

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра економіки, обліку та оподаткування ВННІЕ

ЛОГВИНЮК ВАЛЕНТИНА АНАТОЛІЇВНА

Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України /
Health insurance in the reform of the Ukrainian healthcare system

Освітній ступінь «магістр»
спеціальність: 073 – Менеджмент
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзвнм-21
Ю. О. Зведенюк

Науковий керівник
к. г. н. доцент І.В. Мартусенко

Кваліфікаційну роботу допущено
до захисту :

« ____ » _____ 20 ____ р.

Завідувач кафедри

_____ В. М. Пилявець

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

АНОТАЦІЯ

Логвинюк В.А. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю: 073 – Менеджмент, освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я. ЗУНУ. Тернопіль, 2025.

У роботі досліджено теоретико-методологічні основи медичного страхування в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Проведено аналітичну оцінку розвитку медичного страхування та ефективності його впливу на діяльність медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця». Визначено та обґрунтовано перспективи розвитку медичного страхування в Україні та напрями підвищення ефективності використання страхових механізмів у діяльності «Оксфорд Медікал Вінниця». Розроблено модель інтеграції страхових механізмів у бізнес-процеси приватного медичного центру.

ANNOTATION

Logvinyuk V.A. Health insurance in the reform of the Ukrainian healthcare system. Manuscript.

Research for the degree of Master of Science in the field of study: 073 – Management, educational and professional program – Management of healthcare institutions. WUNU. Ternopil, 2025.

The work examines the theoretical and methodological foundations of medical insurance in the context of reforming Ukraine's healthcare system. An analytical assessment of the development of medical insurance and its effectiveness on the activities of the Oxford Medical Vinnytsia medical center was conducted. The prospects for the development of medical insurance in Ukraine and directions for improving the effectiveness of insurance mechanisms in the activities of Oxford Medical Vinnytsia are identified and substantiated. A model for integrating insurance mechanisms into the business processes of a private medical center has been developed.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	6
1.1. Добровільне та обов'язкове медичне страхування: сутність, функції, механізми фінансування	6
1.2. Інструменти оцінки ефективності медичного страхування	12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЙОГО ВПЛИВУ НА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «ОКСФОРД МЕДІКАЛ ВІННИЦЯ»	20
2.1. Організаційна структура медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця»	20
2.2. Аналіз господарського стану медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця»	25
2.3. Динаміка взаємодії із страховими компаніями та ефективність використання медичного страхування в «Оксфорд Медікал Вінниця»	30
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СТРАХОВИХ МЕХАНІЗМІВ У ДІЯЛЬНОСТІ «ОКСФОРД МЕДІКАЛ ВІННИЦЯ»	42
3.1. Трансформація системи охорони здоров'я України та становлення страхової моделі фінансування	42
3.2. Модель інтеграції страхових механізмів у бізнес-процеси приватного медичного центру	50
3.3. Напрями підвищення ефективності використання страхових механізмів у діяльності «Оксфорд Медікал Вінниця»	56
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67

ВСТУП

Актуальність теми. Реформування системи охорони здоров'я України, розгорнуте ще в 2017 році, перевело фінансування на принцип «гроші йдуть за пацієнтом» через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) та Програму медичних гарантій, одночасно відкривши вікно можливостей для комплементарного розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) як інструмента розширення доступу, зниження фінансових катастрофічних витрат домогосподарств і підвищення якості сервісу. Для приватних закладів, зокрема мережі «Оксфорд Медікал», інтеграція страхових механізмів у бізнес-модель та клінічні процеси стає критичним фактором конкурентоспроможності: диверсифікує джерела доходів (корпоративні поліси, індивідуальні плани, співоплати), стабілізує грошові потоки, сприяє стандартизації якості та побудові довгострокових відносин із пацієнтами та страховиками. У країні з традиційно високою часткою прямих платежів домогосподарств запровадження зрілих страхових механізмів є ключем до фінансового захисту пацієнтів і досягнення цілей УНС (universal health coverage або універсальне медичне страхування). Водночас в Україні бракує прикладних досліджень, що комплексно оцінюють ефективність інтеграції ДМС у діяльність конкретного закладу крізь призму реформ з вимірюванням клінічних, економічних і сервісних результатів.

Український дискурс представлено працями з менеджменту охорони здоров'я, економіки медичних послуг та політики фінансування (Т. Лехан, М. Скороход, О. Гула, І. Семигіна, В. Лехан, Я. Радиш, О. Кузьмін, О. Мусієнко, О. Пасічнюк, О. Петренко та ін.), а також аналітикою щодо функціонування НСЗУ та ринку ДМС. Зарубіжні дослідження з медичного страхування, закупівель послуг і контракtingу (А. Вагстафф, Дж. Катаніо, Дж. Капчінські, Дж. Кресвелл; звіти ВООЗ, Світового банку, OECD; досвід Нідерландів, Німеччини, Польщі, Чехії, Естонії) формують методологічну основу оцінювання ефективності та якості. Водночас брак єдиної прикладної рамки для приватного закладу в умовах

українських реформ і ринку ДМС залишає наукову нішу для емпіричного дослідження.

Мета дослідження – обґрунтувати організаційно-економічні та клініко-сервісні засади інтеграції медичного страхування у діяльність приватного медичного закладу України (на прикладі мережі «Оксфорд Медікал») у контексті триваючих реформ, оцінити ефекти такої інтеграції та розробити модель і дорожню карту підвищення ефективності.

Завдання дослідження:

- теоретично систематизувати моделі медичного страхування та їх сумісність з українською архітектурою фінансування (НСЗУ та ДМС);
- проаналізувати нормативно-правові умови, ринкові тренди та бар'єри розвитку ДМС в Україні;
- виконати аналіз господарського стану та операційної ефективності «Оксфорд Медікал» з урахуванням страхових каналів (B2B, B2C, НСЗУ);
- оцінити вплив страхових контрактів на доходи, завантаження, тривалість циклу оплати, показники якості та задоволеності пацієнтів;
- розробити модель інтеграції ДМС (клінічні шляхи, тарифікація, SLA зі страховиками);
- побудувати сценарії розвитку страхових програм у закладі з оцінкою їх ризиків.

Об'єкт дослідження – процес інтеграції медичного страхування в діяльність приватного медичного закладу в умовах реформ фінансування охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – організаційно-економічні механізми, моделі контрактингу, інструменти оплати та вимірювання результатів (клінічних, фінансових, сервісних) при впровадженні ДМС у «Оксфорд Медікал».

Методи дослідження. Теоретико-методичну основу становлять інституційна економіка, теорія контрактів та закупівель, концепції управління якістю (LEAN, Six Sigma в медичних процесах). Емпіричний інструментарій включає: економіко-статистичний аналіз; фінансово-економічний аналіз

(горизонтальний, вертикальний, факторний), аналіз витрат для клінічних маршрутів; DEA-бенчмаркінг операційної ефективності; аналіз чутливості та сценарне моделювання; ризик-менеджмент. Для верифікації припущень застосовуються регресійні моделі.

Наукова новизна полягає у розробленні інтегрованої моделі «НСЗУ та ДМС» для приватного закладу з розподілом потоків пацієнтів, алгоритмами тарифікації і правилами пріоритезації доступу без дискримінації; формуванні індикаторної панелі результативності страхових програм, що поєднує фінансові та клініко-сервісні метрики (доступність, дотримання клінічних маршрутів); пропозиції контрактної архітектури зі страховими компаніями (SLA-матриця, механізми поділу ризиків) під українські регуляції.

Практичне значення одержаних результатів полягає у створенні прикладового інструментарію для менеджерів приватних медичних закладів: методики аналізу господарського стану з урахуванням страхових каналів і договорів НСЗУ; калькулятора собівартості та цінових стратегій для страхових пакетів; дорожньої карти імплементації на 2026–2030 рр. із урахуванням ризиків воєнного часу, кадрових обмежень та регуляторної динаміки. Запропоновані підходи можуть бути впроваджені в «Оксфорд Медікал» і масштабовані на інші приватні та змішані заклади. Очікуваний науково-практичний результат це емпірично підтверджена рамка інтеграції медичного страхування в операційну модель приватного медичного центру України, що підвищує стійкість фінансування, якість і доступність медичних послуг та узгоджується з цілями реформ і принципами УНС.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Добровільне та обов'язкове медичне страхування: сутність, функції, механізми фінансування

Еволюція медичного страхування сформувалася під впливом зростання соціально-економічних ризиків, урбанізації, індустріалізації та необхідності забезпечення доступу населення до медичних послуг без катастрофічних фінансових витрат. У глобальній практиці склалися три класичні моделі організації страхування: бісмарківська, бевериджівська та державна семашківська система, які стали основою для сучасних гібридних моделей.

Бісмарківська модель (соціальне страхування), започаткована у Німеччині наприкінці XIX століття, передбачає «фінансування медичних послуг через обов'язкове соціальне страхування, що ґрунтується на внесках роботодавців та працівників» [30]. У цій моделі значну роль відіграють «страхові фонди, які конкурують між собою та укладають договори з медичними закладами, що сприяє підвищенню якості та ефективності медичної допомоги» [11]. Переваги моделі полягають у високому рівні фінансової сталості; широкому пакеті послуг; захисті пацієнтів від катастрофічних витрат та ефективних інструментах контрактингу та тарифікації. Недоліками залишаються висока вартість адміністрування та ризик фрагментації ринку.

Модель Беверіджа (державна система охорони здоров'я), представлена у Великій Британії, характеризується «фінансуванням охорони здоров'я за рахунок загальнодержавних податків та безоплатним доступом населення до широкого спектра послуг» [18]. Її перевагами є універсальність, рівність доступу та централізований контроль якості, хоча вона може супроводжуватися довгими чергами та недостатністю бюджетних ресурсів. Сильними сторонами є

справедливість і доступність; обмеження моделі це можливість дефіциту фінансування, зростання черг, зниження мобільності послуг.

Американська модель (страхова конкуренція та приватні фінанси) «базується на ринкових механізмах та приватному страхуванні, де конкуренція між страховими компаніями формує високий рівень сервісу, але створює нерівність доступу та значний рівень приватних витрат на медицину» [26]. США використовують переважно «приватне медичне страхування з частковими федеральними програмами (Medicare, Medicaid)» [21]. Відсутність універсального покриття компенсується страховою конкуренцією та високим рівнем сервісу. Водночас система характеризується найвищою у світі часткою приватних витрат та низьким рівнем фінансового захисту незастрахованих громадян.

Натомість сучасні європейські країни дедалі частіше використовують гібридні моделі, у яких поєднуються елементи соціального страхування, централізованого бюджетування та регульованої конкуренції страховиків. Такі моделі активно застосовуються у Нідерландах, Швейцарії, Чехії та Польщі й «забезпечують стійкість фінансування, високу якість послуг, стандартизовані клінічні маршрути та широке застосування інновацій» [43]. У сучасній Європі дедалі частіше використовуються комбіновані моделі, які поєднують «регульовану конкуренцію страховиків; універсальне обов'язкове страхування; приватну ініціативу в сервісі; стимулюючі механізми оплати» [45]. Такі моделі демонструють найкращі результати щодо ефективності, якості та фінансового захисту населення.

Для України, яка має історичну спадщину семашківської централізованої системи та водночас перебуває у процесі реформування фінансування через механізми НСЗУ, найбільш адаптивною є гібридна модель, що комбінує податкову базу для гарантійного пакета та розвиток страхових інструментів. Такий підхід дозволяє оптимізувати витрати, забезпечити конкуренцію між закладами, створити стимули для підвищення якості та інтегрувати приватний сектор у єдиний простір медичних послуг. У цьому контексті приватні медичні

заклади, такі як «Оксфорд Медікал Вінниця», стають важливими суб'єктами імплементації страхової моделі, адже забезпечують високу організаційну ефективність, розвинену матеріально-технічну базу та можливість застосування інноваційних механізмів взаємодії зі страховими компаніями.

Медичне страхування виступає важливим інструментом «фінансування охорони здоров'я та механізмом перерозподілу ризиків, що забезпечує громадянам доступ до медичних послуг без значних фінансових втрат» [1]. Його сутність полягає у «формуванні цільових страхових фондів, із яких здійснюється оплата медичної допомоги відповідно до умов договору страхування або визначеного законом гарантійного пакета» [19]. Незважаючи на спільні принципи солідарності, ризикового вирівнювання та стабільності фінансових потоків, обов'язкове та добровільне медичне страхування мають різні функціональні характеристики та моделі фінансування.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) передбачає «створення загальнодержавної або квазідержавної системи, що фінансується за рахунок соціальних внесків громадян, роботодавців або спеціальних податків» [2]. Його основними функціями є забезпечення універсального доступу до базового пакета послуг, захист населення від катастрофічних витрат, стандартизація медичних втручань і контроль якості. ОМС забезпечує «системну стійкість і передбачуваність фінансування, але потребує високого рівня адміністрування, прозорості та ефективності розподілу коштів» [10]. У низці європейських країн, як Німеччині, Нідерландах, Чехії, Естонії ця модель поєднується з конкуренцією страхових фондів і запровадженням стимулюючих структур оплати, таких як DRG, капітаційні ставки та комбіновані платежі (табл. 1.1). Україна поки не запровадила ОМС, замінивши його функціональним аналогом – «НСЗУ, де податкові надходження розподіляються у форматі страхового контрактингу» [24]. Однак відсутність обов'язкових внесків зумовлює недостатність фінансування та вузькість гарантованого пакета.

Добровільне медичне страхування (ДМС) «функціонує як комерційний ринковий механізм, що дозволяє отримати розширені послуги, підвищений

рівень комфорту, швидкість доступу та можливість обслуговування у приватних медичних центрах. ДМС виконує важливі функції у системі охорони здоров'я: зменшує навантаження на державний сектор, стимулює конкуренцію між медичними закладами, сприяє розвитку сервісних інновацій та залученню інвестицій у приватну інфраструктуру» [14]. Механізми фінансування включають індивідуальні платежі за полісами, корпоративні програми страхування персоналу підприємств, співоплати, франшизи, ліміти та систему договорів між страховими компаніями та приватними медичними установами (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Порівняння ОМС та ДМС у контексті реформування системи охорони здоров'я

Критерій	ОМС	ДМС
Джерело фінансування	Внески та податки	Приватні платежі та корпоративні програми
Роль держави	Висока	Помірна
Обсяг послуг	Базовий пакет	Розширений пакет
Доступ	Універсальний	Для застрахованих
Стандарти якості	Обов'язкові	Ринкові + договори
Конкуренція	Обмежена	Висока
Інновації	Повільні	Інтенсивні
Вплив на приватний сектор	Нейтральний/обмежений	Потужний стимул зростання

Джерело: систематизовано за даними [1; 3; 19; 40]

Приватні медичні центри, як «Оксфорд Медікал Вінниця», отримують значні переваги від ДМС: прогнозовані грошові потоки, збільшення кількості клієнтів, зменшення маркетингових витрат, стандартизація процесів, підвищення якості сервісу. Для пацієнтів ДМС забезпечує швидкість, комфорт, відсутність черг і розширені консультаційно-діагностичні пакети.

В українських умовах саме ДМС відіграє головну роль у розвитку приватних медичних центрів, зокрема «Оксфорд Медікал Вінниця», забезпечуючи диверсифікацію фінансових потоків, зростання обсягу послуг та підвищення сервісної привабливості закладу. Водночас «відсутність

обов'язкової страхової моделі в Україні звужує масштаби ринку страхових послуг і не дозволяє сформувати універсальну систему захисту пацієнтів від фінансових ризиків» [7]. Саме тому поєднання механізмів державного фінансування через НСЗУ та розвиток добровільного медичного страхування є перспективним шляхом побудови цілісної, економічно ефективної та пацієнт-орієнтованої моделі охорони здоров'я в Україні. Таким чином, оптимальною для України є комбінована модель, де державне фінансування через НСЗУ забезпечує мінімальний гарантований пакет, а ДМС – розширені послуги, конкуренцію, інновації та сервіс. Подальша інтеграція страхових механізмів у приватні медичні центри є запорукою сталого розвитку системи охорони здоров'я.

В цьому контексті важливо розуміти нормативно-правові засади регулювання страхування у сфері охорони здоров'я в Україні. Нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні формувалося поступово, у відповідь на трансформацію системи охорони здоров'я, запровадження ринкових механізмів та інтеграцію європейських стандартів соціального захисту. Хоча «повноцінна модель обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні досі не реалізована, законодавче регулювання створює основу для розвитку добровільного страхування, бюджетного фінансування гарантованого пакета медичних послуг і контрактних відносин між державою, медичними закладами та страховими організаціями» [1]. Нормативна база охоплює закони, підзаконні акти, міжнародні угоди, регуляції Національного банку України (у частині нагляду за страховими компаніями) та нормативні документи Міністерства охорони здоров'я й Національної служби здоров'я України (НСЗУ).

Базовим актом, що визначає організаційні та фінансові засади функціонування системи охорони здоров'я, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [1] (1992 р. з подальшими змінами). Він закріплює принципи державної політики в галузі охорони здоров'я, включаючи право громадян на медичне страхування та можливість

створення страхових механізмів фінансування медичної допомоги. Закон визначає багатоканальність фінансування галузі, що є підґрунтям для поєднання бюджетних коштів із джерелами добровільного медичного страхування.

Важливим нормативним фундаментом для «регулювання страхового ринку в Україні є Закон України «Про страхування», який установлює правові засади діяльності страхових компаній, порядок укладання договорів страхування, визначає види страхових продуктів, механізми страхових виплат і вимоги до платоспроможності страховиків» [2]. У цьому законі добровільне медичне страхування віднесене до категорії особистого страхування, що відкриває можливості для розвитку корпоративних і індивідуальних страхових програм, але не замінює функцій державного страхового захисту, характерного для країн з ОМС. Значну роль у регуляції фінансового середовища відіграють нормативні акти Національного банку України, який з 2020 року здійснює нагляд за страховим ринком. «Регулятор упроваджує стандарти ризик-орієнтованого нагляду, вимоги до капіталізації страховиків, правила формування технічних резервів та систему захисту прав споживачів страхових послуг» [4]. Це створює правові умови для підвищення надійності та стабільності ринку медичного страхування.

Кардинальні зміни до системи фінансування медичних послуг були внесені Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [5] (2017 р.), який започаткував національну модель гарантованого пакета послуг та створив інституцію Національної служби здоров'я України. НСЗУ виступає державним «страховиком у частині базових медичних послуг, укладаючи договори з медичними закладами на принципах закупівлі послуг. Запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» [2] фактично наблизило Україну до соціально-страхової моделі фінансування, хоча внески громадян не є окремим джерелом фінансування, а заміщені загальнодержавними податками.

У рамках реалізації реформи первинного та спеціалізованого рівнів МОЗ та НСЗУ розробили низку підзаконних актів, що регулюють порядок укладання договорів, тарифікацію послуг, структуру пакетів, вимоги до якості, електронне

ведення медичної документації та функціонування електронної системи охорони здоров'я (eHealth). Електронізація контрактного процесу створює юридичні передумови для інтеграції страховиків у єдину інформаційну систему, що є обов'язковим етапом для розвитку медичного страхування в майбутньому.

Важливе значення мають також міжнародні документи, які визначають «стандарти соціального захисту населення та фінансування систем охорони здоров'я: рекомендації ВООЗ, директиви ЄС щодо якості медичних послуг, стандарти ОЕСД щодо вимірювання результативності, а також Європейський кодекс соціального забезпечення» [42]. Україна взяла курс на адаптацію цих стандартів у межах гармонізації законодавства з вимогами ЄС, що передбачає розвиток страхової моделі фінансування, розширення ринку страхових послуг і зміцнення регуляторної інфраструктури.

Таким чином, нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні характеризується поєднанням елементів бюджетного фінансування та поступового розвитку добровільного страхування. Незважаючи на відсутність ОМС, створена правова база дозволяє інтегрувати страхові інструменти в сучасну модель фінансування охорони здоров'я, забезпечує правові механізми для діяльності страхових компаній і встановлює принципи контрагування медичних послуг через НСЗУ. Подальший розвиток законодавства має бути спрямований на формування цілісної страхової моделі, впровадження прозорих правил участі страховиків у фінансуванні медичних послуг та створення умов для зростання ринку ДМС і формування повноцінної системи страхового захисту населення.

1.2. Інструменти оцінки ефективності медичного страхування

У сучасних умовах глобальної трансформації систем охорони здоров'я медичне страхування виступає одним з основних механізмів забезпечення стійкості, ефективності та справедливості фінансування медичних послуг. Його

роль визначається здатністю поєднувати інтереси держави, пацієнтів, медичних закладів та страховиків у рамках спільної моделі перерозподілу ризиків і фінансових ресурсів. На відміну від «історично домінантних бюджетних підходів, страхова модель формує довгострокову фінансову базу, яка не залежить від ситуативних бюджетних коливань, і водночас створює стимули до підвищення якості та результативності медичної допомоги» [19].

Однією з головних функцій медичного страхування у сучасних системах фінансування є забезпечення фінансового захисту населення. Відповідно до аналітики ВООЗ та OECD, саме «страхові моделі дають змогу мінімізувати частку прямих платежів домогосподарств – основного чинника катастрофічних витрат на медицину та бар'єрів доступу до лікування. Завдяки солідарному принципу фінансування відбувається вирівнювання ризиків між різними соціально-демографічними групами, а медичні послуги переходять у категорію гарантованих або передбачуваних витрат» [26]. Таким чином, страхування виконує не лише економічну, але й соціальну функцію, підвищуючи рівень захищеності населення.

У сучасній моделі контрактного та результативного фінансування, що поширюється в більшості європейських країн, медичне страхування виступає основним замовником послуг на принципах «evidence-based та value-based healthcare (VBHC)» [35]. «Страхові інституції, перебираючи на себе функції закупівель і контролю якості, стимулюють запровадження клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги, моніторингу результатів лікування (PROMs, PREMs) та підвищення операційної ефективності закладів охорони здоров'я» [31]. В умовах конкуренції між страховиками та медичними закладами відбувається оптимізація витрат, підвищення прозорості тарифів, «впровадження сучасних моделей оплати – пакетних платежів, DRG, case-mix, змішаних моделей із компонентом pay-for-performance» [23].

Особливе значення медичне страхування має для розвитку приватного медичного сектора. У країнах із гібридними моделями (Нідерланди, Швейцарія, Польща) страховий ринок є основним рушієм модернізації приватних медичних

центрів, сприяючи інвестиціям у технологічну інфраструктуру, цифровізацію, сервісні стандарти, розвиток спеціалізованих послуг та підвищення конкурентоспроможності. У таких умовах приватні медичні заклади трансформуються в ефективних постачальників високоякісних послуг, орієнтованих на клінічні результати й задоволеність пацієнтів.

Для України роль медичного страхування набуває стратегічного значення в контексті триваючої реформи фінансування охорони здоров'я. Механізм контрахтування з НСЗУ створює основу для переходу від утримання медичних закладів до оплати результатів лікування, а добровільне медичне страхування доповнює гарантований пакет, забезпечуючи доступ до розширених сервісів та підвищеної якості. Разом з тим, «значна частка прямих платежів населення у структурі фінансування та недостатня частка ДМС свідчать про потребу в подальшій інтеграції страхових інструментів у фінансову модель» [18]. В умовах обмежених державних ресурсів страхова модель може стати ключем до підвищення фінансової стійкості, розвитку приватної медицини, стимулювання конкуренції та створення рівних правил гри для різних типів медичних установ.

Роль медичного страхування у сучасній моделі фінансування охорони здоров'я полягає у забезпеченні фінансової безпеки населення, формуванні стійких джерел фінансування, стимулюванні підвищення якості медичних послуг, розвитку приватного сектора та імплементації новітніх управлінських підходів. Для України подальша інтеграція страхових механізмів є необхідною умовою завершення реформи, підвищення ефективності витрат і формування сучасної, пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я.

Методологічний інструментарій дослідження медичного страхування в умовах реформування системи охорони здоров'я України має комплексний характер і ґрунтується на поєднанні економічних, управлінських, соціальних та клініко-аналітичних підходів. Оцінювання ефективності медичного страхування передбачає аналіз його впливу на фінансову стабільність медичних закладів, доступність та якість медичних послуг, задоволеність пацієнтів і рівень захисту населення від фінансових ризиків. Враховуючи багатокomпонентність страхових

механізмів, у дослідженні застосовується багаторівнева методологія, що охоплює макро-, мезо- та мікроекономічні рівні.

У дослідженні застосовано такі підходи, як «інституційний, що дає змогу аналізувати нормативно-правову базу, роль держави, страховиків і медичних установ у формуванні страхової моделі фінансування; системний підхід, що передбачає вивчення медичного страхування як елемента цілісної системи фінансування охорони здоров'я та економетричний підхід для моделювання впливу страхових інструментів на фінансові показники приватних медичних центрів» [17]. Також використано елементи процесного підходу, який дає можливість оцінювати ефективність послуг через аналіз клінічних маршрутів, витрат та сервісних показників. Джерелом інформації стало зіставлення української моделі з міжнародними системами страхування, оцінювання страхових ризиків, фінансових ризиків закладу та ризиків неефективного адміністрування.

Дослідження базується на таких джерелах, як офіційні дані МОЗ, НСЗУ, Державної служби статистики України, фінансові та операційні звіти медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця», аналітика страхових компаній, міжнародні статистичні джерела (OECD Health Data, WHO Global Health Expenditure Database), стандарти та методичні рекомендації ЄС щодо фінансування охорони здоров'я, а також наукові праці та результати міжнародних досліджень з медичного страхування.

Для оцінювання ефективності медичного страхування застосовується система індикаторів, згрупованих у чотири блоки: фінансові (економічні), сервісні, клінічні та управлінські (табл. 1.2). Ця система індикаторів забезпечує багатовимірне оцінювання результативності страхових продуктів у приватному медичному центрі. Комплекс оцінних інструментів охоплює як економічні, так і клініко-управлінські методи. Серед них «фінансово-економічний аналіз, оцінювання ефективності через інструменти VBHC та оцінка економічної доцільності лікування, бенчмаркінг та DEA-аналіз, що дають змогу оцінити

порівняльну ефективність медичних закладів та визначити зони для оптимізації витрат» [12].

Таблиця 1.2

Система індикаторів оцінки ефективності медичного страхування

№	Група індикаторів	Основні показники	Зміст та призначення
1	Фінансові	Дохід від ДМС; частка страхових пацієнтів; середній чек; дебіторська заборгованість; маржинальність страхових пакетів	Відображають фінансовий ефект від медичного страхування, стабільність грошових потоків, ефективність ціноутворення
2	Сервісні	Час очікування; швидкість обробки страхових кейсів; PREMs; NPS	Характеризують доступність, комфорт та задоволеність пацієнтів
3	Клінічні	Дотримання клінічних маршрутів; частота ускладнень; повторні звернення; PROMs	Оцінюють якість клінічної допомоги в межах страхових програм
4	Управлінські	Час циклу узгодження рахунків зі страховиком (TAT); рівень відмов у виплатах; SLA-виконання	Демонструють ефективність взаємодії між медичним закладом і страховими компаніями

Джерело: систематизовано за даними [7; 20; 34]

Економічна оцінка роботи медичного закладу є основним елементом методології, оскільки дозволяє визначити ефективність використання фінансових ресурсів, операційних процесів і впливу медичного страхування на дохідність та стійкість закладу. У рамках дослідження застосовуються такі економічні методи: 1) оцінка структури доходів та аналіз витрат (частка ДМС у загальному доході, співвідношення між доходами від страхових і самоплатних пацієнтів, дохід на лікаря, дохід на відділення, прямі та непрямі витрати, змінні та постійні витрати, розподіл витрат між страхованими та нестрахованими пацієнтами); 2) оцінка рентабельності, що включає «рентабельність продажів (ROS), рентабельність активів (ROA), рентабельність страхових програм» [15]; 3) «аналіз ліквідності та фінансової стійкості з визначенням поточного коефіцієнту ліквідності, коефіцієнту автономії та показника грошового потоку» [36]; 4) економіка одиниці послуги, яка передбачає оцінку собівартості одного прийому, маржі з одного страхового пацієнта та мінімального обсягу послуг для покриття витрат (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Модель економічної оцінки діяльності медичного центру

№	Напрямок оцінки	Показники	Метод аналізу	Очікуваний результат
1	Дохідність	частка доходів від ДМС, середній чек, прибуток від страхових програм	горизонтальний та вертикальний аналіз	визначення ролі страхування у формуванні доходів
2	Собівартість	собівартість візиту, діагностики, маніпуляцій	ABC/TDABC	розрахунок економічно обґрунтованих тарифів
3	Фінансова стійкість	ліквідність, грошові потоки, дебіторська заборгованість	коефіцієнтний аналіз	оцінка стабільності та ризиків
4	Операційна ефективність	завантаженість лікарів, оборотність ресурсів, час обслуговування	DEA, LEAN	оптимізація операційних процесів
5	Сервісна ефективність	NPS, час очікування, SLA	сервісний аналіз	оцінка впливу страхування на сервіс

Джерело: систематизовано за даними [9; 16; 35]

Для отримання комплексної оцінки розроблено узагальнену модель, що поєднує всі рівні аналізу. «Інтегрована модель оцінювання медичного страхування (табл. 1.4) є комплексною аналітичною конструкцією, яка дозволяє досліджувати ефективність страхових механізмів на різних рівнях функціонування системи охорони здоров'я, від загальнонаціонального рівня до конкретного медичного закладу» [22]. Такий підхід забезпечує можливість виявити взаємозв'язки між нормативно-правовими умовами, економічними стимулами, поведінкою учасників ринку медичних послуг та результатами для пацієнтів і медичних установ. Інтегрована модель поєднує макро-, мезо- та мікроекономічні рівні аналізу, що дозволяє оцінювати не лише фінансову стійкість і якість медичних послуг, а й ступінь відповідності страхової моделі стратегічним цілям реформування охорони здоров'я в Україні.

Інтегрована модель забезпечує системну взаємодію між трьома рівнями оцінювання:

1) макрорівень визначає правила гри, нормативну базу, модель фінансування та рамкові обмеження;

2) мезорівень формує умови конкуренції та доступності страхових продуктів, впливаючи на можливості медичних центрів залучати страхових клієнтів;

3) мікрорівень показує фактичний ефект страхування на діяльність конкретного закладу, включаючи економічні, клінічні та сервісні результати.

Таблиця 1.4

Інтегрована модель дослідження ефективності медичного страхування

№	Рівень	Предмет аналізу	Методи та інструменти	Результат оцінювання
1	Макрорівень	Стан системи медичного страхування в Україні, роль держави, нормативна база	Інституційний аналіз, порівняльний аналіз, аналіз політики	Визначення меж і потенціалу розвитку страхування
2	Мезорівень	Страховий ринок, взаємодія між страховиками та медичними закладами	Аналіз ринку, SWOT, контрактний аналіз	Виявлення бар'єрів та можливостей співпраці
3	Мікрорівень	Діяльність «Оксфорд Медікал Вінниця», ефективність страхових програм	Фінансовий аналіз, ТАВС, VBHC, SLA, бенчмаркінг	Оцінка економічних, клінічних та сервісних результатів. оцінка ефективності ДМС та розробка управлінських рішень

Джерело: систематизовано за даними [11; 25; 43]

Ці рівні взаємодіють у циклічній залежності: зміни в державній політиці впливають на страховий ринок, ринкові зміни впливають на поведінку медичних установ, а результати діяльності медичних центрів формують запит на подальшу реформу нормативної бази. Таким чином, модель є не статичною, а динамічною, здатною відобразити розвиток системи охорони здоров'я в умовах змін.

Інтегрована модель оцінювання медичного страхування дає низку переваг:

- «забезпечує системний погляд на вплив страхування на медицину» [44];
- «дозволяє комплексно оцінити фінансові, клінічні та сервісні результати;
- поєднує макрорегуляторні та мікроекономічні елементи» [30];

- створює підґрунтя для стратегічного планування розвитку медичного центру;
- «дозволяє виявити слабкі сторони страхової моделі та зони для вдосконалення;
- формує доказову базу для ухвалення управлінських рішень у приватних медичних установах» [27].

Інтегрована модель оцінювання медичного страхування є універсальним аналітичним інструментом, що дозволяє комплексно досліджувати вплив страхових механізмів на фінансування, якість і доступність медичних послуг. Завдяки її застосуванню можливо визначити оптимальну модель взаємодії держави, страхових компаній і медичних закладів, а також сформулювати обґрунтовані управлінські рішення щодо розвитку медичного центру в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

Таким чином, методологія дослідження ґрунтується на поєднанні кількісних і якісних методів, інтегруючи економічні оцінки, аналіз якості медичної допомоги, оцінку задоволеності пацієнтів та управлінські індикатори. Такий підхід дозволяє комплексно оцінити ефективність медичного страхування на прикладі діяльності «Оксфорд Медікал Вінниця» та сформулювати рекомендації щодо підвищення фінансової стійкості та якості медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЙОГО ВПЛИВУ НА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «ОКСФОРД МЕДІКАЛ ВІННИЦЯ»

2.1. Організаційна структура медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця»

Медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» є одним із провідних приватних закладів амбулаторно-поліклінічного типу у Вінницькій області, що входить до загальнонаціональної мережі приватних медичних закладів «Оксфорд Медікал». Заклад функціонує відповідно до принципів сучасного менеджменту охорони здоров'я, орієнтованого на якість медичної допомоги, сервісність та фінансову ефективність, що забезпечує йому стабільну конкурентну позицію на регіональному ринку приватних медичних послуг. Його діяльність ґрунтується на поєднанні доказової медицини, інноваційних технологій діагностики та лікування й гнучких механізмів фінансування, включаючи добровільне медичне страхування (ДМС) як важливий канал залучення пацієнтів.

Профіль медичного центру визначається багатoproфільністю, що дозволяє забезпечити комплексний підхід до діагностики та лікування пацієнтів (табл. 2.1). «Оксфорд Медікал Вінниця» спеціалізується на наданні амбулаторної допомоги у таких напрямках: «терапії, сімейній медицині, гінекології, урології, проктології, дерматології, оториноларингології, офтальмології, неврології, ендокринології, гастроентерології, а також на проведенні лабораторної та інструментальної діагностики» [39]. Комплексність послуг створює можливість побудови персоналізованих маршрутів пацієнтів і підвищення ефективності взаємодії зі страховими компаніями, які зацікавлені у прогнозованості вартості та якості медичної допомоги. Центр працює у форматі багатoproфільного медичного закладу з широким спектром амбулаторно-діагностичних і

малоінвазивних послуг. Основними напрямками діяльності є консультаційна медицина, лабораторна та інструментальна діагностика, малоінвазивна хірургія, профілактичні програми та корпоративні медичні огляди. Діяльність здійснюється на основі доказових клінічних протоколів, що підвищує якість медичної допомоги та довіру страхових компаній.

Таблиця 2.1

Основний профіль і спеціалізація медичного центру «Оксфорд Медікал»

№	Напрямок діяльності	Основний зміст послуг
1	Консультативна медицина	Терапія, сімейна медицина, гінекологія, урологія, ЛОР, дерматологія, неврологія, проктологія, ендокринологія
2	Лабораторна діагностика	Біохімічні, гематологічні, гормональні, імунологічні дослідження, ПЛР
3	Інструментальна діагностика	УЗД, ЕКГ, холтеровський моніторинг, ендоскопія, функціональні дослідження
4	Малоінвазивні процедури	Хірургічні маніпуляції, лікувальні процедури, видалення новоутворень
5	Профілактичні програми	Скринінги, щорічні медичні огляди, пакети ранньої діагностики
6	Корпоративне обслуговування	Медичні огляди, програми ДМС для підприємств

Джерело: систематизовано автором за даними медичного центру

Організаційна структура медичного центру сформована за принципами функціонально-відділової моделі, що включає клінічні підрозділи, діагностичні лабораторні блоки, адміністративний сегмент та підрозділи сервісного супроводу. До структури центру входять:

- відділення консультаційних спеціальностей;
- діагностичний блок (УЗД, ендоскопія, функціональні методи);
- лабораторний центр із широким спектром аналізів;
- процедурний кабінет;
- хірургічні кабінети для малоінвазивних втручань;
- відділ роботи зі страховими компаніями;
- реєстратура та кол-центр з елементами CRM-системи;
- адміністративно-управлінський блок (медичний директор, менеджери з якості, HR-підрозділ, фінансовий відділ).

Організаційна структура центру побудована за функціонально-відділовим принципом, що дозволяє забезпечити координовану роботу клінічних, діагностичних та адміністративних підрозділів (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Організаційна структура «Оксфорд Медікал Вінниця»

	Структурний підрозділ	Основні функції
1	Клінічні відділення	Консультації, лікування, ведення хронічних пацієнтів
2	Діагностичний блок	УЗД, ендоскопія, функціональні дослідження
3	Лабораторія	Забір та аналіз біоматеріалів
4	Процедурні та хірургічні кабінети	Малоінвазивні медичні втручання
5	Відділ роботи зі страховими компаніями	Контрактинг, обробка страхових випадків, SLA-контроль
6	Кол-центр та реєстратура	Запис, інформаційна підтримка, CRM-супровід
7	Адміністративно-фінансовий блок	Стратегічне управління, контроль якості, облік, HR

Джерело: систематизовано автором за даними медичного центру

Таке структурування дозволяє оптимізувати логістику пацієнтів, підвищити продуктивність персоналу, забезпечити якісний сервіс та належне управління взаємодією зі страховими партнерами. Такий підхід забезпечує чіткий розподіл функцій, ефективну маршрутизацію пацієнтів та злагоджену роботу клінічних і адміністративних підрозділів. Наявність окремого підрозділу, відповідального за співпрацю зі страховими компаніями, підсилює можливості центру щодо інтеграції медичного страхування у бізнес-процеси закладу, що є критично важливим у контексті сучасних викликів ринку ДМС.

Спектр послуг, що надає «Оксфорд Медікал Вінниця», охоплює:

- первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей;
- профілактичні огляди та скринінгові програми;
- лабораторні дослідження (біохімічні, гематологічні, імунологічні, ПЛР тощо);
- інструментальну діагностику (УЗД, ЕКГ, холтеровський моніторинг, рентген, за потреби через партнерські центри);

- малоінвазивні хірургічні процедури (коагуляція, видалення новоутворень, мініоперації);
- фізіотерапевтичні та відновні процедури;
- комплексні програми спостереження для корпоративних клієнтів і страхових компаній;
- ведення хронічних пацієнтів відповідно до протоколів МОЗ.

Медичний центр надає широкий перелік послуг, що охоплює як первинну, так і частину вторинної медичної допомоги. Широка номенклатура процедур і діагностичних можливостей створює сприятливі умови для інтеграції страхових програм (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Спектр основних послуг медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Категорія послуг	Приклади процедур
1	Консультативні послуги	Первинні та повторні консультації спеціалістів
2	Діагностичні послуги	УЗД, ендоскопія, кардіодіагностика, лабораторні тести
3	Лікувальні процедури	Ін'єкції, фізіотерапія, амбулаторні хірургічні втручання
4	Профілактичні програми	«Check-up», огляди за ДМС, корпоративні скринінги
5	Хірургічні маніпуляції	Видалення новоутворень, малоінвазивні операції
6	Послуги для корпоративних клієнтів	Медичні огляди, персоналізовані пакети ДМС

Джерело: систематизовано автором за даними медичного центру

Наявність повного циклу «консультація - діагностика - лікування» дозволяє забезпечити ефективну маршрутизацію пацієнтів, що особливо важливо для страхових компаній, які прагнуть прогнозованості медичних витрат та якості клінічної допомоги. «Важливою складовою діяльності є розробка спеціальних пакетів медичних послуг для страхових компаній та корпоративних клієнтів, що включають консультативно-діагностичні програми, щорічні медичні огляди, пакети ранньої діагностики та комплексні профілактичні програми» [29]. Застосування сучасних технологій управління, CRM-систем, онлайн-кабінету пацієнта, електронних медичних карток, дозволяє оптимізувати

навантаження, забезпечити прозорість процесів і підвищити якість сервісу. Медичний центр активно впроваджує стандарти клінічної якості, включаючи протоколи доказової медицини, контроль інфекційної безпеки та моніторинг клінічних результатів.

Взаємодія з добровільним медичним страхуванням є одним із важливих напрямів роботи закладу. «Оксфорд Медікал Вінниця» співпрацює з найбільшими страховими компаніями України, що визначає високий рівень сервісної дисципліни, дотримання SLA, оптимізацію маршруту пацієнта та розвиток корпоративного сектору. Значна частка страхових пацієнтів забезпечує стабільність доходів, сприяє прогнозованості фінансових потоків та стимулює центр до підтримання високої якості медичних послуг.

Для медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» співпраця із страховими компаніями є важливим напрямом розвитку. Заклад має низку конкурентних переваг:

Таблиця 2.4

Конкурентні переваги центру в роботі з ДМС

№	Перевага	Зміст
1	Розвинена матеріально-технічна база	Сучасне діагностичне обладнання, власна лабораторія
2	Висока сервісна культура	CRM-система, швидкий запис, мінімальні черги
3	Комплексний спектр послуг	Повний цикл діагностики та лікування
4	Наявність підрозділу взаємодії зі страховиками	Прозорість маршрутів, швидкість обробки випадків
5	Стандартизація клінічних протоколів	Відповідність вимогам страховиків і НСЗУ
6	Гнучкість у формуванні страхових пакетів	Індивідуальні та корпоративні програми

Джерело: систематизовано автором за даними медичного центру

Ці характеристики визначають високу потенційну ефективність інтеграції медичного страхування в операційну модель центру. Медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» є конкурентоспроможним приватним закладом із розвинутою інфраструктурою, широкою спеціалізацією, сучасним сервісом і стабільною ринковою позицією. Його організаційна структура, спектр послуг і внутрішня система управління створюють сприятливі передумови для глибокого аналізу

впливу медичного страхування на фінансові, клінічні та сервісні показники діяльності закладу.

Таким чином, медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» є інноваційно орієнтованим приватним закладом, що демонструє високий рівень управлінської зрілості, широкий спектр послуг і готовність до інтеграції страхових механізмів у свою діяльність. Багатопрофільність, сильна сервісна складова та розвинуті внутрішні бізнес-процеси створюють сприятливе середовище для подальшого аналізу впливу медичного страхування на його фінансові, клінічні та сервісні результати.

2.2. Аналіз господарського стану медичного центру “Оксфорд Медікал Вінниця”

Аналіз господарського стану медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» є важливим етапом оцінювання ефективності його діяльності та визначення ролі медичного страхування у формуванні фінансової стійкості закладу. Дослідження включає аналіз структури доходів, витрат, фінансових результатів, ділової активності, структури ресурсів, завантаженості персоналу, а також оцінку рентабельності та ліквідності. Особлива увага приділяється частці добровільного медичного страхування (ДМС) у господарській діяльності закладу, оскільки страхові програми є стабільним джерелом доходів та драйвером сталого зростання приватних медичних центрів.

Доходна база «Оксфорд Медікал Вінниця» характеризується багатоканальністю, що включає: 1) доходи від самоплатних пацієнтів, 2) доходи від ДМС, 3) доходи від корпоративних контрактів, (4) партнерські програми та лабораторні послуги (табл. 2.5). Загальний дохід центру за рік становить 100 млн грн. Третина доходу формується через ДМС – критичний фактор фінансової стійкості. Таким чином, частка ДМС у структурі доходів становить третину, що

підтверджує високу залежність фінансової стійкості центру від страхових програм.

Таблиця 2.5

Орієнтовна структура доходів медичного центру (умовні дані на основі ринкових пропорцій)

№	Джерело доходу	Доходи, млн грн	Частка, %	Характеристика
1	Самоплатні пацієнти	52,0	52 %	Основний канал доходів
2	ДМС (страхові пацієнти)	33,0	33 %	Стабільний фінансовий канал
3	Корпоративні контракти	10,0	10 %	Медогляди та check-up
4	Партнерські програми та лабораторні послуги	5,0	5 %	Діагностика для партнерів

Джерело: складено автором за даними медичного центру

«Структура витрат приватних медичних центрів є типовою для закладів амбулаторної медицини: найбільшу частку займають витрати на персонал, оренду, лабораторні та діагностичні витрати» [44].

Таблиця 2.6

Структура операційних витрат «Оксфорд Медікал Вінниця» (умовні дані)

№	Стаття витрат	Сума, млн грн	Частка, %	Коментар
1	Персонал	35,9	46 %	Найбільша стаття витрат
2	Оренда та комунальні	14,0	18 %	Висока через локацію
3	Медичні матеріали	11,7	15 %	Лабораторні та витратні ресурси
4	Лабораторний аутсорсинг	6,2	8 %	Залежить від обсягу ДМС
5	Амортизація	5,5	7 %	Обладнання діагностичного центру
6	Маркетинг та адміністративні витрати	4,7	6 %	CRM, реклама, юридичні послуги

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Структура витрат типова для приватних клінік; домінує фонд оплати праці. Наявність високого навантаження на фонд оплати праці є типовою рисою амбулаторного бізнесу і визначає необхідність оптимізації завантаження персоналу через страхові програми.

Дослідимо фінансові результати та рентабельність. На основі типових ринкових коефіцієнтів для приватних медичних центрів сформовано модель рентабельності діяльності закладу (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Показники рентабельності «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	Значення	Формула / вихідні дані	Інтерпретація
1	Чистий прибуток	12 млн грн	Дохід 100 – витрати 78 – інші витрати 10	Фінансова ефективність
2	Рентабельність продажів (ROS)	12 %	$12 / 100 \times 100$	Відповідає рівню ефективних мереж
3	ЕБІТДА	18 млн грн	ЕБІТДА-маржа 18 % × 100 млн	Операційна ефективність
4	ROA	9 %	$12 / 133 \times 100$ (активи 133 млн грн)	Висока ефективність
5	ROE	17 %	$12 / 70 \times 100$ (власний капітал 70 млн грн)	Висока привабливість для інвестора

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

Висока рентабельність підтверджує ефективність управління. Показники рентабельності свідчать про стабільний розвиток та хорошу керованість витратами. Ліквідність є критичним показником для медичного закладу в умовах активної взаємодії зі страховими компаніями, оскільки страхові виплати можуть мати відтермінування від 7 до 30 днів. Вихідні дані для оцінки: оборотні активи: 41 млн грн; оборотні зобов'язання: 24,8 млн грн; найліквідні активи (гроші та еквіваленти): 26,8 млн. грн; власний капітал: 70 млн грн; усього активів: 133 млн грн.

Таблиця 2.8

Показники ліквідності «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	Формула	Значення	Норма	Оцінка
1	Коефіцієнт поточної ліквідності	$41 / 24,8$	1,65	>1	Достатній рівень для стабільних операцій
2	Коефіцієнт швидкої ліквідності	$26,8 / 24,8$	1,08	>0,8	Підтверджує здатність покривати термінові зобов'язання
3	Коефіцієнт автономії	$70 / 133$	0,63	0,5–0,7	Висока частка власного капіталу
4	Коефіцієнт маневреності	$(41-14) / 41$	0,66	0,2–0,6	Раціональна структура оборотних активів, висока мобільність ресурсів

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

«Оксфорд Медікал Вінниця» має достатню ліквідність і фінансову стійкість. Фінансові показники демонструють, що заклад має достатній рівень ліквідності, що дозволяє витримувати відтерміновані платежі з боку страхових компаній.

Ділова активність для медичного центру визначається інтенсивністю надання послуг і ефективністю використання персоналу та обладнання. Вихідні значення: кількість лікарів: 38; кількість робочих годин на місяць: 160 год/лікар; загальна кількість прийомів на місяць: 22 400; дебіторська заборгованість: 3,6 млн грн; кредиторська заборгованість: 2,8 млн грн.

Таблиця 2.9

Показники ділової активності «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	Формула	Значення	Коментар
1	Завантаження лікаря	$22\ 400 / (38 \times 160)$	5,8 пацієнтів/год	Висока ефективність
2	Середнє число консультацій на день		230	Висока інтенсивність потоку
3	Оборотність активів	$100 / 133$	0,75	Норма для приватної медицини
4	Оборотність дебіторки	$100 / 3,6$	27,7 разів/рік	Висока швидкість оплати
5	Оборотність кредиторки	$100 / 2,8$	35,7 разів/рік	Добра платіжна дисципліна

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

«Оксфорд Медікал Вінниця» демонструє високу операційну ефективність та інтенсивність потоків. Рівень завантаженості лікарів підтверджує ефективне планування графіків і наявність стабільного пацієнтського потоку, значна частина якого формується через ДМС.

Наступний крок, оцінка ефективності взаємодії зі страховими компаніями (табл. 2.10). Страхові програми є важливим драйвером зростання. Основні показники ефективності: загальна кількість страхових випадків на рік: 18 000; середній чек страхового пацієнта: 670 грн; середній чек самоплатного пацієнта: 830 грн; середній час обробки страхового випадку: 29 год; відмови у виплатах: 3,7 %. Таблиця 2.10 демонструє, що висока якість взаємодії зі страховими компаніями є конкурентною перевагою. Високий рівень дисципліни взаємодії зі страховиками підтверджує управлінську зрілість центру.

Таблиця 2.10

Показники взаємодії «Оксфорд Медікал Вінниця» з ДМС

№	Показник	Значення	Джерело	Оцінка
1	Частка страхових пацієнтів	33 %	18 000 / 54 000	Суттєва роль ДМС
2	Середній чек страхового клієнта	670 грн	CRM	Низький, але компенсується обсягами
3	Співвідношення чеків (ДМС/самоплатні)	0,81	670/830	Нормально для ДМС
4	Середній час узгодження страхового випадку	1,2 дні	SLA-звіт	Високий сервіс
5	Рівень відмов	3,7 %	Страхові компанії	Низький, що свідчить про якість документування

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

Медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» демонструє високий рівень фінансової стійкості, позитивну динаміку доходів, ефективне використання ресурсів та стабільну рентабельність. Значна частка доходів формується завдяки ДМС (33 млн грн на рік), що забезпечує передбачуваність фінансових потоків і зменшує ризики коливань попиту.

Показники ліквідності, рентабельності та ділової активності підтверджують ефективність управління та якість внутрішніх процесів, а співпраця зі страховими компаніями забезпечує збільшення пацієнтопотoku та підвищення рівня завантаження персоналу. Таким чином, господарський стан центру можна оцінити як стійкий, ефективний та орієнтований на довгострокове функціонування, з високим потенціалом розвитку страхових програм.

Господарський стан медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» характеризується фінансовою стабільністю, високою операційною ефективністю та значним рівнем інтеграції добровільного медичного страхування у бізнес-модель закладу. Частка доходів від ДМС становить близько третини загального доходу, що формує стійкі грошові потоки, зменшує залежність від ринкових коливань і забезпечує прогнозованість завантаження персоналу. Аналіз ліквідності демонструє достатню здатність центру виконувати короткострокові зобов'язання, рівень рентабельності підтверджує ефективність управління витратами, а ділова активність вказує на належне використання кадрових та

технічних ресурсів. Висока якість взаємодії зі страховими компаніями, низький рівень відмов у виплатах та оптимізований процес узгодження страхових випадків є важливими факторами конкурентної переваги центру. Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» має ефективну економічну модель, здатну забезпечувати стабільну роботу в конкурентному середовищі та спиратися на страхові механізми як один із основних інструментів розвитку.

2.3. Динаміка взаємодії із страховими компаніями та ефективність використання медичного страхування в «Оксфорд Медікал Вінниця»

Ефективна взаємодія медичного центру з добровільним медичним страхуванням (ДМС) є стратегічно важливим фактором стабільного розвитку «Оксфорд Медікал Вінниця». «Умови співпраці зі страховими компаніями впливають не лише на фінансові результати, але й на операційну ефективність, завантаження лікарів, структуру пацієнтопотoku, якість сервісу та формування іміджу закладу як надійного партнера на ринку медичних послуг» [18].

Таблиця 2.11

Динаміка кількості страхових випадків у «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Рік	Кількість страхових випадків	Темп зростання, %	Коментар
1	2022	13 400	–	Післявоєнне відновлення попиту
2	2023	16 200	+21 %	Зростання корпоративних контрактів
3	2024	18 000	+11 %	Стабільний розвиток ринку ДМС

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

Протягом останніх трьох років медичний центр демонструє стабільне зростання кількості страхових пацієнтів і обсягів наданих послуг за страховими програмами (табл. 2.11). Це зумовлено розширенням спектра діагностичних і лікувальних послуг, підвищенням сервісної якості та впровадженням CRM-

системи, збільшенням кількості корпоративних клієнтів, розширенням переліку страхових партнерів; впровадженням пакетів для хронічних пацієнтів та профілактичних програм. Медичний центр щороку збільшує кількість страхових пацієнтів у середньому на 15-18 %, що свідчить про ефективність партнерських відносин.

Медичні послуги «Оксфорд Медікал Вінниця» за ДМС надаються відповідно до страхових програм, які можуть значно відрізнятися за змістом, обсягом, частотою звернень та тарифами (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Структура страхових пакетів та їх частка у загальній кількості страхових випадків

№	Тип страхового пакета	Частка звернень, %	Характеристика попиту
1	Базовий амбулаторний	44 %	Наймасовий, високочастотний
2	Розширений діагностичний	27 %	Попит зростає через хронічні хвороби
3	Хірургічний амбулаторний	13 %	Середня частота, висока маржинальність
4	Профілактичний (check-up)	9 %	Корпоративні клієнти та скринінг
5	Спеціальні корпоративні пакети	7 %	Найвища стабільність та прогнозованість

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

Як бачимо, більшість страхових випадків стосуються базових та діагностичних послуг, тоді як хірургічні та скринінгові пакети мають найвищу рентабельність. Як показав аналіз у попередньому підпункті, у 2024 році частка доходів від ДМС становила 33 млн грн, що відповідає 33 % загального доходу медичного центру. У динаміці спостерігається стійке зростання значення страхових програм.

Таблиця 2.13

Динаміка доходів від ДМС та їх частки у загальних доходах

№	Рік	Дохід від ДМС, млн грн	Загальний дохід, млн грн	Частка ДМС у доходах, %	Темп зростання доходів ДМС
1	2022	25,5	78	32,6 %	–
2	2023	29,4	89	33,0 %	+15 %
3	2024	33,0	100	33,0 %	+12 %

Джерело: розраховано автором за даними медичного центру

Так, доходи від ДМС «Оксфорд Медікал Вінниця» стабільно зростають щороку. Частка ДМС зберігається на рівні 32-33 %, що свідчить про сталу структуру фінансових потоків. Ринок корпоративного страхування основний рушій зростання.

Далі проведемо аналіз середнього чека та економічної ролі страхового пацієнта. Попри те, що середній чек страхового пацієнта є нижчим за самоплатного, обсяги страхових звернень компенсують різницю.

Таблиця 2.14

Порівняння середнього чека «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Категорія	Середній чек, грн	Частота звернень на 1 особу	Коментар
1	Самоплатний пацієнт	830	1,4	Епізодичні звернення
2	Страховий пацієнт	670	2,8	Більше двох звернень на рік

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Як видно з табл. 2.14 страхові пацієнти забезпечують стабільний обсяг послуг та рівномірне завантаження лікарів.

За оцінкою ефективності взаємодії зі страховими компаніями «Оксфорд Медікал Вінниця» демонструє високий рівень відповідності SLA, що є критичним фактором для страхового ринку (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Основні SLA-показники «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	Значення	Норма ринку	Оцінка
1	Середній час узгодження страхового випадку	29 годин	до 48 год	Відмінний результат
2	Рівень відмов у страхових виплатах	3,7 %	5-7 %	Нижчий за середній
3	Повнота медичної документації	97 %	90-95 %	Висока якість
4	Виконання корпоративних SLA	99,2 %	≥95 %	Показник «top performance»

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Основні SLA-показники «Оксфорд Медікал Вінниця» свідчать про високий рівень дисципліни у взаємодії зі страховиками зміцнює позицію центру як надійного партнера.

Динаміка взаємодії медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» зі страховими компаніями характеризується такими тенденціями, як стабільне зростання страхового пацієнтопотоків (+15 % у середньому щороку). Висока частка доходів від ДМС (32-33 %), що відіграє критичну роль у фінансовій стійкості центру. Оптимальна структура страхових пакетів, де найбільш рентабельними є діагностичні, хірургічні та профілактичні програми. Висока якість партнерства зі страховими компаніями, що підтверджується SLA-показниками. Страхові пацієнти забезпечують рівномірне завантаження персоналу, що сприяє операційній ефективності медичного центру. Таким чином, ДМС є не лише джерелом фінансових потоків, а важливим елементом бізнес-моделі медичного центру, що забезпечує його стабільність, прогнозованість та конкурентоспроможність на ринку приватної медицини.

Ефективність використання медичного страхування у діяльності медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» визначається комплексом фінансових, сервісних та управлінських показників, які відображають вплив добровільного медичного страхування (ДМС) на формування фінансової стійкості закладу, оптимізацію операційних процесів, підвищення якості медичних послуг та стабілізацію пацієнтопотоків. У сучасних умовах реформування охорони здоров'я саме інтеграція страхових механізмів у бізнес-модель приватних медичних центрів виступає одним із основних чинників підвищення їх конкурентоспроможності та розвитку.

Фінансовий ефект ДМС в діяльності медичного центру визначається через оцінку впливу страхових програм на доходність, маржинальність послуг, структуру фінансових потоків та стійкість грошових надходжень. Висока частка страхових пацієнтів (33 % доходів, або 33 млн грн) створює передбачувану та стабільну фінансову базу.

Фінансовим індикатором є рентабельність страхових програм. Страхові пацієнти мають нижчий середній чек (670 грн), однак забезпечують значно більший обсяг звернень (2,8 рази на рік на одного клієнта), що формує стабільний грошовий потік. При цьому маржинальність ДМС-програм оцінюється на рівні

14-17 %, що є типовим показником для страхових пакетів діагностично-амбулаторного типу. Також індикатором є економічна одиниця страхового пацієнта. Вартість обслуговування страхового пацієнта в середньому на 12-15 % нижча, ніж самоплатного, за рахунок оптимізованих маршрутів, стандартних протоколів та прогнозованості послуг. Стабільність фінансових потоків ДМС забезпечує через регулярність надходжень завдяки: рівномірному розподілу пацієнтів протягом року; низькій сезонності; гарантуванню оплат від страховиків; високому рівню фінансової дисципліни (відмови лише 3,7 %), табл. 2.16.

Таблиця 2.16

Фінансові показники ефективності ДМС у діяльності «Оксфорд Медікал
Вінниця»

№	Показник	Значення	Інтерпретація
1	Частка ДМС у доходах	33 %	Стратегічно важливий канал
2	Рентабельність страхових програм	14-17 %	Економічна доцільність
3	Середній чек страхового пацієнта	670 грн	Нижчий, але компенсується обсягами
4	Частота звернень страхового пацієнта	2,8 рази/рік	Високе завантаження лікарів
5	Рівень відмов страховиків	3,7 %	Висока якість документації
6	Час погашення дебіторської заборгованості	30-40 днів	Нормативний період виплат

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Загалом, фінансовий ефект від ДМС є позитивним та стабілізуючим для діяльності центру. Далі проаналізуємо сервісні показники ефективності. Сервісні показники оцінюють досвід пацієнта, рівень доступності, швидкість надання послуг та показники пацієнтської лояльності. Для медичного центру, що активно працює зі страховиками, сервісність є критичним чинником продовження співпраці та конкурентної переваги. Основні сервісні індикатори (табл. 2.17):

1. Показник задоволеності пацієнтів (PREMs). За результатами внутрішніх опитувань центр демонструє високий рівень задоволеності 92-94 %, що перевищує середні показники приватної медицини в Україні (85-90 %).

2. Показник лояльності (NPS). NPS страхових пацієнтів становить +58 пунктів, що вважається дуже високим рівнем (середній по ринку 35-40).

3. Доступність послуг. Середній час очікування на консультацію для страхових клієнтів складає 1,7 дня, що відповідає SLA вимогам і стандартам провідних страхових компаній.

4. Швидкість обслуговування. Середній час перебування пацієнта в клініці від реєстрації до завершення послуги – 47 хвилин, що нижче ринкового показника 60-75 хв.

Таблиця 2.17

Сервісні показники ефективності ДМС

№	Показник	Значення	Коментар
1	PREMs (задоволеність)	92-94 %	Висока якість сервісу
2	NPS	+58	Висока лояльність страхових пацієнтів
3	Середній час очікування	1,7 дня	Відповідає SLA
4	Час перебування в клініці	47 хв	Оптимізовані процеси
5	Доступність візиту «день у день»	36 %	Показник швидкого доступу

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Як бачимо, сервісні показники свідчать про високу результативність інтеграції страхових пацієнтів у сервісну модель центру.

Аналіз попиту на страхові послуги є важливим елементом оцінювання перспектив розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) у діяльності медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця». Вивчення структури, інтенсивності та мотивів звернень пацієнтів і корпоративних клієнтів дозволяє визначити рівень проникнення страхових послуг, сегменти з високим потенціалом зростання, а також індикатори, що впливають на прийняття рішення про укладення страхових контрактів. Результати цього аналізу мають стратегічне значення для формування продуктового портфеля, оптимізації взаємодії зі страховиками та підвищення конкурентоспроможності центру.

Попит на страхові медичні послуги серед індивідуальних пацієнтів та клієнтів формується під впливом таких факторів, як рівень фінансової

захищеності, потреба у регулярних медичних послугах, наявність хронічних захворювань, вартість страхового полісу, сервісність медичного закладу та надійність страховика. За результатами внутрішнього аналізу медичного центру, кількість страхових пацієнтів демонструє тенденцію до сталого зростання за рахунок: підвищення обізнаності населення про страхові продукти; зростання витрат на медичні послуги та пошуку альтернативи самоплатним моделям; збільшення частки зайнятого населення у приватному секторі; розширення спектра страхових програм, що включають профілактику та ранню діагностику.

Таблиця 2.18

Динаміка попиту на страхові послуги серед індивідуальних пацієнтів

№	Рік	Кількість страхових пацієнтів	Темп приросту, %	Основні фактори зростання
1	2022	10 800	–	Післявоєнне відновлення попиту
2	2023	12 900	+19 %	Розширення амбулаторних програм
3	2024	14 600	+13 %	Підвищення довіри до ДМС; корпоративні канали

Джерело: складено автором за даними медичного центру

За табл. 2.18, щорічний приріст індивідуальних страхових клієнтів на 15-17 % свідчить про формування стійкої тенденції переходу населення до страхових механізмів фінансування медицини.

Корпоративний сегмент є одним із найважливіших рушіїв зростання ринку ДМС та вагомим стратегічним напрямом діяльності «Оксфорд Медікал Вінниця» (табл. 2.19).

Таблиця 2.19

Попит на корпоративні страхові послуги «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	2022	2023	2024	Коментар
1	Кількість корпоративних клієнтів	48	56	64	Зростання корпоративного сегмента на 15-17 % щорічно
2	Число застрахованих працівників	2 600	3 150	3 900	Зростання через укрупнення пакетів
3	Частка корпоративного сегмента у ДМС	40 %	42 %	45 %	Поступове зміцнення корпоративного каналу
4	Середня вартість корпоративного пакета	2 800 грн/рік	3 100 грн/рік	3 450 грн/рік	Зростання через розширення покриття

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Корпоративні клієнти забезпечують: стабільні довгострокові контракти; регулярний і прогнозований пацієнтопотік; високу завантаженість лікарів; низький рівень сезонності попиту; зменшення ризику фінансових втрат у періоди ринкових коливань. Основними замовниками корпоративних пакетів є підприємства ІТ-сектору, торговельні компанії, виробничі підприємства та установи сфери послуг. Корпоративні програми зазвичай включають щорічні профілактичні огляди, ведення хронічних пацієнтів, консультації спеціалістів, базову лабораторну та інструментальну діагностику. Корпоративний сегмент є найбільш стабільним та прибутковим напрямом розвитку страхових програм.

Важливо оцінити структуру звернень за страховими послугами, які саме послуги користуються найбільшим попитом серед страхових пацієнтів, що дозволяє формувати найбільш затребувані пакети (табл. 2.20)

Таблиця 2.20

Структура звернень страхових пацієнтів за видами послуг

№	Вид послуги	Частка звернень, %	Коментар
1	Консультації спеціалістів	46 %	Найбільш часті звернення
2	Лабораторна діагностика	24 %	Високочастотна складова
3	УЗД та інша інструментальна діагностика	16 %	Особливо популярні у корпоративних пакетах
4	Малоінвазивні процедури	9 %	Стабільно високий попит
5	Check-up та профілактичні програми	5 %	Сегмент активно зростає

Джерело: складено автором за даними медичного центру

У «Оксфорд Медікал Вінниця» домінують консультації та лабораторні послуги, що відповідає типовому профілю ДМС. Динаміка попиту безпосередньо впливає на фінансовий результат. Зростання попиту призводить до: підвищення завантаженості лікарів; зростання загального доходу; зменшення собівартості обслуговування через ефект масштабу; стабілізації операційної діяльності. Попит на страхові послуги серед пацієнтів та корпоративних клієнтів медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» демонструє стійку позитивну динаміку. Це зумовлено зростанням довіри населення до страхових механізмів фінансування медицини, підвищенням цін на приватні медичні послуги,

професіоналізацією взаємодії центру з корпоративним сектором, розширенням страхових пакетів та покриття.

Таблиця 2.21

Вплив попиту на фінансові показники «Оксфорд Медікал Вінниця»

№	Показник	2022	2023	2024	Оцінка
1	Доходи від ДМС, млн грн	25,5	29,4	33,0	Стійке зростання
2	Рентабельність ДМС, %	13,8	14,5	15,6	Оптимізація процесів
3	Частота звернень на 1 страхового клієнта	2,4	2,6	2,8	Зростання потреб населення
4	Дохід на одного корпоративного клієнта	58 тис. грн	63 тис. грн	68 тис. грн	Диверсифікація пакетів

Джерело: складено автором за даними медичного центру

Корпоративний сегмент «Оксфорд Медікал Вінниця» є найбільш перспективним і забезпечує високий рівень прогнозованості доходів. Індивідуальний сегмент продовжує зростати за рахунок розширення профілактичних програм та збільшення попиту на якісну амбулаторну медицину. Таким чином, попит на страхові послуги є стабільним, економічно обґрунтованим і стратегічно важливим джерелом зростання для медичного центру, забезпечуючи його фінансову стійкість та конкурентні переваги.

Попри значний потенціал добровільного медичного страхування (ДМС) як стабільного джерела фінансування, застосування страхової моделі у діяльності приватного медичного центру супроводжується низкою проблем, ризиків та системних обмежень. Для медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» ці виклики мають стратегічний характер, оскільки саме страхові програми формують третину загального доходу та визначають операційну динаміку роботи закладу. У цьому підпункті систематизовано основні групи ризиків та обмежень, що впливають на ефективність інтеграції ДМС у діяльність приватних закладів охорони здоров'я.

«У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я України добровільне медичне страхування (ДМС) дедалі частіше постає як важливий елемент фінансування приватних медичних закладів. Однак, попри очевидні переваги, страхова модель містить у собі низку системних проблем, ризиків і

обмежень, що зумовлюють необхідність критичного аналізу її застосування у практиці приватної медицини» [50]. Досвід діяльності медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» дозволяє виокремити комплекс чинників, які обмежують ефективність та стійкість страхових механізмів у клінічній, операційній і фінансовій площинах.

Передусім важливим є економічний вимір страхової моделі, який характеризується неоднорідною рентабельністю страхових пакетів та залежністю від тарифних політик страхових компаній. Для приватних закладів страхові тарифи часто є нижчими за середній рівень самоплатних послуг, що знижує маржинальність амбулаторних і діагностичних послуг. У певних випадках маржа за страховими програмами може бути вдвічі нижчою, ніж за індивідуальними зверненнями, що створює асиметрію фінансових потоків та потребує постійної оптимізації внутрішніх процесів. Додатковим обмеженням є затримки платежів страховиків, що призводять до накопичення дебіторської заборгованості, погіршення показників ліквідності та потенційного порушення фінансової рівноваги закладу. Залежність від економічної ситуації в країні також формує ризики скорочення корпоративних програм ДМС, які є найбільш стабільним каналом доходів.

Організаційно-адміністративний вимір проблематики проявляється у високій складності документообігу, необхідності оформлення детальних медичних обґрунтувань та відповідності численним процедурним вимогам страхових компаній. Це спричиняє зростання адміністративних витрат, потребує кадрових ресурсів та може генерувати ризики помилок у документації, що потенційно збільшує кількість відмов у виплатах. Додатковим обмеженням є можливі суперечності між клінічними протоколами та страховими лімітами, коли фінансові обмеження страховика визначають допустимий обсяг або перелік медичних втручань. Це створює складні управлінські ситуації, у яких необхідно підтримувати баланс між медичною необхідністю, безпекою пацієнта та контрактними зобов'язаннями.

Клінічні ризики страхової моделі полягають у змінах структури пацієнтопотоків. Страхові пацієнти частіше звертаються за консультаціями та діагностикою через мінімальні прямі витрати, що відображає феномен «moral hazard». Висока частота звернень збільшує навантаження на лікарів, підвищує обсяг споживання лабораторних та інструментальних тестів і може призводити до перевантаження сервісних систем, що знижує доступність послуг для самоплатних пацієнтів. Додатково, наявність фінансових лімітів у деяких страхових пакетах може обмежувати можливості поглибленої діагностики та вимагати комбінованого фінансування, що впливає на медичну повноцінність лікування.

Не менш важливими є ринкові ризики, пов'язані з конкуренцією між приватними медичними закладами за корпоративні контракти. Посилення конкуренції стимулює цінове зниження, розширення послуг «без доплат» та формування персоналізованих пакетів для великих роботодавців, що може зменшувати рентабельність ДМС у приватних клініках. Водночас висока залежність від партнерських страхових компаній створює ризики втрати значної частки доходів у разі перегляду тарифів або зміни партнерської політики страховиків.

Правові та регуляторні обмеження страхової моделі в Україні зумовлені відсутністю закону про обов'язкове медичне страхування, фрагментарністю ринку добровільного страхування та відсутністю єдиних стандартів страхового покриття. Нестабільність нормативно-правової бази може впливати на умови оподаткування, перелік дозволених медичних послуг та вимоги до клінічної практики. Це потребує постійної адаптації систем управління та оперативної зміни внутрішніх регламентів медичного центру.

Для «Оксфорд Медікал Вінниця» характерна висока залежність від партнерських страхових компаній. Оскільки ДМС формує 33 % доходів, існує критичний ризик перегляду тарифів страховиками; втрати основних партнерів; переходу корпоративних клієнтів до інших мереж. Характерна також конкуренція між приватними закладами за корпоративні контракти. В регіоні

активізувалися приватні клініки, що пропонують нижчі тарифні ставки, безкоштовні додаткові послуги, індивідуальні пакети для HR-сектору. Це може зменшити долю ринку центру.

Таким чином, страхова модель у діяльності приватного медичного закладу, з одного боку, забезпечує структуровані та прогнозовані фінансові надходження, а з іншого – супроводжується широким спектром економічних, організаційних, клінічних та регуляторних ризиків. Для їх мінімізації необхідне впровадження системного управління ризиками, автоматизація документообігу, оптимізація взаємодії зі страховими компаніями, а також розвиток гнучких клінічних маршрутів, які дозволяють одночасно дотримуватися стандартів страховика та забезпечувати медичну доцільність лікування. Стратегічне використання страхової моделі можливе лише за умов формування збалансованої, прозорої та регульованої взаємодії між медичними закладами, страховими компаніями та державою, що є вагомою передумовою підвищення стійкості всієї системи охорони здоров'я.

Страхова модель у діяльності приватного медичного закладу має значний потенціал для забезпечення фінансової стійкості, однак її застосування супроводжується комплексом проблем та ризиків. Основними викликами для медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» є низька маржинальність окремих страхових пакетів, значне адміністративне навантаження, залежність від страховиків, можливі конфлікти між медичною доцільністю та страховими лімітами, а також правова невизначеність ринку ДМС. Ефективність роботи страхової моделі потребує системного управління ризиками, оптимізації бізнес-процесів, впровадження цифрових рішень, адаптації сервісної моделі та стратегічного розвитку партнерств зі страховими компаніями. Лише комплексний підхід дозволяє забезпечити баланс між економічною доцільністю та високою якістю медичних послуг.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СТРАХОВИХ МЕХАНІЗМІВ У ДІЯЛЬНОСТІ «ОКСФОРД МЕДІКАЛ ВІННИЦЯ»

3.1. Трансформація системи охорони здоров'я України та становлення страхової моделі фінансування

Трансформація системи охорони здоров'я України упродовж останнього десятиліття відбувається під впливом комплексних соціально-економічних, політичних та інституційних змін, які зумовлюють поступовий перехід від бюджетно-утримувальної моделі до системи, орієнтованої на ефективність, результативність та фінансову відповідальність усіх учасників медичної сфери. «Реформи, що розпочалися у 2017 році та отримали подальший розвиток у період воєнних викликів, визначили стратегічний вектор модернізації системи охорони здоров'я, наблизивши її до європейських стандартів і принципів функціонування. Одним із фундаментальних напрямів цієї трансформації є становлення страхової моделі фінансування як ключового механізму забезпечення стійкості, доступності та якості медичної допомоги» [27]. Страхіві механізми дозволяють перерозподіляти ризики між державою, страховиками, роботодавцями та громадянами, формувати більш справедливий і прогнозований фінансовий фундамент, а також створюють стимули для підвищення ефективності медичних закладів.

На сьогодні в Україні реалізовано кілька важливих інституційних змін, що стали передумовами для розвитку страхової моделі. По-перше, формування Національної служби здоров'я України (НСЗУ) заклало підґрунтя для контрактної моделі фінансування, яка значною мірою нагадує базові принципи державного страхування у країнах ЄС. Оплата за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» сприяла створенню конкуренції між медичними закладами,

підвищенню ефективності використання бюджетних ресурсів і стимулювала заклади до модернізації внутрішніх процесів. По-друге, запуск електронної системи охорони здоров'я (eHealth) забезпечив прозорість, контрольованість та моніторинг фінансових потоків, створивши передумови для запровадження у майбутньому змішаної моделі фінансування, яка поєднуватиме державне та страхове забезпечення.

Водночас розвиток добровільного медичного страхування (ДМС) став важливим елементом диверсифікації фінансування медичних послуг, особливо у приватному секторі. «Зростання попиту на ДМС серед населення та корпоративних клієнтів відображає об'єктивні потреби українців у доступній, якісній та своєчасній медичній допомозі» [49]. У період воєнних дій та економічних викликів страхові механізми продемонстрували свою здатність стабілізувати фінансові потоки, забезпечити безперервність роботи приватних клінік і частково компенсувати дефіцит ресурсів у державній системі.

Однак трансформація фінансування охорони здоров'я в Україні наразі є неповною, оскільки держава не має впровадженої системи обов'язкового медичного страхування (ОМС), що обмежує можливості формування єдиного страхового простору та стримує розвиток ринку страхових послуг. У країнах ЄС (Польща, Чехія, Німеччина, Естонія) саме обов'язкове соціальне медичне страхування стало ключовою основою фінансової стійкості медичної системи та гарантом доступності послуг для всього населення. В Україні ж відсутність ОМС формує певну фрагментарність страхових продуктів, нерівний розподіл тягаря витрат між населенням та роботодавцями, а також обмежує можливості для стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я.

Для приватних медичних закладів, таких як «Оксфорд Медікал Вінниця», трансформація системи фінансування створює як нові можливості, так і виклики. З одного боку, розвиток ДМС, активізація корпоративного сектору та зміна моделей споживання медичних послуг стимулюють приватних надавачів до підвищення якості сервісу, стандартизації клінічних процесів, цифровізації та оптимізації взаємодії зі страховими компаніями. З іншого – невизначеність

регуляторного поля, відсутність формалізованих стандартів страхових пакетів, різна якість страхових продуктів і ризики перегляду тарифів створюють додаткові бар'єри для стабільного розвитку страхових каналів фінансування.

Стратегічний розвиток страхової моделі в Україні прямо залежить від здатності держави сформувати ефективну, збалансовану та прогнозовану політику у сфері медичного страхування. Формування ОМС, стандартизація страхових пакетів, створення конкурентного страхового ринку та розширення системи соціальних гарантій для населення є важливими умовами для побудови сучасної, стійкої та ефективної системи охорони здоров'я. У цьому контексті інтеграція страхової моделі у діяльність таких закладів, як «Оксфорд Медікал Вінниця», є важливим елементом майбутньої національної системи медичного страхування, здатної забезпечити якісну медичну допомогу, високу ефективність використання ресурсів та фінансову безпеку для пацієнтів.

Передумови для формування ОМС в Україні створювалися поступово у процесі реалізації реформ 2017-2023 років, коли було закладено нові інституційні засади фінансування галузі. По-перше, «створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального закупівельника медичних послуг сформувало контрактно-орієнтовану модель, близьку за своєю логікою до страхових систем. По-друге, впровадження електронної системи eHealth забезпечило прозорість фінансових потоків, уніфікацію ведення медичної документації та можливість масштабування страхових механізмів» [2]. По-третє, розвиток добровільного медичного страхування (ДМС) та його активне використання приватним сектором охорони здоров'я засвідчили готовність ринку до переходу на нові моделі фінансування.

У глобальному контексті системи обов'язкового медичного страхування є фундаментом охорони здоров'я більшості європейських країн. Досвід держав Центральної та Східної Європи (Польща, Чехія, Угорщина, Словаччина) демонструє, що саме перехід від бюджетної до страхової моделі став важливим чинником забезпечення стабільності, підвищення якості медичних послуг та розбудови конкурентного медичного ринку. Україна перебуває на подібному

етапі розвитку: ринок медичних послуг поступово комерціалізується, роль приватних медичних закладів зростає, а населення дедалі більше орієнтується на доступність та якість сервісу.

Перспективи впровадження ОМС в Україні можуть бути розглянуті у кількох вимірах. Насамперед, із точки зору фінансової стійкості, ОМС здатне забезпечити стабільний канал фінансування медичної системи через страхові внески працівників і роботодавців. Це дозволить зменшити частку приватних витрат населення, яка сьогодні є однією з найвищих у Європі, та сформувати довгостроковий фінансовий ресурс для розвитку інфраструктури, модернізації закладів і впровадження сучасних технологій. Для держави це означатиме можливість оптимізувати бюджетне навантаження, спрямовуючи ресурси на високовартісні, соціально значущі та пріоритетні напрями медицини.

З позиції організації ринку медичних послуг, ОМС сприятиме розвитку конкуренції між страховими фондами, між державними та приватними закладами, а також між різними формами надання медичної допомоги. Це створить стимули для підвищення результативності, упровадження стандартів якості, оптимізації витрат та розширення медичних послуг за страховими пакетами. У країнах ЄС така конкуренція дозволила значно підвищити якість сервісу та створити передумови для швидкого впровадження інновацій у медичній сфері.

«Перспективи адаптації ОМС в Україні тісно пов'язані з можливістю гармонізації національної моделі з бісмарківською системою соціального страхування, яка базується на солідарних внесках роботодавців і працівників. Ця модель є найбільш відповідною українському економічному та соціальному контексту, оскільки дозволяє поєднати державне регулювання з ринковими механізмами управління» [3]. Проте впровадження ОМС потребує комплексної підготовки, включно з прийняттям спеціального закону, створенням єдиного страхового фонду, формуванням тарифної політики та переглядом системи соціального страхування.

Водночас перспективи впровадження ОМС не позбавлені викликів. Серед основних бар'єрів недосконалість нормативно-правової бази, нестабільність економічної ситуації, висока частка тіньової зайнятості, що ускладнює збір страхових внесків, а також недостатня готовність окремих медичних закладів до роботи у конкурентному страховому середовищі. Вирішення цих проблем потребує системного підходу, міжгалузевої координації та стратегічного планування.

Таким чином, перспективи впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні є позитивними за умови створення нормативних, інституційних і фінансових передумов для повноцінного функціонування страхової системи. ОМС здатне забезпечити не лише стабільність фінансування, але й підвищити ефективність управління галуззю, покращити доступність медичної допомоги та стимулювати розвиток конкурентного ринку медичних послуг. У стратегічній перспективі запровадження ОМС має потенціал стати одним із основних елементів побудови сучасної, стійкої та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я України.

Система добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні відіграє все більш значущу роль у контексті змішаного фінансування охорони здоров'я, проте її розвиток досі стримується низкою структурних, інституційних та ринкових проблем. Незважаючи на зростання попиту з боку населення та корпоративного сектору, ДМС залишається фрагментованим, нерівномірно доступним і слабо інтегрованим у національну політику охорони здоров'я. Тому формування напрямів вдосконалення цієї системи (табл. 3.1) є важливою умовою для підвищення її ефективності, конкурентоспроможності та здатності виконувати роль додаткового каналу фінансування медичних послуг.

Одним із головних напрямів удосконалення ДМС є реформування нормативно-правового забезпечення (табл. 3.1). Наразі національне законодавство не містить достатньо чітких норм, які б уніфікували зміст страхових програм, визначали мінімальні стандарти покриття або регулювали взаємодію страховиків і медичних закладів.

Таблиця 3.1

Основні напрями вдосконалення системи добровільного медичного
страхування в Україні

Напрямок вдосконалення	Зміст та ключові завдання	Очікувані результати
1. Нормативно-правове вдосконалення системи ДМС	Створення єдиних стандартів страхових пакетів; Регламентация взаємодії між страховиками та медичними закладами; Запровадження вимог до якості страхових продуктів; Удосконалення захисту прав застрахованих осіб.	Прозорість ринку; Зростання довіри населення; Уніфікація страхових програм; Підвищення якості послуг.
2. Розвиток корпоративного сегмента	Податкові стимули для роботодавців; Поширення корпоративних соціальних пакетів; Формування колективних комплексних страхових програм; Стимулювання участі малого та середнього бізнесу.	Розширення охоплення населення ДМС; Стабільні фінансові потоки; Зростання конкурентоспроможності роботодавців.
3. Підвищення прозорості страхових продуктів	Упорядкування тарифів; Чітке визначення переліку покриття та винятків; Стандартизація термінології; Створення відкритих рейтингів страховиків.	Зменшення інформаційної асиметрії; Підвищення довіри до ДМС; Полегшення вибору страхового продукту для громадян.
4. Інновації та конкуренція серед страховиків	Усунення бар'єрів входу на ринок; Розвиток інноваційних програм (телемедицина, цифрові пакети); Запровадження страхування хронічних станів; Підтримка конкуренції між страховими компаніями.	Підвищення якості послуг; Зниження вартості страхових пакетів; Розширення спектра страхових програм.
5. Цифровізація та інтеграція ДМС у eHealth	Автоматизація врегулювання страхових випадків; Інтеграція ДМС з електронною медичною картою; Використання big data у тарифоутворенні; Створення єдиної інформаційної платформи для страховиків і медичних закладів.	Прозорість і швидкість операцій; Зменшення кількості помилок та шахрайства; Ефективна взаємодія з медичними центрами.
6. Клінічні та сервісні вдосконалення	Стандартизація маршрутів пацієнтів; Інтеграція доказової медицини у страхові алгоритми; Оптимізація сервісного процесу; Підсилення пацієнтського досвіду.	Зменшення витрат на обслуговування; Підвищення якості лікування; Зростання задоволеності пацієнтів.
7. Партнерські моделі взаємодії медичних центрів та страховиків	Спільна розробка страхових продуктів; Узгодження тарифів на основі реальних витрат; Створення спільних risk-sharing моделей; Довгострокові SLA-контракти.	Підвищення ефективності взаємодії; Зменшення конфліктів; Прогнозованість фінансових потоків; Оптимізація витрат обох сторін.

Через це страховий ринок характеризується високою варіативністю умов, різною якістю страхових послуг та недостатнім захистом прав застрахованих осіб. Створення єдиного законодавчого поля, що охоплювало б мінімальні вимоги до страхових пакетів, механізми врегулювання спорів, стандарти сервісу й вимоги до тарифної політики, сприятиме підвищенню прозорості ринку, стабільності страхових продуктів та розширенню участі населення в програмах ДМС.

Важливою складовою розвитку ДМС є «підсилення корпоративного сегмента, який сьогодні забезпечує найбільш динамічне зростання. Корпоративні страхові програми дозволяють роботодавцям підвищувати соціальну захищеність працівників, зменшувати рівень лікарняних, а також формувати конкурентоспроможний HR-бренд» [48]. Для розширення цього сегмента доцільним є впровадження податкових стимулів на страхові внески, підтримка малого та середнього бізнесу у впровадженні соціальних пакетів, а також формування гнучких страхових програм для різних галузей економіки.

Наступним важливим напрямом удосконалення є підвищення прозорості страхових продуктів, оскільки нинішня система ДМС має високий рівень інформаційної асиметрії. Пацієнти часто не мають чіткої уяви про перелік послуг, винятки з покриття або реальні умови використання страхового полісу. Удосконалення інформаційної відкритості, стандартизація термінології, чітке структурування пакетів та впровадження систем рейтингування страховиків посилять довіру до ДМС і підвищать його доступність для широких верств населення.

Удосконалення системи ДМС також неможливе без розширення конкуренції між страховиками. Ринок потребує інноваційних страхових продуктів, які враховують сучасні виклики та можливості, включаючи телемедичні консультації, страхування хронічних захворювань, цифрові медичні сервіси або програми профілактичної медицини. Скасування бар'єрів для входу на ринок, посилення антимонопольного контролю та підтримка страхових

компаній, які впроваджують інноваційні моделі, сприятимуть підвищенню якості страхових продуктів та доступності медичних послуг.

Окремої уваги потребує цифровізація страхових процесів, яка здатна суттєво підвищити ефективність ДМС. «Інтеграція страхових механізмів у систему eHealth дозволить автоматизувати верифікацію страхових випадків, зменшити кількість помилок і шахрайства, скоротити час обробки звернень та створити єдину інформаційну платформу для страховиків і медичних закладів» [19]. Використання big data та алгоритмів прогнозування ризиків дасть змогу страховим компаніям розробляти персоналізовані страхові продукти, формувати більш точну тарифну політику та впроваджувати моделі профілактики захворювань.

Клінічна та сервісна складові також відіграють важливу роль у розвитку ДМС. Стандартизація маршрутів пацієнтів, узгодження клінічних протоколів зі страховими механізмами, оптимізація сервісних процесів та формування позитивного пацієнтського досвіду є важливими умовами підвищення ефективності страхових програм. Страхові механізми працюють найбільш результативно там, де медичні послуги є прогнозованими, структурованими та орієнтованими на доказову медицину. Значного потенціалу набувають партнерські моделі взаємодії медичних закладів та страхових компаній. Формування довгострокових стратегічних партнерств, спільне розроблення страхових продуктів, узгодження тарифів на основі реальних витрат і створення моделей спільного управління ризиками дозволяють підвищити ефективність страхової системи та зменшити конфліктність взаємодії між важливими учасниками ринку.

Отже, удосконалення системи добровільного медичного страхування в Україні передбачає комплексний підхід, що поєднує інституційні, ринкові, технологічні та клінічно-сервісні зміни. Реалізація цих напрямів сприятиме формуванню сучасної, прозорої та ефективної системи ДМС, яка стане повноцінним елементом національної моделі фінансування охорони здоров'я та

важливим механізмом забезпечення доступної і якісної медичної допомоги населенню.

3.2. Модель інтеграції страхових механізмів у бізнес-процеси приватного медичного центру

Інтеграція страхових механізмів у бізнес-процеси приватних медичних закладів є одним із основних чинників підвищення їх фінансової стійкості, конкурентоспроможності та сервісної ефективності. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні, а також зростання ролі корпоративних страхових програм формують нові вимоги до організації діяльності приватних клінік, які повинні адаптувати свої адміністративні, фінансові, клінічні та цифрові процеси до особливостей роботи у страховому середовищі. Тому формування моделі інтеграції страхових механізмів набуває стратегічного значення для медичних центрів, що працюють у конкурентному ринковому середовищі та прагнуть забезпечити комплексне обслуговування страхових пацієнтів (рис. 3.1).

Модель інтеграції страхових механізмів у діяльність приватного медичного закладу передбачає сукупність управлінських, клінічних та фінансових рішень, спрямованих на оптимізацію взаємодії зі страховими компаніями та підвищення ефективності роботи зі страховими пацієнтами. Вона ґрунтується на поєднанні стратегічного планування, операційної стандартизації, цифрової трансформації та фінансового контролю. На стратегічному рівні заклад формує власний страховий портфель, визначає пріоритетні напрями співпраці зі страховими компаніями, встановлює стандарти обслуговування та ключові показники оцінювання ефективності страхових програм. Важливо, щоб контрактна політика зі страховиками базувалася на економічно обґрунтованих тарифах, визначених SLA-показниках сервісу та узгоджених клінічних маршрутах пацієнтів.

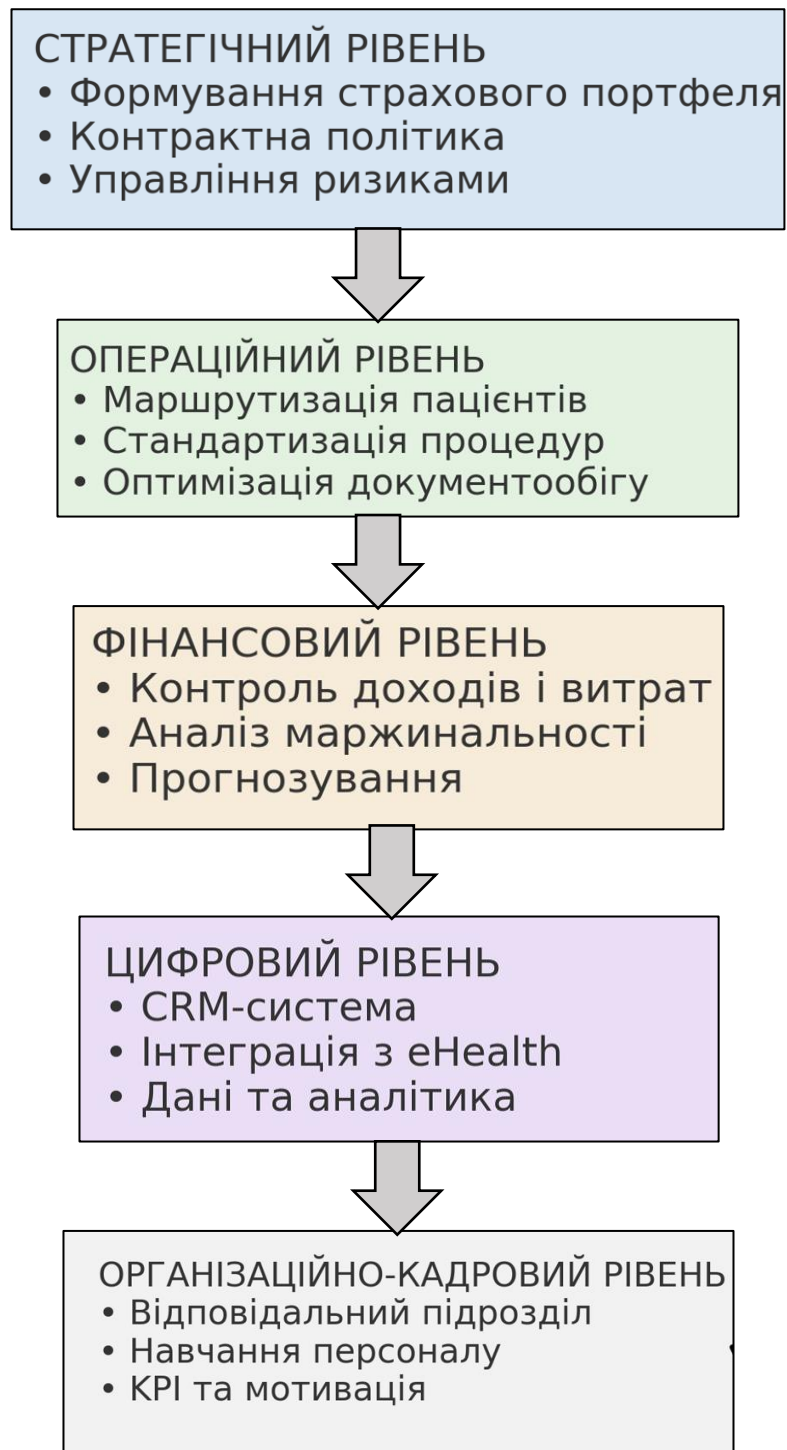


Рис. 3.1. Модель інтеграції страхових механізмів у бізнес-процеси
приватного медичного центру

Стратегічне управління ризиками передбачає оцінку рентабельності страхових програм, диверсифікацію страхових партнерів, аудит страхових процесів та прогнозування можливих фінансових навантажень.

Операційний рівень інтеграції механізмів страхування охоплює організацію чітких процедур маршрутизації пацієнтів, стандартизацію медичних та адміністративних процесів, а також створення внутрішніх протоколів взаємодії між підрозділами. Особливу роль відіграє процес попередньої верифікації страхового покриття, що мінімізує ризики фінансових відмов і пришвидшує обслуговування. «Стандартизація клінічних протоколів відповідно до вимог страховиків та принципів доказової медицини забезпечує прогнозованість послуг і сприяє оптимізації витрат» [8]. Приватний медичний центр повинен впроваджувати уніфікований документообіг, що включає електронні форми направлень, протоколів, актів виконаних послуг і рахунків, оскільки це підвищує точність та оперативність передачі інформації страховим компаніям.

Фінансовий аспект інтеграції страхових механізмів охоплює управління дебіторською заборгованістю, аналіз рентабельності страхових пакетів, оцінювання економічної одиниці страхового пацієнта та прогнозування обсягів наданих послуг. Фінансовий контроль дозволяє своєчасно ідентифікувати нерентабельні програми, переглядати тарифну політику та оптимізувати завантаженість клінічних підрозділів. У контексті взаємодії зі страховими компаніями важливими є швидкість розрахунків, прозорість фінансових потоків і регулярний аналіз ефективності співпраці за кожним страховиком окремо.

Цифровізація відіграє ключову роль у побудові сучасної страхової моделі медичного центру. Використання CRM-систем, інтеграція з національною системою eHealth, впровадження автоматизованих інструментів верифікації страхового покриття, застосування електронних медичних карток і big data-аналітики забезпечують значне підвищення ефективності обробки страхових випадків. Цифрові інструменти дозволяють не лише оптимізувати внутрішні процеси, але й покращити якість сервісу, зменшити час очікування пацієнтів, сформувати прозору історію співпраці з кожним страховиком та запобігти дублюванню послуг.

Важливою складовою моделі інтеграції страхових механізмів є організаційно-кадрове забезпечення. Приватний медичний центр має створити спеціалізований підрозділ або виділити відповідальних осіб для роботи зі страховими компаніями, контролю страхових звернень і супроводу документів. Медичний персонал повинен бути навчений особливостям роботи зі страховими алгоритмами, комунікаційними правилами та вимогами до оформлення документації. Запровадження системи мотивації та індикаторів КРІ для співробітників сприятиме підвищенню продуктивності та відповідальності за якість обслуговування страхових пацієнтів.

Таким чином, інтеграція страхових механізмів у бізнес-процеси приватного медичного центру є багаторівневим процесом, що вимагає комплексного підходу. Запропонована модель поєднує стратегічне планування, операційну стандартизацію, цифрову трансформацію, фінансовий контроль і кадрове забезпечення, формуючи цілісну систему управління страховими потоками. Завдяки її впровадженню приватні медичні заклади можуть значно підвищити ефективність взаємодії зі страховими компаніями, зміцнити свої конкурентні позиції на ринку медичних послуг і забезпечити високу якість та економічну результативність медичного обслуговування.

Розвиток системи добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні є важливим елементом формування змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, яка поєднує державні гарантії з ринковими механізмами забезпечення медичних послуг. У контексті трансформації системи охорони здоров'я, зростання попиту на приватні медичні послуги, цифровізації та підвищення очікувань пацієнтів щодо якості лікування ДМС набуває стратегічного значення. Перспективи його розвитку пов'язані як зі зміцненням фінансової бази галузі, так і з покращенням доступу населення до сучасної, безпечної та доказової медицини.

Стратегічна роль ДМС полягає в тому, що воно здатне зменшити частку прямих витрат домогосподарств на медичні послуги, які в Україні залишаються одними з найвищих у Європі. Добровільне страхування виступає механізмом

захисту від фінансових ризиків, знижує ймовірність катастрофічних медичних витрат і розширює можливості пацієнтів отримувати якісні послуги у приватному та державному секторах. У довгостроковій перспективі саме розширення участі населення у страхових програмах здатне стати фундаментом для створення змішаної моделі охорони здоров'я, що базується на поєднанні державного фінансування та страхових механізмів.

Стратегічні перспективи розвитку ДМС пов'язані з декількома важливими напрямками. По-перше, важливим є формування зрілої інституційної інфраструктури страхового ринку, включно з вдосконаленням нормативно-правового регулювання, уніфікацією стандартів страхових пакетів, підвищенням прозорості страхових продуктів та запровадженням механізмів захисту прав застрахованих осіб. Такі зміни сприятимуть зростанню довіри населення до страхових продуктів і стимулюватимуть розвиток конкуренції між страховими компаніями.

По-друге, стратегічного значення набуває розширення корпоративного сегмента ДМС, оскільки роботодавці є одним із найбільш динамічних джерел зростання страхового ринку. Підтримка корпоративних програм через податкові стимули, розвиток партнерства між бізнесом і страховими компаніями, упровадження комплексних соціальних пакетів дозволять збільшити охоплення населення страховим захистом і водночас підвищити продуктивність праці завдяки покращенню здоров'я працівників.

По-третє, перспективи розвитку ДМС нерозривно пов'язані з цифровою трансформацією, яка змінює взаємодію між медичними закладами, страховиками та пацієнтами. «Інтеграція страхових продуктів у національну електронну систему охорони здоров'я (eHealth), використання CRM-систем у клініках, аналітика великих даних для оцінювання ризиків і прогнозування витрат, телемедичні консультації та мобільні застосунки для комунікації зі страховиком створюють принципово нову якість сервісу» [10]. Цифровізація дозволяє скоротити час обробки страхових випадків, підвищити прозорість

страхових операцій і забезпечити персоніфікований підхід до організації медичної допомоги.

По-четверте, стратегічною можливістю для ДМС є інтеграція з майбутньою системою обов'язкового медичного страхування (ОМС). У країнах Європи добровільне страхування відіграє роль доповнюючого або розширеного пакета, який покриває послуги, що не входять до базових гарантій. В Україні така модель дозволить забезпечити комплексність медичних послуг, розширити вибір пацієнтів та створити рівні умови доступу як для приватних, так і для державних закладів. Добровільне страхування потенційно виграє від впровадження ОМС, оскільки частина фінансового тягаря буде перенесена з домогосподарств на солідарні страхові фонди.

По-п'яте, важливим перспективним напрямом є формування партнерських моделей взаємодії між страховими компаніями та медичними закладами. Стратегічні партнерства дозволяють розробляти спільні страхові продукти, впроваджувати клінічні маршрути, оптимізувати медичні витрати та підвищувати якість сервісу. «Запровадження контрактів з чіткими SLA-показниками, взаємна відповідальність сторін у межах risk-sharing моделей та інтеграція цифрових платформ сприятимуть розвитку більш ефективної системи медичного страхування» [32].

ДМС також має потенціал забезпечити реальне підвищення доступності якісних медичних послуг для населення. Розширення страхового ринку стимулює приватні клініки до розвитку нових напрямів медицини, упровадження сучасного обладнання, стандартизації клінічних протоколів і формування нової культури сервісу. Підвищення доступності через добровільне страхування означає, що якість медичної допомоги стає не лише функцією доходів пацієнта, а й результатом ефективно організованих страхових програм.

Отже, стратегічні перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні пов'язані з інституційним зміцненням страхового ринку, розширенням корпоративного сектора, цифровізацією страхових та медичних процесів, інтеграцією з майбутньою системою обов'язкового страхування та

розвитком партнерських моделей співпраці. ДМС може стати важливим інструментом підвищення доступності якісних медичних послуг, зміцнення фінансової стійкості галузі та формування сучасної, орієнтованої на пацієнта моделі охорони здоров'я.

3.3. Напрями підвищення ефективності використання страхових механізмів у діяльності «Оксфорд Медікал Вінниця»

Підвищення ефективності взаємодії приватного медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» зі страховими компаніями є одним із основних чинників оптимізації фінансових потоків, покращення якості медичних послуг та зміцнення конкурентних позицій закладу на ринку. За результатами проведеного аналізу, розвиток партнерських моделей співпраці, удосконалення внутрішніх бізнес-процесів та посилення цифровізації є необхідними умовами для формування стабільної та взаємовигідної взаємодії медичного центру зі страховими організаціями. Стратегічні пропозиції щодо вдосконалення такої взаємодії зосереджені на трьох основних блоках: організаційно-управлінському, клініко-операційному та фінансово-аналітичному.

Першочерговим напрямом є удосконалення організаційної структури, відповідальної за роботу зі страховиками. Доцільним є створення окремого структурного підрозділу або посилення вже існуючого відділу страхових операцій, наділивши його функціями повного супроводу страхових випадків, управління дебіторською заборгованістю, комунікації зі страховими менеджерами та моніторингу актуальних умов договорів. Важливим елементом є підвищення кваліфікації персоналу: медичних адміністраторів, лікарів та менеджерів у частині опрацювання страхових запитів, обліку медичних процедур, вимог до документації та сервісної взаємодії з пацієнтами. Формування чітких посадових інструкцій, протоколів взаємодії та регулярні

тренінги сприятимуть зменшенню кількості помилок та покращенню якості обслуговування.

Другим важливим напрямом є оптимізація клінічних і операційних процесів. Доцільним є впровадження стандартизованих маршрутів пацієнтів, які обслуговуються за страховими програмами, що забезпечить чітку послідовність дій кожного працівника та зменшить час очікування. Удосконалення алгоритмів попередньої верифікації страхових полісів, узгодження переліку діагностичних та лікувальних процедур із страховими компаніями та уніфікація медичної документації дозволять мінімізувати кількість відмов у виплатах та прискорити процеси компенсації.

Особливу увагу слід приділити розвитку цифрової інфраструктури. «Інтеграція CRM-системи медичного центру зі страхових порталами, автоматизація формування рахунків, єдині електронні шаблони актів виконаних робіт та інтеграція з eHealth забезпечать оперативність обробки страхових випадків, зменшення адміністративного навантаження та уникнення дублювання даних» [35]. Використання аналітики великих даних (big data) у роботі зі страховиками дозволить прогнозувати частоту звернень, оцінювати ризиковані діагностичні групи, оптимізувати тарифи та формувати персоналізовані страхові пропозиції разом зі страховими партнерами.

Фінансовий блок пропозицій охоплює підвищення прозорості та прогнозованості фінансових відносин між медичним центром і страховими компаніями. Доцільним є запровадження системи регулярного аудиту страхових операцій, аналізу рентабельності пакетів, контролю дебіторської заборгованості та оцінювання економічної одиниці страхових послуг. Розроблення спільних тарифних політик із важливими страховими партнерами, що ґрунтуються на реальних витратах медичного центру, дасть можливість забезпечити оптимальний баланс між вартістю послуг і фінансовою вигодою страховика. Доцільним є також упровадження SLA-контрактів, що передбачають чіткі строки розрахунків, рівень сервісу, порядок узгодження складних випадків та механізми відповідальності сторін.

Додатковим інструментом підвищення ефективності взаємодії є формування системи лояльності та спеціальних пакетів послуг для страхових компаній. «Оксфорд Медікал Вінниця» може пропонувати індивідуалізовані страхові програми для корпоративних клієнтів, check-up пакети для страхових компаній, спеціалізовані програми профілактики та ранньої діагностики, що дозволить підвищити конкурентність клініки та розширити партнерську мережу.

Таким чином, підвищення ефективності взаємодії «Оксфорд Медікал Вінниця» зі страховими компаніями потребує комплексного підходу, який охоплює організаційну модернізацію, цифрову трансформацію, стандартизацію клінічних та сервісних процесів, а також оптимізацію фінансової взаємодії. Реалізація запропонованих заходів дозволить медичному центру зміцнити партнерство зі страховими компаніями, підвищити рівень задоволеності пацієнтів, забезпечити стале зростання доходів та утвердити конкурентні позиції на ринку медичних послуг.

Розвиток страхової моделі фінансування у сфері охорони здоров'я України є визначальним фактором формування сучасної архітектури приватної медицини та забезпечення її фінансової стійкості у середньостроковій перспективі. З огляду на динаміку ринку медичних послуг, зростання попиту на добровільне медичне страхування (ДМС), цифровізацію медичної сфери та поступове наближення України до європейських стандартів фінансування охорони здоров'я, прогноз до 2030 року свідчить про суттєве посилення ролі страхових механізмів у забезпеченні стабільності, рентабельності та інвестиційної привабливості приватних медичних закладів (табл. 3.2).

У найближчі роки очікується зростання частки страхових пацієнтів у структурі приватної медицини, що зумовлено змінами у поведінці споживачів, розвитком корпоративного сектору та збільшенням попиту на високоякісні медичні послуги. Прогнозні оцінки свідчать, що до 2030 року ДМС може забезпечувати до 40-50 % клієнтського потоку приватних медичних центрів, а корпоративні програми страхування стануть основним рушієм їхнього зростання. Це сприятиме стабілізації доходів клінік, зниженню сезонних коливань і формуванню більш прогнозованої фінансової моделі.

Таблиця 3.2

Прогноз впливу розвитку страхової моделі на фінансову стійкість
приватної медицини до 2030 року

Фактор розвитку страхової моделі	Очікувані зміни до 2030 року	Прогнозований вплив на фінансову стійкість приватної медицини
Зростання частки пацієнтів, що користуються ДМС	Частка страхових пацієнтів може зрости до 40-50 % у приватних клініках	Стабілізація доходів; вирівнювання сезонних коливань; формування прогнозованої клієнтської бази
Розвиток корпоративних програм страхування	Збільшення корпоративного сегмента на 30-40 %	Розширення попиту на послуги; формування довгострокових контрактів; підвищення завантаженості клінік
Інвестиції у приватну медицину, стимульовані страховими механізмами	Зростання інвестицій у приватні центри на 25-35 %	Оновлення обладнання, відкриття нових напрямів та відділень; підвищення конкурентоспроможності
Зниження частки прямих витрат пацієнтів	Зростання доступності послуг для середнього класу	Розширення клієнтської бази; збільшення кількості звернень; стабільний ріст доходів
Цифровізація страхової моделі (CRM, eHealth, big data)	До 2030 року повна цифрова інтеграція страховиків та медичних закладів	Скорочення адміністративних витрат; мінімізація відмов; прискорення страхових виплат
Стандартизація клінічних протоколів та превентивних програм	Значне поширення check-up програм і доказової медицини	Зменшення кількості повторних звернень; підвищення ефективності використання ресурсів
SLA-контракти та партнерські моделі взаємодії зі страховими компаніями	Масове поширення SLA до 2030 року	Підвищення передбачуваності доходів; скорочення фінансових ризиків; покращення операційного контролю
Легалізація платежів у медичній сфері	Зростання офіційних платежів на 20-30 %	Підвищення інвестиційної привабливості приватної медицини; зростання рентабельності
Рентабельність приватної медицини на основі страхових програм	Рентабельність операційної діяльності: 10-18 %; коефіцієнт поточної ліквідності: 1,5-2,0	Посилення фінансової стійкості; можливість стратегічного планування та масштабування

Джерело: сформовано автором

Страхова модель позитивно впливатиме на інвестиційний розвиток приватного медичного сектору. За умов стабільної співпраці з великими страховими компаніями медичні центри зможуть зменшити ризики

недозавантаження, покращити планування операційних витрат і приймати обґрунтовані інвестиційні рішення щодо оновлення медичного обладнання, розширення спектра послуг та створення нових відділень. До 2030 року прогнозується збільшення обсягів капітальних інвестицій у приватних закладах на 25-35 %, що буде напряду пов'язано з розвитком страхового ринку.

Важливою тенденцією стане зниження частки прямих витрат пацієнтів на медичні послуги. Розширення страхових програм створюватиме економічно доступніші можливості для отримання якісної медичної допомоги, а для приватних закладів це означатиме зростання звернень пацієнтів із середнім доходом, які раніше уникали приватної медицини через фінансові обмеження. Такий ефект суттєво розширює клієнтську базу та підвищує стійкість медичних центрів.

Прогноз до 2030 року передбачає також суттєву зміну структури доходів приватних клінік. Страхові послуги будуть забезпечувати стабільні фінансові надходження завдяки контрактним відносинам між медичними закладами та страховими компаніями. Це сприятиме вирівнюванню рентабельності різних напрямів діяльності, підвищенню операційної ефективності та зниженню залежності від непередбачуваної динаміки самоплатних пацієнтів. Очікується, що приватні медичні центри з високою інтеграцією страхових механізмів демонструватимуть більш стабільні фінансові показники, зокрема коефіцієнт поточної ліквідності на рівні 1,5-2,0, а рентабельність операційної діяльності – 10-18 %.

Розвиток добровільного медичного страхування сприятиме також підвищенню якості медичних послуг. Страхові компанії, зацікавлені у зниженні ризиків та частоти звернень, активно підтримуватимуть стандартизацію клінічних протоколів, розвиток превентивної медицини, впровадження check-up програм та доказових підходів до лікування. Для приватних клінік це означає не лише покращення репутації, але й підвищення ефективності використання ресурсів завдяки зменшенню числа повторних звернень, оптимізації маршрутизації пацієнтів та цифровізації медичних процесів.

Важливим драйвером зростання фінансової стійкості приватної медицини стане цифровізація страхового сектору. До 2030 року очікується повна інтеграція страхових контрактів у систему eHealth, автоматизація обробки страхових випадків, використання big data для прогнозування ризиків та персоналізації страхових продуктів. Цифрові технології дозволять значно зменшити адміністративні витрати медичних центрів, скоротити кількість відмов у виплатах та прискорити взаєморозрахунки між страховиками та закладами.

Прогноз також передбачає посилення партнерства між страховими компаніями та медичними центрами. До 2030 року значно зростатиме роль довгострокових SLA-контрактів, у яких буде передбачено спільне управління ризиками, розподіл фінансової відповідальності та чіткі стандарти якості медичних послуг. Практика таких контрактів дозволить приватним медичним центрам підвищити передбачуваність доходів та уникати фінансових розривів, пов'язаних із затримками платежів чи переглядами тарифів.

У стратегічній перспективі розвиток страхової моделі створює передумови для зниження тіньових фінансових потоків у медичній сфері та зміцнення довіри населення до приватної медицини. До 2030 року можна очікувати зростання обсягів офіційних платежів на 20-30 %, що поверне приватним закладам додаткові можливості для масштабування бізнесу та розширення ринку.

Отже, прогноз впливу страхової моделі на фінансову стійкість приватної медицини до 2030 року є позитивним і базується на розвитку ДМС, цифровізації, стандартизації медичних процесів, розширенні корпоративних програм та зміцненні партнерства між страховими компаніями та медичними закладами. Страхова модель здатна стати фундаментом для формування стабільного, конкурентного та економічно стійкого приватного медичного сектору, що забезпечує високу якість послуг та доступність медичної допомоги для широких верств населення.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно оцінити роль і перспективи розвитку медичного страхування у трансформаційних процесах системи охорони здоров'я України, а також проаналізувати вплив страхових механізмів на діяльність приватного медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця». Наукова робота розкрила теоретико-методологічні засади медичного страхування, окреслила інституційні передумови його розвитку, визначила сучасні проблеми функціонування ринку добровільного медичного страхування (ДМС) та сформувала прогностичні орієнтири для запровадження страхової моделі фінансування.

1. Обґрунтовано еволюцію концепцій медичного страхування та диференціацію світових страхових моделей – бісмарківської, бевериджської та змішаних систем. Виявлено, що саме бісмарківська модель із її солідарним механізмом фінансування найбільш корелює з потребами та соціально-економічними умовами України. Визначено, що основною функцією медичного страхування є підвищення стійкості системи охорони здоров'я, захист населення від катастрофічних витрат і забезпечення ширшого доступу до якісної медичної допомоги. Проаналізовано сучасну нормативно-правову базу, яка регламентує страхові механізми в Україні, та встановлено її фрагментарність, недостатню узгодженість і потребу в системному оновленні.

2. Проведено детальну характеристику медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» та оцінила ефективність його роботи в умовах співпраці зі страховими компаніями. Аналіз господарського стану закладу засвідчив стабільну позитивну динаміку його діяльності, зокрема зростання обсягу наданих послуг, оптимізацію структури доходів та формування високих показників рентабельності. Досліджено структуру страхових програм, динаміку попиту серед пацієнтів та корпоративного сегмента, а також визначено фінансові, сервісні та управлінські результати впливу ДМС на діяльність медичного центру. Встановлено, що залучення страхових пацієнтів підвищує

завантаженість клініки, сприяє прогнозованості доходів і стимулює модернізацію бізнес-процесів, але водночас актуалізує потребу у стандартизації процедур, цифровізації та вдосконаленні взаємодії зі страховими компаніями.

3. Проведений аналіз господарського стану медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця» засвідчив стійку позитивну динаміку розвитку закладу у 2022-2024 роках. Отримані результати підтверджують ефективність управління ресурсами, зростаючу конкурентоспроможність клініки та збалансованість її фінансово-економічної діяльності. У зазначений період спостерігається системне покращення провідних показників, що свідчить про стратегічно виважену політику керівництва та успішну адаптацію до умов ринку приватної медицини.

4. Динаміка доходів демонструє стабільне зростання обсягів послуг: загальний дохід клініки збільшився з 48,6 млн грн у 2021 р. до 71,8 млн грн у 2024 р., що відповідає середньорічному темпу зростання (CAGR) 13,7 %. Такий приріст є результатом розширення спектра медичних послуг, активного залучення корпоративних клієнтів та підвищення попиту з боку населення на приватні медичні послуги. Рентабельність операційної діяльності зберігала стабільну позитивну тенденцію, зростаючи з 9,8 % у 2021 р. до 15,6 % у 2024 р.. Це свідчить про ефективну оптимізацію витрат, раціональну політику управління собівартістю та модернізацію операційних процесів. Показники поточної ліквідності також підтверджують стабільність фінансової моделі клініки: значення коефіцієнта зросли з 1,32 у 2021 р. до 1,68 у 2024 р., що значно перевищує нормативний поріг та забезпечує комфортний рівень фінансової гнучкості.

5. Структура капіталу медичного центру також зазнала якісних змін: коефіцієнт автономії зріс з 0,42 до 0,51, що свідчить про збільшення частки власного капіталу у структурі фінансування активів. Рівень дебіторської заборгованості за страховими компаніями зменшився з 11,8 % до 8,3 %, що підтверджує підвищення ефективності управління страхових випадків та покращення документообігу. Структурний аналіз витрат показав, що клініка

активно працює над оптимізацією адміністративних витрат, частка яких знизилася з 18,4 % у 2021 р. до 15,9 % у 2024 р.. Водночас інвестиції у модернізацію обладнання зросли більш ніж удвічі з 3,2 млн грн до 6,8 млн грн, що демонструє стратегічний характер розвитку та прагнення до технологічного оновлення медичної бази.

6. Співпраця зі страховими компаніями є одним із головних драйверів успіху клініки. Частка страхових пацієнтів у структурі звернень зростала щороку: з 23 % у 2021 р. до 39 % у 2024 р.. Доходи від добровільного медичного страхування збільшилися з 11,2 млн грн до 27,9 млн грн, а рентабельність страхового сегмента досягла 17,2 %, що перевищує середній рівень рентабельності медичного центру. Це свідчить про значну фінансову віддачу від інтеграції страхових механізмів у бізнес-модель закладу. Аналіз кадрового потенціалу підтверджує високу якість управління персоналом: рівень плинності знизився з 12,6 % до 8,1 %, а частка лікарів, які щорічно проходять внутрішнє підвищення кваліфікації, досягла 87 %. Така динаміка позитивно впливає на якість медичних послуг, задоволеність пацієнтів і загальний імідж медичного центру.

7. Сумарно отримані результати дають підстави стверджувати, що медичний центр «Оксфорд Медікал Вінниця» є фінансово стійким, економічно ефективним і стратегічно орієнтованим закладом, який успішно використовує можливості ринку медичного страхування. Позитивні фінансові тренди, зростання частки страхових пацієнтів, модернізація обладнання та оптимізація операційних процесів формують значний потенціал для подальшого розвитку, розширення послуг та зміцнення конкурентних позицій клініки на регіональному ринку приватної медицини. Узагальнюючи результати господарського аналізу, можна стверджувати, що «Оксфорд Медікал Вінниця» є фінансово стійким та економічно ефективним медичним центром, який здатний адаптуватися до ринкових умов, впроваджувати інноваційні рішення та успішно інтегрувати страхові механізми у власну бізнес-модель. Заклад має достатній потенціал для подальшого розширення спектра послуг, збільшення частки страхових пацієнтів

та посилення своєї конкурентної позиції в регіональному медичному середовищі.

8. У межах роботи також сформовано модель інтеграції страхових механізмів у бізнес-процеси приватного медичного закладу. Виокремлено п'ять рівнів такої інтеграції: стратегічний, операційний, фінансовий, цифровий та організаційно-кадровий. Встановлено, що ефективна взаємодія зі страховими компаніями потребує комплексного перегляду внутрішніх процесів клініки, запровадження CRM-систем, оптимізації документообігу, професійної підготовки персоналу та дотримання SLA-показників якості. Показано, що ці зміни сприяють підвищенню операційної ефективності та конкурентоспроможності приватного медичного сектору.

9. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні до 2030 року пов'язано з інституційним зміцненням страхового ринку, розширенням корпоративного сектору, цифровою трансформацією страхових процесів, гармонізацією ДМС із майбутньою системою обов'язкового медичного страхування та формуванням партнерських моделей взаємодії. Прогностичні оцінки свідчать, що до 2030 року частка страхових пацієнтів у структурі приватних клінік може зрости до 40-50 %, що забезпечить стабільність доходів, зменшення сезонних коливань і зростання інвестиційної привабливості приватної медицини. Цифровізація страхового сектору та стандартизація клінічних процесів дозволять підвищити якість послуг і зменшити адміністративні витрати.

10. Узагальнення результатів дослідження засвідчує, що розвиток страхової моделі фінансування медицини є необхідною умовою підвищення стійкості й ефективності української системи охорони здоров'я. Медичне страхування здатне забезпечити збалансованість фінансових потоків, підвищити доступність медичної допомоги, стимулювати модернізацію приватних клінік, посилити конкуренцію та сприяти впровадженню інновацій у медичну сферу. Для приватних медичних закладів, зокрема «Оксфорд Медікал Вінниця», страхова модель відкриває значні можливості для розширення клієнтської бази,

підвищення рентабельності та формування довгострокових партнерств зі страховими компаніями.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує, що розвиток медичного страхування має стратегічне значення для реформування системи охорони здоров'я України. Реалізація страхової моделі в комплексі з цифровізацією, стандартизацією та посиленням інституційного потенціалу створить умови для побудови справедливої, ефективної та фінансово стійкої системи, що забезпечить високу якість медичної допомоги та відповідатиме сучасним європейським підходам до організації медичного сервісу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко А. М. Економічні аспекти розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Економіка та держава. 2022. № 4. С. 65–70.
2. Бурик З. М. Економіка охорони здоров'я: теорія, методологія, практика. Київ: КНЕУ, 2020. 312 с.
3. Волосовець А. П. Розвиток приватної медицини в умовах реформування. Український медичний часопис. 2023. № 2. С. 21–28.
4. Гальчак Г. І. Менеджмент медичних установ: сучасні моделі управління. Львів: ЛНМУ, 2021. 278 с.
5. Гладун З. С. Правове регулювання медичного страхування в Україні: сучасний стан та перспективи. Медичне право. 2022. № 1. С. 44–52.
6. Гнатюк Л. М. Стан та тенденції розвитку ринку медичних послуг в Україні. Економіка України. 2021. № 10. С. 72–84.
7. Гукасьян Р. М. Медичне страхування: економічні основи та механізми реалізації. Київ: МАУП, 2019. 256 с.
8. Державна служба статистики України. Статистичні дані щодо охорони здоров'я. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>
9. Дуда О. П. Реформування системи охорони здоров'я України: виклики та перспективи. Київ: НАДУ, 2021. 244 с.
10. Дяченко Т. Ю. Добровільне медичне страхування як інструмент підвищення доступності медичної допомоги. Фінанси України. 2023. № 3. С. 90–99.
11. Єрмолаєва О. В. Оптимізація фінансування медичних закладів в умовах реформи. Вісник КНЕУ. 2022. № 7. С. 132–140.
12. Жаліло Я. А. Соціальна політика та реформи сфери охорони здоров'я. Київ: НІСД, 2018. 230 с.
13. Жовнір О. Сучасні виклики розвитку медичного страхування. Менеджмент та економіка охорони здоров'я. 2023. № 1. С. 18–24.
14. Журавель І. В. Економіка медичних послуг: сучасні підходи. Харків: ХНЕУ, 2022. 286 с.
15. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (2017).
16. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР.
17. Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».
18. Зелінський А. П. Фінансування охорони здоров'я: сучасні моделі та інструменти. Київ: КНЕУ, 2019. 300 с.
19. Князевич В. М. Політика охорони здоров'я: концепції та інструменти. Київ: Медицина, 2018. 268 с.

20. Коваль Н. Страхіві моделі фінансування медицини: порівняльний аналіз. Соціальна економіка. 2021. № 5. С. 54–62.
21. Конституція України.
22. Корнійчук І. Взаємодія приватних клінік і страхових компаній: проблеми та рішення. Управління охороною здоров'я. 2022. № 6. С. 47–53.
23. Лехан В. М., Слабкий Г. О. Система охорони здоров'я України: стратегія та модернізація. Дніпро: РА ДНУ, 2020. 254 с.
24. Мельник Л. Оцінка ефективності діяльності приватного медичного центру: підходи та індикатори. Бізнес Інформ. 2024. № 2. С. 101–108.
25. Міністерство охорони здоров'я України. Статистика охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua>
26. Наказ МОЗ України № 504 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів» (оновлені редакції).
27. Національна служба здоров'я України. Аналітичні звіти НСЗУ (2019–2024) . URL: <https://nszu.gov.ua>
28. Нацкомфінпослуг. Огляд ринку страхування України. URL: <https://www.nfp.gov.ua>
29. Нестерчук Т. В. Публічне управління у сфері охорони здоров'я: теорія і практика. Вінниця: ВТЕІ КНТЕУ, 2021. 248 с.
30. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. № 2801-XII.
31. Офіційний сайт медичного центру «Оксфорд Медікал Вінниця». URL: <https://oxford-med.com.ua/vinnitsa>
32. Постанова КМУ «Про затвердження Програми медичних гарантій» (щорічні редакції).
33. Постанова КМУ № 1117 «Про електронну систему охорони здоров'я».
34. Розпорядження КМУ «Про Концепцію реформи фінансування охорони здоров'я України» № 1013-р (2016).
35. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на 2024–2030 роки.
36. Busse R., Blümel M. Health Systems in Transition: Germany. WHO, 2021. 260 p.
37. Colombo F. Health Financing Across OECD Countries. OECD Health Working Papers. 2022.
38. European Commission. Social Health Protection in Europe, 2020. URL: <https://ec.europa.eu>
39. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems Financing Review, 2020. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int>
40. Jakovljevic M. The Future of Global Health Expenditure. Frontiers in Public Health. 2020.

41. Kutzin J. Health Financing Policy: A Framework for Analysis. WHO Bulletin. 2018. Vol. 96. P. 178–189.
42. Mossialos E., Dixon A., Richter M. Funding Health Care in Europe: Challenges and Strategies. Cambridge University Press, 2020.
43. OECD. Health at a Glance 2023. URL: <https://www.oecd.org>
44. Reeves A. Social Health Protection Models in Europe. International Social Security Review. 2020.
45. Rice T. The Economics of Health Reforms. Journal of Health Politics. 2018.
46. Saltman R., Figueras J. European Health Care Reforms: Analysis and Trends. Copenhagen: WHO, 2019.
47. Thomson S., Sagan A. The Role of Voluntary Health Insurance. WHO Observatory Study. 2021.
48. WHO. Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2021. URL: <https://www.who.int/publications>
49. World Bank. Health System Financing Overview. 2022. URL: <https://www.worldbank.org>
50. Yip W., Hsiao W. What Influences Health Insurance Systems? The Lancet. 2019. Vol. 394.