МС закордонних країн, стає зрозуміло, що кожна країна має специфічні види страхування, і насправді не існує єдиної правильної та універсальної моделі страхування, яка б підходила для всіх країн. Попри різні джерела фінансування, іноземні СОЗ мають спільні цілі: висока ефективність ОЗ, покращення якості послуг та підвищення доступності для широкого кола людей.

Розбудовуючи систему ОЗ, кожна країна стикається з різними викликами: немає двох абсолютно однакових СОЗ; те, що працює в одній країні, навряд чи можна повністю перенести в іншу країну через різні проблеми зі здоров'ям, пріоритети та мислення. Попри складність, розгляд наслідків різних моделей має вирішальне значення для реалізації справедливої СОЗ для всіх громадян, а не лише для найбагатших верств населення.

Світовий досвід запровадження МС показує, що існує кілька основних моделей, кожна з яких має свої особливості та переваги, зокрема ми виокремили три основних моделі такі, як:

1. Модель загального державного медичного страхування (однорівнева). В цій моделі держава виступає як основний страховик, що надає медичне страхування населенню; фінансування здійснюється зі спільних фондів, утворених з внесків заробітчанин, роботодавців та держави; пацієнти мають право на доступ до послуг у будь-яких ЗОЗ, які є учасниками програми.

2. Модель соціального медичного страхування (дворівнева). Ця модель передбачає, що держава забезпечує базовий рівень МС для населення, але також дозволяє існування приватних страхових компаній для додаткового покриття потреб; базовий пакет МС надається за рахунок державних фондів, а приватні страхові компанії пропонують додаткові послуги за додаткову плату; пацієнти мають можливість вибирати між державними та приватними ЗОЗ.

3. Модель обов'язкового приватного медичного страхування. У цій моделі кожна особа зобов'язана мати МС в приватній страховій компанії оформивши його самостійно або через роботодавця; фінансування здійснюється через внески самої особи або через роботодавця, також може бути додатково підтримане державними субсидіями для осіб з низьким рівнем доходів; пацієнти мають доступ до МП, що включені у поліс МС.

Висновки до розділу 1

Дослідження теоретичних основ запровадження страхової діяльності дає можливість зробити наступні висновки:

- узагальнення понятійно-категоріальний апарат дослідження, зокрема «страхування», «МС», «обов'язкове МС» тощо. Що полягає в наступному:

- процес запровадження ОМС в Україні є досить проблематичним, тому що порядок сплати страхових внесків на соціальне МС громадян, яких вони обслуговують, порушує норми Конституції України про безоплатність МД.

- першим кроком у цьому напрямку є створення та прийняття законодавчої бази щодо ОМС. Для ефективного функціонування системи ОМС необхідно використовувати адміністративні та матеріально-технічні ресурси, наявні в країні, реалізація яких неможлива без розвинутої інфраструктури, що вимагає оптимальних і раціональних державних рішень.

- МС є особливою формою соціального захисту інтересів громадян у сфері ОЗ з метою забезпечення доступу громадян до МД за умови їх страхування за рахунок накопичених ними коштів та фінансування профілактичних заходів. Така система МС, яку передбачено розвинути в Україні, сприятиме вирішенню проблем здоров'я населення, посилить контроль за ринком медичних товарів і послуг тощо.

- впровадження ОМС сприятиме забезпеченню громадянам МД за кошти, накопичені при страхуванні, підвищенню якості МД та розширенню обсягів МД.

- виключно державне фінансування СОЗ України є недостатнім та призводить до залучення коштів домогосподарств. Фінансовий тягар витрат на охорону здоров'я лягає на власні кишені громадян, що знижує рівень їх соціальної захищеності, особливо в умовах наростаючої економічної кризи та військової агресії РФ. Проблема недостатності виключно державного фінансування є не суто українською проблемою, а розповсюджена навіть серед країн з розвинутою економікою. З метою вирішення цієї проблеми уряди економічно-розвинених країн лібералізували ринок МС, з метою, серед іншого, покращити доступ до МД, зменшуючи при цьому пряме державне фінансування.

- в питанні визначення поняття «МС» не існує чіткої дефініції. Складність феномену «державне регулювання МС обумовлено багаторівневою сутністю поняття МС, яке включає в собі організаційний, інституціональний та фінансовий рівні. А питання державної регуляції МС повинно враховувати регулювання страхової діяльності, фінансових послуг, норм господарської діяльності, забезпечувати права громадян на соціальний захист, гарантований державою, та відповідати основам законодавства про охорону здоров'я.

- на думку більшості вчених найбільш обґрунтованим є комплексний, мультидисциплінарний підхід щодо визначення поняття «державне регулювання МС». А саме сприйняття сутності державного регулювання МС як комплекс механізмів державного регулювання, що включає систему методів, засобів, заходів, інструментів державного впливу на ефективне функціонування системи МС (обов'язкового та добровільного).

- складність суспільних відносин, особливий характер фінансової діяльності, які супроводжують МС, зумовлюють розвиток страхового права в системі права України та формуванні нової категорії медичних правовідносин.

- нормативно-правові акти, що регулюють МС в Україні, включають: основи законодавства про охорону здоров'я; законодавство, що регулює відносини у сфері господарської діяльності; законодавство щодо власне страхової діяльності; спеціалізовані норми права, які регулюють окремі питання страхової діяльності, зокрема щодо МС; законодавство з регулювання ринку фінансових послуг.

- Закон України «Про страхування» зазначає, що МС може бути як добровільним так і обов'язковим видом страхування та визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків задля забезпечення страхових зобов'язань із страхування життя і МС.

- в Україні державне регулювання питання про обов'язкове МС не до кінця закріплено, тому що нормативно-правовий акт стосовно механізму

реалізації МС в обов'язковій формі в чинному законодавстві відсутнє. Існують декілька законопроектів, що знаходились на розгляді у Верховній Раді України, які передбачають можливість запровадження в Україні обов'язкового МС як перспективу розвитку вітчизняного законодавства.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступних публікаціях автора: [96, 97, 100, 101].

РОЗДІЛ 2.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

2.1 Особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу

Для забезпечення рівного надання доступу до якісних МП населенню незалежно від рівня доходів, підвищення якості МП та збільшення розмірів фінансування ЗОЗ виникає необхідність оптимальної забезпеченості фінансових ресурсів для фінансування видатків на охорону здоров'я на державному та місцевому рівнях. Основним джерелом фінансування СОЗ залишається бюджетне. При чому переважна більшість видатків фінансується за рахунок коштів МБ – 59%, кошти державного бюджету — 15%, власні кошти населення — 20%, за рахунок добровільного МС — 6% [27, 61].

За умов військового часу, катастрофічного дефіциту бюджету та перевантаження медичної системи постраждалими під час бойових дій, важливою наразі є диверсифікація джерел фінансування ЗОЗ. Впровадження МС дозволить оптимізувати систему фінансування медичної сфери, сприятиме розвитку медичної інфраструктури за рахунок формування страхових фондів для покриття ризиків, що стосуються здоров'я та життя громадян .

При розробці моделі державного регулювання МС потрібно враховувати такі особливості, як демографічні показники, схильність до корупції та хабарництва, урбанізація, рівень кваліфікації лікарів, розвиток лікарняної мережі. Враховуючи значні інфляційні процеси та імпорто-залежність ОЗ, особливо по статтях забезпечення медикаментами, значний дефіцит бюджету та руйнування медичної інфраструктури, спричинені російським вторгненням, важливим є розрахунок необхідної суми коштів для ефективного

функціонування системи та пошук альтернативних додаткових джерел фінансування.

Впровадження ефективних механізмів фінансового забезпечення, зумовлює необхідність затвердження на державному рівні норми фінансування базової програми ОМС за принципом фінансування за стандартом надання МД, незалежно від місця її надання. Тобто держава має визначити обсяг пакету МП, що надається пацієнту та оплачується ЗОЗ [5].

Спроби впровадити в систему української ОЗ загальнообов'язкове МС проводяться постійно. Декілька законопроектів, що знаходились на розгляді у ВРУ, передбачають можливість запровадження в Україні обов'язкового МС як перспективу розвитку вітчизняного законодавства. Це законопроекти «Про загальнообов'язкове державне МС» (реєстр. № 2597-1 від 05.04.2013 року) та проект Закону України проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне МС (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 року). ВРУ 04.10.2018 року отримала проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні», але 29.08.2019 року цей закон було відкликано.

Основними позитивними кроками, які планується ввести: запровадження страхових механізмів у галузь ОЗ, більшість коштів у галузі виділяється на МБ, розрахункові витрати складуть адекватний відсоток співвідношення до ВВП. Вводиться поняття про гарантований державою пакет МП, який буде державним страхуванням для громадян, і забезпечить громадян набором послуг, оплату яких держава гарантуватиме за бюджетний кошт.

Законопроект потребує доопрацювання через ряд недоліків. В першу чергу, оскільки джерела походження коштів на покриття внесків на МС чітко не вказано, то фінансування страхових внесків за непрацююче населення лягає на МБ, крім цього видатки з державного бюджету мають залишатися досить значними. В умовах військового часу буде створювати додатковий пресинг на

МБ. Крім цього видатки з державного бюджету повинні залишатись досить значними, що також складно забезпечити в умовах дефіциту бюджету, що характеризується недостатніми надходженнями та підвищеними видатками на військові витрати. Ще одним недоліком законопроекту є дотримання поточної системи оплати та фінансування. Не прописаний чіткий механізм спів оплати МП загально обов'язковими та приватними програмами МС, тобто медицина залишається безкоштовною для всього населення, що не призведе істотних змін у галузі ОЗ. Таким чином, можемо зробити висновки, що законопроект включає позитивні зміни, але для підвищення ефективності функціонування СОЗ, фінансова модель представлена у проекті закону повинна бути доопрацьована.

Таким чином основними проблемами на шляху впровадження системи МС в Україні є відсутність нормативно-правової бази щодо впровадження загальнообов'язкового страхування, взаємодії та спів оплати МП програмами приватного добровільного та загально обов'язкового МС, недостатня кількість коштів та неорганізований їх розподіл. Крім того військова агресія РФ спричинила нові виклики СОЗ, а саме: значний дефіцит бюджету, значна міграція населення, в том числі і медичних працівників, значне руйнування медичної інфраструктури, руйнування звичних логістичних маршрутів і фізичне знищення частки ЗОЗ.

В умовах військового часу СОЗ за принципом «єдиного платника» є більш соціально виваженою, адже таким чином вдається забезпечити доступом до МД переважну більшість громадян. Водночас у рамках цієї СОЗ не вдається вирішити універсальну проблему збільшення витрат.

Проблема зростання витрат на систему ОЗ є актуальною для багатьох країн, яка посилюється останніми роками за умов пандемії, а тепер у зв'язку з економічною кризою, спричиненою війною в Україні. Для вирішення цієї проблеми, багато країн послаблюють державний контроль і запроваджують ринкові механізми, включаючи участь пацієнтів, ринкові ціни на товари та

послуги та посилення конкуренції між страховиками та постачальниками МП. Більше того, в багатьох країнах частка приватного сектора навіть почала зростати, а в деяких випадках значно. Тобто, спостерігається дедалі більший перехід у наданні МП від державних до приватних. Вивчення іноземного досвіду може допомогти визначити кращі практики регулювання МС в країнах світу

В останні роки в Україні дуже гостро постала проблема пошуку додаткових фінансових потоків, які могли б бути ефективними для сфери ОЗ. З цієї причини в 2016 році в Україні почалася медична реформа. Сьогодні Україна є країною з низькою тривалістю життя, високим рівнем смертності та високою часткою людей похилого віку. Усі ці фактори потребують уваги та належного фінансування. Тому запровадження МС є надзвичайно важливим, оскільки дає змогу забезпечити доступність МП для кожного в умовах зменшення навантаження на ДБ та сферу соціального захисту населення.

На відміну від розвинених країн, в Україні діє система добровільного МС. МС в Україні здійснюється за Програмою медичних гарантій, за якою послуги надаються на безоплатній основі [4].

Ця програма працює так: створюється страховий фонд, який фінансується з частини податків, які сплачує населення України. Кошти з цього фонду перераховуються в заклад ОЗ, куди застрахований подає заявку.

На ринку МС також багато приватних компаній, які пропонують послуги МС. Якщо раніше до них в першу чергу зверталися корпоративні клієнти, які хотіли запропонувати своїм співробітникам якісні МП в приватних закладах ОЗ, то період повномасштабного вторгнення російського агресора в Україну постало питання про страхування здоров'я та життя від воєнних ризиків.

Попри війну, ринок МС в Україні реформується та наближається до європейських стандартів. Після набуття чинності в Україні нового Закону України «Про страхування» [5] очікується багато змін, зокрема вони стосуються

договорів страхування, реалізування страхових послуг, надання інформації зацікавленим особам про страхові послуги тощо.

Російсько-українська війна завдала багато збитків страховому ринку, однак він успішно пройшов це випробування. Багато страхових компаній запровадили можливість отримати медичну консультацію онлайн у місцях, де фізично важко дістатися до закладу ОЗ.

У 2022 році НБУ рекомендував страховикам використовувати дистанційні методи вирішення страхових випадків. Зокрема Національний банк України, будучи регулятором страхового ринку, запропонував страховим компаніям спростити процедуру вирішення випадків зі страховими ознаками. Це передбачає максимальне використання електронних документів, копій документів, необхідних при неможливості або ускладненні отримання оригіналів документів та інші способи дистанційного вирішення страхових випадків, а також надання споживачам страхового захисту за спрощеним порядком оформлення страховиками подій страхового характеру, за всіма видами страхування та за всіма видами контрагентів, що зокрема стосується МС [6]. З огляду на нововведення, такі дії регулятора страхового ринку дають можливість спростити та прискорити процес виплати страхових відшкодувань.

Попри те, слід зауважити, що добровільне МС продовжує ефективно функціонувати в Україні навіть в умовах повномасштабної російсько-української війни, водночас запровадження обов'язкового МС відбувається повільними темпами.

Під час війни страховики продовжують виконувати свої зобов'язання перед клієнтами та надавати медичну допомогу за діючими договорами добровільного МС. При цьому страховики не завжди можуть організувати надання МД в регіонах активних бойових дій. З цієї причини багато страхових компаній запроваджують можливість надання медичних консультацій в онлайн-форматі. Застраховані особи, які перебувають за кордоном, також можуть

звернутися за консультацією таким же чином. У регіонах, де медичні страхові компанії не можуть організувати або оплатити витрати на лікування, застрахована особа може відвідати заклад ОЗ самостійно та отримати відшкодування від страхової компанії в разі договору МС. Для цього необхідно надати докази направлення на лікування, запису до лікаря, а також оплати послуг чи ліків тощо.

Добровільне МС є другим за величиною сегментом страхового ринку. 2022 рік був складним для страхових компаній, які активно працюють у цьому секторі, оскільки падіння ринку становило 15%. За даними Національного банку України обсяг валових надходжень страхових платежів (премій, внесків) впав на 23,7% до 4883,3 млн. грн, а страхові виплати/відшкодування – на 25% до 2595,3 млн. грн. За оцінками Національної асоціації страховиків України, на членів якої припадає 83% ринку добровільного МС, загальні збори МС у 2022 році впали на 16%, водночас виплати впали приблизно на 14% [7].

Загалом МС в Україні за 9 місяців 2023 році наразі вище на 6,7% у порівнянні із січнем-вереснем 2020 року за валовими надходженнями страхових платежів (премій, внесків), однак нижче на 13,6%, порівняно із даними за 9 місяців 2021 року за цим же показником. Водночас Національний банк України відзначив позитивні тенденції у розвитку добровільного МС у 2023 році, порівняно із 2022 роком [7].

Таким чином, МС поступово покращує свої позиції на страховому ринку, про що свідчить тенденційне відновлення добровільного МС, яке відбувається попри припинення діяльності багатьох страхових компаній, що здійснювали МС.

Варто зауважити й те, що правова система воєнного стану передбачає можливість обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина, а також прав і законних інтересів юридичних осіб, але не впливає на дійсність правочинів, зокрема договорів страхування у тому числі МС.

У ході дослідження слід розглянути ситуацію на ринку добровільного МС в Україні. Так, за даними МФУ, сьогодні на ринку добровільного МС працює 24 страхові компанії. У порівнянні із 2022 роком кількість страхових компаній зросла на 2, а у порівнянні із довоєнним 2021 роком – на 1 (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Страхові компанії на ринку МС в Україні

№	Назва	Премії на 30.09.2023, тис. грн	Виплати на 30.09.2023, тис. грн	Рівень виплат на 30.09.2023, %
1	Уніка	824979,00	406126,00	49,23
2	Інго	532366,00	324269,00	60,91
3	ARX (раніше Аха Страхування)	460152,00	185538,00	40,32
4	Універсальна	453430,00	161941,00	35,71
5	ВУСО	391864,00	177385,00	45,27
6	Страхова група «ТАС»	280877,00	100344,00	35,73
7	УСГ (включно з СК «Глобус»)	265147,00	175294,00	66,11
8	PZU Україна	169785,00	92138,00	54,27
9	Країна	112625,00	73328,00	65,11
10	Княжа VIG	105680,00	57631,00	54,53
11	Арсенал Страхування	105076,00	57831,00	55,04
12	Колоннейд Україна	95704,00	37622,00	39,31
13	Європейський страховий альянс	68080,00	41414,00	60,83
14	Оберіг	34970,00	229,00	0,65
15	Перша	25296,00	9805,00	38,76
16	Оранта	19671,00	2843,00	14,45
17	Ультра Альянс	9549,00	6209,00	65,02
18	Брокбізнес	9474,00	4578,00	48,32
19	Експрес Страхування	8134,00	5237,00	64,38
20	Саламандра (ДІМ Страхування)	6432,00	5323,00	82,76
21	Еталон	3980,00	3779,00	94,95
22	Аско-Донбас Північний	1498,00	322,00	21,50

23	Гардіан	250,00	0,00	0,00
----	---------	--------	------	------

Джерело: сформовано на основі [9].

Ці страхові компанії діють за нормами безперервного добровільного МС та добровільного МС на випадок хвороби, відповідно до чого організуються різноманітні програми страхування, доступні населенню України. Найпоширеніші страхові продукти передбачають, що при настанні страхового випадку страхова сума повністю або частково виплачується закладу ОЗ. При чому важливим аспектом є те, що застрахований може обирати заклад ОЗ, контролювати якість лікування та оплачувати лікування, що дає відчуття безпеки.

Варто також відзначити, що МОЗ наказом від 25 серпня 2023 року затвердило «дорожню карту» запровадження МС [10]. Згідно з повідомленням, чинну в Україні систему фінансування медицини за рахунок державного бюджету пропонується доповнити системою додаткового МС як потенційного джерела фінансування сфери ОЗ. Це пояснюється тим, що у зв'язку з негативними економічними наслідками повномасштабного вторгнення російського агресора в Україну наявних фінансових ресурсів наразі недостатньо для забезпечення потреб громадян у достатній кількості та якості щодо медичного обслуговування.

Основними перевагами додаткового МС з позиції МОЗ є кращий доступ до додаткових послуг, покращення якості МД, яка не покривається програмами МС, швидший доступ до спеціалістів та відшкодування дорогих ліків і методів лікування, доступ до додаткових МП. Додаткове МС покликане сприяти зменшенню навантаження на ДБ у сфері ОЗ та розширенню вибору постачальників МП, страховиків та пакетів страхування, сприяючи тим самим розвитку конкуренції на страховому ринку та покращенню якості послуг, що

надаються, залученню приватного капіталу для підтримки розвитку та модернізації ЗОЗ та інфраструктури.

Згідно з положенням наказу МОЗ від 25.08.2023 № 1530 [10], важливі кроки для посилення ролі додаткового МС мають включати чітке визначення того, які МП не покриваються програмами МС та коли МП можуть надаватися пацієнтам за плату. Для цього МОЗ спільно з експертним середовищем розроблять необхідні законодавчі заходи, які визначать, коли додаткове МС може доповнювати програму МС, не дублюючи її.

Крім того, також очікується розвиток фармацевтичного страхування, що включає відшкодування витрат на придбання ліків та/або медичних виробів. Цей вид страхування призначений для захисту пацієнтів від високих витрат на ліки, особливо якщо їм потрібне дороге довгострокове лікування поза програмами, що фінансуються державою. Для вирішення цих проблем МОЗ налагодить співпрацю у сфері додаткового МС витрат населення, пов'язаних із постачанням лікарських засобів, зі страховими товариствами, банківськими установами та іншими зацікавленими організаціями. У планах передбачено спільні дії щодо спрощення механізмів запровадження додаткового МС та пошуку можливостей для більш тісного спілкування та вирішення проблем з метою підвищення обізнаності населення шляхом інформаційних кампаній [10].

Добровільне МС ґрунтується на принципах добровільності та доступності, причому сторони самі визначають умови договору. Водночас обов'язкове МС гарантує всім громадянам право на охорону здоров'я на основі загальності та національності. Некомерційність обов'язкового МС та його обов'язковість для всіх є основною відмінністю від добровільного страхування. Це сприяє раціональному розподілу фінансових ресурсів для надання МД населенню як важливого аспекту СОЗ країни.

Запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу ускладнено викликами та обмеженнями, які варто врахувати при запровадженні моделі медичного страхування в Україні, а саме:

Безпековий чинник. В умовах війни пріоритетом є забезпечення безпеки громадян та стабільності в державі. Модель медичного страхування повинна бути спрямована на забезпечення максимального захисту населення та забезпечення доступу до МД в умовах воєнного стану.

Ефективність ресурсів. У воєнний час ресурси держави, в тому числі фінансові та людські ресурси є обмеженими. Модель медичного страхування повинна бути спрямована на максимально ефективне використання цих ресурсів для забезпечення надання МД військовим та цивільному населенню.

Адаптивність та гнучкість. Воєнний стан створює умови швидкозмінного середовища, тому модель МС має бути адаптивною та гнучкою, щоб швидко реагувати на нові виклики та ситуації.

Співпраця та координація. Важливо забезпечити ефективну співпрацю та координацію між різними секторами СОЗ, а також з військовими та гуманітарними організаціями, щоб забезпечити координацію та оптимальне використання ресурсів.

Психологічна підтримка та реабілітація. Війна це порушення ментального та фізичного здоров'я, психологічного та фізичного травмування населення та військових, тому важливо, щоб модель МС передбачала належну психологічну підтримку та реабілітацію для постраждалих осіб.

Світовий досвід і рекомендації ВООЗ засвідчують, що єдиний ефективний спосіб забезпечити якісний медичний захист без фінансового навантаження на громадян – це перейти до фінансування ОЗ на базі моделі обов'язкового МС, яку пропонує НСЗУ, яка є єдиним державним страховиком та замовником централізованих закупівель МП.

Так, НСЗУ є державним страховиком, який укладає договори з ЗОЗ з ціллю медичного обслуговування населення. Також цей орган контролює дотримання умов договору та здійснює оплату послуг, що надаються безпосередньо закладами. Слід зазначити, що НСЗУ була створена 27 грудня 2017 року згідно постанови КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» № 1101 [11].

З метою запровадження обов'язкового МС цей вид страхування необхідно розвивати в рамках НСЗУ, адже СОЗ України базується на принципі обов'язкового МС. Кожен громадянин України зобов'язаний сплачувати страхові внески, які спрямовуються на фінансування СОЗ. Ці внески НСЗУ розподілятиме між організаціями ОЗ, забезпечуючи всім громадянам доступ до МП.

Підсумовуючи, доцільно зазначити, що реформа сфери ОЗ продовжує просуватися вперед і спрямована на створення оптимальної моделі МС, яка підвищує якість МП шляхом поєднання обов'язкового та добровільного МС та забезпечує належну якість державного регулювання. У ході запровадження нової моделі МС в Україні з огляду на виклики російсько-української війни важливо враховувати позитивний світовий досвід та уникати помилок при реалізації такого процесу.

2.2. Аналіз та систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні

Важливе місце для забезпечення соціальної захищеності громадян має можливість отримати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу. Обов'язковою умовою при цьому є підвищення доступності та якості МП. При

цьому основними факторами впливу на функціонування СОЗ є достатність ресурсного забезпечення, кваліфікованих кадрів, наявність джерел вдосконалення існуючої медичної системи, надання безкоштовної МД в рамках гарантованого переліку послуг, тощо.

На жаль, як показує практика, поточна ситуація, яка сформувалась у системі ОЗ залишає бажати кращого. Так, за роки незалежності медицина не лише не наздогнала рівень розвинутих країн, а й стала настільки корумпованою і нездатною забезпечити необхідний медичний догляд, що збереглась стійка тенденція до перевищення рівня смертності над народжуваністю. Закордонний досвід багатьох країн із розвинутою СОЗ, доводить, що розвиток медичної галузі, підвищення ефективності та якості її функціонування досягається за допомогою запровадження МС, що враховуючи ситуацію, яка склалась в медичній галузі в Україні є особливо актуально.

Розуміння значення страхової медицини для забезпечення ефективного функціонування СОЗ спонукало вище керівництво медичної системи неодноразово піднімати питання запровадження обов'язкового МС. Проте кожного разу цей процес натикався на суттєві перешкоди, які гальмували будь-які інші подальші дії. Відтак, значної актуальності набуває необхідність систематизації проблем запровадження МС в Україні у розрізі добровільного та обов'язкового видів, для пошуку найоптимальніших шляхів подолання перешкод.

Наявність ефективної медичної системи безпосередньо впливає на стан здоров'я всього населення країни. Саме тому, його максимальне покращення при мінімальних витратах складають ключову ціль функціонування будь-якої СОЗ у світі. Економічна, фінансова нестабільність, демографічні, епідеміологічні, політичні та військові проблеми зумовлюють необхідність переорієнтації СОЗ у напрямку до забезпечення потреб людей.

Особливістю функціонування сучасної медичної галузі в Україні є конституційно закріплена норма її безкоштовності та загальнодоступності. Проте дана норма носить здебільшого декларативний характер, так як на практиці більшість послуг є неофіційно платними, а їх якість залежить від фінансових можливостей пацієнта. Цей факт, дозволяє описати стан ОЗ в нашій країні як вкрай незадовільний. Погіршує ситуацію і факт недофінансування медичної галузі, що виражається у відсутності передумов для надання якісної МД в необхідних обсягах, зокрема й для незахищених верств населення.

Проаналізуємо динаміку зміни частки видатків на ОЗ у зведеному бюджеті та у ВВП (рис.2.2.1).

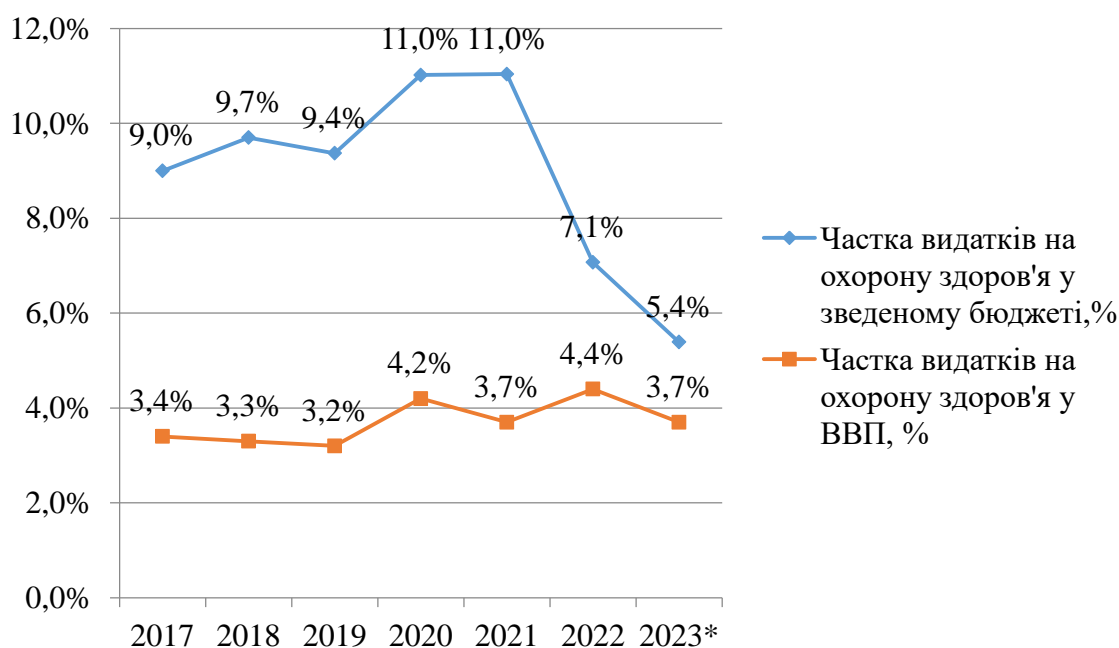


Рисунок 2.2.1. Частка видатків на охорону здоров'я у Зведеному бюджеті України та у ВВП за 2017-2023 рр.

Джерело: розроблено автором на основі [12;23]

*за 2023 рік вказані прогнозовані дані

На основі наведених даних, можемо побачити, що реформа ОЗ, розпочата наприкінці 2017 року зумовила незначне зростання видатків на охорону здоров'я з бюджету, проте їх частка у ВВП навпаки зменшилась. Найбільше зростання видатків відстежується у період поширення пандемії корона вірусної інфекції COVID-19, тобто у 2020 році. Проте, вже у 2021 частка витрат у ВВП знову зменшилась. Після повномасштабного вторгнення російської федерації, і необхідністю перерозподіляти більшу частину ресурсів на оборону, фінансування ОЗ різко зменшилось. Таким чином, проблема недофінансування медичної сфери не лише не була вирішена, а й значно погіршилась.

Підтвердженням недостатності наявного фінансування медицини є рекомендація Всесвітньої організації ОЗ (ВООЗ), згідно з якою витрати на медицину повинні становити не менше 5% ВВП країни [24]. Якщо ця межа не досягається, на думку фахівців, медична сфера не здатна в повному обсязі та ефективно виконувати свої функції. Тому, зображена вище тенденція є ще одним підтвердженням кризового рівня медицини в Україні.

Окрім того ВООЗ наголошує на зростанні вартості медицини в світі з кожним роком. Зокрема, в країнах, що розвиваються щорічно на 6%, а у розвинутих на 4% щороку. Станом на кінець попереднього року, витрати на медичну галузь в світі становили 10% глобального ВВП, при цьому темп приросту витрат є вищими за темпи приросту світової економіки [4]. З огляду на це, можемо сформулювати висновки, що медична галузь в Україні потребує негайної трансформації, адже окреслена динаміка в нашій країні не те що, не відстежується, а й моментами набуває від'ємного значення

Одним із способів на шляху до відчутного покращення ситуації для нашої країни та забезпечення медичної галузі достатнім рівнем фінансування, сформованим за допомогою страхових внесків населення є впровадження засад страхової медицини у формі добровільного чи загальнообов'язкового МС.

Ринок добровільного МС в Україні зараз знаходиться на етапі свого активного розвитку. Протягом останніх декількох років до війни зацікавленість населення даним напрямком стабільно зростала, паралельно із збільшенням кількості страхових компаній, спеціалізованих на даному виді особистого страхування. Проте, незважаючи на це, частка добровільно застрахованих громадян залишається вкрай низькою. Згідно з останніми дослідженнями, більше 95% населення немає полісу добровільного МС.

У той же час, навіть та частина громадян, які мають страхові поліси, отримали його здебільшого в результаті корпоративного МС. Таке страхування відбувається через укладення договору між страховиком та власником бізнесу для спрощення доступу працівників до МС та здешевлення вартості придбання полісу. Спрямування добровільного страхування на корпоративних клієнтів відкладає на практиці його ведення глибокий слід.

Найбільшою мірою це стало відчутно після 24 лютого 2022 року, коли через повномасштабне вторгнення росії компанії почали урізати витрати на утримання персоналу. Відтак, частина з них змушена була відмовитись від МС своїх працівників. Окрім того, зі складу портфеля МС вимушено вибули ті підприємства, які опинились у зоні активних бойових дій або в окупації. З іншого боку, через те, що страхові компанії пропонують своїм корпоративним клієнтам привабливі тарифи масштабного розірвання договорів не відбулось.

Для повноти розуміння ситуації на ринку добровільного МС проаналізуємо компанії-лідери в даному сегменті ринку за розміром страхових премій за підсумками 9 місяців 2022 року (табл.2.2.1).

Таблиця 2.2.1.

Компанії-лідери з добровільного МС за 9 місяців 2022 року

Страхова компанія	Премії за 9 місяців 2022 року, млн..грн.	Динаміка премій, % (9 місяців 2022 до 9 місяців 2021 року)	Виплати за 9 місяців 2022 року, млн.грн.	Рівень виплат за 9 місяців 2022 року, %
-------------------	--	--	--	---

Уніка	589,4	-18,7	304,1	51,6
Провідна	561,0	-17,2	302,1	53,9
ARX	365,5	-3,6	132,7	36,3
Інго	321,8	-25,2	187,7	58,3
Альфа страхування	212	-37,8	159,6	75,3
УСГ	208,4	-20,9	119,8	57,5
СГ ТАС	153,6	-18,3	77,6	50,5
Країна	126,2	-20,2	91,5	72,6
ВУСО	118,5	93,0	49,7	42,0
Universalna	103,8	42,2	49,2	47,3

Джерело: розроблено автором на основі [5]

З наведеної таблиці стає очевидним, що війна зумовила суттєвий негативний вплив на ринок добровільного МС. Практично у всіх страхових компаній, окрім ВУСО та Universalna відстежується від'ємна динаміка страхових премій. Проте позитивною тенденцією є досить високий рівень виплат у 2022 року, враховуючи нищівний вплив війни на страховий ринок.

Загалом, за даними Національного банку України за 9 місяців 2022 року обсяг премії за договорами ДМС зменшився на 24%, а сума виплат знизилась на 21%. У підсумку за рік, ситуація дещо стабілізувалась, і згідно з оцінкою Національної асоціації страховиків України, визначено, що премії впали сумарно на 16 %, у той час як виплати зменшились на 14% [15].

Тим не менше, якщо людина приймає рішення про придбання полісу добровільного МС вона обов'язково нашкодить на підводні камені. Зокрема, страховики досить охоче продають поліси МС особам віком від 17 до 35 років, але часто відмовляють або встановлюють високі тарифи на них дітям і старшим людям. Окрім того, страхові компанії намагаються будь-якими методами обмежити суми лікування навіть тоді, коли вони варіюються в межах визначених лімітів. Досить частим є факт встановлення страховою компанією строків перебування застрахованої особи в стаціонарі, обмеження кількості звернень за стаціонарною та амбулаторною допомогою, а також граничних меж

вартості придбання ліків. У той же час, необхідно враховувати, що кожна страхова працює з лімітованим обсягом установ ОЗ, що означає що за медичною допомогою доведеться звертатись не до клініки, яка знаходиться ближче до застрахованої особи, а лише до тої, яка входить у жорстко визначений перелік.

При цьому, зазначає Ткачук М., деколи ситуація доходить взагалі до абсурду. Так, деякі респонденти в процесі опитування, проведеного компанією «Апостроф» розповіли, що страхові компанії подекуди в досить категоричній формі вимагають від застрахованих осіб звертатись до конкретного фахівця, ще більше обмежуючи цим і так вузький вибір. Тобто страховий поліс нібито існує, але скористатись ним дуже важко [26].

Враховуючи вищенаведене, систематизуємо проблеми запровадженого добровільного МС в Україні:

1. Неєфективний розподіл фінансових ресурсів, який спричиняє низький рівень якості медичного обслуговування.
2. Зниження фінансових можливостей роботодавців, а в деяких випадках їх небажання, щодо придбання полісу добровільного МС для своїх працівників.
3. Слабкість фінансової підтримки з боку держави, підсилена відсутністю податкових стимулів для роботодавців, а також накладенню вагомому податкового навантаження на страховиків.
4. Низький рівень ефективності медицини, який проявляється у проблемах управління первинною ланкою МД, яка є основою для надання МД загалом.

Варто зазначити, що остання проблема поступово вирішується, шляхом успішної реалізації медичної реформи первинної ланки надання МД.

Удосконалення підходів до оцінки та систематизації проблем запровадження медичного страхування в Україні може бути досягнуте за допомогою запровадження ключових заходів, таких як:

Аналіз і порівняння міжнародних моделей, що включає аналіз та порівняння різних міжнародних моделей і це може допомогти вибрати оптимальний підхід для України та визначити найбільш ефективні практики.

Участь зацікавлених сторін, що передбачає залучення до дискусії та розробки моделі медичного страхування різні зацікавлені сторони, цільові групи, такі як урядові органи, ЗОЗ, страхові компанії, а також громадські організації та експертні кола.

Оцінка потреб територіальної громади та аналіз існуючих проблем, що включає проведення комплексного аналізу потреб населення територіальної громади в медичних послугах та медичній допомозі, існуючих проблем у сфері ОЗ та територіальної особливості (клімату, стану навколишнього середовища, наслідків війни тощо), це дозволить розробити модель медичного страхування, яка відповідає реальним потребам та проблемам саме окремої територіальної громади та всіх ОТГ в цілому.

Забезпечення доступності та якості медичних послуг, що передбачає, що саме медичне страхування повинно сприяти поліпшенню доступності та якості медичних послуг для всього населення. Доцільно розробляти механізми контролю якості та моніторингу надання медичних послуг.

Ефективне управління ризиками та фінансами, що передбачає розроблення ефективних механізмів управління ризиками та фінансовими потоками в системі медичного страхування для забезпечення стабільності та стійкості цієї системи.

Інформаційна підтримка та освіта населення, включає повне і своєчасне інформування населення про переваги та умови використання медичного страхування, провадження просвітницької роботи щодо важливості здоров'я та медичного страхування.

Транспарентність управління, передбачає забезпечення прозорості управління та державного регулювання МС, що є важливим фактором

забезпечення довіри громадськості до системи. Це може бути інформація про рішення, тарифи, нововведення щодо державного регулювання тощо, і ця інформація повинна бути доступна своєчасно для громадськості.

Забезпечення соціальної справедливості, через систему МС повинна бути забезпечено справедливе врахування потреб та можливостей різних соціальних груп територіальних громад, та упередження виникнення соціальних нерівностей у доступі до медичних послуг.

Стимулювання використання профілактичних послуг, передбачає, що система МС має включати стимули для підтримки профілактичних заходів та здорового способу життя населення і відповідну роботу ЗОЗ в цьому напрямі. Наприклад, можливість безкоштовних чи знижених послуг для регулярних медичних обстежень та консультацій.

Формування системи моніторингу та оцінки результатів, включає в себе розробку системи моніторингу та оцінки результатів впровадження МС, яка дозволить вчасно виявляти проблеми та впроваджувати необхідні корективи для покращення ефективності системи.

Заохочення інновацій та розвитку медичних технологій, передбачає, що система МС має стимулювати розвиток нових технологій та інновацій у сфері ОЗ з метою підвищення якості медичних послуг та підтримки наукових досліджень.

Що стосується обов'язкового МС, то вважалось, що на початку 2020 року Україна стояла на межі його запровадження. Так, незважаючи на те, що протягом останнього десятиліття було підготовлено низку повністю протилежних законів по запровадженню даного виду страхування, практика проведення медичної реформи дозволяла відстежити деяку послідовність та взаємопов'язаність кроків на шляху до формування системи МС, спочатку в добровільній формі, а з часом і в обов'язковій.

Так, попередньо в Україні планувалось застосовувати модель МС, яка функціонує у Британії, згідно якої страхова медицина повинна фінансуватись з усієї суми податків, а не лише тих, які платять працевлаштовані офіційно. Окрім того, страхова медицина мала характеризуватись універсальним покриттям, тобто все населення нашої країни повинно було мати право на її отримання [7].

В межах даної моделі виділяється набір МП і ліків, які оплачуються державою, а все що виходить за межі даного переліку оплачується пацієнтом самостійно. Застосування даної моделі найбільш прийнятне для України, так як у нас присутній великий прошарок соціально незахищеного населення, поруч із значною тонізацією економіки.

Проте пандемії корона вірусної інфекції, яка спричинила повний колапс СОЗ не лише України, а й всього цивілізованого світу поставила цей процес на тривалу паузу. В подальшому, оговтатись системі ОЗ до рівня постановки питання обов'язкового МС завадила війна. Окрім вищезазначеного, суттєві перешкоди запровадженню МС в Україні зумовлює:

1. Недостатня інформаційна обізнаність населення щодо можливостей страхової медицини.

2. Недостатня підготовка фахівців у цій сфері, низький рівень оплати праці медичних працівників, зниження престижності професії медика, підсилене значним відтоком кваліфікованих ресурсів за кордон під час війни.

3. Морально застаріла матеріально-технічна база. Варто зазначити, що саме війна спричинила масштабний потік гуманітарної допомоги в Україну з-за кордону. Одним із вагомих складників такої допомоги є медична техніка та лікарські засоби, що дозволить у майбутньому суттєво знизити рівень моральної застарілості оснащення ЗОЗ [8].

4. Поширеність фактів уникнення страховими компаніями зобов'язань щодо відшкодування вартості МП за придбаними полісами добровільного МС.

5. Небажання страхових компаній надавати послуги по медичному страхуванню особам з низьким рівнем платоспроможності та високим ступенем ризиків, адже до даної категорії можна віднести основну частину населення нашої країни.

6. Глибока суперечність нормативно-правової бази, на основі якої відбувається регулювання МС.

7. Різне уявлення про порядок функціонування системи обов'язкового МС з боку політиків, медиків та страхових компаній.

8. Недостатня конкуренція на ринку МП.

9. Високе податкове навантаження на страховиків.

Враховуючи вищенаведене, можемо впевнено стверджувати, що питання врегулювання описаних проблем на шляху до підвищення ефективності СОЗ є актуальним як ніколи.

Відтак, стимулювання підвищення ефективності вітчизняної медичної сфери на основі впровадження до практики її організації механізмів добровільного та обов'язкового МС повинно відбуватись у наступному порядку:

1. Усунення наявних перешкод на шляху до завершення, розпочатої в ході медичної реформи методики надання платних МП не лише у приватних закладах ОЗ, а й у державних та комунальних установах. Це зумовить зниження обсягів тіньових впливань у «кишені» лікарів. Суть роботи даної методики передбачає, що кожній послугі, яка надається медичним закладом встановлюється вартість згідно із прас-листом. На основі виконання принципу «гроші слідують за пацієнтом» лікарні отримують можливості забезпечення повної фінансової автономії та посилення конкуренції між державними та приватними ЗОЗ [9].

2. Стимулювання розвитку медичної інфраструктури та використання досягнень науково-технологічного прогресу в медичній галузі.

3. Забезпечення вільного доступу до якісних МП населення з низьким рівнем платоспроможності [9].

4. Перенесення фокусу населення на первинний рівень медичного обслуговування та на необхідність заходів щодо профілактики захворювань.

5. Посилення контролю за якістю надання МП.

6. Приведення нормативно-правової бази щодо МС у відповідність з усім діючим законодавством у сфері ОЗ.

7. Формування системи відчутних податкових пільг для стимулювання зацікавленості страхових компаній до укладення договорів не лише добровільного МС, а й обов'язкового.

Отже, можна впевнено стверджувати, що ряд проблем у галузі МС в Україні зумовлює його застій на етапі становлення. Подальші кроки по реформуванню галузі ОЗ, поруч із поширенням бюджетного і страхового принципів її фінансування, при успішному вирішенні систематизованих проблем можуть забезпечити передумови для надання якісних МП багатьом громадянам, без перевантаження таким чином бюджету держави. Враховуючи стан війни, в якому зараз перебуває Україна, це є вкрай важливим.

Підсумовуючи вищенаведене, можемо систематизувати, що ключовими проблемами запровадження МС в Україні є: недостатня обізнаність населення про переваги страхової медицини, недостатній рівень підготовки фахівців, моральне старіння матеріально-технічної бази, фокусування МС лише на осіб з високою платоспроможністю, суперечливість нормативного законодавства, відсутність єдиної думки щодо моделі організації МС в Україні, низька конкуренція на ринку МП та високе податкове навантаження на страховиків.

Вирішення зазначених проблем може стати джерелом для підвищення, за рахунок поширення МС, рівня фінансування та перерозподілу ресурсів всередині галузі. Окрім того, розвиток МП зумовить підвищення рівня соціальної захищеності громадян та забезпечення їх повною та

висококваліфікованою медичною допомогою. Проте очевидним є той факт, що поки в країні триває війна ні про яку страхову медицину не може іти і мови. Відтак, і вирішення зазначених проблем відкладається на невизначений час.

2.3. Вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу

Вивчення ситуацій в інших країнах і їх досвіду дозволяє перейняти найкращі практики національних систем охорони здоров'я та взяти на озброєння іноземний досвід. Україна могла б розширити медичне страхування та доступ до медичних послуг без «імпорту» проблем, які є частиною національних державних систем. І при цьому ми маємо вчитися не лише на позитивному досвіді, а й на помилках систем охорони здоров'я інших країн. Також необхідно розуміти, що жодна чужа система не може бути безпосередньо «пересаджена» на українську землю.

Уважне вивчення ситуації показує, що СОЗ майже всіх країн світу стикаються з проблемами подорожчання та недоступності медичної допомоги для частини населення. Звичайно, універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка б підходила всім, не існує. Рівень централізації, регулювання, розподіл витрат між усіма громадянами, а також роль приватного страхування у сфері МП у різних країнах сильно відрізняються.

Найбільш подібними до української системи та найбільш керованою та прийнятною в умовах військового часу є державні централізовані СОЗ, в яких держава виступає в якості «єдиного платника».

Державна централізована СОЗ не є монолітним поняттям, вона може відрізняється від країни до країни. Деякі з цих систем ефективні в певних

напрямок. Тим не менш, вони не позбавлені серйозних недоліків. У більшості випадків централізованим системам вдається поширити МС якщо не на всіх, то на переважну більшість громадян. Водночас у рамках СОЗ не вдається вирішити універсальну проблему збільшення витрат. У багатьох випадках спроби контролювати витрати за допомогою державного регулювання призводять до проблем із доступом до медичних послуг – або до затримок у наданні допомоги, або до їх прямого нормування.

Щоб вирішити цю дилему, багато країн послаблюють державний контроль і запроваджують ринкові механізми, включаючи участь пацієнтів, ринкові ціни на товари та послуги та посилення конкуренції між страховиками та постачальниками медичних послуг.

Більше того, зростання частки уряду в загальних видатках на охорону здоров'я, яке тривало з кінця Другої світової війни до середини 1980-х років, припинилося, а в багатьох країнах частка приватного сектора навіть почала зростати, а в деяких випадках значно. Тобто, спостерігається дедалі більший перехід у наданні медичних послуг від державних до приватних.

Тим не менш, загальні тенденції розвитку ОЗ у світі дозволяють зробити такі висновки:

1. Наявність МС не є еквівалентом загального доступу до МП. На практиці в багатьох країнах страхування є у всіх, але медичні послуги в його рамках «дозовані», або людям доводиться довго стояти в черзі на лікування.

2. Зростання витрат на СОЗ характерне не лише для України. Хоча в інших країнах ці витрати становлять значно менший відсоток загального ВВП і ВВП на душу населення, вони збільшуються майже скрізь, породжуючи дефіцит бюджету, підвищуючи податки та скорочуючи соціальні виплати.

3. Країни з системою «єдиного платника» або сильним елементом державного контролю над ОЗ, швидше за все, стикаються з нормуванням

медичних послуг, «чергами очікування», обмеженням пацієнта у виборі лікаря та іншими перешкодами для доступу до МД та медичного обслуговування.

4. Там, де національні СОЗ є більш ефективними, наприклад у Франції, Нідерландах та Швейцарії, цей результат головним чином зумовлений використанням ринкових механізмів, таких як конкуренція, фінансова дисципліна, ринкові ціни та свобода вибору споживачів, а також відмова від централізованого державного контролю.

5. Країни з найефективнішими СОЗ досягають подібних результатів, відмовляючись від централізованого державного контролю та спираючись на ринкові механізми – конкуренцію, розподіл витрат, ринкові ціни, свободу вибору споживачів.

6. В жодній країні не постає питання про скасування загального МС, але панівною світовою тенденцією слід визнати відхід від централізованого державного контролю та переведення ОЗ на ринкову основу.

Таким чином, шлях вирішення проблем української ОЗ полягає не в її одержавленні, централізації, та жорсткому регулюванні, а врахуванні досвіду інших країн, який говорить про нежиттєздатність централізованої адміністративно-командної системи та переваги надання споживачу більш ефективної стимулів і свободи вибору. Досвід інших країн, де ОЗ будується на державній основі, свідчить, що вихід із ситуації слід шукати в ринкових реформах, а не в посиленні державного контролю.

Оптимальною системою саме для України є бюджетно-страхова модель. ДПП сприятиме оптимізації державного управління розвитком медичного страхування. Згідно із законодавством, ДПП передбачається як пріоритетний напрям розвитку медичної галузі. Впроваджувана модель страхової медицини в Україні базується на трьох напрямках: збір внесків через загальне оподаткування, які будуть скеровуватись у держбюджет; створення національного страховика – оператора коштів держбюджету – НСЗУ; оплата за кожну окрему послугу.

Сьогодні СОЗ України в умовах військового часу переживає не лише фінансову, а й організаційну кризу, спричинену невпорядкованістю системи, неоднорідним розподілом ресурсів (матеріальних та кадрових), їх нестачею, складністю викликів та збільшенням навантаження. Це призводить до недостатнього рівня медичного обслуговування та нерівномірною доступністю до МП. Одним з кроків до вирішення визначеної проблеми в СОЗ може бути введення загальнообов'язкового медичного страхування, збільшення долі приватного добровільного страхування серед більш забезпеченого прошарку громадян. Фінансування української СОЗ завдяки застосуванню ОМС зміниться, що призведе до розвитку галузі, адже нові пріоритети стимулюватимуть перерозподіл фондів та виплат. Впровадження цих норм та механізмів сприятимуть накопиченню соціального капіталу в державі.

Серед основних кроків щодо сприяння та найефективнішого розвитку системи МС ми пропонуємо наступні:

- розробка та оптимізація тарифів на ОМС з урахуванням різноманіття факторів, що впливають на ймовірність страхових випадків;
- організація єдиних стандартів і правил лікування та надання послуг ЗОЗ;
- обґрунтування оптимального розміру внесків на страхування таких незахищених верств населення, як пенсіонери та діти;
- встановлення податкових пільг у системі розвитку добровільного та обов'язкового страхування страхувальників і застрахованих осіб при укладенні довгострокових договорів;
- звільнення від сплати коштів осіб, які є членами програм ДМС;
- виключення можливості подвійної оплати за надані МП обов'язковими та добровільними програмами МС;

При чому вищезазначені заходи мають бути застосовані саме в комплексі, адже їх впровадження буде потенційовано впливати на розвиток всієї системи, і,

навпаки, відсутність державного пояснення та регулювання в будь-якому з питань може призводити до невизначеності, зниження ефективності роботи і, як наслідок, підвищувати невдоволеність серед населення.

Так, організація та впровадження єдиних стандартів МП та лікування за нозологіями полегшить та зробить «прозорою» розробку та оптимізацію тарифів на обов'язкове медичне страхування. Аналіз ймовірності виникнення страхових випадків, існування стандартів лікування та зрозумілих тарифів в свою чергу створить підґрунтя для оцінки розміру внесків для незахищених верств населення та оптимального розподілу та використання державних коштів.

Стимулювання прихильності та збільшення охоплення населення програмами ДМС шляхом податкових або інших фінансових пільг, особливо серед більш забезпечених верств населення, допоможе залучити фінанси громадян до СОЗ, зменшити фінансовий тягар на ДБ та вивільнити кошти на МП більш уразливим верствам населення. Таким чином, в деякій мірі буде реалізовуватись принцип соціальної справедливості, тобто більш багаті громадяни будуть сплачувати, а менш захищені верстви населення матимуть більший соціальний захист та впевненість в доступності МД.

Найважливіша та найскладніша на наш погляд задача для державного управління в такому контексті змін є чітке розподілення та виключення подвійної оплати за надані медичні послуги обов'язковими та добровільними програмами медичного страхування. Адже можливість для подвійної оплати - то насамперед ідеальні умови для махінацій та корупції. Запобігання існування такої "лазівки" є обов'язковою умовою чесною конкуренції і при цьому партнерства між державною та приватною системами страхування.

Слід зазначити, що метою державного регулювання механізму страхування є розвиток програми мінімальних державних гарантій надання медичної допомоги громадянам. Програма має бути чітко визначеною,

збалансованою, та враховувати фінансові можливості країни в умовах невизначеності військового часу. Цілком зрозуміло, що в Україні для соціально-економічного розвитку медицини необхідний розвиток системи медичного страхування. Створення механізму фінансування МС, має базуватись на змішаній формі. Тобто залучати не тільки державні, а й вільні кошти населення та кошти недержавних страхових організацій.

Також доцільно коригування певних податкових положень законодавства, спрямованого на стимулювання розвитку сфери МС, особливо добровільного приватного.

Нова модель фінансування ОЗ має передбачати чіткі державні гарантії щодо надання рівної медичної допомоги всім громадянам, фінансовий захист громадян у разі лікування та виключення неофіційних платежів (хабарі, подяки в конвертах). Також вона має відповідати існуючим умовам у країні, та враховувати виклики військового часу. Впровадження та реформування існуючого МС необхідно здійснювати з урахуванням рівня добробуту населення, спроможності оплатити роботу закладів охорони здоров'я, збереження належних соціальних гарантій для малозабезпечених верств населення. Для цього метою державного регулювання є зменшення та попередження негативних наслідків впровадження ринкових відносини в СОЗ.

Висновки до розділу 2

Підсумовуючи, доцільно зазначити, що реформа сфери ОЗ продовжує просуватися вперед і спрямована на створення оптимальної моделі МС, яка підвищує якість МП шляхом поєднання обов'язкового та добровільного МС та забезпечує належну якість державного регулювання. У ході запровадження нової моделі МС в Україні з огляду на виклики російсько-української війни

важливо враховувати позитивний світовий досвід та уникати помилок при реалізації такого процесу.

Україна знаходиться в процесі реформування СОЗ. Деякі складові реформи вже впроваджені.

На державному рівні створена одна агенція-замовник (Національна агенція з фінансування СОЗ) з регіональними представництвами, що закуповує єдиний гарантований пакет послуг у ЗОЗ на контрактній основі.

Впроваджено самостійне функціонування ЗОЗ.

Впроваджено та розроблено обов'язковий пакет МП на державному рівні. Для кожного громадянина незалежно від місця проживання, стану здоров'я чи платіжної спроможності надається однаковий обсяг МП.

Оплата лікування чи надання МП проводиться за фактом звернення («гроші йдуть за пацієнтом») відповідно до нормативів на одного громадянина або за випадок лікування в рамках надання спеціалізованої допомоги.

Багато українців вимушені сплачувати двічі за кожну медичну послугу: один раз, при сплаті податків, а другий коли користується нею. Крім того, у разі наявного поліса добровільного МС, можливе подвійне сплачування з державних коштів та коштів страхових компаній за одну й ту ж послугу. В умовах воєнного стану та економічної кризи зайві витрати коштів є неприйнятними, то того ж може призвести до зниження здоров'я нації.

Проблеми, які гальмують запровадження та розвиток МС: відсутність необхідної законодавчо-нормативної бази, яка б регулювала обов'язкове МС; різні погляди чиновників, страховиків та медиків на фінансові механізми держрегулювання медичним страхуванням; недостатня оплата праці медичних працівників; недостатньо інформоване населення щодо переваг і недоліків МС [59].

Вдосконалення механізмів державного регулювання медичним страхуванням має за мету збільшення попиту та підвищення рівня соціального

захисту населення та відповідає завданням Уряду з покращення якості життя населення, Загальнодержавній програмі «Здоров'я 2020: український вимір», розвитку МС.

Основними завданнями МС має стати: забезпечення конституційних прав громадян України на безоплатне надання МД; створення умов для залучення інвестицій у систему ОЗ та обов'язкового МС; зменшення державних витрат на фінансування медичної галузі; забезпечення додаткового контролю за якістю та ефективністю МП.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступних публікаціях автора: [95, 98].

РОЗДІЛ 3.

ОБГРУНТУВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МОДЕЛІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням

Незаперечним фактом є те, що оптимальна та ефективна система охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні високого рівня життя та сприяє розвитку населення та безпеці економіки та країни в цілому. Зростання попиту на доступну та якісну медичну допомогу супроводжується зниженням спроможності країни фінансувати таку допомогу. Тому зі збільшенням співвідношення оплати за медичні послуги виникає потреба у створенні додаткових можливостей надання такої допомоги для всього населення.

Відповідно до законодавства основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я є державний бюджет. За останні роки рівень фінансування сфери охорони здоров'я є низьким, що свідчить про недофінансування закладів охорони здоров'я. Тому для надання населенню якісних послуг та більш ефективного медичного обслуговування доцільним є розроблення та запровадження ефективної та об'єктивної стратегії зниження витрат.

Ключовим показником ефективності та результативності функціонування закладів охорони здоров'я є показник витрат на функціонування закладів охорони здоров'я. Водночас на загальнодержавному рівні важливими показниками, які визначають ефективність сфери охорони здоров'я, є загальні витрати на охорону здоров'я, загальні витрати на душу населення та співвідношення витрат на охорону здоров'я незалежних домогосподарств до загальних витрат на охорону здоров'я.

У 2023 році загальні видатки на охорону здоров'я становили 206,8 млрд грн, у тому числі видатки держбюджету з урахуванням трансфертів – 176,1 млрд грн. В основному фінансування було спрямоване на:

1) реалізацію програми медичних гарантій, які передбачають забезпечення надання необхідних медичних послуг і розширення реабілітаційних послуг та послуг психологічної підтримки, а також розширення програм відшкодування вартості ліків і медичних виробів (142,7 млрд грн);

2) централізовану закупівлю ліків, виробів медичного призначення та сучасного обладнання (10 млрд грн);

3) посилення епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями (3,8 млрд грн) тощо [4].

Попри воєнний стан, у 2023 році сфера охорона здоров'я продовжувала розвиватися, адаптуватися до нових реалій і швидко реагувати на будь-які виклики.

У 2024 році витрати на охорону здоров'я становитимуть 239 млрд грн, що на 31 млрд грн більше, ніж у 2023 році, що зумовлено збільшенням видатків на програму медичних гарантій на 16 млрд грн [5].

Як зазначено вище, в Україні сфера охорона здоров'я в значних обсягах фінансується з бюджету, але це не є достатньою умовою ефективного розвитку цієї галузі. Тому підвищення рівня фінансування сфери охорони здоров'я вимагає нових підходів, особливе місце у цій площині належить запровадженню нової моделі медичного страхування.

Медичне страхування – це цільовий внесок, який сприяє подальшому розвитку сфери охорони здоров'я та задоволенню потреб населення у медичному обслуговуванні. На думку науковців і практиків, розвиток сфери охорони здоров'я нерозривно пов'язаний з інтеграцією медичного страхування в національну структуру програми медичних гарантій.

Враховуючи потребу в додаткових джерелах фінансування, заклади охорони здоров'я все активніше співпрацюють зі страховими компаніями та фактично сприяють запровадженню системи добровільного медичного страхування. Співпраця зі страховими компаніями закладів охорони здоров'я відбувається по суті у трьох формах: надання платних медичних послуг, отримання благодійної допомоги від страхових компаній та надходження додаткових коштів для фінансування бюджету. Така співпраця відображає і участь застрахованих осіб, які звертаються до закладів охорони здоров'я за медичною допомогою на основі попередньо укладених договорів страхових компаній із цими закладами.

Так, з практичного погляду, медичне страхування – це взаємодія між трьома сторонами: страховою компанією, застрахованою особою та постачальником медичних послуг, тобто із закладом охорони здоров'я. Це означає, що в разі захворювання, яке вимагає лікування, або нещасного випадку пацієнт, який застрахований у страховій компанії за договором медичного страхування, може записатися на прийом до лікаря та отримати необхідну допомогу у закладі охорони здоров'я.

Доцільно зауважити, що страховий ринок України може стати важливим учасником у створенні ефективної моделі охорони здоров'я в Україні. Таким чином, страхові компанії можуть налагоджувати ринкові відносини, сприяючи розвитку закладів охорони здоров'я з метою забезпечення додаткових джерел фінансування для утримання цих закладів.

З огляду на викладене вище, варто зазначити, що медичне страхування є ефективним джерелом фінансування сфери охорони здоров'я. Основними завданнями медичного страхування у такому напрямку є:

- 1) посередницька діяльність в організації та фінансуванні програм страхування;
- 2) надання медичної допомоги населенню;

3) контроль за кількістю та якістю виконання медичних програм страхування закладами охорони здоров'я тощо.

Співпраця закладу охорони здоров'я зі страховою компанією базується на положеннях договору про надання медичних послуг. Цей документ є правочином між закладом охорони здоров'я та страховою компанією, в якому одна сторона (заклад охорони здоров'я) зобов'язується надати застрахованій особі медичні послуги в певній кількості та якості протягом певного терміну, а друга сторона (страхова компанія) зобов'язується оплатити надані послуги. Такі договори спрямовані на забезпечення відшкодування страховими компаніями витрат на лікування застрахованих громадян за рахунок страхових компаній. Ці взаємовідносини між закладом охорони здоров'я та страховою компанією базуються на умовах добровільного медичного страхування.

У Законі України «Про страхування» від 18.11.2021 № 1909-IX [6] щодо співпраці закладів охорони здоров'я із страховими компаніями зазначено, що страхова компанія має право вимагати від застрахованої особи проходження медичного обстеження у закладі охорони здоров'я, що визначений цією компанією, лише за умови покриття страховою компанією всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням.

У разі необхідності страхові компанії, об'єднання страхових компаній або уповноважені ними особи надсилають запити в органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я для надання інформації про події з посиланням на страхові випадки. Також страхові компанії, об'єднання страхових компаній або уповноважені ними особи мають право з'ясовувати причини, наслідки та обставини події з доказами страхового випадку самостійно або за участю інших осіб у порядку, передбаченому законодавством.

Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я та юридичні особи, які володіють інформацією про фактичні

обставини справи з доказами настання страхового випадку, зобов'язані передати її страховим компаніям, об'єднанням страхових компаній або уповноваженим ними особам у встановленому законодавством порядку. Страховики та уповноважені ними особи відповідають на запити щодо надання копій відомостей та документів щодо подій, що вказують на настання страхового випадку, у тому числі даних, що містять інформацію з обмеженим доступом. При цьому страхові компанії, об'єднання страхових компаній, їх керівники та/або працівники та уповноважені ними особи несуть адміністративну, кримінальну та цивільно-правову відповідальність за розголошення інформації, доступ до якої обмежено законом [6].

Однією з основних цільових груп медичного страхування є заклади охорони здоров'я, які надають послуги застрахованим особам. Вони можуть мати різні форми власності. Вони отримують від страхових компаній компенсацію вартості наданих застрахованим особам медичних послуг відповідно до медико-економічних критеріїв лікування та мають право вимагати розгляду претензій до них комісією за участю незалежних експертів.

Найперспективнішим для розвитку закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, є функціонування за принципом сімейної медицини та принципом поєднання основних інтересів страхових компаній, застрахованих осіб та закладів охорони здоров'я.

Слід зауважити, що заклади охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, повинні мати ліцензію на право надання медичної допомоги та послуг. Крім того, основними аспектами діяльності закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, є:

- 1) наявність ліцензії на медичну практику та свідоцтва про атестацію;
- 2) надання медичної допомоги та послуг застрахованим особам відповідно до стандартів за обсягом, видом і формою, встановленими програмою медичного страхування;

3) надання страховій компанії звіту про обсяг наданих застрахованій особі медичних послуг.

Як і в обов'язковому медичному страхуванні, заклади охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, повинні нести економічну відповідальність за надання медичних послуг застрахованим особам в обсязі та на рівні якості, визначених договором медичного страхування. У разі порушення закладами охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, медико-економічних нормативів страхові компанії можуть не покривати вартість медичних послуг повністю або частково.

Заклади охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, повинні виділяти окремих працівників для складання звітно-розрахункової документації для організації медичного обслуговування застрахованих осіб та взаємовідносин зі страховими компаніями.

Постановою КМУ від 17 вересня 1996 р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» [2] затверджено перелік платних послуг державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які слід враховувати у контексті укладення договору про медичне страхування.

Що стосується співпраці приватних закладів охорони здоров'я зі страховими компаніями, то такі взаємини теж передбачають укладення договору медичного страхування. У разі настання страхового випадку страхова компанія покриває витрати застрахованої особи шляхом перерахування платежу на рахунок приватного закладу охорони здоров'я або особистий рахунок застрахованої особи. Медичні послуги, обумовлені у договорі страхування, забезпечуються повною фінансовою гарантією.

Принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхуванням, визначають основні аспекти, якими керується система охорони

здоров'я у контексті створення раціональної та ефективної системи медичного страхування, яка відповідає потребам різних груп населення.

Взаємодія закладів охорони здоров'я зі страховими компаніями на засадах договору медичного страхування, в основі якого між страховою компанією та застрахованою особою виникають відносини на добровільних засадах, базується на принципі добровільності. Це визначається тим, що заклади охорони здоров'я та страхові компанії добровільно та самостійно приймають рішення про укладення договору страхування та несуть відповідальність за виконання умов договору.

Забезпечення виконання медичних функцій та запровадження механізмів їх страхування на основі добровільного медичного страхування має передбачати використання законних методів надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я та законних методів отримання таких послуг. Це дозволить зменшити рівень тіньового сектору. Для того, щоб така модель медичного страхування працювала, передбачається, що кожна медична послуга має вартувати певну суму згідно з прейскурантом, встановленим кожною страховою компанією.

Ефективність та результативність закладів охорони здоров'я, які працюють з медичним страхування, також визначається й новими реформаційними змінами, де відповідно до принципу «кошти йдуть за пацієнтом»:

1) закладам охорони здоров'я надається повна фінансова автономія та гарантується конкуренція між ними, що зумовлена в основному формами власності – приватними чи державними;

2) спостерігатиметься підвищення рівня та якості надання медичних послуг;

3) буде забезпечено доступ до якісної медичної допомоги верствам населення з найнижчими доходами;

4) буде посилено контролю за якістю медичної допомоги;

5) передбачено створити чітку нормативно-правову базу забезпечення медичного страхування;

6) страхові компанії будуть стимулюватися до здійснення обов'язкового медичного страхування через надання їм відповідним податкових пільг.

Обґрунтування основних показників ефективності та результативності ЗОЗ має ґрунтуватися на таких принципах:

1. Наукової обґрунтованості. Показники ефективності мають базуватися на наукових дослідженнях та відомостях, що стосуються СОЗ, що дозволить використовувати об'єктивні дані для оцінки ефективності діяльності ЗОЗ.

2. Відповідності дій місії та цілям. Показники повинні відображати відповідність дій місії та цілям ЗОЗ. Наприклад, якщо місія ЗОЗ полягає у наданні високої якості медичних послуг, тоді показники ефективності повинні відображати якість та доступність цих послуг.

3. Контекстуальності. Показники ефективності повинні враховувати контекст, в якому працює ЗОЗ, включаючи особливості територіальної громади, її демографічні характеристики та потреби і можливий соціальний ефект.

4. Комплексності підходів. Обґрунтування показників ефективності має включати комплексний підхід, який охоплює різноманітні аспекти діяльності ЗОЗ, такі як доступність, якість, безпека, ефективність управління ресурсами (фінансовими, кадровими, матеріально-технічними, людськими тощо).

5. Узгодженості зі стандартами якості. Показники ефективності повинні бути узгоджені зі стандартами якості у сфері ОЗ, щоб забезпечити порівнянність та об'єктивність оцінок.

6. Моніторингу та оцінки. Обґрунтування показників ефективності має базуватися на системі моніторингу та оцінки, яка дозволяє постійно вдосконалювати процеси та якість надання медичних послуг і досягати максимального соціального ефекту для територіальної громади.

7. Відкритості та прозорості. Система показників ефективності повинна бути відкритою та доступною для всіх зацікавлених сторін, щоб забезпечити відкритий обмін інформацією і довіру.

8. Залученості стейкхолдерів. При формуванні показників ефективності важливо залучати різноманітних стейкхолдерів, таких як пацієнти, медичний персонал, урядові органи та інші зацікавлені цільові групи, для врахування різних потреб та формування перспектив.

9. Гнучкості та адаптивності. Система показників повинна бути гнучкою та адаптивною до змін у сфері ОЗ, зокрема до змін у демографічних та медичних тенденціях, технологічних інноваціях та змінах середовища.

10. Врахування глобальних та міжнародних стандартів. Показники ефективності повинні враховувати глобальні та міжнародні стандарти оцінки якості медичних послуг і медичної допомоги, щоб забезпечити можливість порівняння з регіонами чи з іншими країнами.

Застосування цих принципів, сприятиме створенню комплексної та збалансованої системи оцінки ефективності діяльності ЗОЗ, особливо в умовах реформ та воєнного стану.

Підсумовуючи, доцільно зауважити, що у результаті дослідження взаємовідносин між суб'єктами медичного страхування, тобто закладами охорони здоров'я, страховими компаніями та застрахованими особами було виявлено, що реальне застосування медичного страхування слід розглядати з урахуванням утилітарної перспективи та економічної вигоди. Отже, наявність медичного страхування у застрахованих осіб компенсує відсутність державного фінансування сфери охорони здоров'я та фінансову недоступність платних медичних послуг для більшості населення. Для страхових компаній медичне страхування збільшує доходи за рахунок розширення сфер діяльності, а для закладів охорони здоров'я медичне страхування служить додатковим джерелом доходу.

3.2. Обґрунтування інноваційних форм надання медичних послуг з використанням медичного страхування

Реформа сфери охорони здоров'я характеризується інтенсивним впровадженням новітніх науково-технічних розробок та нововведень. Тому створення та використання інновацій у сфері охорони здоров'я є особливо важливим. Це пов'язано з тим, що державна політика у цій сфері спрямована на комплексний інноваційний підхід до підвищення якості надання медичних послуг населенню.

Щоб забезпечити належний рівень надання медичної допомоги населенню, система охорони здоров'я повинна відповідати потребам суспільства та зростаючим очікуванням кращих результатів. Це вимагає значної перебудови та реформи поточних принципів функціонування сфери охорони здоров'я в суспільстві. Тому реформування повинно стати основою програм модернізації ланок охорони здоров'я, стрижнем яких є ефективна інноваційна політика.

Інновації у сфері охорони здоров'я – це зміна способів надання медичної допомоги на основі практичних і фундаментальних наукових знань, спрямована на підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів та досягнення соціально-економічного, медичного та організаційного управлінського ефекту шляхом підвищення якості надання медичних послуг населенню. Інноваційними формами у сфері охорони здоров'я є створення нових варіантів надання медичних послуг, впровадження більш досконалих медичних пристроїв і розробка нових лікарських засобів.

Досягнення зазначених вище цілей інноваційного розвитку надання медичних послуг населенню потребує, з одного боку, концентрації фінансових і кадрових ресурсів у сфері надання медичних послуг, а з іншого – модернізації, переоснащення закладів охорони здоров'я та підготовки висококваліфікованих

спеціалістів. Тому в практиці охорони здоров'я необхідним є створення відповідної інфраструктури, яка сприятиме впровадженню інноваційних форм і стандартів надання медичних послуг населенню та розвитку конкурентного ринку медичних послуг. Адже у сфері охорони здоров'я такі форми надання медичних послуг можуть підвищити якість медичної допомоги, покращити спілкування та стосунки між медичними працівниками та пацієнтами, а також забезпечити дешевші, швидші та ефективніші рішення для діагностики та лікування різноманітних захворювань.

З огляду на мету дослідження, доцільним є представлення особливостей інноваційних форм надання медичних послуг із використанням на цій основі медичного страхування. Опираючись на такий контекст проблеми, важливим є проведення аналізу діяльності страхових компаній, що надають послуги медичного страхування населенню на засадах добровільного медичного страхування. У таблиці 3.2.1 наведено перелік топ-5 страхових компаній в Україні за підсумками 2023 року. Розглянувши послуги медичного страхування, що надає кожна страхова компанія, можна відзначити, страхові компанії страхують всі види інноваційних форм медичних послуг, що надаються населенню (застрахованим особам).

Таблиця 3.2.1

Топ-5 страхових компаній, що надають послуги медичного страхування в Україні

Страхова компанія	Послуги медичного страхування
Уніка [6]	<ul style="list-style-type: none"> - цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс; - обслуговування в комерційних клініках, що належать до вищої акредитації; - надання амбулаторно-поліклінічної допомоги; - надання екстреної госпіталізації та забезпечення медикаментами;

	<ul style="list-style-type: none"> - надання планової стаціонарної допомоги, надання медичної допомоги в хірургії; - надання медичної допомоги в екстреній стоматології
ARX (раніше Аха Страхування) [7]	<ul style="list-style-type: none"> - медичний консьерж; - надання дистанційних консультацій лікаря; - надання швидкої медичної допомоги; - відкладене стаціонарне лікування (на засадах франшизи); - надання екстреної стаціонарної допомоги; - проведення ПЛР-тестів на підставі медичних показів до госпіталізації; - консультування лікарем в поліклініці (на засадах франшизи); - проведення лабораторних досліджень (на засадах франшизи); - проведення малих інструментальних досліджень, крім КТ/МРТ, досліджень з анестезією та контрастом (на засадах франшизи); - проведення ПЛР-тестів при медичних показах в умовах поліклініки (на засадах франшизи)
Універсальна [8]	діагностика та лікування у випадку онкологічної хвороби, кардіо, нейрохірургії та трансплантації згідно з варіантами покриття у найкращих медичних закладах закордоном та/або Україні
ВУСО [9]	<ul style="list-style-type: none"> - надання швидкої допомоги; - надання амбулаторної допомоги; - медикаменти; - надання стаціонарної допомоги; - діагностика; - надання всіх рекомендацій лікаря
Страхова група «ТАС» [10]	<ul style="list-style-type: none"> - надання амбулаторно-поліклінічної допомоги; - надання стаціонарної допомоги; - надання швидкої та невідкладної допомоги; - надання невідкладної та планової стоматологічної допомоги

Джерело: рейтинг страхових компаній обрано за даними [11].

З огляду на деталізацію інноваційних форм надання медичних послуг з використанням медичного страхування, то нижче розглянемо деякі приклади.

Сьогодні у практиці надання медичної допомоги населенню використовуються терапевтичні інновації, які належать до інноваційних методів

лікування. За допомогою інновацій таргетної терапії забезпечується точне та індивідуальне лікування на основі генетичних особливостей пацієнта. Використання таких інноваційних форм надання медичної допомоги хворим передбачає проведення малоінвазивних хірургічних методик, що зменшують ризик травм, час відновлення та ускладнень. Наприклад, використовуючи таргетну терапію, можна значно покращити результати лікування раку у дітей, «націлюючи» ліки спеціально на мутовані ракові клітини, одночасно зменшуючи їх негативний вплив на здорові тканини. Мінімально інвазивні хірургічні методи, такі як лапароскопія або роботизована хірургія, дозволяють пацієнтам швидше одужувати з мінімальним дискомфортом.

Страхові компанії у своїх програмах пропонують застрахованим особам послуги медичного страхування щодо використання інновацій таргетної терапії у разі настання страхового випадку, тобто хвороби. Такі процеси відбуваються на засадах добровільного медичного страхування.

Що стосується обов'язкового медичного страхування, то з 1 квітня 2020 року запроваджується державне покриття медичного обслуговування населення за Програмою медичних гарантій для всіх видів медичної допомоги. Крім того, постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391 [12] затверджено обов'язок закладів охорони здоров'я укладати з головними розпорядниками бюджетних коштів договори про надання медичних послуг. Відповідно до цих вимог реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної власності) або як фізичної особи-підприємця є однією з умов укладення договору про надання медичних послуг. Водночас Програма медичних гарантій охоплює всі види медичної допомоги хворим на онкологію – від діагностики до лікування, реабілітації, паліативної допомоги, зокрема включаючи таргетну терапію.

Важливою інноваційною формою надання медичних послуг населенню є сучасні стоматологічні послуги. Сьогодні стоматологічна допомога, яка

покривається медичним страхуванням, є звичайним явищем. Страхування передбачає оформлення річного поліса разом із медичними виплатами. Якщо під час страхування стався страховий випадок, можна отримати безоплатне лікування.

Страхова стоматологія дозволяє пацієнтам звертатися до стоматологічного закладу для лікування. Фінансові збитки в результаті таких звернень будуть компенсовані страховими компаніями. Різні види страхування покривають певний спектр стоматологічних послуг, які відрізняються вартістю страхового поліса. Застрахована особа має право звернутися до акредитованого постачальника медичних послуг, щоб отримати необхідну стоматологічну допомогу та отримати повне відшкодування вартості лікування та ліків у перспективі. Метою поліса медичного страхування є відшкодування всіх або частини витрат, пов'язаних з лікуванням у медичному закладі за допомогою інструментів і методів страхової компанії в рамках обраної програми добровільного медичного страхування щодо стоматологічних послуг.

Стоматологічне страхування доступне для населення України, але воно не є обов'язковим. Придбання страхового продукту не представляє ніяких труднощів. Звернувшись у страхову компанію, можна оформити та отримати поліс всього за кілька хвилин. Страховий пакет стоматологічних послуг за медичною страховкою зазвичай включає: невідкладну стоматологічну допомогу; лікувальні послуги у відділенні стоматології; протезування (ортодонтичне лікування та встановлення зубних імплантів); профілактику стоматологічних захворювань. Страхові компанії, що спеціалізуються на медичному страхуванні у сфері стоматології, постійно моніторять стоматологічні клініки та поліклініки та дуже професійно орієнтуються на оптимальне співвідношення цінових категорій і якості послуг.

З метою запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні слід включити у Програму медичних гарантій перелік конкретних

стоматологічних послуг, пов'язаних з ортодонтичними процедурами та протезуванням, оскільки ці форми надання стоматологічних медичних послуг особливо розвиваються від впливу інновацій і є дуже вартісними для малозабезпечених верств населення України.

Телемедицина – відносно новий напрямок, який розвивається на стику кількох галузей, включаючи медицину, комунікації та інформаційні технології. У цій сфері охорони здоров'я комунікація відбувається онлайн, що економить час і зусилля пацієнтів і лікарів. Це ідеальний варіант для жителів великих міст, які хочуть стежити за своїм здоров'ям і не стояти в чергах. Але технологія телемедицини також є виходом для людей, які живуть у сільській місцевості. Бо в місті працюють висококваліфіковані лікарі. Загалом, завдяки телемедичному ринку значно знижується вартість лікування, покращується якість діагностики, запроваджується можливість дистанційного моніторингу стану здоров'я. Це дуже важливо для людей з хронічними захворюваннями та людей похилого віку.

Використання телемедицини приносить позитивні результати як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Для пацієнтів можна проводити дистанційні консультації з фахівцями з географічно віддалених медичних закладів, інтегровані зустрічі (телеконференції), що дозволить скоротити час обстеження, а інформацію про результати тестів швидко передавати між кількома спеціалізованими клініками без потреби в поїздках (це особливо важливо у невідкладних випадках).

Розглядаючи питання розвитку телемедицини в Україні, доцільно зауважити, що 7 вересня 2023 року набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини» від 09.08.2023 № 3301-IX [13], який спрямований на запровадження комплексного та системного підходу до формування та реалізації державної політики у сфері законодавства про охорону здоров'я.

Згідно з прийнятим документом передбачено розвивати телемедицину для підтримки та зміцнення здоров'я населення країни шляхом покращення якості та доступності медичних та реабілітаційних послуг, розширення можливостей для населення та підвищення ефективності управління та використання ресурсів сфери охорони здоров'я.

Телемедицина, виступаючи сучасним напрямом у наданні медичної консультативної допомоги, має такі переваги:

1) якість і швидкість діагностики (лікар завжди може отримати консультацію у колег і прискорити підбір необхідного лікування; від ефективності та швидкості діагностики залежать шанси пацієнта на швидке одужання);

2) відстань (це фактично зменшить час стояння в чергах та поїздок до місцевих та обласних лікарень на консультації);

3) підвищення кваліфікації лікарів шляхом безперервного потоку інформації, доступу до клінічних випадків, можливості консультуватися та проведення дистанційної діагностики та лікування з досвідченими колегами;

4) використання передових медичних практик, що створить для лікаря можливість зв'язатися з колегами з усього світу та поділитися висновками та рекомендаціями, що, зі свого боку, зменшить ймовірність втрати цінної інформації.

Медичне страхування телемедичних послуг в Україні сьогодні розвивається значними темпами. Враховуючи зростання ризику захворювання, попит на телемедичні послуги, які дозволяють людям отримувати медичні консультації з будь-якої точки світу без необхідності відвідувати медичний заклад, швидко зріс у розпал пандемії, а з огляду на триваючу російсько-українську війну продовжує зростати. Слід зазначити, що українські страхові компанії почали страхувати телемедичні послуги з 2017 року.

Так, медичне страхування послуг телемедичних послуг забезпечує: негайну цілодобову підтримку від лікаря, який відповідає протягом кількох хвилин; консультації спеціалістів за попереднім записом; електронні медичні записи на певну узгоджену в страховому договорі кількість членів сім'ї; аудіо та відеоконсультації через додаток або вебверсію, а якщо немає мережі Інтернету, то по засобах телефонного зв'язку. Водночас страхові компанії можуть страхувати надання телемедичних послуг, якщо вони мають договірні відносини з відповідним медичним закладом і медичний заклад включив цей вид консультації до переліку платних послуг.

Страхові компанії також пропонують медичне покриття телемедичних послуг застрахованим особам, які перебувають за кордоном (потрібно оформити туристичну страховку). Сама консультація відбувається телефоном, за допомогою чату або Skype. На основі результатів клієнти отримують офіційний консультативний звіт і рецепт електронною поштою. Після надання послуги представник служби підтримки повинен зв'язатися із застрахованою особою для отримання зворотного зв'язку.

Застосування інновацій у практичній діяльності закладів охорони здоров'я є позитивним і прогресивним моментом, який підвищує ефективність роботи та дає можливість залучати значні обсяги фінансів. Впровадження нових інноваційних методів діагностики та лікування найпоширеніших захворювань є передумовою зміцнення діяльності медичних закладів та залучення додаткових коштів, необхідних для їх функціонування. З іншого боку, участь закладів охорони здоров'я у спільних проектах з розробки, апробації та впровадження нових лікувально-діагностичних технологій з науково-дослідними установами та компаніями дає можливість підвищити рівень прибутку.

Підсумовуючи слід зауважити, що у сфері охорони здоров'я необхідно задовольнити потреби громадян у якісній та доступній медичній допомозі, що є дуже важливим завданням для України. Результатом інноваційної діяльності

закладів охорони здоров'я є розвиток медичних технологій, наукових досліджень і передового досвіду з метою отримання якісно нових ідей щодо вдосконалення, лікування, управління процесами в галузі медицини та отримання нових медичних продуктів, технологій чи послуг. Однак, як і будь-які інновації, інноваційні форми надання медичних послуг населенню досить часто є дуже дорогими для них. Важливим рішенням цієї проблеми повинно стати запровадження обов'язкового медичного страхування, адже на відміну від добровільного медичного страхування, яке пропонують страхові компанії у програмах медичного страхування таких послуг, воно буде доступнішим для усього населення, зокрема для малозабезпечених верст населення. Тому у Програмі медичних гарантій, яка сьогодні активно впроваджується в Україні, слід включити інноваційні форми надання медичних послуг, що дозволить підвищити якість та доступність надання медичної допомоги населенню.

Інноваційні форми надання МП з використанням МС сприятимуть підвищенню якості та доступності надання МД для населення, зокрема такі як:

Телемедицина – МД надають віддалено за допомогою технологій зв'язку, що дозволяє пацієнтам отримувати консультації лікарів, діагностику та навіть лікування без необхідності особисто відвідувати ЗОЗ.

Профілактичні програми – МС передбачає розвиток та підтримку профілактичних програм, які спрямовані на попередження захворювань та підвищення загального рівня здоров'я населення.

Інтегрована медична мережа – страхові компанії співпрацюють з ЗОЗ для створення інтегрованих мереж, де пацієнти отримують доступ до різноманітних МП за пакетними пропозиціями.

Медичні технології – використання робототехніки в хірургії, молекулярної діагностики, геноміки тощо, що покращить якість та ефективність МД.

Популяризація здорового способу життя – включення в МС програм підтримки здорового способу життя, які спрямовані на популяризацію фізичної активності, збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок та їх запобігання.

Ментальне здоров'я – інноваційні програми МС мають передбачати пакети психічного здоров'я та психологічної підтримки, що допомагає зменшити стрес та покращити загальний стан пацієнтів, особливо в умовах воєнного стану.

Блокчейн технологія для збереження даних – забезпечення безпечного та надійного зберігання медичних даних пацієнтів, таких як історії хвороб, результати обстежень та лікування, дозволяє забезпечити конфіденційність та цілісність даних, а також зробити їх доступними для лікарів та страховиків у потрібний час.

Електронні медичні картки – дозволять пацієнтам зберігати свої медичні дані у цифровому форматі, доступному для перегляду та оновлення в будь-який час, полегшують обмін інформацією між лікарями та страховиками, сприяючи збільшенню швидкості та ефективності надання МД.

Електронні помічники та медичні чат-боти – які вже частково працюють як консультанти, але запровадження цих інструментів може бути розширено для автоматизації процесів обробки запитів, консультацій пацієнтів та ведення медичної документації. Вони можуть надавати корисну інформацію про стан здоров'я, лікування та профілактику захворювань, що допомагає пацієнтам краще розуміти свій стан та приймати обдумані рішення щодо свого здоров'я.

Безумовно, що інтеграція штучного інтелекту в системи МС, що значно покращить їхню ефективність та результативність. Інтеграція ШІ в системи МС допоможе забезпечити більш точну, ефективну та доступну МД для населення, сприяючи покращенню результатів лікування та зменшенню ризиків, а саме:

автоматизована обробка даних – ШІ використовувати для автоматизованої обробки медичних даних, таких як історії хвороб, результати обстежень та лікування, що допомагає забезпечити швидкий та точний аналіз стану пацієнтів;

прогнозування ризиків та потреб – системи на основі ШІ аналізуватимуть дані та прогнозуватимуть ризики захворювань, потреби в МП та страховому покритті, що дозволяє страховим компаніям розробляти більш ефективні програми;

персоналізована медицина – ШІ допомагає впроваджувати персоналізовані підходи до лікування та діагностики, враховуючи індивідуальні характеристики пацієнтів, їх медичний історії та генетичні дані;

автоматизація процесів забезпечення медичного покриття – ШІ автоматизує процеси страхування, включаючи управління полісами, розрахунок внесків та виплат, що дозволяє знизити адміністративні витрати та покращити обслуговування пацієнтів;

моніторинг за станом здоров'я – системи на основі ШІ надаватимуть в реальному часі інформацію про стан здоров'я пацієнтів, їхній рівень активності та відповідність медичним рекомендаціям.

3.3. Шляхи запровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні

Вже протягом не одного року у медичній системі України піднімається питання медичного страхування. Багато експертів пропонують взяти за основу моделі країн з успішно діючою системою як обов'язкового так і добровільного страхування, скептики зазначають, що питання страхової медицини для України не на часі, бо суспільство до неї не готове. У своєму інтерв'ю ще у 2021 році керівництво МОЗ зазначало, що у вітчизняному суспільстві проблеми зі страховою медициною розпочинаються ще на етапі її ідентифікації. Так,

середній українець, сприймає страхову медицину, як своєрідний «тотем», який десь встановлюється і у медичній сфері одразу стає все добре. Проте у населення немає чіткого розуміння що таке медичне страхування, як воно має працювати, і, що найгірше, скільки воно має коштувати [2].

МС виступає підгалуззю особистого виду страхування і здійснюється на випадок втрати людиною здоров'я та забезпечує отримання нею медичної допомоги за рахунок попередньо накопичених коштів. Окрім того, до медичного страхування входить фінансування медичних заходів профілактики, у випадку реалізації страхового випадку [3].

Опираючись на твердження науковців щодо визначення медичного страхування, можемо здійснити узагальнення, що його слід ідентифікувати як суспільно-економічні відносини між страховиком та страхувальником (пацієнтом), при яких суб'єктами є держава, застраховані особи, роботодавці, медичні установи, тощо. З іншого боку медичне страхування виступає сукупністю правових норм, на основі яких відбувається регулювання відносин щодо захисту майнових інтересів під час звернення за медичною допомогою у разі реалізації страхових випадків, визначених договором страхування.

МС може реалізовуватись у двох формах: добровільній та обов'язковій. Обов'язкове медичне страхування виступає переважаючою формою медичного страхування у країнах з ринковою економікою. Ключовою його метою є акумуляція страхових внесків і подальше надання за їх рахунок медичної допомоги всім громадянам на визначених законодавством та договором страхування умовах і в гарантованих обсягах. Воно ж основним елементом системи соціального захисту охорони здоров'я громадян.

Доповнюючим до обов'язкового є ДМС, згідно з яким гарантується оплата медичних послуг, наданих у обсягах більших, ніж затверджено обов'язковою програмою. Даний вид страхування існує у більшості держав по

всьому світу. Значна поширеність ДМС зумовлюється недостатністю державних асигнувань у сферу охорони здоров'я.

Як і будь-якому виду страхування, у медичному виділяють страхові ризики та страхові випадки. Зокрема, захворювання застрахованої особи буде страховим ризиком, а її безпосереднє звернення до закладу охорони здоров'я і одержання медичних послуг виступатиме страховим випадком. На основі наведено, можемо впевнено стверджувати, що наявність страхової медицини є обов'язковою для всього цивілізованого світу, оскільки лише за рахунок неї можна забезпечити фінансування системи охорони здоров'я на необхідному рівні, і як наслідок, захистити найцінніше – здоров'я.

Кожна з країн на етапі підготовки до запровадження медичного страхування стоїть перед складним вибором. Враховуючи, що базовою рушійною силою для запровадження якісної системи медичного страхування є вибір ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, через яку б усі акумульовані ресурси розподілялись та витрачались з найбільшою користю, на етапі підготовки до розгортання медичного страхування необхідно чітко визначитись із тією моделлю, яка найбільше підходить під вітчизняні потреби. При цьому важливо розуміти, що система охорони здоров'я це не просто сукупність закладів громадської власності, а й міжгалузеві дії медичного персоналу, за рахунок яких суттєво покращується рівень здоров'я населення.

Серед усіх існуючих у світі моделей фінансування охорони здоров'я виділяють: модель Беверіджа; модель Бісмарка; модель Національного медичного страхування; модель приватного фінансування.

Проте на практиці рідко можна зустріти повноцінне відтворення принципів конкретної моделі, так як кожна країна розбудовує власну систему фінансування охорони здоров'я, яка є найбільш прийнятною більшістю громадян і включає в себе характерні риси різних моделей. Розглянемо зазначені моделі детальніше, для обґрунтування вибору Україною однієї із них.

Таблиця 3.3.1.

Порівняння моделей фінансування охорони здоров'я

Назва моделі	Характеристика	Переваги	Недоліки	Країни, в яких застосовується	Досвід для України
Модель Бісмарка	Сукупність приватного та соціального медичного страхування. Жорсткий контроль уряду за цінами. Фінансування за допомогою цільових платежів суб'єктів.	Розвиток та інновації. Якісна медична допомога, вільний вибір лікаря. Наявність додаткових джерел фінансування.	Високі адміністративні витрати. Надання послуг ризиковим верствам населення.	Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія.	Досвід підвищення інновацій, запровадження обов'язкової форми медичного страхування.
Модель Беверіджа	Головна роль при управлінні охороною здоров'я відводиться державі. Фокус відводиться на первинну допомогу. Фінансування за допомогою державних коштів, залучених прямим оподаткуванням.	Безкоштовна медицина для переважної більшості населення. Загальна доступність. Жорсткий контроль за використанням коштів.	Обмежений вибір лікаря. Високі адміністративні витрати. Наявність бюджетного дефіциту. Обмежені права медичних закладів.	Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба	Побудова моделі Беверіджа відбувалась на зміну моделі Семашка
Національна модель медичного страхування	Включає аспекти моделі Бісмарка та Беверіджа. Уряд виступає єдиним платником медичних процедур. Постачальники медичних послуг є приватними компаніями.	Медичне страхування не приносить прибутку. Допомога надається всім хворим без виключення.	Довгі черги на очікування лікування, старіння населення та надмірне використання медичних ресурсів	Канада, Тайвань, Південна Корея	Досвід функціонування державного і приватного страхування
Модель приватного фінансування	Фінансування відбувається за рахунок приватних коштів. Наявність державних страхових програм. Децентралізована система.	Велика кількість медичних закладів. Високий дохід медичних працівників. Контроль за якістю медичних послуг.	Високі адміністративні витрати та вартість медичних послуг. Відсутність єдиної системи охорони здоров'я. Складність проведення комплексного дослідження.	США, Ізраїль, Північна Корея	Досвід використання приватного медичного страхування для платоспроможного населення, розвиток державних програм

Джерело: розроблено авторами на основі: [53,15,24]

На основі даних, зазначених в таблиці можемо зробити висновки, що в поточних умовах запровадження медичного страхування в Україні необхідно здійснювати на основі використання Моделі Беверіджа. Дана модель найбільше підходить для впровадження у пострадянському середовищі і повною мірою відповідає вітчизняним потребам.

Варто зазначити, що з кінця 2017 року Україна перебуває на етапі активного реформування медичної сфери. Згідно з новими правилами роботи системи охорони здоров'я функцію страховика на державному рівні виконує Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Сутність нової моделі роботи полягає в тому, що після укладення договору з НСЗУ медичні установи отримують кошти за надані послуги пацієнтам на рівні первинної та вторинної ланки. До переліку послуг, які пацієнт отримує на безкоштовній основі входить: відвідування лікарів первинної та вторинної ланки, проходження ряду обстежень та аналізів у державних медичних установах, ведення вагітності та реабілітацію немовлят, надання екстреної допомоги, діагностування та лікування ВІЛ, хірургічні операції, медичну допомогу при гострих інфарктах та інсультах, тощо [6]. Проте, важливо усвідомлювати той факт, що жодна країна навіть з найвищим рівнем ВВП не може забезпечити повне фінансування безкоштовних медичних послуг для населення. Відтак, ключ вирішення проблеми лежить у розгортанні мережі добровільного медичного страхування, поруч із поетапним впровадженням системи обов'язкового медичного страхування і поширенням різноманітних спеціалізованих програм, доступних для різних верств населення.

Проаналізуємо динаміку розвитку вітчизняного ринку МС на основі аналізу частки медичного страхування у валових страхових преміях (рис.3.3.1).

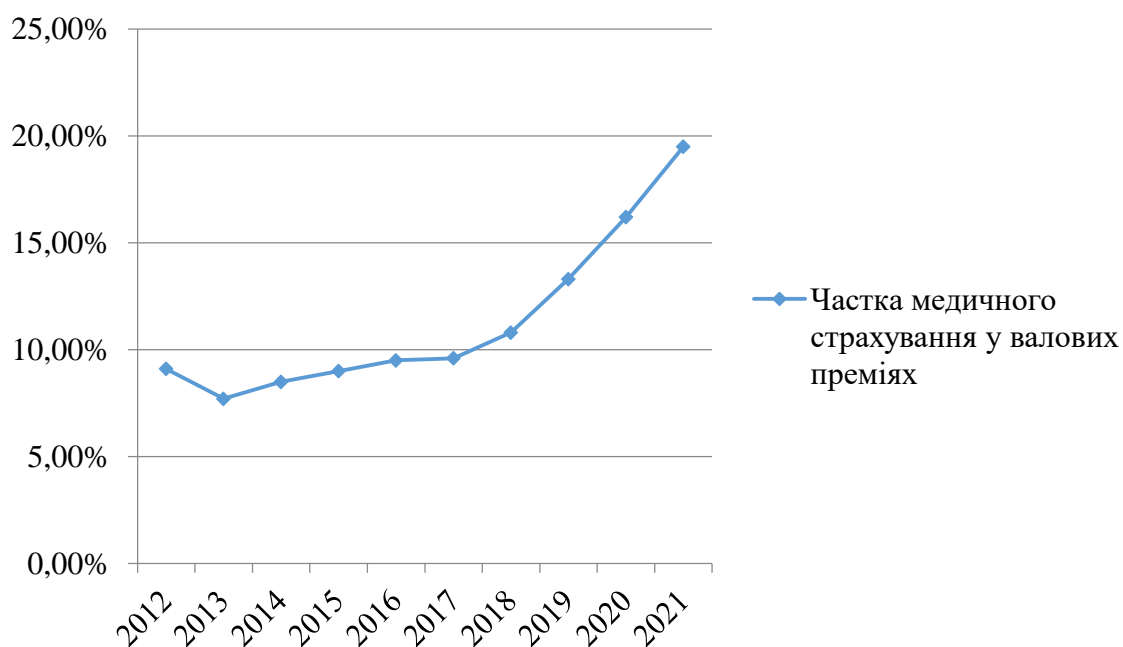


Рисунок 3.3.1. Частка МС у валових преміях страхового ринку України
Джерело: розроблено автором на основі [27]

Дані рисунку 3.3.1 показують, що протягом досліджуваного періоду відбувалось стійке зростання частки медичного страхування у валових преміях страхового ринку. Більше того, найбільш приріст відстежуємо починаючи з 2018 року, що можна також пов'язати із проведенням медичної реформи.

Враховуючи той факт, що добровільне медичне страхування на даному етапі має найбільші перспективи для розвитку в Україні розглянемо тенденції зміни основних показників розвитку добровільного медичного страхування (рис.3.3.2).

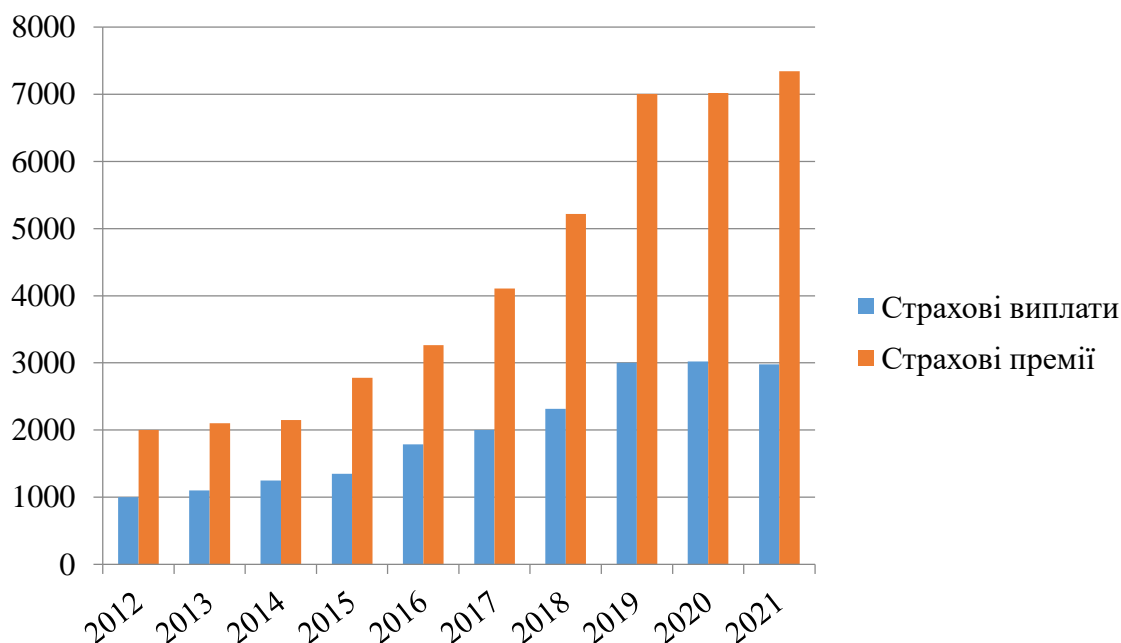


Рисунок 3.3.2. Динаміка основних показників ринку ДМС, млн. грн..

Джерело: розроблено автором на основі [27; 38]

Зазначена на рисунку 3.3.2 тенденція підтверджує встановлену нами картину щодо темпів розвитку ринку медичного страхування в Україні за аналогічний період в частині динаміки зростання страхових премій. Проте, можемо побачити, що з моменту початку пандемії Covid-19 обсяги страхових виплат у період з 2019 по 2021 роки залишались практично на одному рівні.

Про стрімкий розвиток медичного страхування свідчить і стабільне зростання обсягів страхових премій, значення яких за досліджуваний період зросло на 26%.

Окрім того, аналіз структури ринку особистого страхування показує, що медичне страхування займає лідируючі позиції у цьому сегменті. Частка медичного страхування перевищує обсяги страхування життя та від нещасних випадків. Це свідчить про значний інтерес до медичного страхування і зростання попиту на такі послуги. Незважаючи на це, обсяги ринку медичного страхування залишаються катастрофічно малими. Наявність полісу медичного

страхування є скоріше виключенням, а не правилом серед громадян. Придбати поліс можуть собі дозволити лише забезпечені громадяни.

Згідно з останніми дослідженнями, близько 90% людей не мають полісу медичного страхування [8]. Значною перешкодою для поширення ДМС серед корпоративних клієнтів, які на даний момент у переважній більшості випадків є покупцями страхових полісів, є відсутність податкових заохочень з боку держави. Враховуючи той факт, що підприємства сплачують страхові платежі на медичне страхування за рахунок власного прибутку після оподаткування, відсутність додаткових стимулів

На фоні описаної тенденції, стає очевидним, що передумов для запровадження обов'язкового медичного страхування на поточний момент так і не сформовано. У 2020 році були спроби щодо введення обов'язкового медичного страхування через формування відповідного законопроекту. Але попри той факт, що законодавча база для розвитку ОМС містить в собі позитивні акценти, недоліків на даний момент все таки більше. Основними з них є нечітко сформована структура щодо джерел фінансування страхових внесків за непрацюючих громадян, а також розрахунок прийняттого для рівня доходів населення розміру страхового внеску.

Початок війни в Україні ще більше зупинив розвиток медичного страхування. За попередніми оцінками падіння ринку ДМС за 2022 рік склало 15%. Звичайно у 2023 році деякі страхові компанії планують забезпечити приріст портфелю ДМС на 20-30%, проте, на жаль, це відбудуватиметься у більшій мірі за рахунок зростання страхових платежів.

Окрім того фокус ДМС на корпоративних клієнтах накладає на ситуацію глибокий відтінок. Так, починаючи з 24 лютого 2023 року роботодавці почали зменшувати соціальні витрати на своїх працівників, і медичне страхування стало одним із перших напрямків витрат, які підпали під скорочення [9]. З іншого боку, Гарцуєва І., засновниця страхової компанії «Страховий адвокат»

зазначає, що запити на медичне страхування в компаніях у 2023 році зростатимуть як ніколи. Це пов'язується із значним подорожчанням лікарських засобів та вартості медичного обслуговування у приватних клініках в середньому на 30%. Близько 87% компаній, які припинили свої договори медичного страхування працівників, вже їх поновили, зазначає Гарцуєва [10]. Таким чином, можна очікувати, що ринок добровільного медичного страхування у поточному році продовжуватиме свій розвиток.

Підсумовуючи вищенаведене зазначимо, що медичне страхування може відбуватись у добровільній та обов'язковій формі. При цьому, для кожної держави обирається власна модель фінансування охорони здоров'я. Враховуючи специфіку пострадянського середовища на території України, для нас найбільш прийнятною виступає модель Беверіджа, в якій співіснує державне та приватне медичне страхування. Перші кроки на запровадження даної моделі вже здійснено шляхом утворення Національної служби здоров'я України. Поруч із цим, проведене дослідження дозволяє сформулювати висновки, що найбільш прийнятною моделлю запровадження медичного страхування в Україні, враховуючи всі зовнішні та внутрішні фактори, є активний розвиток ринку добровільного медичного страхування та виникає необхідність у формування удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні.

На нашу ж думку, базою удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні має бути комплексний механізм, вектори якого спрямовано не тільки на фінансовий аспект діяльності, а й на всі сфери ЗОЗ, віддаючи належну увагу її соціальній складовій, при цьому необхідно забезпечити їх ефективність та збалансованість.

Системність та комплексність впровадження удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні потребує узгодженості в діях усіх його учасників відповідно до мети та

завдань медичного страхування. Тому у загальному баченні підходів до запровадження медичного страхування пропонуємо обґрунтування удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні.

Системоутворюючим елементом удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні визначено потреби населення в отриманні МД і МП, з врахуванням ризиків, внутрішніх та зовнішніх чинників. Обґрунтування удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні зображено на рисунку 3.3.3.

Оскільки учасниками лікувально-діагностичного процесу, крім медичних працівників, є пацієнти, і за даними опитування, ефективність їх сумісної діяльності у діючій СОЗ отримала низькі оцінки, теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні має бути спрямована на підвищення цієї ефективності, мотивації пацієнтів до отримання достовірної актуальної інформації щодо змін в системі охорони здоров'я

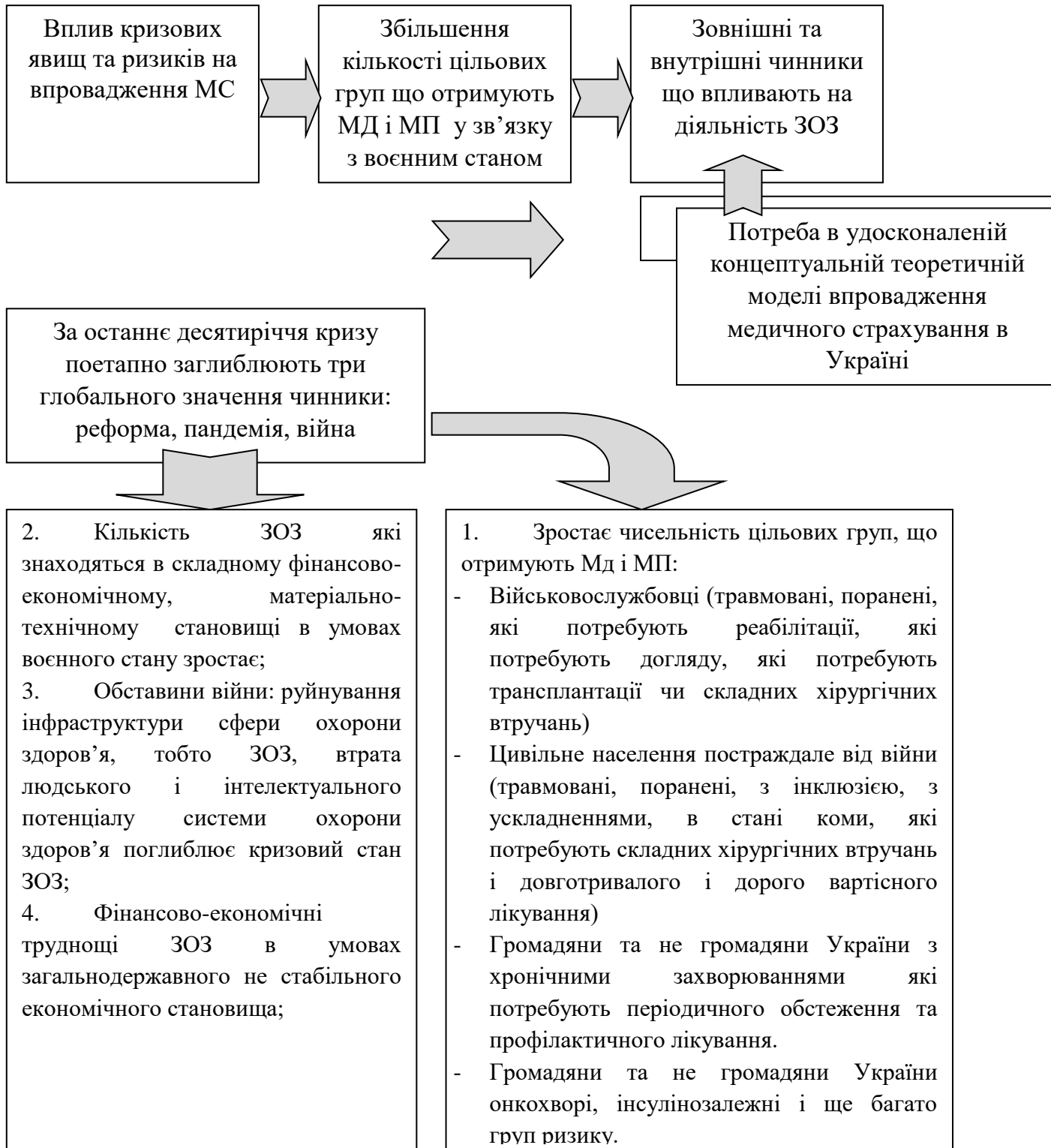


Рис. 3.3.3. Обґрунтування удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні.

Джерело: розроблено автором.

а також застосування таких методів гарантування отримання МД, на які пацієнт зможе сам впливати, тобто запровадження медичного страхування.. Анкета за якою проводилось опитування пацієнтів (громадян України) через гул-форму в онлайн форматі подано в Додатку _____.

Вдосконалена концептуальна теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні має вирішувати завдання більш раціонального використання ресурсів, що є одним із важливих напрямів управлінської діяльності в сфері СОЗ. Автором прийнято рішення розпочати розробку теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні, запровадження якої потребуватиме найбільш численних й ретельно спланованих заходів (рис.3.4.1.).

Надалі, для досягнення мети, система має містити набір компонентів, інноваційним з яких визначено інформаційну складову (моніторинг, аналіз, контроль) та ефективну і оперативну взаємодію усіх складових концептуальної моделі, запропонованої автором.

Теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні, полягає у координації фінансових інституцій та інституцій з ОЗ; формування Фонду МС в Україні; визначення пріоритетів розвитку медичної галузі з урахування глобалізаційних викликів та загроз; розвиток інноваційних форм надання МП; запровадження показників ефективності та результативності ЗОЗ.

Ми вважаємо, що ефективна вдосконалена концептуальна теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні дасть можливість інституційно, організаційно та економічно організувати впровадження медичного страхування з урахуванням загроз та ризиків і соціального ефекту для пацієнта.

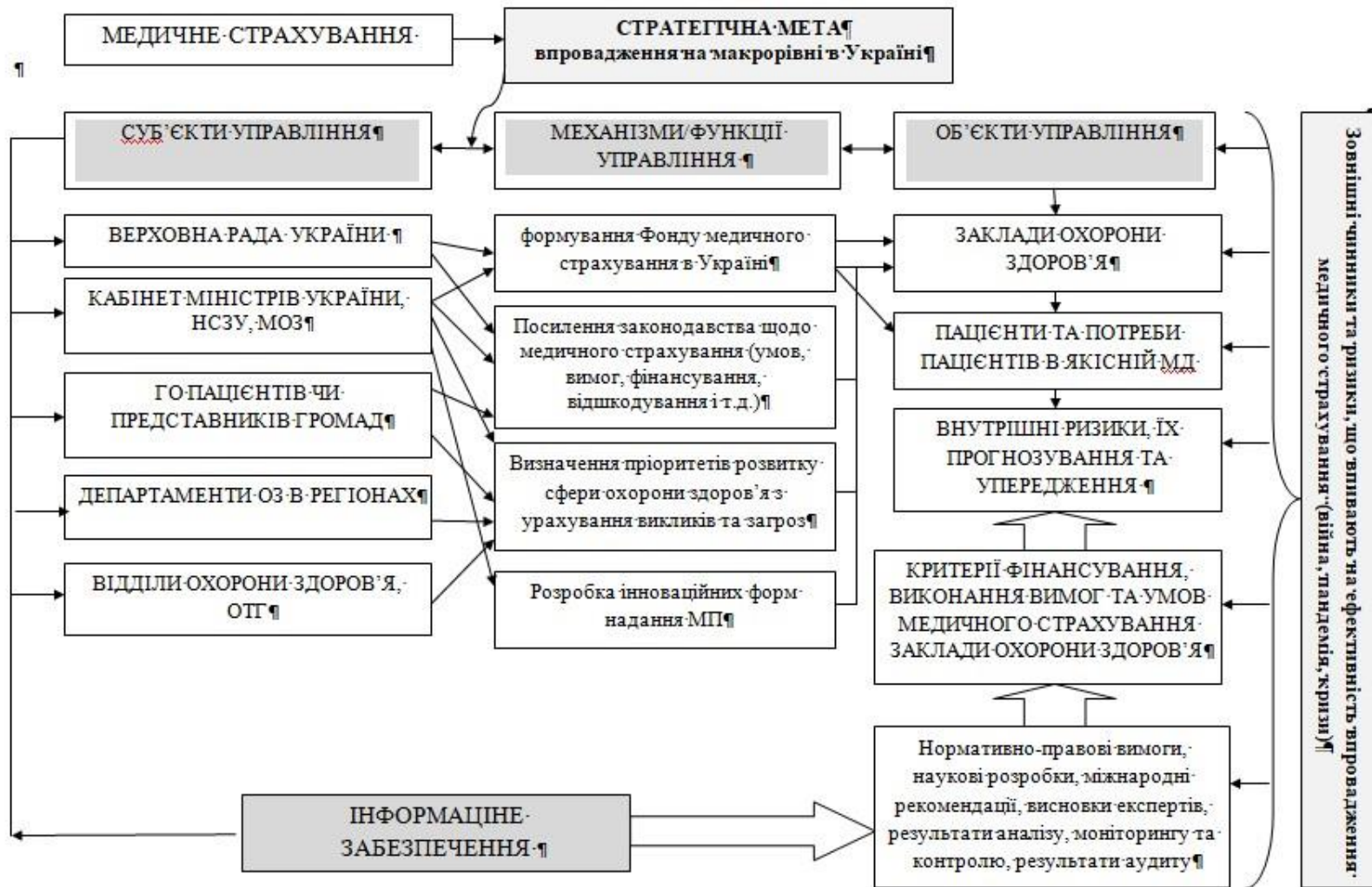


Рис. 3.4.1. Вдосконалена концептуальна теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні

Висновки до розділу 3

Підбиваючи підсумки викладеного у третьому розділі варто звернути увагу на наступне:

За умов військового часу, катастрофічного дефіциту бюджету та перевантаження медичної системи постраждалими під час бойових дій, виникає необхідність у диверсифікації джерел фінансування видатків на охорону здоров'я на державному та місцевому рівнях.

Впровадження МС дозволить оптимізувати систему фінансування медичної сфери, сприятиме розвитку медичної інфраструктури за рахунок формування страхових фондів.

При розробці моделі державного регулювання МС потрібно враховувати такі особливості, як демографічні показники, схильність до корупції та хабарництва, урбанізація, рівень кваліфікації лікарів, розвиток лікарняної мережі.

Вивчення ситуацій в інших країнах і їх досвіду дозволяє перейняти іноземний досвід, при цьому враховувати не лише на позитивний досвід, а й помилки СОЗ інших країн. Основні тези щодо регулювання МС в розвинутих країнах:

- зростання витрат на систему ОЗ характерне для більшості країн..
- країни з системою «єдиного платника» або сильним елементом державного контролю над охороною здоров'я мають найбільші витрати бюджету, при цьому задоволеність населення є нижчою.
- використанням ринкових механізмів, таких як конкуренція, фінансова дисципліна, ринкові ціни та свобода вибору споживачів, а також відмова від централізованого державного контролю призводить до більш ефективної роботи системи охорони.

- панівною світовою тенденцією слід визнати відхід від централізованого державного контролю та переведення ОЗ на ринкову основу при збереженні загальнообов'язкового МС.

Оптимальною системою для України є бюджетно-страхова модель. ДПП сприятиме оптимізації державного управління розвитком МС та передбачається як пріоритетний напрям розвитку медичної галузі.

Для сприяння розвитку системи МС необхідно застосування удосконаленої концептуальної теоретичної моделі впровадження медичного страхування в Україні, в межах якої розробити тарифи на обов'язкове МС; єдині стандарти і правила лікування та надання послуг ЗОЗ; виключити можливості подвійної оплати за надані МП обов'язковими та добровільними програмами МС; встановити податкові пільги у системі розвитку добровільного та обов'язкового страхування; розробити механізм страхування непрацездатних прошарків населення (діти, пенсіонери, тощо)

Нова модель фінансування ОЗ має передбачати чіткі державні гарантії щодо надання рівної МД всім громадянам, фінансовий захист громадян у разі лікування та виключення неофіційних платежів (хабарі, подяки в конвертах). Також вона має відповідати існуючим умовам у країні, та враховувати виклики військового стану.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступних публікаціях автора: [94; 99].

ВИСНОВКИ

Комплексним дослідженням доведено низький рівень розробленості проблематики в галузі науки державного управління щодо концептуальних засад впровадження медичного страхування в Україні, які конкретизуються в наукових результатах дослідження. Це створює ризики для задоволення потреб населення в підтримці та відновленні здоров'я в умовах воєнного стану.

У дисертації наведено теоретико-методологічні та практичні аспекти концептуальних засад необхідності обґрунтування удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я через запровадження теоретичної моделі медичного страхування в Україні з урахуванням сучасних світових моделей системи охорони здоров'я, що передбачалось метою і завданнями дослідження:

1. Проаналізовані основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування». Так, «страхування» - це правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством.

Розкрито сутність та узагальнено понятійно-категоріальний апарат дослідження, зокрема медичне страхування – це фінансовий продукт, який забезпечує фінансове покриття витрат на лікування, тобто договором між страховою компанією та фізичною особою, де остання сплачує внесок страховій

компанії, а натомість страхова компанія забезпечує фінансовий захист від медичних витрат. Медичне страхування покриває широкий спектр медичних витрат, включаючи ліки, операції, медичні витрати, витрати на швидку допомогу тощо. Водночас, обов'язкове медичне страхування – це система МС, за якої всі громадяни або визначені категорії громадян повинні мати МС відповідно до встановлених законодавчих норм та умов, метою ОМС є забезпечення всебічного доступу до МП для населення та зменшення фінансового ризику для окремих осіб у разі необхідності отримання МД.

2. Виокремлені нормативно-правові засади запровадження медичного страхування в Україні. Охорона здоров'я, як і медична допомога та медичне страхування, віднесені Конституцією України до прав громадян України, які є невідчужуваними та непорушними. Згідно з статтею 49 Конституції України кожен має право на ОЗ, медичну допомогу та медичне страхування.

Питання МС визначаються в наступних нормативно правових актах України: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (від 19 жовтня 2017 № 2168-VIII); Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування ОЗ» (від 30 листопада 2016 № 1013-р); Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки») (від 16 березня 2017 № 180); Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» (від 27 грудня 2017 № 1101-2017-п); Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» (від 25 квітня 2018 № 407); Наказ Міністерства ОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну

медичну допомогу» (від 19 березня 2018 № 503); Наказ Міністерства ОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної МД» (19 березня 2018 № 504). Законодавче врегулювання страхових правовідносин здійснюється нормами Цивільного кодексу України, Господарського кодексу України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та іншими нормативно-правовими актами України.

Нормативно-правові акти, що регулюють МС в Україні, можна поділити на чотири групи: законодавство, що регулює відносини у сфері господарської діяльності; законодавство щодо власне страхової діяльності; спеціалізовані норми права, які регулюють окремі питання страхової діяльності, зокрема щодо МС; законодавство з регулювання ринку фінансових послуг.

Окремо встановлено необхідність розробки та прийняття нормативно-правових актів, які регламентують залучення добровільного МС для покриття спів оплати МП та лікарських засобів. Існують декілька законопроектів, що знаходились на розгляді у Верховній Раді України, які передбачають можливість запровадження в Україні обов'язкового МС як перспективу розвитку вітчизняного законодавства. Це законопроекти «Про загальнообов'язкове державне МС» (реєстр. № 2597-1 від 05.04.2013 року) та проект Закону України проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне МС (реєстр. № 2597 від 21.03.2013 року). Верховна Рада України 04.10.2018 року отримала проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні», але 29.08.2019 року цей закон було відкликано.

3. Визначені світові моделі запровадження медичного страхування. Світовий досвід запровадження медичного страхування показує, що існує кілька основних моделей, кожна з яких має свої особливості та переваги, зокрема ми виокремили три основних моделі такі, як:

1. Модель загального державного медичного страхування (однорівнева). В цій моделі держава виступає як основний страховик, що надає медичне страхування населенню; фінансування здійснюється зі спільних фондів, утворених з внесків заробітчан, роботодавців та держави; пацієнти мають право на доступ до послуг у будь-яких ЗОЗ, які є учасниками програми.

2. Модель соціального медичного страхування (дворівнева). Ця модель передбачає, що держава забезпечує базовий рівень МС для населення, але також дозволяє існування приватних страхових компаній для додаткового покриття потреб; базовий пакет МС надається за рахунок державних фондів, а приватні страхові компанії пропонують додаткові послуги за додаткову плату; пацієнти мають можливість вибирати між державними та приватними ЗОЗ.

3. Модель обов'язкового приватного медичного страхування. У цій моделі кожна особа зобов'язана мати МС в приватній страховій компанії оформивши його самостійно або через роботодавця; фінансування здійснюється через внески самої особи або через роботодавця, також може бути додатково підтримане державними субсидіями для осіб з низьким рівнем доходів; пацієнти мають доступ до МП, що включені у поліс МС.

4. *Обґрунтовані особливості запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу.* Запровадження моделі медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу ускладнено викликами та обмеженнями, які варто врахувати при запровадженні моделі медичного страхування в Україні, а саме:

Безпековий чинник. В умовах війни пріоритетом є забезпечення безпеки громадян та стабільності в державі. Модель медичного страхування повинна бути спрямована на забезпечення максимального захисту населення та забезпечення доступу до МД в умовах воєнного стану.

Ефективність ресурсів. У воєнний час ресурси держави, в тому числі фінансові та людські ресурси є обмеженими. Модель медичного страхування

повинна бути спрямована на максимально ефективне використання цих ресурсів для забезпечення надання МД військовим та цивільному населенню.

Адаптивність та гнучкість. Воєнний стан створює умови швидкозмінного середовища, тому модель МС має бути адаптивною та гнучкою, щоб швидко реагувати на нові виклики та ситуації.

Співпраця та координація. Важливо забезпечити ефективну співпрацю та координацію між різними секторами СОЗ, а також з військовими та гуманітарними організаціями, щоб забезпечити координацію та оптимальне використання ресурсів.

Психологічна підтримка та реабілітація. Війна це порушення ментального та фізичного здоров'я, психологічного та фізичного травмування населення та військових, тому важливо, щоб модель МС передбачала належну психологічну підтримку та реабілітацію для постраждалих осіб.

Світовий досвід і рекомендації ВООЗ засвідчують, що єдиний ефективний спосіб забезпечити якісний медичний захист без фінансового навантаження на громадян – це перейти до фінансування ОЗ на базі моделі обов'язкового МС, яку пропонує НСЗУ, яка є єдиним державним страховиком та замовником централізованих закупівель МП.

5. Удосконалено підходи до оцінки та систематизації проблем запровадження медичного страхування в Україні. Удосконалення підходів до оцінки та систематизації проблем запровадження медичного страхування в Україні може бути досягнуте за допомогою запровадження ключових заходів, таких як:

Аналіз і порівняння міжнародних моделей, що включає аналіз та порівняння різних міжнародних моделей і це може допомогти вибрати оптимальний підхід для України та визначити найбільш ефективні практики.

Участь зацікавлених сторін, що передбачає залучення до дискусії та розробки моделі медичного страхування різні зацікавлені сторони, цільові

групи, такі як урядові органи, ЗОЗ, страхові компанії, а також громадські організації та експертні кола.

Оцінка потреб територіальної громади та аналіз існуючих проблем, що включає проведення комплексного аналізу потреб населення територіальної громади в медичних послугах та медичній допомозі, існуючих проблем у сфері ОЗ та територіальної особливості (клімату, стану навколишнього середовища, наслідків війни тощо), це дозволить розробити модель медичного страхування, яка відповідає реальним потребам та проблемам саме окремої територіальної громади та всіх ОТГ в цілому.

Забезпечення доступності та якості медичних послуг, що передбачає, що саме медичне страхування повинно сприяти поліпшенню доступності та якості медичних послуг для всього населення. Доцільно розробляти механізми контролю якості та моніторингу надання медичних послуг.

Ефективне управління ризиками та фінансами, що передбачає розроблення ефективних механізмів управління ризиками та фінансовими потоками в системі медичного страхування для забезпечення стабільності та стійкості цієї системи.

Інформаційна підтримка та освіта населення, включає повне і своєчасне інформування населення про переваги та умови використання медичного страхування, провадження просвітницької роботи щодо важливості здоров'я та медичного страхування.

Транспарентність управління, передбачає забезпечення прозорості управління та державного регулювання МС, що є важливим фактором забезпечення довіри громадськості до системи. Це може бути інформація про рішення, тарифи, нововведення щодо державного регулювання тощо, і ця інформація повинна бути доступна своєчасно для громадськості.

Забезпечення соціальної справедливості, через систему МС повинна бути забезпечено справедливе врахування потреб та можливостей різних

соціальних груп територіальних громад, та упередження виникнення соціальних нерівностей у доступі до медичних послуг.

Стимулювання використання профілактичних послуг, передбачає, що система МС має включати стимули для підтримки профілактичних заходів та здорового способу життя населення і відповідну роботу ЗОЗ в цьому напрямі. Наприклад, можливість безкоштовних чи знижених послуг для регулярних медичних обстежень та консультацій.

Формування системи моніторингу та оцінки результатів, включає в себе розробку системи моніторингу та оцінки результатів впровадження МС, яка дозволить вчасно виявляти проблеми та впроваджувати необхідні корективи для покращення ефективності системи.

Заохочення інновацій та розвитку медичних технологій, передбачає, що система МС має стимулювати розвиток нових технологій та інновацій у сфері ОЗ з метою підвищення якості медичних послуг та підтримки наукових досліджень.

б. Розглянуто вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного часу. Вдосконалення механізмів державного регулювання медичного страхування в Україні в умовах воєнного стану є критично важливим завданням для забезпечення доступу до якісної МД для населення та має реалізовуватись через:

розробку спеціалізованих програм та полісів – необхідно забезпечити розробку спеціалізованих програм МС, які враховують особливості воєнного стану та забезпечують лікування поранених, евакуйованих та внутрішньопереміщених осіб, а також психологічну підтримку для військових та цивільного населення;

забезпечення фінансування – стабільне та достатнє фінансування МС в умовах воєнного стану, в тому числі виділення додаткових бюджетних коштів на

потреби СОЗ, створення механізмів для залучення додаткових ресурсів від громадських приватних секторів;

систематичний моніторинг та оновлення програм – запровадження системи моніторингу та оцінки ефективності програм МС в умовах воєнного стану з метою виявлення проблем та внесення коректив для покращення системи;

створення механізмів співпраці – налагодження співпраці з міжнародними гуманітарними та медичними організаціями для отримання підтримки та координації надання МД та гуманітарної допомоги в умовах воєнного стану за цільовими групами забезпечення;

забезпечення доступності інформації – інформування про права та можливості отримання МС в умовах воєнного стану, доступність та зрозумілість інформації про програми та послуги МС для населення.

7. Виокремлено принципи обґрунтування основних показників ефективності та результативності діяльності ЗОЗ, які працюють з медичним страхуванням. Зокрема, обґрунтування основних показників ефективності та результативності ЗОЗ має ґрунтуватися на таких десяти принципах:

Наукової обґрунтованості. Показники ефективності мають базуватися на наукових дослідженнях та відомостях, що стосуються СОЗ, що дозволить використовувати об'єктивні дані для оцінки ефективності діяльності ЗОЗ.

Відповідності дій місії та цілям. Показники повинні відображати відповідність дій місії та цілям ЗОЗ. Наприклад, якщо місія ЗОЗ полягає у наданні високої якості медичних послуг, тоді показники ефективності повинні відображати якість та доступність цих послуг.

Контекстуальності. Показники ефективності повинні враховувати контекст, в якому працює ЗОЗ, включаючи особливості територіальної громади, її демографічні характеристики та потреби і можливий соціальний ефект.

Комплексності підходів. Обґрунтування показників ефективності має включати комплексний підхід, який охоплює різноманітні аспекти діяльності ЗОЗ, такі як доступність, якість, безпека, ефективність управління ресурсами (фінансовими, кадровими, матеріально-технічними, людськими тощо).

Узгодженості зі стандартами якості. Показники ефективності повинні бути узгоджені зі стандартами якості у сфері ОЗ, щоб забезпечити порівнянність та об'єктивність оцінок.

Моніторингу та оцінки. Обґрунтування показників ефективності має базуватися на системі моніторингу та оцінки, яка дозволяє постійно вдосконалювати процеси та якість надання медичних послуг і досягати максимального соціального ефекту для територіальної громади.

Відкритості та прозорості. Система показників ефективності повинна бути відкритою та доступною для всіх зацікавлених сторін, щоб забезпечити відкритий обмін інформацією і довіру.

Залученості стейкхолдерів. При формуванні показників ефективності важливо залучати різноманітних стейкхолдерів, таких як пацієнти, медичний персонал, урядові органи та інші зацікавлені цільові групи, для врахування різних потреб та формування перспектив.

Гнучкості та адаптивності. Система показників повинна бути гнучкою та адаптивною до змін у сфері ОЗ, зокрема до змін у демографічних та медичних тенденціях, технологічних інноваціях та змінах середовища.

Урахування глобальних та міжнародних стандартів. Показники ефективності повинні враховувати глобальні та міжнародні стандарти оцінки якості медичних послуг і медичної допомоги, щоб забезпечити можливість порівняння з регіонами чи з іншими країнами.

Застосування цих принципів, сприятиме створенню комплексної та збалансованої системи оцінки ефективності діяльності ЗОЗ, особливо в умовах реформ та воєнного стану.

8. Обґрунтовані інноваційні форми надання медичних послуг з використанням медичного страхування.

Інноваційні форми надання МП з використанням МС сприятимуть підвищенню якості та доступності надання МД для населення, зокрема такі як:

Телемедицина – МД надають віддалено за допомогою технологій зв'язку, що дозволяє пацієнтам отримувати консультації лікарів, діагностику та навіть лікування без необхідності особисто відвідувати ЗОЗ.

Профілактичні програми – МС передбачає розвиток та підтримку профілактичних програм, які спрямовані на попередження захворювань та підвищення загального рівня здоров'я населення.

Інтегрована медична мережа – страхові компанії співпрацюють з ЗОЗ для створення інтегрованих мереж, де пацієнти отримують доступ до різноманітних МП за пакетними пропозиціями.

Медичні технології – використання робототехніки в хірургії, молекулярної діагностики, геноміки тощо, що покращить якість та ефективність МД.

Популяризація здорового способу життя – включення в МС програм підтримки здорового способу життя, які спрямовані на популяризацію фізичної активності, збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок та їх запобігання.

Ментальне здоров'я – інноваційні програми МС мають передбачати пакети психічного здоров'я та психологічної підтримки, що допомагає зменшити стрес та покращити загальний стан пацієнтів, особливо в умовах воєнного стану.

Блокчейн технологія для збереження даних – забезпечення безпечного та надійного зберігання медичних даних пацієнтів, таких як історії хвороб, результати обстежень та лікування, дозволяє забезпечити кон фіденційність та

цілісність даних, а також зробити їх доступними для лікарів та страховиків у потрібний час.

Електронні медичні картки – дозволять пацієнтам зберігати свої медичні дані у цифровому форматі, доступному для перегляду та оновлення в будь-який час, полегшують обмін інформацією між лікарями та страховиками, сприяючи збільшенню швидкості та ефективності надання МД.

Електронні помічники та медичні чат-боти – які вже частково працюють як консультанти, але запровадження цих інструментів може бути розширено для автоматизації процесів обробки запитів, консультацій пацієнтів та ведення медичної документації. Вони можуть надавати корисну інформацію про стан здоров'я, лікування та профілактику захворювань, що допомагає пацієнтам краще розуміти свій стан та приймати обдумані рішення щодо свого здоров'я.

Безумовно, що інтеграція штучного інтелекту в системи МС, що значно покращить їхню ефективність та результативність. Інтеграція ШІ в системи МС допоможе забезпечити більш точну, ефективну та доступну МД для населення, сприяючи покращенню результатів лікування та зменшенню ризиків, а саме:

автоматизована обробка даних – ШІ використовувати для автоматизованої обробки медичних даних, таких як історії хвороб, результати обстежень та лікування, що допомагає забезпечити швидкий та точний аналіз стану пацієнтів;

прогнозування ризиків та потреб – системи на основі ШІ аналізуватимуть дані та прогнозуватимуть ризики захворювань, потреби в МП та страховому покритті, що дозволяє страховим компаніям розробляти більш ефективні програми;

персоналізована медицина – ШІ допомагає впроваджувати персоналізовані підходи до лікування та діагностики, враховуючи індивідуальні характеристики пацієнтів, їх медичний історії та генетичні дані;

автоматизація процесів забезпечення медичного покриття – ШІ автоматизує процеси страхування, включаючи управління полісами, розрахунок

внесків та виплат, що дозволяє знизити адміністративні витрати та покращити обслуговування пацієнтів;

моніторинг за станом здоров'я – системи на основі ІІІ надаватимуть в реальному часі інформацію про стан здоров'я пацієнтів, їхній рівень активності та відповідність медичним рекомендаціям.

9. Запропоновано шляхи запровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. Теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні, полягає у координації фінансових інституцій та інституцій з охорони здоров'я; формування Фонду медичного страхування в Україні; визначення пріоритетів розвитку медичної галузі з урахування глобалізаційних викликів та загроз; розвиток інноваційних форм надання медичних послуг; запровадження показників ефективності та результативності закладів охорони здоров'я.

Зазначено, що ефективна вдосконалена концептуальна теоретична модель впровадження медичного страхування в Україні дасть можливість інституційно, організаційно та економічно організувати впровадження медичного страхування з урахуванням загроз та ризиків і соціального ефекту для пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. ARX. Медичне страхування ARXiMed. URL: <https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya-arximed> (дата звернення 02.06.2023).
2. Богдан Т. Війна і державні фінанси: скільки потрібно грошей на відновлення і де їх брати. *Економічна правда*. 2022. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2022/11/3/693382/> (дата звернення 02.06.2023).
3. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1(27). С. 45-49.
4. Бурбель Л. Шість головних викликів, з якими зустрівся страховий ринок упродовж шести місяців війни. *Interfax-Україна*. 2022. URL: <https://interfax.com.ua/news/blog/856594.html> (дата звернення 04.06.2023).
5. Безкоштовні медичні послуги в закладах охорони здоров'я. *Кошт*. 2023. URL: <https://kosht.media/bezkoshtovni-medychni-posluhy-v-zakladakh-okhorony-zdorov-ia/> (дата звернення 30.05.2023).
6. Базилевич В.Д., Базилевич К.С., Пікус Р.В. Страхування : підруч. Київ : Знання, 2008. 1019 с.
7. Бугайцов С. Государственное регулирование системы онкологической помощи в Украине, генезис и тенденции развития : автореф. дис. ... д-ра наук по гос. упр. : 25.00.02. Киев, 2009. 40 с.
8. Барзилович А. Д. Реформування СОЗ в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134-140.
9. Бідник Н. Б., Ільчук О. О. Розвиток добровільного МС в Україні. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2014. № 2. С. 1025-1029.

10. Білик О. І., Качмарчик С. А. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми МС в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2013. № 767. С. 270-276.
11. Видатки зведеного бюджету України. Мінфін. 2023. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/cons/expense/2023/> (дата звернення 02.06.2023).
12. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. МС та його розвиток в Україні. *Финансовые услуги*. 2017. № 1. С. 35-39.
13. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120-127.
14. ВУСО. Медичний консьерж. URL: <https://vuso.ua/landing-page/medychnyy-konsyerzh-b2c> (дата звернення 02.06.2023).
15. Гладун З.С. Концептуальні засади державноправового регулювання відносин у сфері ОЗ населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20 квітня*. Львів, 2007. С. 73-79.
16. Гринчишин Я. М., Прокопюк А. В. Стан та перспективи розвитку страхового ринку України. *Молодий вчений*. 2017. № 3. С. 622-626.
17. Державне управління та державна служба: словник-довідник / [уклад. О.Ю. Оболенський]. К.: КНЕУ, 2005. 480 с.
18. Експериментальний рахунок ОЗ в Україні на основі міжнародної системи рахунків ОЗ (SHA 2011) Сателітний рахунок ОЗ в Україні. URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/oz_rik/exp_r_oz.htm
19. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України / [наук. ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін.]. К.: НАДУ, 2011. С. 153

20. Європейська соціальна хартія (переглянута) (переглянута) Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення 02.06.2023).

21. Євтушенко Т. П. Моделювання системи управління медичним страхуванням : дис. ... канд. економ. наук : 08.03.02. Донецьк. 2002. 156 с.

22. Ільчук В., Гарбуз Т. Формування та розвиток медичного страхування в Україні та світі. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2018. №1 (13). С. 113.

23. Історія становлення системи МС США та медична реформа Б. Обама / О. Машевський, М. Барабой. *Американська історія та політика: науковий журнал*. 2017. № 3. С. 181-189.

24. Іноземний досвід медичного страхування. URL: <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155> (дата звернення 02.06.2023).

25. Журавка О.С., Босак І.Л., Кубах Т.Г., Мордань Є.Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка»*. 2022. №2. С. 54

26. Журнал про страхування в Україні Форіншурер. Статистика страхового ринку України за I півріччя 2017 р. URL: <https://forinsurer.com/sta> (дата звернення 02.06.2023).

27. Жуковська А. Ю., Чигур О. В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1. С. 60-66.

28. Запорожан Л. П., Теренда Н. О., Литвинова О. Н., Панчишин Н. Я., Феш М. С. Необхідність розвитку української телемедицини за сучасних умов. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2(84). С. 65-71.

29. Зелена Книга «Аналіз регулювання сфери обов'язкового страхування» Офіс Ефективного Регулювання 2018 URL:

<https://cdn.regulation.gov.ua/d1/b0/2b/a3/regulation.gov.ua> (дата звернення 02.06.2023)/

30. Звіт про виконання Закону України «Про ДБ України на 2020 рік»/
URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/> (дата звернення 02.06.2023).

31. Закон України «Про ДБ України на 2022 рік» (Відомості ВРУ (ВВР). 2022. № 3. с.12. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1928-20#Text> (дата звернення 02.06.2023).

32. Закон України Про страхування. *Відомості Верховної Ради України* 1996. № 18. ст. 78 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 08.06.2023)/

33. Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» № 877-V від 1 січня 2021 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16#Text> (дата звернення 06.06.2023).

34. Закон України Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення 11.06.2023).

35. Замиховская З., Модленко Н. Медицинское страхование в мире и в Украине. *Практика управління медичним закладом*. 2013. URL: <https://www.legalalliance.com.ua/rus/publikacii/medicinskoe-mire-i-v-ukraine> (дата звернення 07.06.2023)

36. Конституція України URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 02.06.2023)/

37. Комплексний порівняльно-правовий аналіз відповідності законодавства України законодавству ЄС в сфері ОЗ людей, тварин, рослин / С. М. Губський, М. І. Іншин, Т. Є. Мироненко, О. М. Ключев, А. М. Куліш, Є. М.

Попович, С. В. Таранушич, І. М. Шопіна, Г. О. Якимов / За ред. докт. юрид. наук М. І. Іншина. С.439.

38. Климук Н. Я. Вплив невизначеності на попит у медичному страхуванні. *Медична інформатика та інженерія*. 2009. № 2. С. 69–71.

39. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення 02.06.2023)/

40. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № 10. URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01> (дата звернення 05.12.2023).

41. Котова С.С. Страхова медицина і МС: необхідність, суть, способи впровадження в Україні. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2011. № 4 (49).

42. Криничко Л. Р. Державне управління СОЗ в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 320 с.

43. Краснова О. І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання сфери ОЗ. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 8. С. 58-62.

44. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку СОЗ: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5-23.

45. Медицинское страхование [Текст]: пособие. для специалистов в области упр. здравоохранением, врачей, студентов и аспирантов мед. вузов / В. Г. Бедный, Н. М. Орлова. К.: Задруга, 2000. 134 с.

46. Мінфін. Рейтинг страхових компаній: медичне страхування. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/rating/medicine/2023-09-30/> (дата звернення 02.08.2023).

47. Масний В. Що варто знати про медичне страхування. Пояснює експерт. *Суспільне новини*. 2021. URL: <https://suspilne.media/122390-so-varto-znati-pro-medicne-strahuvanna-roasnie-ekspert/> (дата звернення 30.05.2023).
48. Марценюк В. П., Климук Н. Я. Модель багатостадійного захворювання для задач медичного страхування. *Штучний інтелект*. 2012. № 1. С. 160–168.
49. Мочалов Ю. Інноваційна діяльність у роботі закладів охорони здоров'я. *Практика управління медичним закладом*. 2014. № 3. С. 28-37.
50. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 109 с.
51. Мочерний С. В. Економічна теорія: навч. посіб. 4-те вид., стереотип. К.: ВЦ «Академія», 2009. 640 с.
52. Мезенцева Н. Б., Буравльов Л.О., Радиш Я.Ф. Держане регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції розвитку. *Держава та регіони*. 2007. № 4. С. 142-146.
53. Національна стратегія реформування СОЗ в Україні на період 2015-2020 років URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 02.06.2023).
54. Огляд страхового ринку України за I півріччя 2022 року. *Національний банк України*. 2022. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Огляд_стан_страхового_ринку-нагляд_pr_2022-09-23.pdf?v=4 (дата звернення 30.05.2023).
55. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку МС в Україні. *Інтелект XXI*. 2016. № 5. С.158-162.
56. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 року № 2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 02.06.2023).

57. Одування медстраху: ринок добровільного медичного страхування у 2023 році поступово відновлюється. Delo.ua. 2023. URL: <https://delo.ua/business/oduzannya-medstraxu-rinok-dobrovilnogo-medicnogo-straxuvannya-u-2023-roci-postupovo-vidnovlyujetsya-424262/> (дата звернення 16.12.2023).

58. Прилипко С. М., Ярошенко О. М., Занфірова Т. А., Аркатов Я. А. Загальнообов'язкове державне соціальне МС в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія. Харків : Право, 2017. 208 с.

59. Пшеничний П. Медичне страхування під час війни: чим страховики компенсують подорожчання послуг. delo.ua. 2023. URL: <https://delo.ua/insurance/zdorovya-pid-nadiinim-zaxistom-yak-straxoviki-povertatimut-balans-na-rinku-medstraxuvannya-411167/> (дата звернення 30.05.2023).

60. Петрушка О. В. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах. *Економіка та суспільство*. 2017. Випуск 13. С. 1189-1192.

61. Про схвалення Концепції реформи фінансування СОЗ: Розпорядження КМ України від 30.11.16 р. № 1013-р. URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 02.06.2023).

62. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини: Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20#Text> (дата звернення 11.06.2023).

63. Попович Д., Капітанчук М. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. №10 (110). С.65.

64. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних

коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України; Вимоги від 28.03.2018 № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 02.09.2023).

65. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування СОЗ в умовах її реформування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 12. – URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2503> (дата звернення: 22.09.2022).

66. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 21.06.2023).

67. Про затвердження Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування Розпорядження № 565 від 09.07.2010 Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1119-10#Text> (дата звернення 02.06.2023).

68. Проект Закону України від 19.03.2013 р. № 2597 «Про загальнообов'язкове державне соціальне МС». URL: <https://ips.ligazakon.net/document> (дата звернення 09.08.2023).

69. Пацурія Н. Проблемні питання закріплення та реалізації правовідносин із обов'язкового страхування. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки*. 2010. Вип. 85. С. 26-30

70. Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне МС № 2597 від 21.03.2013 року URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46242 (дата звернення 02.06.2023).

71. Проект Закону про загальнообов'язкове державне МС 2597-1 від 05.04.2013 року URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=46465 (дата звернення 22.08.2023).

72. Постанова Кабінету Міністрів “Про утворення Національної служби здоров’я України” від 27.12.2017р №1101 URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini> (дата звернення 22.07.2023).

73. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 02.06.2023).

74. Портал Міністерства фінансів. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/cons/expense/> (дата звернення 11.03.2023)

75. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров’я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107-110.

76. Пшеничний П. Медичне страхування під час війни: чим страховики компенсують подорожчання послуг. *delo.ua*. 2023. URL: <https://delo.ua/insurance/zdorovya-pid-nadiinim-zaxistom-yak-straxoviki-povertatimut-balans-na-rinku-medstraxuvannya-411167/> (дата звернення 02.06.2023).

77. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 11.04.2023).

78. 5. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення 14.04.2023).

79. Про затвердження дорожньої карти впровадження медичного страхування МОЗ України; Наказ від 25.08.2023 № 1530. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1530282-23#Text> (дата звернення 11.05.2023).

80. Про утворення Національної служби здоров’я України: Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 27.12.2017 № 1101. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 02.05.2023).

81. Показники діяльності страхових компаній. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist> (дата звернення 11.04.2023).

82. Радиш Я.Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні (категорійно-понятійний апарат медичного права) URL: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/doc/1/03.pdf> (дата звернення 07.04.2023)

83. Рижкова Є. Ю. Правове регулювання приватного сектору медицини в США. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Юриспруденція*. 2014. №10-1. Том 2. С. 27–31.

84. Рейтинг страхових компаній за рівнем виплат. Мінфін. 2023. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/rating/payments/2023-09-30/> (дата звернення 11.11.2023)

85. Россильна О. В., Головачова А. С. Особливості медичного страхування в умовах розвитку персоналізованої медицини. *Київський часопис права*. 2023. № 1. С. 79-85.

86. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. *In genius*. 2022. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klassifikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення 30.05.2023).

87. Сербиновський Б. Ю., Гарькуша В. Н. Страхование дело: курс лекцій. Ростов-на-Дону: ЮФУ. 2010. 387 с.

88. Самойловський А. Державне регулювання страхової діяльності в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.02.03. Київ: Науково-дослідний економічний ін-т Міністерства економіки, 2000. 17 с.

89. Страхова група «ТАС». Послуга медичного страхування “TAS - Doctor”. URL: <https://sgtas.ua/health-protection/tas-doctor-medicinsкое-strahovanie/> (дата звернення 09.05.2023).

90. Стрілецька В. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Національний університет «Києво-Могилянська академія»*. 2022. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d232a051-a37a-4c90-91eb-a99f269568b4/content> (дата звернення 30.05.2023).

91. Сайт Державної служби статистики України URL: <http://ukrstat.gov.ua> (дата звернення 09.05.2023)/

92. Сайт «МінФін». Рейтинг страхових компаній: МС. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/rating/medicine/2017-06-30/> (дата звернення 09.05.2023)

93. CO3 Великобританії/ Insurance Top URL: <http://insurancetop.com/markets/39> (дата звернення 09.05.2023).

94. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку МС в Україні/ *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2018. Випуск 49. С. 80-92.

95. Соловей С. В. Обґрунтування теоретичної моделі запровадження МС в Україні. *Журнал Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 13. С. 135-140. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1776>

96. Соловей С. В. Систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. №6. С. 151–160. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-6-151-160>

97. Соловей, С. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 5. С. 131–140. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-5-131-140>

98. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування». Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023. № 3. С. 168-173. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/3_2023/28.pdf<https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.28>.

99. Соловей С.В. Проблеми запровадження медичного страхування в Україні. *Трансформація системи публічного управління в умовах воєнного часу: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (3 червня 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл.* Переяслав, 2022. С. 279-282

100. Соловей С.В. Наукові підходи до запровадження системи приватного МС. *Публічне управління в умовах воєнного часу та надзвичайних ситуаціях: сучасний стан, проблеми, перспективи розвитку: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (30 листопада 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл.* Переяслав, 2023. С.296-300

101. Соловей С.В. Визначення світових моделей запровадження МС. *Складові національної безпеки в умовах воєнного стану. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.) / Під загальною редакцією доктора наук з державного управління, професорки Гбур Зоряни Володимирівни.* Київ, Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута»», 2023. С.286 – 295

102. Соловей С.В. Основні понятійно-категоріальні положення визначень щодо МС. _____ Національна безпека України в умовах воєнного стану. Матеріали I Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. – Чернігів, _____, 2024. – 500 с.

103. Сергієнко Л. В., Криничко Л. Р., Петрик С. М., Малігон Ю. М. Розвиток державно-приватного партнерства в сфері ОЗ : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 240 с.

104. Свінціцький А. С., Висоцька О. І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. № 1. С. 7-13.

105. Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3 (85). С.103-105.

106. Сайт Міністерства ОЗ України URL: <http://moz.gov.ua/article/news/jak-pracjuvatime-nacionalna-sluzhba-zdorovja-ukraini> (дата звернення 01.05.2023).

107. Свет М. Ю. Державне регулювання МС в Україні дис. ... канд. наук держ. упр. : 25.00.02. Запоріжжя, 2021. 249с.

108. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І. Успенко та ін. ; за заг. ред. Н. М. Внукової. 2-ге вид., переробл. та доповн. Харків : Бурун Книга, 2009. 656 с

109. Третьяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення МС. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. №12. С. 43-47.

110. Тищенко Д. О. Державне регулювання страхової діяльності в Україні дис. ... канд. економ. наук : 08.00.08. Київ, 2021. 252с.

111. Ткачук М. Страхова без страху та докору: яка система охорони здоров'я потрібна Україні. Апостроф. 2022. URL: <https://apostrophe.ua/ua/article/society/2022-01-25/strahovaya-bez-straha-i-upreka-kakaya-sistema-zdravooohraneniya-nujna-ukraine/43952> (дата звернення 03.06.2023).

112. Універсальна. Лікування критичних захворювань «МайбутнЄ!». URL: <https://universalna.com/health-insurance/maibutnie/> (дата звернення 01.05.2023).

113. Уніка. Медичне страхування (ДМС). URL: <https://uniqa.ua/private/life/zdorove/> (дата звернення 01.05.2023).

114. Федорова Н.О. МС в системі державного регулювання страхової. *Вісник Національного Університету Цивільного Захисту України. Серія “Державне Управління”*. 2018. Випуск 1 (8). С. 201–211.
115. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації МС в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2017. Вип. 23(2). С. 76-80.
116. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72-76.
117. Філіпенко А. В., Ольвінська Ю. О. Порівняльний аналіз МС в країнах світу. *Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень: матер. конф.* Одеса, ОНЕУ. С. 91-97.
118. Філіпова Н. Перспективи імплементації страхової медицини в Україні. *Економічні науки*. 2021. №3. С. 119-123.
119. Чорна, В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн європейського союзу. *Вісник соціальної гігієни та організації ОЗ України*. 2021. №1. С. 45-49
120. Шевчук Ю. В. Фінансове забезпечення розвитку МС в Україні: дис. ... канд. економ. наук : 08.00.08. Ірпінь, 2018. 272 с.
121. Шихов А. К. Страхование: организация, экономика, правовые аспекты : учеб. пособ. для вузов. 2-е изд., перераб. и дополн. М. : КУРС, ИНФРА-М, 2017. 368 с.
122. Що потрібно знати небанківським фінансовим установам під час воєнного стану. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/scho-potribno-znati-nebankivskim-finansovim-ustanovam-pid-chas-voyennogo-stanu> (дата звернення 01.05.2023).
123. Як змінилось медичне страхування в Україні під час війни? *Forinsurer*. 2023. URL: <https://forinsurer.com/public/23/01/31/4974> (дата звернення 30.05.2023).

124. Anatomy of Healthcare. The U.S. Healthcare System Explained. URL: <https://medschoolinsiders.com/pre-med/anatomy-of-healthcare-the-u-s-healthcare-system-explained/> (дата звернення 01.05.2023).

125. Health system UK vs. Germany: Who performs better? Ottonova. URL: <https://www.ottonova.de/en/expat-guide/health-system-uk-vs-germany-who-performs-better> (дата звернення 11.12.2023)

126. Bouliane Nicolas. How to choose German health insurance. All About Berlin. 2024. URL: <https://allaboutberlin.com/guides/german-health-insurance> (дата звернення 05.05.2023)

10. Private health insurance model. MD Clarity. URL: <https://www.mdclarity.com/glossary/private-health-insurance-model> (дата звернення 12.05.2023).

127. Health Care Index by Country 2023. *Numbeo*. 2023. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2023 (дата звернення 30.05.2023).

128. Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Murray C. J. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003. №362. p. 111-117.

129. OECD 2004 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Proposal for a taxonomy of health insurance. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31916207.pdf> (дата звернення 01.05.2023)/

130. Sarah Thomson, Mossialos Elias/ Regulating Private Health Insurance in the European Union: The Implications of Single Market Legislation and Competition Policy. *Journal of European Integration*. 2007. № 29. p. 89-107

131. Motaze NV, Chi PC, Ongolo-Zogo P, Ndongo JS, Wiysonge CS. Government regulation of private health insurance. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021. Issue 2. Art. No.: CD011512. DOI: 10.1002/14651858.CD011512.pub2. Accessed 22 September 2022.

132. WHO 2010 The World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. In: World Health Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.

133. WHO 2000 World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

134. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*. 2008. № 613.

135. Twaddle A. Health care reform around the world. Westport: Auburn House, 2002. 419 c

136. Janssen C., Swart E., Lengerke T. Health care utilization in Germany : theory, methodology, and results. New York: Springer, 2014. 344 c.

137. Adier P., F. Clemant Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: Implications and current debate. *Health Policy*. 2014. №5.

138. Health systems financing : the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010. 106 c.

139. SCAP PHW. Report on the Japanese Social Insurance Programs by the Labor Advisory Committee Supreme Commander for Allied Powers, Public Health and Welfare Section.

140. War and health Insurance Policy in Japan and the United States. Takakazu Yamagishi 2011. p. 70.

141. Timeline: History of Health Reform in the U.S. (2011) URL: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2011/03/5-02-13-history-of-health-reform.pdf> (дата звернення 01.05.2023).

142. Do I Have to Have Health Coverage? URL: <http://healthconsumer.org/wp/wp-content/uploads/2016/07/Revised-HCA-consumer-fact-sheet-2.pdf>. (дата звернення 12.05.2023).

143. Eric C. Schneider et al., Mirror, Mirror 2021 — Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries (Commonwealth Fund, Aug. 2021). URL: <https://doi.org/10.26099/01DV-H208> (дата звернення 01.05.2023).

144. Healthcare in Sweden (2018). URL: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (дата звернення 01.09.2023).

145. How Sweden achieved world-class medical and social care. Symbiocare. URL: <http://www.symbiocare.org/how-sweden-achievedworld-class-medical-and-social-care> (дата звернення 01.05.2023).

146. Sweden Medical Insurance. URL: <https://www.pacificprime.com/country/europe/swedenhealth-insurance/> (дата звернення 08.03.2023).

147. General insurance in Japan. Annual Report 2016. URL: <http://www.sonpo.or.jp/en/publication/pdf/fb2016e>. (дата звернення 01.05.2023)

148. Weaver M., Joffe J., Ciarametaro M., Dubois R., Dunn A., Singh A., Sparks G., Stafford L., Murray C., Dielman J. Health Care Spending Effectiveness: Estimates Suggest That Spending Improved US Health From 1996 To 2016. Health Affairs. 2022. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2021.01515> (дата звернення 02.06.2023).

149. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (дата звернення 11.04.2023).

ДОДАТКИ

Список публікацій здобувача за темою дисертації

А. В яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Соловей С. В. Обґрунтування теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. Журнал *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 13. С. 135-140. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1776>.
2. Соловей С. В. Систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 6. С. 151–160. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-6-151-160>
3. Соловей С.В. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування. *Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення*. 2023. № 5. С. 131–140. <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-5-131-140>
4. Основні понятійно-категоріальні положення визначень «страхування», «медичне страхування», «обов'язкове медичне страхування». Держава та регіони. Серія: Публічне управління і адміністрування. 2023. № 3. С. 168-173. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/3_2023/28.pdf<https://doi.org/10.32782/1813-3401.2023.3.28>.

Б.Засвідчують апробацію результатів дослідження

5. Соловей С.В. Проблеми запровадження МС в Україні. Трансформація системи публічного управління в умовах воєнного часу: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (3 червня 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл. Переяслав, 2022. С. 279-282
6. Соловей С.В. Наукові підходи до запровадження системи приватного МС. Публічне управління в умовах воєнного часу та надзвичайних

ситуаціях: сучасний стан, проблеми, перспективи розвитку: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (30 листопада 2022 року) / за заг. ред. О.І. Пархоменко-Куцевіл. Переяслав, 2023. 372 с. С.296-300

7. Соловей С.В. Визначення світових моделей запровадження МС. С 43 Складові національної безпеки в умовах воєнного стану. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 09-11 серпня 2023 р.) / Під загальною редакцією доктора наук з державного управління, професорки Гбур Зоряни Володимирівни. Київ, Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута»», 2023. С.286 – 295.

8. Соловей С.В. Основні понятійно-категоріальні положення визначень щодо МС. Національна безпека України в умовах воєнного стану. Матеріали I Науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Чернігів, 06-08 березня 2024р.) / Під загальною редакцією д.н.держ. упр., професорки Гбур З.В. – Чернігів, 2024. – 500 с.

9. Соловей С.В., Пархоменко-Куцевіл О.І., С. П. Кошова, З. В. Гбур, Впровадження концептуальної теоретичної моделі запровадження медичного страхування в Україні. *Методичні рекомендації*. Київ. ІДУНДЦЗ, протокол від 30.11.2022 № 12, 32 с.

Вих.№02\01_24 від 20.02.2024

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Соловей Світлани Василівни

У дисертаційному дослідженні Соловей С.В. досліджується особливості запровадження медичного страхування в умовах воєнного стану. Визначено, що запровадження медичного страхування є надзвичайно важливим, оскільки дає змогу забезпечити доступність медичних послуг для кожного в умовах зменшення навантаження на державний бюджет та сферу соціального захисту населення. Виявлено, що попри війну, ринок медичного страхування в Україні реформується та наближається до європейських стандартів. Встановлено, що в умовах воєнного стану Національний банк України, будучи регулятором страхового ринку, запропонував страховим компаніям спростити процедуру вирішення випадків зі страховими ознаками, що передбачає максимальне використання електронних документів, копій документів, необхідних при неможливості або ускладненні отримання оригіналів документів та інші способи дистанційного вирішення страхових випадків, а також надання споживачам страхового захисту за спрощеним порядком оформлення страховиками подій страхового характеру, за всіма видами страхування та за всіма видами контрагентів, що зокрема стосується медичного страхування. З'ясовано, що добровільне медичне страхування продовжує ефективно функціонувати в Україні навіть в умовах повномасштабної російсько-української війни, водночас запровадження обов'язкового медичного страхування відбувається повільними темпами. Розглянуто особливості розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Представлено показники діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування в Україні.

Цей та інший інформаційно-аналітичний матеріал було використано для формування навчальних курсів підвищення кваліфікації Інституту професійних трансформацій для різних цільових груп.

Директор Інституту
професійних трансформацій



Інна МОСКАЛЕЦЬ



ЧЕРНІГІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ІНФОРМАЦІЇ, БІЗНЕСУ І ПРАВА
ЗВО „МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВО-ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ АКАДЕМІКА ЮРІЯ БУГАЯ”

Вул. Гонча, 37, м. Чернігів, 14000, e-mail: chiibip.mnty@gmail.com, код ЄДРПОУ 25623216

Вихідна №_02-024_____

«_15_» лютого 2024 р.

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Соловей Світлани Василівни

У своєму дисертаційному дослідженні Соловей С.В. відзначено, що медичне страхування має забезпечувати різноманітність можливостей для надання медичних послуг та їх повноцінного отримання для всього населення, залучаючи тим самим додаткові фінансові ресурси за рахунок різноманітних ресурсів для організації медичної допомоги населенню. Проведено аналіз показників медичного страхування, зокрема обсягів валових надходжень страхових платежів (премій, внесків) та обсягів страхових виплат/відшкодувань за добровільним та обов'язковим медичним страхуванням. Виявлено, що важливою проблемою запровадження медичного страхування в Україні є те, що система охорони здоров'я в нашій державі є застарілою та має значну кількість недоліків, які потребують модернізації, запозичення досвіду та впровадження сучасних тенденцій розвинених країн. З'ясовано, що основною проблемою в сфері охорони здоров'я є невідповідність між обсягом фінансування сфери охорони здоров'я з офіційних джерел та наявними потребами такого фінансування, що змушує громадян брати участь у фінансуванні медичних закладів у спосіб, який не передбачено законодавством України, сприяючи тим самим розвитку корупції та розвитку тіньової економіки. Зазначено, що розвиток медичного страхування в Україні потребує запровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я, а також регулювання сфери медичного страхування через норми чітко визначеної правової бази. Матеріали дисертаційного дослідження були використані при формуванні конспектів лекцій для різних професійно-освітніх програм інституту.

Проректор з наукової роботи
Чернігівського інституту інформації,
бізнесу і права ЗВО «МНТУ імені Ю. Бугая»,
доктор наук з державного управління, професор



Зоряна ГБУР

ОПИТУВАЛЬНИК НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

для дослідження "Задоволеності населення існуючою моделью системи охорони здоров'я в Україні "

1. Поінформована згода на участь у дослідженні

Відповідальний дослідник – Соловей Світлана Василівна, аспірантка кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я (НУОЗ) України імені П. Л. Шупика;

Науковий керівник – д.н.держ.упр., професор Пархоменко Куцевіл Оксана Ігорівна.

Шановний учасник, пропонуємо Вам взяти участь у дослідженні, результати якого будуть використані для оцінки необхідності запровадження медичного страхування в Україні на державному рівні.

Повідомляємо Вам, що участь у дослідженні є абсолютно добровільною та анонімною; Ви можете відмовитися від участі в дослідженні або вийти з нього в будь-який момент. Ваша участь в дослідженні може бути корисною для Вас як інформаційний ресурс; в ході дослідження будуть отримані нові знання на користь медичних працівників, пацієнтів та розвитку медицини; дослідник, або інша уповноважена особа, може відсторонити Вас від участі в дослідженні через недотримання Вами вимог дослідження або через припинення дослідження його організаторами. У дослідженні беруть участь 500 осіб.

Гарантуємо Вам конфіденційність інформації та використання отриманих даних лише у наукових цілях.

Тривалість дослідження – 3 місяці.

Пропонуємо Вам детально ознайомитись з представленою інформацією, для повного її розуміння. У будь-який період проведення дослідження Ви

можете поставити досліднику додаткові запитання з отриманням вичерпної відповіді.

Просимо засвідчити свою поінформовану згоду у дослідженні поставивши відповідну позначку

згоден

2. Запрошення до участі в опитуванні

Наступні запитання стосуються Вашої точки зору на ефективність командної роботи усіх працівників та діяльність загалом Вашого ЗОЗ обслуговування. Будь ласка, заповніть анкету та дайте свою особисту оцінку ефективності діяльності ЗОЗ та соціального ефекту для Вас: якість надання медичної допомоги, консультації, послуги; швидкість реагування на Ваші скарги, звернення, щодо погіршення стану здоров'я; задоволеність наступністю та етапністю допомоги, профілактичних заходів, доступністю до отримання медичної допомоги, матеріально-технічним забезпеченням надання медичної допомоги, комунікацією з лікуючим лікарем, ефективністю надання медичної допомоги.

Уважно прочитайте подані нижче твердження. Оберіть шляхом ставлення позначки в колонці з твердженням, яке найкраще описує Вашу ситуацію чи світосприйняття.

Розділ 1. Загальна інформація

1. Стать:

Чоловік	
Жінка	
Інше	

2. Вік:

18-25	26-35	36-45	46-55	56 і старше

3. Місце проживання:

Місто	Село

Розділ 2. Державне управління та соціальні послуги

4. Як ви оцінюєте організацію та доступність соціальних послуг у вашій територіальній громаді?

Дуже задоволений	
Задоволений	
Нейтральний	
Незадоволений	
Дуже незадоволений	

5. Як ви оцінюєте ефективність державного управління наданням соціальних послуг у вашій територіальній громаді?

Дуже ефективно	
Ефективно	
Нейтральне	
Неефективно	
Дуже неефективно	

6. Чи брали ви участь в програмах або проектах, пов'язаних зі соціальними послугами? (наприклад, допомога малозабезпеченим, підтримка ветеранів тощо)

Так Ні Інше

Розділ 3. Очікування та погляди на майбутнє

7. Які основні покращення в організації надання соціальних послуг ви вбачаєте? (вільне поле для відповіді)_____

8. Як ви бачите роль державного управління в покращенні якості та доступності соціальних послуг у вашій територіальній громаді? (вільне поле для відповіді)_____

Розділ 4. Додаткові питання

9. Чи маєте ви додаткові зауваження або коментарі стосовно організації державного управління наданням соціальних послуг? (вільне поле для відповіді)_____

10. Ваші контактні дані (за бажанням):_____

Дякуємо за участь у дослідженні! Ваші відповіді допоможуть нам зрозуміти погляди та потреби населення щодо організаційного механізму державного управління наданням соціальних послуг у територіальних громадах.