

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ДЯЧИНА ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ

**Випускна кваліфікаційна робота
на тему:
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У ФІНАНСОВОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Науковий керівник:

К.е.н., доцент

доцент кафедри фінансів ім. С.І.Юрія

Булавинець В.М.

Тернопіль – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Концептуальні основи медичного страхування.....	6
1.2. Медичне страхування у моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я.....	14
Висновки до розділу 1.....	21
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМАТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	23
2.1. Організаційно-фінансові основи медичного страхування.....	23
2.2. Методика розрахунку страхових тарифів на послуги закладів охорони здоров'я.....	28
2.3. Прагматизм функціонування державного та недержавного медичного страхування.....	36
Висновки до розділу 2.....	42
РОЗДІЛ 3. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ У ВІТЧИЗНЯНУ ПРАКТИКУ.....	44
3.1. Медичне страхування у Німеччині та Франції досвід функціонування у контексті вступу України до ЄС.....	44
3.2. Особливості функціонування добровільного медичного страхування у США.....	53
Висновки до розділу 3.....	58
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я людини визначається як найвища цінність, яка має значний вплив на соціально-економічний розвиток країни, демографічну стабільність та національну безпеку. Підтримання та зміцнення здоров'я громадян є основоположним фактором, що сприяє підвищенню якості життя, продуктивності праці та соціальної гармонії. Недостатнє фінансове забезпечення системи охорони здоров'я може призвести до трагічних наслідків у майбутньому України. Метою реформ, які проводяться і плануються у вітчизняній системі охорони здоров'я є створення ринку медичних послуг, які б повністю задовольняли потреби населення у медичній допомозі. Оскільки в сучасних умовах бюджет не в змозі забезпечити належного фінансування лікувальних і лікувально-профілактичних закладів, а перехід до повної платної медицини при вкрай низькому рівні доходів громадян також неможливий, необхідно знаходити альтернативні джерела фінансових ресурсів для надання високоякісних медичних послуг.

Світовий досвід свідчить, що країни, які впровадили систему медичного страхування, досягли значних успіхів у зміцненні здоров'я населення. Медичне страхування залишається гарячою темою для обговорення у суспільстві через його ключове значення і складність. В Україні це питання викликає жваві дебати, оскільки дискутується не лише ефективність існуючих методів, а й можливі шляхи розвитку та вдосконалення системи медичного страхування, що є вирішальним для поліпшення якості медичного обслуговування та доступності лікування для всіх верств населення.

Таким чином, необхідність удосконалення фінансового забезпечення системи охорони здоров'я та проблематика розвитку медичного страхування в Україні зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

Теоретико-методологічні й практичні засади фінансового забезпечення охорони здоров'я та медичного страхування розглядаються у працях як вітчизняних, так і зарубіжних науковців, серед яких: В. Базилевич,

Є. Богуславський, Н. Галагуза, Д. Гомон, С. Горохов, Н. Дуб, Н. Карпишин, О. Кириленко, О. Клименко, З. Костак, З. Дободіна, В. Пащенко, О. Петрушка, О. Пономарьова, К. Проценко, М. Сердюк, А. Стовбун, О. Тулай, В. Рудень, В. Рудюк, Ю. Черешнюк та ін.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення особливостей та обґрунтування перспектив розвитку медичного страхування у системі фінансового забезпечення охорони здоров'я України.

Для досягнення мети дослідження було поставлено такі завдання:

- розкрити сутнісно-теоретичні аспекти медичного страхування та показати його роль у сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати особливості функціонування медичного страхування у класичних моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я;
- дослідити організаційно-фінансовий механізм медичного страхування;
- з'ясувати особливості розрахунку страхового тарифу на медичні послуги;
- дослідити зарубіжний досвід медичного страхування та можливості його імплементації у вітчизняну практику.

Об'єктом дослідження є медичне страхування як складова фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти медичного страхування у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я.

Методи дослідження. У процесі дослідження застосовано діалектико-системний підхід, згідно з яким усі процеси розглядаються й аналізуються у взаємозв'язку, взаємозалежності та розвитку. Для об'єктивного відображення практики та проблематики функціонування медичного страхування використано загальнонаукові методи, серед яких особливе місце займають – аналізу, синтезу, структурно-функціональний, формалізації. Необхідна глибина дослідження, обґрунтованість положень і висновків кваліфікаційної роботи

забезпечені тим, що її теоретичною основою є наукові праці авторитетних вітчизняних і зарубіжних учених.

Наукові результати дослідження полягають у тому, що доведено необхідність медичного страхування як джерела фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я, ефективного засобу відтворення та розвитку людського потенціалу; обґрунтовано економічну доцільність функціонування багатоканального фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я; на основі узагальнення сучасного зарубіжного досвіду медичного страхування, внесено пропозиції щодо його адаптації при побудові розширеної системи медичного страхування в Україні.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що запропоновані автором висновки і рекомендації можуть бути використані у процесі реформування фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я в частині перспектив розвитку медичного страхування.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та наукові результати дослідження пройшли апробацію та знайшли відображення в наступних публікаціях автора:

1. Теоретичні засади медичного страхування [51, с. 27-33].
2. Особливості різних форм медичного страхування [52, с. 15-20].
3. Ринок добровільного медичного страхування в Україні [53, с. 50-53].

Структура й обсяг роботи. Відповідно до мети та завдань дослідження визначено структуру кваліфікаційної роботи, яка складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Основний обсяг роботи становить 61 сторінку комп'ютерного тексту. Список використаних джерел налічує 53 позиції.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНА КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Концептуальні основи медичного страхування

У всіх розвинених ринкових економіках страхування відіграє ключову роль у соціальній системі країни, допомагаючи вирішувати соціальні виклики, забезпечуючи юридичних та фізичних осіб надійними гарантіями для захисту їх майнових інтересів. Це дозволяє підтримувати стабільність у різних сферах економічної діяльності, а також зберігати достатній рівень добробуту і здоров'я громадян.

Страхова медицина сьогодні найпоширеніша в світі. Більшість вітчизняних учених і практиків-фінансистів схиляються до думки про необхідність її активного розвитку в Україні. Адже бюджет ще тривалий час не в змозі буде забезпечити належного фінансування лікувальних і лікувально-профілактичних закладів, а перехід до повної платної медицини при вкрай низькому рівні доходів громадян також неможливий.

Ключовим аспектом системи страхової охорони здоров'я є медичне страхування, яке покриває витрати на медичні послуги та оздоровлення. Цей вид страхування забезпечує гарантії громадянам на отримання необхідної медичної допомоги в разі настання страхового випадку, використовуючи зібрані кошти, а також фінансує заходи з профілактики здоров'я.

Медичне страхування надає працюючим громадянам та їхнім сім'ям право на високоякісне медичне обслуговування та матеріальну підтримку у разі захворювання. Це система, яка гарантує захист здоров'я осіб у разі виникнення будь-яких непередбачених обставин, включаючи компенсацію витрат на медичну допомогу та інші пов'язані з ними витрати. До таких витрат належать візити до лікарів, амбулаторне лікування, купівля ліків, перебування в

стаціонарі, отримання стоматологічних послуг, а також участь у профілактичних і оздоровчих програмах. Однією з ключових характеристик медичного страхування є те, що компенсація в разі страхового випадку надається не грошовими коштами, а у формі медичних послуг.

Загалом, страхування базується на принципі збору коштів від численних учасників страхового процесу в спеціалізовані цільові фонди. Ці фонди адмініструються організацією, яка має законодавче право на управління ними. Використання цих коштів відбувається виключно для відшкодування збитків особам, які зазнали нещасних випадків, забезпечуючи фінансову підтримку у випадку потреби. В Україні за об'єктами визначаються такі сфери страхування: ризикове страхування та страхування життя. Згідно із Законом України «Про страхування» ці сфери страхування поділяються на три основні галузі страхування (рис. 1.1).

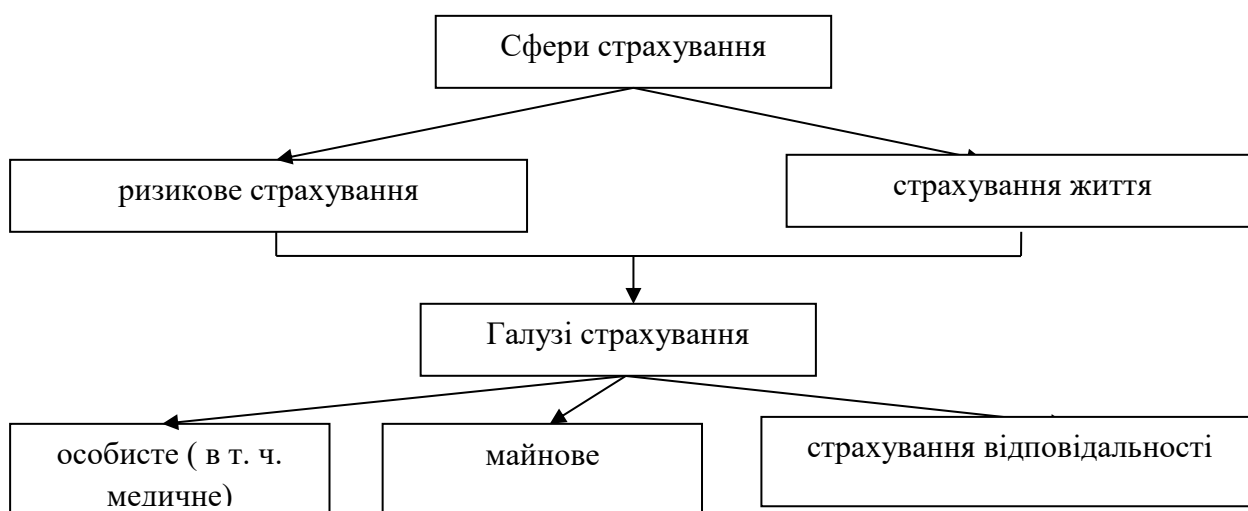


Рис. 1.1. Сфери та галузі страхування в Україні

Примітка. Побудовано автором за даними [1].

Медичне страхування кваліфікується як форма особистого страхування, що використовується для відшкодування здоров'я у випадку хвороби або нещасних випадків. Цей тип страхування спрямований на накопичення та ефективне розпорядження коштами, необхідними для покриття витрат на

медичне обслуговування страхувальників. Однак, наукова література не дає однозначного визначення медичного страхування. Зокрема, Т. Григораш та Ю. Кіріченко описують медичне страхування як один з видів особистого страхування, що забезпечує медичну допомогу і фінансує профілактичні заходи за рахунок накопичених фондів у разі страхових випадків [2, с. 139]. При цьому варто погодитися, що медичне страхування є гарантією надання медичної послуги, воно також повинно забезпечувати профілактичні заходи, однак автори упускають джерела, з яких вказані накопичені кошти будуть формуватися.

Т. Стецюк аналізує медичне страхування як «систему економічних відносин, де учасники формують грошові фонди, спрямовані на страховий захист майнових інтересів осіб у випадку втрати здоров'я». З іншого боку, О. Вороніна висвітлює економічну суть медичного страхування, акцентуючи на тому, що «його основна мета полягає у забезпеченні громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги завдяки використанню накопичених коштів»[3, с. 735].

Н. Нагайчук описує медичне страхування як комплекс економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими учасниками страхового процесу. У цій системі страхувальник, сплачуючи страхові премії, гарантує собі або іншій особі (застрахованому) право на отримання медичних послуг у випадку настання страхового ризику, а також їх оплату. Страховик, у свою чергу, відповідає за формування та ефективне використання страхових резервів, фінансування заходів для запобігання страховим випадкам або зменшення їх негативних наслідків, і захист інтересів застрахованих у співпраці з надавачами медичних послуг.

Таким чином, медичне страхування представляє собою систему організаційних та фінансових заходів, спрямованих на підтримку страхової медичної діяльності. Основні завдання цієї системи включають:

- посередницьку роль у структуруванні та фінансуванні страхових програм, а також у забезпеченні медичної допомоги населенню;

- моніторинг за обсягом та якістю надання медичних послуг у рамках страхових програм, які здійснюють лікувально-профілактичні заклади, соціальні установи та приватні лікарі;
- ведення розрахунків з медичними та соціальними установами, а також з приватними лікарями за надані послуги згідно з умовами угод, за рахунок страхових фондів, які формуються від внесків підприємств, установ, організацій та громадян.

Аналізуючи основи концептуальних принципів медичного страхування важливо розглянути його ключові функції. Згідно з думкою О. Козьменка: «функції медичного страхування можна звести до двох основних завдань: заміщення та доповнення» [4, с. 73]. Заміщувальна функція означає, що медичне страхування відіграє домінуючу роль у фінансуванні медичних послуг для населення і галузі охорони здоров'я загалом, займаючи значну частку у структурі витрат на охорону здоров'я. Доповнювальна функція, яка є характерною для добровільного медичного страхування, передбачає надання додаткових медичних послуг, які не покриваються системою обов'язкового медичного страхування.

А. Немченко робить свій внесок у трактування функцій медичного страхування, включаючи накопичувальну, відновлювальну, превентивну (профілактичну) та контрольну. Цей підхід є більш точним, оскільки медичне страхування виступає як невід'ємна частина фінансової системи, якій притаманні розподільча і контрольна функції. Водночас, вчені зазначають, що розподільча функція страхування включає такі специфічні аспекти, як накопичувальна, превентивна та відновлювальна, що є важливим для визначення основних особливостей, цілей та соціальної ролі медичного страхування.

Також слід підкреслити, що хоча медичне страхування має багато спільних рис з іншими видами страхування, існують певні особливості, які виділяють його:

- по-перше, страховий ризик у медичному страхуванні зосереджений на особі застрахованого, а не на його майні;
- по-друге, у страхових правовідносинах з'являється новий учасник — медична установа, яка є ключовою в реалізації страхових послуг;
- по-третє, у більшості інших видів страхування страхові виплати здійснюються безпосередньо застрахованій особі, тоді як у медичному страхуванні кошти спрямовуються на рахунок лікувальної установи, що забезпечує медичну допомогу застрахованій особі;
- по-четверте, в традиційному страхуванні фінальним етапом є виплата коштів, але в медичному страхуванні наголос робиться на наданні медичної допомоги застрахованій особі.

Медичні страхові послуги можуть бути надані у двох основних формах: обов'язковій та добровільній. Обов'язкова форма медичного страхування характерна для країн, де основну увагу приділено державній підтримці охорони здоров'я. У той час як добровільна форма більш розповсюджена у тих країнах, де переважають приватні страхові програми і де значну роль відіграє індивідуальний вибір страхових послуг.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є частиною системи соціального страхування та гарантує всім громадянам рівний доступ до медичної допомоги на засадах соціальної рівності та доступності, незалежно від їх віку, статі, чи стану здоров'я [5, с.134]. Таке страхування базується на принципах забезпечення економічної та соціальної захищеності, гарантії прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, а також на обов'язковості внесків від фізичних та юридичних осіб.

Впродовж останніх років в Україні було запропоновано понад десяток законопроектів стосовно запровадження обов'язкового медичного страхування, але жоден із них не був ухвалений. Різні фактори стримують цей процес: з боку держави — недостатня готовність медичної системи і бюджетний дефіцит, з боку роботодавців — небажання нести додаткові фінансові навантаження через

сплату страхових внесків, а також проблеми з контролем за страховими фондами, які б мали бути створені.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування може ефективно поєднувати переваги державної та приватної медицини, забезпечуючи доступність та високий технологічний рівень медичного обслуговування. Впровадження такої системи передбачає залучення додаткових позабюджетних коштів для фінансування медичної галузі і зміцнення ролі охорони здоров'я у системі суспільних пріоритетів. Це дозволяє забезпечити більш незалежний та ефективний контроль за діяльністю медичних установ і якістю наданої допомоги.

Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування не є панацеєю для вирішення всіх проблем охорони здоров'я, однак воно може сприяти адаптації медичної сфери до ринкових умов та забезпеченню сталого розвитку.

Серед переваг щодо отримання медичних послуг на засадах загальнообов'язкового державного страхування Цібровський О. виділив наступні пункти: « а) забезпечення більшої доступності, якості і повноти щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, що є ефективнішою формою порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я; б) у разі порушення лікувально-профілактичним закладом стандартів медичних послуг страхова компанія може частково або повністю не оплачувати вартість таких послуг; в) жодних фінансових розрахунків у лікарні застрахованій особі робити не потрібно, бо з медичною установою за фактом надання застрахованій особі медичних послуг розраховується страхова компанія» [6, с. 21].

Добровільне медичне страхування характеризується тим, що страхові компанії укладають договори з медичними установами для забезпечення лікування та медичного обслуговування застрахованих осіб відповідно до угоди. Цей тип страхування здійснюється за спеціально розробленими правилами та тарифами страхової компанії і може бути організованим як на індивідуальній, так і на колективній основі. Відповідальність страховика настає

у момент, коли застрахована особа звертається до медичного закладу за необхідними послугами, при цьому компенсація здійснюється у формі покриття витрат на лікування або медичні послуги згідно з умовами страхового договору.

Основною метою добровільного медичного страхування є надання застрахованим особам гарантій повної або часткової компенсації додаткових витрат, пов'язаних з отриманням медичних послуг відповідно до обраної програми страхування. Це дозволяє застрахованим особам мати більш широкий доступ до медичних послуг, забезпечуючи додатковий рівень фінансової безпеки та спокою.

Програми добровільного медичного страхування відрізняються за кількома критеріями, включаючи набір медичних послуг, таких як стаціонарне лікування чи виклик лікаря додому; категорію застрахованих, наприклад, послуги для дітей чи дорослих; перелік медичних установ, які співпрацюють зі страховою організацією для виконання програм; а також вартість надаваних медичних послуг.

Добровільне медичне страхування включає різноманітні види страхових полісів, де відповідальність страховика настає у випадку захворювання або потреби в лікуванні. Страхові виплати можуть бути реалізовані як фіксована сума або як добові виплати, залежно від умов договору. Також існують варіанти, за якими страхова компенсація надається у випадку, коли страхувальник звертається за медичною допомогою, із зазначенням компенсації витрат на необхідне лікування.

Ці програми також забезпечують ширші можливості для надання профілактичної, діагностично-лікувальної та реабілітаційної допомоги, поліпшуючи умови доступу до здоров'я та збільшуючи загальну доступність та якість медичних послуг для населення. Поліс добровільного медичного страхування заощаджує кошти людині, у якої виникли проблеми зі здоров'ям.

«Важливо розуміти характеристики людей, які беруть участь у таких програмах, зокрема те, що бар'єри для доступу до первинної медичної допомоги спостерігаються за рівнем доходу та місцем проживання в сільській та міській

місцевості, а також серед людей з психічними захворюваннями або розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин.

Оскільки ризик розвитку хронічних захворювань пов'язаний із соціально-економічним статусом, доступ до програм з критеріями, пов'язаними зі здоров'ям, такими як наявність одного або більше хронічних захворювань, можуть покращити доступ серед людей з нижчим соціально-економічним статусом. З іншого боку, програми зарахування, відкриті для населення в цілому, можуть ускладнити кращий доступ до первинної медичної допомоги, який вже спостерігається серед людей з вищим соціально-економічним статусом » [7].

Отже, добровільне медичне страхування виявляє кілька ключових особливостей:

1. Це форма особистого страхування, яка забезпечує індивідуальний підхід до потреб кожної застрахованої особи.

2. Воно виступає важливим ринковим компонентом, ефективно доповнюючи систему соціального забезпечення та обов'язкове медичне страхування, що є загальнодержавним.

3. Принцип страхової солідарності полягає в тому, що застрахована особа отримує ті медичні послуги, на які вона внесла страхові платежі, і в тому обсязі, який покривають ці платежі.

4. Програми добровільного медичного страхування вибираються за бажанням страхувальника, що дає можливість задовольнити специфічні медичні потреби кожного громадянина. Ці програми можуть включати в себе широкий спектр послуг, таких як амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування, спеціалізована діагностика, придбання медикаментів, візити до спеціалістів, протезування, придбання окулярів або контактних лінз, а також витрати, пов'язані з вагітністю та пологами.

Добровільне медичне страхування відіграє критичну роль у забезпеченні фінансового захисту та доступу до необхідних медичних послуг у випадку

здоров'язнижуючих обставин, допомагаючи громадянам зберегти як своє здоров'я, так і фінансову стабільність.

1.2. Медичне страхування у моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я

Трансформація соціально-економічної моделі суспільства не можлива без реформування системи охорони здоров'я. Медичні установи зіткнулись з великим викликом: якість медичних послуг тісно пов'язана з наявністю фінансових ресурсів. Не володіючи достатніми коштами, важко забезпечити високий рівень медичного обслуговування, що ставить під загрозу здоров'я нації.

Охорона здоров'я відіграє ключову роль у розвитку суспільства. Як зазначав Ц. І. Вінслоу ще у 1920 році, охорона здоров'я повинна включати науковий і практичний підхід до запобігання хворобам, продовження життя, і поліпшення фізичного та психічного стану людей. Це вимагає організованих зусиль усього суспільства, щоб покращити умови довкілля, контролювати інфекційні та неінфекційні захворювання, забезпечити освіту з особистої гігієни, а також розробити ефективні механізми діагностики, лікування та реабілітації. Розвиток соціальних ініціатив, які допомагають кожному члену суспільства жити за стандартами, що підтримують здоровий спосіб життя, є суттєвим.

Тому, для підвищення ефективності системи охорони здоров'я та її впливу на суспільний розвиток, необхідно забезпечити медичні установи адекватними фінансовими ресурсами. Це дасть можливість впроваджувати інновації, покращувати якість медичних послуг та забезпечувати всебічний розвиток громадського здоров'я [8, с. 9].

Держава, в якій цінується здоров'я громадян, повинна спрямовувати інвестиції на створення високоякісної системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину [11, с. 96]. Водночас ринок медичних послуг значно відрізняється

від класичного ринку товарів, оскільки тут покупець не може здійснювати вільний вибір, у першу чергу, через недостатню обізнаність щодо якості медичної послуги (і, відповідно, її реальної вартості).

Послуга – це будь-який захід чи вигода, яку одна сторона може запропонувати іншій. Послуга є споживною вартістю, яку приносить праця як діяльність.

Отже, праця медичного працівника створює продукт – послугу, яка має певну споживну вартість для пацієнтів. Наявність споживної вартості перетворює нематеріальний результат цілеспрямованої діяльності медичного працівника у товар.

Звичайно, медична послуга – це специфічний товар, який відрізняється тим, що: існують значна невизначеність та ризик з боку споживачів, пов'язані з характером захворювання; відсутнє прагнення закладів охорони репродуктивного здоров'я отримати прибуток. Тому медичну послугу доречно тлумачити як сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного працівника (виконавця, виробника послуг), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника, споживача послуг).

У травні 2011 року, на шістдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, країни-члени ВООЗ, включаючи Україну, отримали заклик щодо проведення реформи систем охорони здоров'я з метою мінімізації безпосередніх платежів громадян при отриманні медичних послуг. Важливість таких заходів полягає в тому, щоб створити ефективні механізми попередньої сплати та об'єднання ризиків серед населення, що сприяло б уникненню катастрофічних витрат і зuboжіння громадян у разі потреби в медичній допомозі.

Крім того, держави повинні прагнути до доступності та універсального покриття медичних послуг на принципах рівності та солідарності, забезпечуючи адекватний набір медичної допомоги, профілактичних послуг і відшкодування витрат. Це передбачає створення справедливого та стабільного фінансування системи охорони здоров'я.

Окрім того, необхідно продовжувати інвестувати в системи надання медичних послуг, особливо у первинну медико-санітарну допомогу та забезпечувати достатні кадрові та інформаційні ресурси. Це вкрай важливо для того, щоб всі громадяни мали справедливий доступ до необхідної медичної допомоги.

На жаль, незважаючи на міжнародні зусилля, багато країн, включно з Україною, стикаються з проблемою недостатнього доступу до медичних послуг, що значно погіршує здоров'я та добробут населення. Аналітики, такі як В. Лехан та Л. Крячкова, підкреслюють, що обсяги та джерела фінансування охорони здоров'я відіграють ключову роль у забезпеченні доступу до медичних послуг. Тому мобілізація ресурсів для гарантування справедливого доступу до основних медичних послуг є критично важливим завданням для покращення громадського здоров'я [12, с. 58].

На виконання поставлених завдань міжнародними та українськими експертами була розроблена «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», що є складовою Національної стратегії дій з реформування, котра була затверджена та оприлюднена до громадського обговорення та подальшого доопрацювання Колегією МОЗ.

Проектом Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року» № 9015, датованим 07.08.2018р., було визначено стратегічні цілі, такі як «Забезпечення охорони громадського здоров'я, благополуччя та якісної освіти в безпечних і життєстійких населених пунктах». Ці цілі охоплювали створення інклюзивних, безпечних і життєстійких міст, забезпечення якісної освіти та сприяння здоров'ю на всіх етапах життя, з обіцянкою фінансування системи охорони здоров'я на рівні не менше ніж 8% ВВП, із зосередженням на первинній медичній допомозі. Однак, 29 серпня 2019 року цей проект Закону було відкликано [13], а серед причин названо :

1. Заплановане фінансування системи охорони здоров'я в розмірі не менше ніж 8% ВВП, що охоплює як державні, так і приватні витрати, не відповідає вимогам статті 12 Основ законодавства України про охорону

здоров'я. Зокрема, це стосується регулювання частки бюджетного фінансування у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я і встановлення законодавчих зобов'язань для фінансування охорони здоров'я з боку недержавного сектору.

2. Обмеження політики охорони громадського здоров'я тільки до територій, які визначені як «безпечні і життєстійкі населені пункти», може спричинити нерівність у доступі до медичних послуг і здоров'я, особливо в регіонах, що відстають від цих стандартів.

3. Плани щодо розробки профілактичної та соціально-психологічної діяльності серед населення, з урахуванням гендерного аспекту, відображають потребу в забезпеченні більш інклюзивного та орієнтованого на потреби громад підходу до здоров'я. Це важливо для врахування різних соціальних і гендерних факторів, які можуть впливати на здоров'я.

Розробка ж нової Стратегії розвитку охорони здоров'я до 2030 р., починаючи з 2020 року, була ускладнена ситуацією з пандемією COVID-19.

Щоб вирішити ці проблеми було видано Указ Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [14].

Це рішення передбачало створення та затвердження до 1 грудня 2021 року Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Головною метою плану є забезпечення універсального доступу до медичних послуг через:

- впровадження вертикально інтегрованої системи контролю за якістю медичної допомоги, розроблення ключових показників ефективності для керівництва медичних установ, а також формування кодексу поведінки для медичних працівників;

- запровадження оновленої моделі інтернатури та лікарської резидентури, що відповідає вимогам Директиви 2005/36/ЕС, та забезпечення підготовки

фахівців за державним замовленням у вищих навчальних закладах за спеціалізованими напрямками;

- інтеграцію вартості медикаментів і витратних матеріалів у тарифи на медичні послуги в межах програми медичних гарантій;

- розробку законопроектів, що забороняють рекламу лікарських засобів, посилюють відповідальність за фальсифікацію медичних препаратів та документів, включаючи електронні, пов'язані з вакцинацією, та сприяють гармонізації українського законодавства з нормами ЄС у сфері обігу лікарських засобів.

Також була висловлена потреба у приведенні до відповідності положень Стратегії-2030 та Постанови Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 року № 1022, яка схвалила Державну стратегію реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 року. Це мало на меті створення в Україні регуляторної системи у сфері обігу лікарських засобів, яка була б визнана на міжнародному рівні [15]. Однак, сьогодні можна відзначити, що заплановані заходи щодо розробки та ухвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я не були виконані у визначені терміни. З січня 2022 року розпочалася активна фаза розробки та обговорення нової Стратегії розвитку охорони здоров'я України до 2030 року. В розробці цієї стратегії взяли участь представники громадськості, включаючи експертів, які спеціалізуються на специфічних областях, таких як онкологія та орфанні захворювання. Крім того, були залучені фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, представники міжнародних проєктів технічної допомоги, практикуючі лікарі, а також провідні експерти з Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, Держлікслужби, ДП «Медичні закупівлі» та менеджери у сфері охорони здоров'я. Основна мета нової стратегії полягає у підвищенні орієнтації на пацієнта, що стало ключовим завданням проєкту [16].

Була проведена серія публічних консультацій з громадськістю та представниками медичного бізнесу під егідою Національного Демократичного Інституту, Коаліції Реанімаційний Пакет Реформ та Інституту «Республіка». Ці

заходи сприяли визначенню ключових пріоритетів Стратегії-2030, які відображають спільні інтереси учасників і націлені на вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні: «ефективне врядування; універсальне охоплення медичними послугами; громадське здоров'я та можливість реагування на надзвичайні ситуації; залученість людей та громад у систему; кадрові ресурси» [17].

В рамках Стратегії, до 2030 року встановлені значні цілі, яких планується досягнути в сфері охорони здоров'я. Серед них: зниження особистих витрат пацієнтів на медичні послуги, підвищення середньої тривалості життя чоловіків до 70 років та жінок до 80 років, зменшення материнської та дитячої смертності до середніх показників Європейського Союзу. Також передбачається зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину, зниження рівня інвалідності, пов'язаної з захворюваннями, які можна запобігти, а також зменшення захворюваності та інвалідності від таких захворювань, як туберкульоз, ВІЛ та гепатит С. Інші цілі включають зниження смертності від дорожньо-транспортних нещасних випадків на третину та зменшення споживання тютюну, алкоголю та солі [18].

Реформа охорони здоров'я в Україні, яка розпочалася не як наслідок тимчасової кризи, а як відповідь на тривалі накопичені проблеми, акцентує увагу на необхідності переходу від кількісних показників до якісного підходу у медичному обслуговуванні. Враховуючи, що незадоволення населення якістю медичних послуг високе, зосередження на якості стає особливо актуальним. Низька якість обслуговування не тільки обмежує ефективність впливу на здоров'я населення, а й веде до нераціонального використання обмежених фінансових ресурсів.

Важливу роль у підвищенні якості медичних послуг відіграє медичне страхування, яке є центральним елементом у багатьох світових моделях охорони здоров'я. Медичне страхування дозволяє не тільки зменшити фінансове навантаження на пацієнтів, але й стимулює надання якісних медичних послуг. Системи медичного страхування можуть бути організовані

різними шляхами, включаючи як обов'язкові, так і добровільні компоненти, що сприяє створенню гнучких та ефективних моделей охорони здоров'я.

У світі рідко можна зустріти ідеальну модель медичної системи, яка б повністю відповідала всім потребам без будь-яких недоліків. Друга модель, що базується на прямій оплаті медичних послуг пацієнтами з власних коштів, показує як ринок медичних послуг залежить від фінансового стану населення. В умовах, де доходи населення обмежені, медичні заклади мають обмежені можливості надавати високоякісну і своєчасну допомогу. Навіть у випадку, коли пацієнти мають достатньо коштів для оплати послуг, виникає проблема асиметрії інформації, коли лікарі мають перевагу через краще розуміння методів, вартості та результатів лікування. Незважаючи на ці виклики, модель прямої оплати пацієнтами є досить розповсюдженою, особливо в Україні, зокрема у випадках придбання ліків для амбулаторного лікування.

Сучасні реформи у сфері охорони здоров'я в Україні відображають зусилля держави реагувати не лише на актуальні кризові виклики, але й на проблеми, що накопичувалися протягом тривалого часу. Центральним аспектом реформ є перехід від кількісних до якісних показників в оцінці медичних послуг, оскільки якість медичного обслуговування має безпосередній вплив на здоров'я населення та ефективність використання фінансових ресурсів системи. В контексті глобальних практик, важливість якості медичних послуг визнана як ключовий фактор успішної системи охорони здоров'я. Якість служб охорони здоров'я не лише забезпечує задоволення потреб пацієнтів, але й відповідає сучасним стандартам науки і технологій. Україна, на жаль, досі зосереджена на кількісних показниках оцінки, таких як захворюваність чи смертність, що часто не дозволяє повною мірою оцінити якість медичного обслуговування.

Важливим аспектом є також мотивація медичних працівників, яка в Україні часто має неекономічний, а моральний характер. Відсутність прив'язки заробітної плати до якості та обсягу наданих послуг може призвести до недостатньої мотивації медиків і, як наслідок, до погіршення якості медичного обслуговування.

Різновид моделей медичного страхування та відмінності у їх реалізації в різних країнах (від добровільних моделей, як у США, де страхувальник компенсує витрати пацієнта після оплати медичних послуг, до державних систем, як у Франції або Бельгії, де фінансування йде через державні страхові внески та податки) свідчать про різноманітність підходів до організації охорони здоров'я. При цьому кожна система має свої переваги та недоліки.

Українська система охорони здоров'я, що переживає період трансформації, може взяти на озброєння кращі практики з різних моделей, включаючи забезпечення доступності медичних послуг, справедливого розподілу фінансових ресурсів та підвищення якості медичного обслуговування, що може стати основою для створення ефективної та справедливої системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Дослідження концептуальних засад медичного страхування дало змогу зробити наступні висновки.

1. Медичне страхування є об'єктивною, необхідною умовою організації суспільства на демократичних засадах та невід'ємною складовою успішного розвитку будь-якої моделі економічної системи. Воно є гарантією громадянам при виникненні страхового випадку в отриманні медичної допомоги за рахунок накопичених коштів.

2. Охорона здоров'я є частиною соціально-економічної сфери держави, спрямованої на забезпечення гармонійного стану і розвитку людини, досягнення оптимальної трудової та соціальної активності. Відновлення здоров'я як на індивідуальному, так і на суспільному рівні властиве всім суспільно-економічним формаціям. Але в кожній з них збереження і поліпшення здоров'я здійснюється у своїй історично визначеній суспільній формі. Медичне страхування виступає як одна з перспективних і цивілізованих методик задоволення соціальних потреб громадян у галузі охорони здоров'я.

3. Особисте страхування визнане по всьому світу як ефективний інструмент соціальної підтримки. В багатьох державах сформована комплексна система соціального захисту, яка включає державне соціальне забезпечення та як групове, так і індивідуальне страхування, які доповнюють один одного і забезпечують громадянам більш широкий спектр соціальних гарантій.

4. В різних країнах світу використовуються різні форми медичного страхування, як обов'язкового, так і добровільного. І хоча деякі економічно розвинуті країни мають високий рівень державного фінансування охорони здоров'я, вони також активно впроваджують системи медичного страхування для забезпечення більшої ефективності та доступності медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ТА ПРОБЛЕМАТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організаційно-фінансовий механізм медичного страхування

В контексті розбудови соціально орієнтованої економіки, держава має зосередити свої зусилля на розвитку соціального сектору, зокрема, на охороні здоров'я. Ефективне фінансування відіграє ключову роль у процесі модернізації медичної системи, що включає значні трансформації у цій галузі.

Україна має закріплені соціально-правові основи для покращення охорони здоров'я, зокрема статтю 49 Конституції, яка гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування [18]. Державне фінансування підтримує соціально-економічні, медико-санітарні, та оздоровчо-профілактичні програми, а в державних та комунальних медичних закладах медична допомога надається безкоштовно. Також, як фундаментальний документ у сфері охорони здоров'я вважаються «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ухвалені у листопаді 1992 року, які створюють правові, професійні, економічні та організаційні рамки для галузі.

Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні визначає підходи до оптимізації використання наявних ресурсів та ідентифікації нових джерел фінансування, що є важливим для вирішення ключових проблем у цій сфері.

Для забезпечення ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян необхідним є:

- реалізація державної політики, яка надає пріоритет розвитку системи охорони здоров'я;
- встановлення чіткого правового статусу громадян у системі охорони здоров'я;
- перегляд принципів розподілу фінансування в галузі охорони здоров'я;

- створення страхових механізмів фінансування охорони здоров'я;
- демонополізація державної системи охорони здоров'я і підтримка створення медичних закладів різних форм власності;
- забезпечення системи медичної допомоги, яка дозволяє громадянам вільно вибирати форму та спосіб медичного обслуговування;
- надання пріоритету організації первинної медико-санітарної допомоги та захисту навколишнього середовища;
- встановлення залежності заробітної плати медичних працівників від якості та кількості наданих медичних послуг, а також розвиток систем правового, економічного та громадського контролю за якістю медичного обслуговування з можливістю застосування санкцій за неналежне надання послуг.

Незважаючи на застереження науковців, в Україні необхідно впроваджувати механізм обов'язкового медичного страхування, однак робити це треба виважено та поступово [19, с. 157]. Поетапне запровадження страхової медицини є критично важливим для подолання кризи у медичній галузі, оскільки це дозволить створити принципово нову правову, соціально-економічну, фінансову та організаційну систему взаємовідносин між надавачами та одержувачами медичних послуг. Дана система має базуватися на взаємній відповідальності, системі підтримки, включаючи фінансову, та контролі з боку державних та місцевих органів влади.

Ключові принципи загальнообов'язкового соціального медичного страхування включають:

- законодавче визначення умов і порядку здійснення страхування;
- солідарність і соціальну рівність;
- субсидування і цільове використання коштів;
- встановлення договірних відносин між усіма учасниками системи;
- конкуренцію між медичними закладами за обсяг і якість наданих послуг;
- державні гарантії прав застрахованих на отримання безоплатної медичної допомоги;

- відповідальність усіх суб'єктів страхування за правопорушення;
- обов'язковість сплати страхових внесків;
- стійкість фінансової системи страхування, забезпечена еквівалентністю страхових внесків;
- паритетне представництво усіх учасників у керуванні системою страхування.

Застраховані особи мають право: на медичне обслуговування та медичні послуги, які фінансуються через обов'язкове соціальне медичне страхування, згідно з умовами та обсягом, встановленими відповідною Програмою. Громадяни можуть вільно вибирати лікаря для первинної медичної допомоги в рамках своєї територіальної одиниці, а також отримувати спеціалізовану допомогу за медичною необхідністю поза межами свого регіону. Вони також можуть вільно обирати страховика згідно з законом і брати активну участь в управлінні системою соціального медичного страхування через об'єднання застрахованих осіб.

Застраховані особи зобов'язані дотримуватися українського законодавства у сфері медичного страхування, дбати про своє здоров'я, уникати свідомого створення ризиків для здоров'я, проходити профілактичні огляди та вакцинацію, як передбачено програмою страхування, а також мати при собі свідоцтво про страхування при зверненні за медичною допомогою.

Реформування системи соціального страхування в Україні було істотно підсилене прийняттям Закону від 28 грудня 2014 року, згідно якого відбулося об'єднання Фонду соціального страхування тимчасової втрати працездатності та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Ці зміни сприяли підвищенню ефективності управління фондами і розширенню охоплення страхуванням [20]. Відповідно до проекту Закону України "Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні", для підтримки фінансової стабільності системи страхування пропонується створення Фонду гарантування. Цей Фонд має на

меті забезпечення фінансової безпеки системи і фінансуватиметься з декількох джерел:

1. Внески зі страхових платежів, де 1% від кожного страхового платежу, що надійшов на рахунок страховика, буде спрямований до Фонду;

2. Кошти зі страхових резервів страховиків, які втратили ліцензію на провадження діяльності у сфері соціального медичного страхування, після виконання всіх зобов'язань перед застрахованими особами та медичними закладами;

3. Доходи від інвестування коштів Фонду;

4. Інші джерела, які не заборонені законодавством.

Державний контроль за виконанням законодавства в сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування забезпечується через центральні органи виконавчої влади, кожен з яких діє у рамках своєї компетенції.

Щодо добровільного медичного страхування, воно може функціонувати як доповнення до обов'язкового страхування або як окремий вид страхування. Таке страхування особливо поширене у країнах з розвиненою ліберальною ринковою економікою і базується на комерційних засадах.

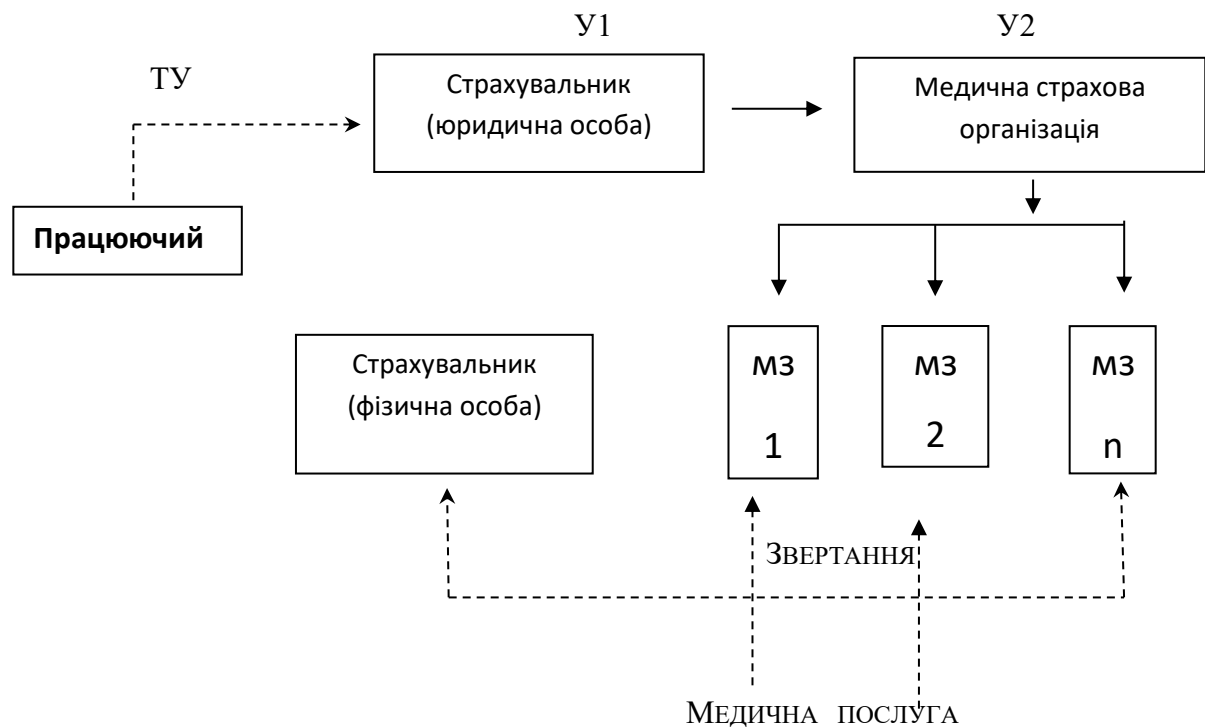
При добровільному страхуванні люди купують страхові поліси за власні кошти, а вартість страхової програми визначається на основі переліку медичних послуг, лімітів на стоматологічні та медикаментозні послуги, а також рівня медичних закладів, які обслуговуватимуть застрахованих. Зазвичай, страхові компанії пропонують п'ять основних програм, серед яких клієнт може вибрати ту, що найкраще відповідає його особистим потребам, включаючи демографічні, соціально-економічні, професійні, освітні, культурні та екологічні особливості. Додатковим стимулом може бути зниження страхових тарифів за триваліше страхування або за відсутність страхових випадків. Клієнти, зазвичай, віддають перевагу компаніям, які мають широку мережу агентів та брокерів і пропонують якісні медичні програми за привабливими

цінами, активно займаючись інформаційною та рекламною діяльністю [21, с. 39].

Добровільне медичне страхування забезпечує захист майнових інтересів страхувальника або застрахованої особи, які виникають через необхідність покриття витрат на медичну допомогу.

Така система страхування надає можливість гнучкого вибору умов страхування та забезпечує фінансову підтримку у випадку медичних потреб, знижуючи економічний тягар несподіваних медичних витрат для страхувальника та застрахованих.

Фінансування в системі добровільного медичного страхування відбувається за наступною схемою (рис. 2.1).



де, МЗ – медичний заклад; ТУ – трудова угода; У1, У2 – угоди при добровільному медичному страхуванні.

Рис. 2.1. Порядок фінансування у системі добровільного медичного страхування

Примітка. Побудовано автором за даними [21, с. 65].

Для ефективного впровадження програм добровільного медичного страхування, страхові компанії на договірній основі залучають медичні, соціальні та оздоровчі установи різних форм власності, угодами з якими встановлюється оплата за окремі медичні послуги. Медичні заклади, задіяні у страхових програмах, мають право накладати штрафні санкції на медичних працівників за порушення стандартів медичного обслуговування, з визначенням розміру штрафів у відповідних угодах.

Удосконалення системи медичного страхування потребує значних змін у нормативно-методичній базі. Цей процес має бути організованим поетапно та включати співпрацю між усіма заінтересованими сторонами, включаючи державні органи, страхові компанії та медичні установи, для досягнення ефективності та відповідності потребам громадян.

2.2. Методика розрахунку страхових тарифів на послуги закладів охорони здоров'я

Політика цін на медичні послуги закладів охорони здоров'я в системі медичного страхування, з одного боку, має створювати сприятливі умови для підвищення якості та ефективності медичної допомоги населенню, а з іншого – не обмежувати можливість отримання висококваліфікованої медичної допомоги широкими верствами населення. У зв'язку з цим, важливе значення має усунення монопольного становища окремих лікувально-профілактичних закладів і зумовленої цим можливості встановлювати монопольно високі ціни. Регулювання цін необхідно здійснювати економічними методами, не допускаючи введення штучних обмежень і адміністративного тиску.

Моделі оплати дуже різноманітні. Наразі найпоширенішою моделлю, яка використовується у світі, є плата за послугу - модель, що базується на обсязі, в якій страхові компанії платять лікарям і організаціям за виконані дії на основі таких оцінок, як одиниці відносної вартості. Одиниці відносної вартості

враховують роботу лікаря, витрати на практику, надані послуги та професійну відповідальність. Пізніші моделі, такі як капітація, були запроваджені для контролю витрат. Простіше кажучи, чисто капіталізовані платежі складаються з фіксованих платежів за догляд за пацієнтом, які не змінюються залежно від наданих послуг. Протягом останнього десятиліття набули популярності платежі, засновані на цінності, які платять лікарям на основі цінності для пацієнта, що визначається як результат, поділений на витрати [22, с. 3].

Провідну роль у механізмі фінансування галузі охорони здоров'я в умовах страхової медицини відіграють страхові платежі. Розмір страхового тарифу і пов'язаного з ним страхового платежу є одним з основних питань медичного страхування, оскільки від нього залежить обсяг фінансових ресурсів, що акумулюються у сфері охорони здоров'я, та коло питань, які можна буде вирішувати з метою подальшого їх розвитку. При побудові тарифу мають бути врахованими як інтереси застрахованих громадян, так і тих хто надає медичні послуги: страхових організацій, страхувальників, територіальних органів управління здоров'я.

Розміри внесків кожного з страхувальників до страхового фонду визначаються на основі тарифної ставки, що називається брутто-ставкою і являє собою внесок з одиниці страхової суми. Тарифна ставка складається з двох частин: нетто-ставки і навантаження.

Загалом, тариф страхування може складатися з п'яти основних компонентів, з яких два безпосередньо формують нетто-ставку. Ця ставка покриває витрати, передбачені договором на медичні послуги для застрахованих. Інші три компоненти становлять додаткове навантаження до нетто-ставки. Нетто-ставка відображає здатність страхової медичної організації виконувати свої обов'язки перед застрахованими, забезпечуючи необхідне фінансування медичних послуг. Кошти, зібрані через нетто-ставку, строго використовуються для оплати лікувально-профілактичних послуг, що надаються страхувальникам. Навантаження включає витрати на ведення

страхових операцій та прибуток. Величина навантаження встановлюється у промілях від брутто-ставки і визначається за формулою:

$$B_c = \frac{H_c}{100 - K_n} \times 100, \quad (2.1)$$

де B_c – величина брутто-ставки (в гривнях); H_c – величина нетто-ставки (в гривнях); K_n – коефіцієнт, що враховує величину навантаження (у промілях) по відношенню до брутто-ставки.

Для визначення розміру страхового внеску для кожного застрахованого, страхові медичні організації повинні провести розрахунки необхідних виплат відповідно до зобов'язань, які вони взяли на себе. Розробка системи обов'язкового медичного страхування включає створення базової програми, що містить визначений набір медичних послуг. Використовуючи статистичні дані з органів охорони здоров'я про обсяги та середні вартості запропонованих послуг, визначаються загальні витрати на програму. Від загальної суми вартості програми віднімаються витрати, що припадають на працездатне населення. Після коригування отриманої нетто-ставки на величину навантаження, визначається кінцева ставка, яка і буде основою для внесків у систему обов'язкового медичного страхування.

Медичне страхування на стаціонарне лікування забезпечує компенсацію витрат на охорону здоров'я шляхом надання певної суми грошей на оплату ліків та інших медичних послуг, коли хтось захворів.

Умови добровільного медичного страхування можуть включати положення про виплату певної суми, наприклад, 500 гривень, у разі виникнення певного виду захворювання. Сам факт захворювання людини відносять до категорії випадкових явищ. У теорії ймовірності та математичної статистики розроблені методи дослідження цих явищ. Застосування закону великих чисел дозволяє страховим компаніям робити достовірні прогнози щодо кількості застрахованих осіб, які можуть захворіти протягом певного періоду. До

прикладу, якщо імовірність захворіти становить 0,00187 (що еквівалентно 187 особам на 100,000 населення щороку), і страхова компанія застрахувала 100,000 осіб, то очікується, що щороку в середньому 187 застрахованих осіб захворіють.

Якщо кожному застрахованому, який захворів, виплачується 500 грн., то загальна сума виплат становитиме:

$$500 \text{ грн.} \times 187 = 93500 \text{ грн.}$$

Таким чином, для виконання своїх обов'язків страхова медична організація повинна мати 93500 грн. Далі необхідно визначити частку участі кожного із 100000 застрахованих при сплаті внесків.

Така частка буде становити – $93500 \text{ грн.} : 100000 = 0,93 \text{ грн.}$, тобто кожний застрахований повинен внести 0,93 грн. при укладенні договору медичного страхування на суму 500 грн.

Так, як страхові суми встановлюються за бажанням страхувальників і суттєво відрізняються між собою, то в страхуванні прийнято показувати розмір нетто-ставки зі 100 грн. страхової суми. У такому випадку розрахунок тарифу буде здійснюватися таким чином:

$$\frac{187 \text{ осіб}}{100000 \text{ осіб}} \times 100 \text{ грн.} = 0,187 \text{ грн.}$$

Отже, тариф буде становити 0,187 грн. зі 100 грн. страхової суми. Проте, у страховій практиці обов'язково відбуваються неминучі коливання. Наприклад, протягом чотирьох років кількість захворілих становить 191, 184, 197 та 186 осіб. Якщо в перший рік виявлено 191 захворювання, а в страховика у наявності є кошти для відшкодувань тільки 187 захворювань, то для покриття наступних чотирьох випадків необхідно створити, так званий, резервний фонд. Для цього до тарифу включається ризикова надбавка, яка вираховується на основі спеціального показника – середнього квадратичного відхилення.

$$G = \sqrt{\frac{\sum (x - x_1)^2}{n-1}}, \quad (2.2)$$

де x – кількість випадків захворювань у кожному році; x_1 – середнє число захворювань; n – кількість років, за які використані дані; G – середнє квадратичне відхилення.

Розрахунки величини ризикової надбавки подамо у табличній формі (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розрахунок величини ризикової надбавки

Рік	x	$x - x_1$	$(x - x_1)^2$
Перший	191	4	16
Другий	184	-3	9
Третій	187	0	0
Четвертий	186	-1	1
Сума	784	0	26

Примітка. Розраховано автором.

При умові, якщо $x = 784/4 = 187$, тоді $G = \sqrt{\frac{26}{3}} = 2,94$,

В розрахунок на одну людину і на 100 грн. страхової суми це відхилення складає:

$$\frac{2,94 \times 100}{10000} = 0,00294.$$

Для визначення ступеня правильності використання тимчасового ряду розраховуються відомі в статистиці показники: коефіцієнт варіації, медіана й інші. Якщо ряд стабільний, то в ролі ризикової надбавки може виступати однократне середнє квадратичне відхилення. Тоді кінцева нетто-ставка буде становити: $0,178 + 0,00294 = 0,18094$. Це приблизно 0,19 зі 100 грн. страхової суми.

У випадку нестійкого ряду доцільно збільшити тарифний період або користуватися подвійним середнім квадратичним відхиленням. Використання для ризикової надбавки середнього квадратичного відхилення гарантує 68% упевненості в тому, що виплати не перевищать тарифу. Подвійне середнє квадратичне відхилення підвищує цю впевненість до 95% .

Ризикова надбавка призначена для формування загального фонду у вигляді тимчасово вільних коштів, які можна використовувати як кредитні ресурси за умови їх повернення. На який саме термін потрібно віддавати їх у кредит та під які відсотки – справа практики. Такий досвід існує у розвинутих країнах світу.

Після визначення нетто-ставки розраховується брутто-ставка, за якою застрахований буде сплачувати внески. Якщо навантаження в брутто-ставці становить 30%, то розмір цієї ставки буде становити:

$$\frac{0,19}{100 - 30} \times 100 = 0,27 \text{ грн.}$$

Отже, розмір ставки становить 0,27 грн. або 0,27% зі 100 грн. страхової суми.

При страховій сумі 500 грн., страховий внесок за кожного застрахованого сягає 1 грн. 35 коп. Саме цю суму повинні сплачувати страхувальники, а не 500 грн., так як часто виходить у страховій медичній практиці. По закінченні терміну страхування застрахованому може повертатися внесок, якщо у застрахованого не наступив страховий випадок.

Коли умовами страхування передбачається виплата обумовленої раніше суми, то при розрахунку ймовірності настання страхового випадку використовується така формула:

$$p = 1 - (1 - p_1) \times (1 - p_2) \times \dots \times (1 - p_n), \quad (2.3)$$

де p – ймовірність настання страхового випадку, під яким розуміється поява будь-якого із тих видів хвороби, які обумовлені умовами страхування; p_1 – ймовірність виникнення першого захворювання; p_2 – ймовірність

виникнення другого захворювання; p_n – ймовірність виникнення n -го захворювання.

Враховуючи ймовірність настання страхового випадку та значення середнього квадратичного відхилення цієї величини за певну кількість років визначаються нетто- і брутто-ставки. Якщо опрацьовується схема страхування, що передбачає повернення хворому добових виплат, то розрахунок нетто-ставки (без ризикової надбавки) здійснюється за наступною формулою:

$$n_c = \frac{x \times m \times B}{a}, \quad (2.4)$$

де n_c – нетто-ставка; x – кількість страхових випадків (захворювань); m – середня тривалість одного випадку (в днях); B – виплата за один день (в грн.); a – загальна кількість застрахованих.

Величина ризикової надбавки і брутто-ставки розраховується за аналогією наведеного вище прикладу. Складність розрахунку полягає у визначенні ставки платежу, коли виплата пов'язана з вартістю клініко-діагностичного обстеження та лікувальних закладів.

При визначенні вартості лікування одного випадку захворювання в різних групах здоров'я населення виникають певні труднощі. Складно прогнозувати вартісні зміни на найближчий період часу. Проте сама процедура розрахунку тарифу аналогічна попередній і через те, частинна нетто-ставки розраховується за формулою:

$$H_{c.o} = u \times \frac{x}{a}, \quad (2.5)$$

де $H_{c.o}$ – основна частина нетто-ставки; u – ціна (вартість медичних послуг); x – величина страхових випадків (захворювань); a – кількість прикріплених до даного лікувально-профілактичного закладу застрахованих.

Якщо враховувати рівень важкості хвороби, вік застрахованого та низку інших факторів, у більшості випадків фактична вартість лікування не буде співпадати з розрахунковою. Тому це також потрібно врахувати при здійсненні розрахунку тарифів. Наприклад, тарифи додатково опрацьовуються для

страхування, яке передбачає компенсацію витрат за амбулаторно-поліклінічне лікування у сімейного лікаря будь-якого виду хвороби. У такому випадку страхова сума повинна відображати вартість лікування цієї хвороби. Однак в кожному конкретному випадку величина вартості лікування буде залежати від ступеня складності хвороби та наявності супутніх захворювань, а також від кількості звернень за лікарською допомогою. Виходячи із вартості одного звернення до лікаря та їх кількості, можна визначити розмір виплат, які компенсували б вартість лікувальних заходів.

Відношення загальної суми виплат за всіма договорами до загальної страхової суми по них в медичному страхуванні прийнято називати збитковою страховою сумою. Цей показник залежить від ряду факторів. Наприклад, збитковість страхової суми може бути виражена через три елементи збитковості:

$$U = \frac{C}{a} \times \frac{B}{c} \times \left(\frac{e}{B} : \frac{K}{a} \right), \quad (2.6)$$

де U – збитковість страхової суми; C – кількість страхових випадків (захворювань); a – кількість застрахованих; B – загальне число звернень з приводу будь-якого одного захворювання; e – сума виплат за всіма угодами; K – страхова сума за всіма угодами.

Елемент $\left(\frac{C}{a} \right)$ є відношенням кількості захворювань до загальної кількості застрахованих, тобто це показник частоти захворюваності.

Елемент $\left(\frac{B}{c} \right)$, що характеризує середню кількість звернень з приводу одного захворювання, представляє собою відношення середньої виплати за одне звернення до лікаря до середньої страхової суми за однією угодою.

Користуючись наведеною формулою, можна розраховувати нетто-ставку за будь-яким варіантом медичного страхування, де передбачається оплата вартості лікування. При цьому страхова медична організація повинна користуватися статистикою того лікувально-профілактичного закладу, з яким

укладено договір на обслуговування застрахованого контингенту осіб. Включивши в нетто-ставки ризикову надбавку і збільшивши отриманий результат на величину навантаження, отримуємо брутто-ставку.

Ідея медичного страхування полягає в тому, що воно має забезпечувати відшкодування витрат, пов'язаних з лікуванням, а також бути рентабельним. Тому до тарифної ставки, як правило, включається і певний відсоток прибутку. Якщо при окремих захворюваннях вартість лікування відносно висока, то прибуток до неї може не включатися. Набутий досвід і створення власної статистичної бази дозволить страховим медичним організаціям точніше визначати ставки страхових внесків.

2.3. Прагматизм функціонування вітчизняного ринку добровільного медичного страхування

Медичне страхування є однією з ключових складових національної системи охорони здоров'я в соціальному та економічному плані і в економічному плані. Ми визначаємо медичне страхування як форму соціального захисту у сфері охорони здоров'я, що має на меті спрямовану на захист від ризиків, що загрожують здоров'ю та життю людини. У свою чергу, медичне страхування гарантує медичну допомогу за будь-яких обставин, пов'язаних із хворобою або нещасним випадком.

На сьогодні запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування є основним пунктом медичної реформи в Україні. У свою чергу, загальнообов'язкове державне медичне страхування вважається ефективним та дієвим способом покриття витрат на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію захворювань або нещасних випадків на виробництві.

Варто зазначити, що запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування виглядає наступним чином:

- за загальнообов'язковим державним медичним страхуванням кошти на загальнодоступне медичне обслуговування населення акумулюються за рахунок цільових страхових внесків, що сплачуються громадянами

За умовами загальнообов'язкового державного медичного страхування кошти на загальнодоступне медичне обслуговування населення акумулюються за рахунок цільових страхових внесків;

- правовідносини між усіма учасниками (страховиками, застрахованими, закладами охорони здоров'я тощо) регулюються регулюються на договірних засадах;

- заклади охорони здоров'я надаватимуть медичну допомогу за рахунок акумульованих коштів за рахунок коштів акумульованих у системі загальнообов'язкового державного медичного страхування.

Варто зазначити, що обидва види добровільного медичного страхування не передбачають виплат після закінчення терміну дії договору. Добровільне страхування також включає поліси, що покривають витрати на лікування, та більш прості угоди, які передбачають виплати за нелікувальними витратами, де виплати можуть здійснюватися у вигляді фіксованої суми або добових компенсацій.

Програми добровільного медичного страхування значно розширюють можливості громадян отримувати профілактичну, лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу, покращуючи умови надання таких послуг. За умовами страхового поліса, у випадку втрати здоров'я через захворювання або нещасний випадок, страхова компанія відшкодовує витрати лікувального закладу залежно від фактичної кількості днів лікування застрахованого, базуючись на щоденних нормативах вартості лікування, передбачених договором.

Добровільне медичне страхування дійсно стало інтегральною частиною національного страхового ринку, і його становлення можна вважати завершеним. Однак, хоча цей сегмент і визнаний, його частка на ринку ще залишається порівняно малою. За даними, обсяг зібраних страхових премій у

сфері добровільного медичного страхування становить лише 4% від загального обсягу страхового ринку (табл. 2.2).

Цей низький показник може викликати здивування, враховуючи, що рівень виплат складає високих 73%. Це вказує на великий попит та потребу в медичному страхуванні серед населення, а також на значний ризик, який покриває цей вид страхування.

Відповідно, для подальшого розвитку і популяризації добровільного медичного страхування можливі кілька напрямків: підвищення обізнаності громадян про переваги такого страхування, поліпшення умов страхування, зниження вартості полісів через оптимізацію управління ризиками, а також залучення більшої кількості страхових компаній до цього сегменту ринку.

Таблиця 2.2

**Показники страхових премій
у портфелях страхових компаній України**

Види страхування та основні показники страхової діяльності	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2021 р.	2022 р.	2023 р.
	Валові надходження страхових платежів (премій, внесків), тис. грн.			Питома вага валових премій по видах до загальних валових премій по ринку		
Всього з усіх видів страхування:	12 128 782,2	15 249 919,4	3 157 834	100,0%	100,0%	100,0%
Види страхування інші, ніж страхування життя	5 171 736,5	7 519 727,6	1 199 655	96,0%	95,4%	95,6%
медичне страхування	3 175 052,5	3 893 420,8	713 174	3,7%	2,7%	2,7%

Примітка. Розраховано автором за даними [25].

Отже, відповідно до статті 11 Європейської соціальної хартії, кожна особа має право використовувати доступні засоби для забезпечення свого здоров'я у найкращому можливому стані. Медичне страхування слугує одним з таких

засобів, забезпечуючи гарантії та мобілізацію додаткових ресурсів для охорони здоров'я. Це система економічних відносин між страхувальниками та страховиками, яка формує фінансові фонди, призначені для захисту майнових інтересів громадян у разі погіршення їх здоров'я. [26].

Варто зазначити, що ми погоджуємося із Стецюком Т. який у своїй роботі виклав наступне: «послуги з медичного страхування надають страхові компанії. Протягом 2017-2021 рр. кількість страхових компаній в Україні, що активно займалися добровільним медичним страхуванням, зменшилася з 60 до 25, або на 58,3%. Така ситуація зумовлена тим, що населення не має можливості приймати участь у добровільному медичному страхуванні (ДМС), оскільки рівень життя громадян є досить низьким, що не дозволяє сплачувати страхові премії в необхідному розмірі» [27, с.137].

При настанні страхового випадку страховик оплачує витрати (в межах страхової суми) за медичні послуги, об'єм яких визначений вибраними умовами страхування і надані медичними установами, визначеними в договорі страхування, якщо інше не встановлене в ньому. Страховик оплачує витрати за надані медичні послуги безпосередньо медичній установі, яка надала ці послуги, якщо інше не передбачене в договорі страхування. Порядок розрахунків з медичними установами визначається договором на надання медичних послуг між медичними установами і страховиком.

Добровільне медичне страхування здійснюється на основі договору між страховиком і страхувальником. Договір страхування передбачає страхову виплату, що здійснюється закладам охорони здоров'я у разі настання страхового випадку, пов'язаного із хворобою застрахованої особи або нещасним випадком. Такий договір має також передбачати мінімальний строк його дії один рік та повернення страхових платежів виключно страхувальнику при достроковому розірванні договору [28]. Договір добровільного медичного страхування по суті є згодою між страховиком і медичною організацією на надання останньою медичної допомоги застрахованому в певному об'ємі та належної якості. Для того, щоб зрозуміти особливості і цінність договору

добровільного медичного страхування, насамперед, треба зосередитись на аналізі його об'єкта. Дослідження наукової літератури з цього приводу показує, що серед науковців відсутня однотайність думок. Одні вчені вважають, що об'єктом добровільного медичного страхування є майновий інтерес особи, про страхування якої укладено договір страхування (застрахованої особи), пов'язаний з витратами, викликаними зверненням застрахованого в медичні установи за медичними послугами, включеними в програму страхування. Інші ж стверджують, що об'єктом добровільного медичного страхування є страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку [30, с. 87].

Таблиця 2.3

Лідери українського ринку добровільного медичного страхування у 2021 р.

№	Страхова компанія	Сума страхових платежів, тис. грн	Сума страхових виплат, тис. грн	Рівень виплат, %
1.	Уніка	696 199,7	396 771,6	47,88
2.	Провідна	602 601,5	364 673,8	76,28
3.	Інго	440 607	230 910	66,75
4.	ARX	348 788,2	161 893,9	64,68
5.	Альфа страхування	334 516,7	196 352,6	42,36
6.	NGS	223 326,5	103 863,6	68,78

Примітка. Розраховано автором за даними [25].

Як видно з даних табл. 2.3, рівень виплат у сфері добровільного медичного страхування на українському ринку коливається від 42% до 76%, що дійсно вказує на високий ризик, асоційований з цим видом страхування. Такі значення рівня виплат можуть свідчити про велику частку страхових випадків серед застрахованих, що, в свою чергу, збільшує фінансове навантаження на страхові компанії.

Високий ризик може бути однією з причин, чому лише обмежена кількість страхових компаній (близько 10%) активно займається добровільним медичним страхуванням в Україні. Це також може впливати на вартість страхових полісів, оскільки компанії мають управляти своїми ризиками,

стабілізувати фінансовий стан і забезпечити можливість покриття медичних витрат своїх клієнтів.

Перехід України до соціально орієнтованих та ринкових принципів в охороні здоров'я, який передбачає різноманітність форм власності, вимагає від держави та суспільства впровадження нових підходів до управління медичною галуззю. Серед основних проблем, що вимагають рішення, — нестача фінансових ресурсів і низька якість медичних послуг. У цьому контексті, важливим елементом реформ може стати подальший розвиток добровільного медичного страхування, хоча його поширення в Україні відбувається нерівномірно.

Сьогодні вітчизняний ринок добровільного медичного страхування потребує вирішення таких ключових проблем:

1. Висока вартість страхових полісів, що робить їх недоступними для значної частини населення.
2. Відсутність чіткої та стабільної законодавчої бази, яка б регулювала сферу платних медичних послуг.
3. Сукупний оподатковуваний дохід фізичних осіб не зменшується на суму сплачених страхових внесків, що зменшує фінансову мотивацію для укладання договорів медичного страхування.
4. Невизначеність обсягу гарантованої медичної допомоги від держави та обов'язки пацієнтів сплачувати за додаткові послуги.
5. Відсутність розвинутої інфраструктури комерційних лікувальних закладів, особливо у менш розвинених регіонах.
6. Недостатнє розвиток добровільного медичного страхування у різних регіонах країни.

Розв'язання цих проблем вимагатиме комплексного підходу, включаючи реформування законодавства, залучення інвестицій у медичну інфраструктуру, покращення економічних умов в країні та забезпечення доступності та якості медичного страхування для всіх категорій населення.

Водночас зазначимо, що між діючими учасниками вітчизняного ринку ДМС триває конкурентна боротьба за формування власної ринкової позиції, підвищення якості страхових послуг, зростання рівня конкурентоспроможності. За таких умов доцільним є визначення реальної концентрації ринкової влади учасників на ринку ДМС, яка дає змогу оцінити його конкурентне середовище, охарактеризувати процес взаємодії на ринку страхових компаній, потенційних партнерів і конкурентів, орієнтований на забезпечення найвигіднішої позиції учасника на ринку для реалізації страхових послуг, задоволення потреб клієнта в отриманні компенсації витрат на охорону здоров'я.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз практичних аспектів функціонування медичного страхування дає змогу зробити певні узагальнення.

1. Медичне страхування вимагає безпосереднього взаємодії з великою кількістю клієнтів та вирішення їх щоденних медичних потреб, що робить його складним для інтеграції з іншими видами страхової діяльності. Страхові компанії, які спеціалізуються на медичному страхуванні, часто зіштовхуються з необхідністю розглядати та вирішувати численні заявки про страхові випадки, оцінювати ризики і здійснювати значні виплати, що потребує наявності спеціалізованих знань та ресурсів.

2. Основна роль страхової організації в контексті медичного страхування полягає не тільки у фінансовому захисті клієнтів, але й у забезпеченні контролю за якістю медичних послуг, які надаються. Це включає моніторинг дотримання медичних та економічних стандартів лікування, а також оцінку професійної діяльності медичного персоналу. Страхові компанії зобов'язані переконатися, що медичні установи ефективно використовують ресурси, мінімізуючи ризики для пацієнтів та підвищуючи рівень їх задоволеності від отриманих послуг.

3. Функціонування поряд двох систем – обов'язкового та добровільного медичного страхування – потребує розробки правового та економічного

механізму, який забезпечуватиме розвиток добровільного медичного страхування разом із збереженням високої якості медичної допомоги за обов'язковим медичним страхуванням. Також, ми вважаємо, що необхідно розробити страхові продукти, які будуть об'єднувати різні види медичної та профілактичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ У ВІТЧИЗНЯНУ ПРАКТИКУ

3.1. Медичне страхування у Німеччині та Франції досвід функціонування у контексті вступу України до ЄС

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. Ця федеративна країна має глибоку історію «страхової медицини» і централізовану форму організації обов'язкового медичного страхування. Система медичного страхування створена в Німеччині ще в 1881 році.

Система охорони здоров'я Німеччини обслуговує 83 мільйони жителів. Маючи найбільшу - і зростаючу - економіку в Європейському Союзі і зростаючою економікою в Європейському Союзі (ЄС), валовий внутрішній продукт (ВВП) у 2018 році становив 40 329 євро на душу населення. Високий рівень життя супроводжуються розгалуженою системою соціального забезпечення; тим не менш, нерівність у доходах і багатстві зростала протягом останнього десятиліття.

Як і в решті країн ЄС, населення Німеччини старіє: кожен п'ятий німців - 65 років і більше, а близько 6% населення - старше 80 років, і, за прогнозами, цей сегмент зростатиме й надалі. Середня очікувана тривалість життя при народженні зросла майже на три роки з 2000 року і досягла 81 року у 2018 році, що трохи вище середнього показника по ЄС, 2018 році, що трохи вище середнього показника по ЄС. Існують відмінності в очікуваній тривалості життя за гендерною, соціально-економічною та регіональною ознаками.

Зростання очікуваної тривалості життя відбувається переважно завдяки зниженню рівня смертності. Хоча загальний рівень смертності в Німеччині був (все ще) вищим, ніж у 2017 році, ситуація покращується, і розрив скорочується. Хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення (рак) є провідними

причинами смертності, і на них припадає близько 60% усіх смертей, за ними йдуть хвороби органів дихання, хвороба Альцгеймера та інші деменції та хвороби травної системи. Пов'язані зі здоров'ям спосіб життя та пов'язані зі здоров'ям спосіб життя та поведінка, такі як харчові звички, куріння та вживання алкоголю, мають значний вплив на захворюваність і смертність населення. Хоча рівень куріння знизився за останнє десятиліття, він все ще залишається відносно залишається відносно високим як серед дорослих, так і серед підлітків. Також вважається, що дієтичні фактори ризику, такі як фактори ризику, такі як ожиріння, є причиною близько 19% усіх смертей у Німеччині [31, с.23].

Сьогодні німецька страхова система – одна із найбільш розвинутих в Європі. Згідно чинного законодавства, обов'язковому страхуванню підлягають всі особи, які працюють за наймом. Фонди обов'язкового страхування створюються за рахунок певної частки заробітної плати робітників і внесків підприємців. Вони представляють собою недержавні фонди. Із зростанням заробітної плати зростають і внески до цих фондів.

У Німеччині, перша система державного медичного страхування, заснована на принципах, розроблених під час правління канцлера Отто Бісмарка, продовжує впливати на сучасну організацію системи охорони здоров'я. Система медичного страхування в Німеччині покриває близько 90% населення, з яких значна частина — це члени сімей застрахованих осіб. Майже 10% належать до верхніх верств суспільства і мають лише приватне страхування, в той час як приблизно 3% населення, що беруть участь в системі обов'язкового страхування, також користуються приватним страхуванням.

Страхування на випадок хвороби в Німеччині є некомерційним і безприбутковим, що означає, що всі зібрані кошти використовуються на поліпшення здоров'я застрахованих або направляються до бюджету для зниження внесків страхування. Система керується різними страховими касами, включаючи лікарняні каси для різних секторів та регіонів. Фінансування охорони здоров'я в країні забезпечується за рахунок внесків у фонди медичного

страхування, які складають 60% від загальних витрат, приватного страхування, що становить 10%, державних коштів (15%) та особистих коштів громадян (15%).

Загалом, система медичного страхування в Німеччині забезпечує широкий спектр медичних послуг, включаючи амбулаторну допомогу, стаціонарне лікування, реабілітацію, допомогу при пологах, забезпечення медикаментами, і допомогу у домашніх умовах. У 2006 році у системі страхових фондів працювало близько 75,608 лікарів, що свідчить про масштабність та комплексність системи.

У Німеччині система охорони здоров'я характеризується чітким розділенням амбулаторної та стаціонарної допомоги. Лікарні зазвичай надають амбулаторну допомогу в обмежених масштабах, в той час як основне фінансування стаціонарної допомоги здійснюється урядами федеральних земель, що визначають обсяг та структуру цього фінансування.

Фонди медичного страхування в Німеччині формуються з лікарняного бюджету та внесків від осіб, які працюють, і їх роботодавців. Внески, як правило, складають 15% від заробітної плати, при цьому роботодавці та працівники сплачують по 7,5%. Структура заробітної плати для розрахунку внесків включає усі грошові та натуральні доходи. Ті, хто не працюють, сплачують внески за пільговою шкалою. Захист сімей є інтегральною частиною системи.

Законодавство Німеччини передбачає, що роботодавець перераховує всі відрахування на медичне страхування, пенсійне страхування та страхування від безробіття до відповідних лікарняних кас. Лікарняні каси використовують отримані кошти на медичне страхування, а решту перераховують до пенсійного фонду та фонду страхування від безробіття.

Лікарняні каси в Німеччині відіграють ключову роль у системі медичного страхування, виступаючи як основні фінансово-страхові організації. Вони не тільки формують страхові фонди та забезпечують оплату медичних послуг, але й мають право на незалежний контроль за якістю цих послуг. Лікарі, у свою

чергу, мають координувати свою роботу з цими касами, особливо зосереджуючись на профілактиці захворювань. Німеччина активно розробляє спеціальні програми профілактики таких захворювань, як рак та серцево-судинні хвороби.

Обов'язкове медичне страхування в Німеччині також включає безкоштовне або пільгове забезпечення ліками, витрати на які покриваються страховими компаніями, що виплачують кошти аптекам. Однак, серед викликів, які залишаються, варто згадати відсутність ефективного контролю за споживанням лікарських засобів.

Крім того, існує приватне медичне страхування, яке, хоч і вважається дорогим і недоступним для більшої частини населення, покриває 10% населення країни. Воно становить важливу альтернативу для тих, хто може собі це дозволити і хоче мати ширший вибір медичних послуг. Діяльність лікарів у Німеччині заснована на принципі самофінансування, що дозволяє їм більше концентруватися на спеціалізації та підвищенні якості обслуговування. Удосконалення технічної оснащеності медичних практик є одним із перспективних шляхів покращення амбулаторного обслуговування населення.

Оплата лікарів побудована по принципу кількості хворих, які обслуговуються. Для оплати послуг лікаря на основі медико-економічних дослідів розробляється преїскурант видів медичної допомоги. Виплата гонорарів лікарям здійснюється один раз у квартал, тому поміняти лікаря хворий може тільки після закінчення цього терміну. Страхові лікарі зобов'язані узгодити свою діяльність з лікарняними касами.

Щодо фінансування системи обов'язкового медичного страхування, воно здійснюється з різних джерел: соціальні внески становлять 55%, дотації від держави (для безробітних та пенсіонерів) — 40%, внески пенсіонерів — 2,55%, а також оподаткування страхування автотранспорту — 2%. Соціальні внески формуються з коштів, що надходять від підприємств та незалежних працівників.

Ці механізми фінансування і регулювання є ключовими для підтримки сталості та ефективності системи медичного страхування, забезпечуючи необхідні ресурси для охорони здоров'я громадян та попередження медичного надлишку. Опрацюючись на вище зазначити: «законодавство і державна політика у сфері охорони здоров'я Федеративній Республіці Німеччина – це компетенція Федерального міністерства охорони здоров'я (Bundesministerium für Gesundheit – BMG). Звісно що, при підготовці закону необхідна координація з іншими відомствами, до сфери відповідальності яких також належать певні аспекти політики охорони здоров'я, такі як: захист прав споживачів (Федеральне міністерство продовольства, сільського господарства та захисту прав споживачів); соціальне забезпечення (Федеральне міністерство праці та соціальних справ); фінансування (Федеральне міністерство фінансів); та інші» [32].

Законодавство та державна політика охорони здоров'я встановлюють рамки, у яких партнери з охорони здоров'я можуть приймати рішення, і пріоритети політики охорони здоров'я узгоджуються з метою економного використання фінансових ресурсів [33, с. 89].

Система медичного страхування в Німеччині, хоч і не є централізованою, має близько 1200 страхових кас, які організовані за професійними, територіальними принципами. Така децентралізація дозволяє кожній касі керувати страхуванням відповідних категорій працівників, що не покриваються страхуванням на рівні підприємств. Всі ці каси входять в систему державного регульованого медичного страхування, що гарантує їх координацію та контроль за дотриманням стандартів.

Головна роль уряду Німеччини у сфері медичного страхування полягає в регулюванні та контролі за діяльністю страхових кас, забезпеченні їх відповідності до встановлених законом норм. Це включає забезпечення виконання страхових програм, визначення основних умов страхування, таких як базові ставки страхових внесків, схеми фінансування, а також організацію медичної допомоги. Через федеральну структуру Федеративної Республіки

обов'язки та завдання в системі охорони здоров'я розподілені між федеральним урядом і землями [34]. Уряд також бере участь у формуванні цін на медичні послуги та сприяє встановленню справедливих та реалістичних тарифів.

У Німеччині медичне страхування має обов'язковий характер, що забезпечує універсальне покриття медичними послугами для всього населення. Уряд делегує значні повноваження недержавним органам, таким як страхові компанії та асоціації лікарів, надаючи їм важливі функції управління системою. Ці органи відповідають за представлення інтересів застрахованих осіб та медичних працівників, забезпечуючи, що система охорони здоров'я залишається ефективною, доступною та відповідає потребам громадян.

Страхові каси в Німеччині відіграють ключову роль у національній системі охорони здоров'я, функціонуючи як автономні, але інтегральні складові цієї системи. Вони мають значний ступінь автономії, включаючи можливість встановлювати страхові внески на рівні, що перевищує базовий, розширювати перелік медичних послуг, що покриваються за рахунок страхових коштів, а також самостійно вирішувати питання про форми і методи взаєморозрахунків з медичними установами. Ця фінансова та управлінська незалежність не означає, що страхові каси відокремлені від державної системи охорони здоров'я. Навпаки, вони є важливою частиною загальної структури охорони здоров'я і працюють у тісній взаємодії з урядовими органами. Однією з їхніх ключових ролей є участь у стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я. Це досягається через строгі умови розрахунків з лікувальними закладами і введення доплат для застрахованих осіб, що стимулює більш обережне і відповідальне використання медичних ресурсів.

Переходячи до аналізу французької системи організації медичного страхування варто одразу звернути увагу на переваги та недоліки у моделі охорони здоров'я Франції побудована на централізованій формі бюджету і соціальному страхуванні (*assurances sociales*).

Бюджетна модель фінансування галузі охорони здоров'я (модель Беверіджа) фінансується із бюджетних джерел (до 90%) [35, с. 8] та

«успішно функціонує у країнах з розвинутою економікою, стабільною податковою системою, високим рівнем зайнятості та збалансованою демографічною ситуацією. Вона була розроблена у Великій Британії та спрямована на покращення соціального забезпечення на основі страхових внесків, платниками яких є: працівники – більше третини внесків у загальнонаціональному страховому фонді; роботодавці – менше третини доходів та державний бюджет – понад чверть» [36].

У порівнянні з іншими країнами Європейського Союзу, показники очікуваної тривалості життя і смертності в країні відрізняються в кращу сторону. Водночас у Франції існує низка проблем, пов'язаних із поширенням СНІДу, споживання алкоголю і тютюнопаління.

Серцево-судинні та ракові захворювання є головними причинами смертності у країні, що складає співвідношення 33,5% і 27,3% від загальної кількості смертей. Чоловіча смертність від ракових захворювань особливо велика і є головною причиною смерті чоловіків. Крім цього, викликає занепокоєння розрив, який збільшується в показниках смертності серед різних соціальних верств населення [37, с. 4]. Найнижчий рівень смертності у Франції був зафіксований у 1992 р. і складав 6,7% на 1000 населення. Дитяча смертність також на дуже низькому рівні – вона зменшилась із 27,4% у 1960 році до 2,9% на 1000 народжених малюків у 2016 р.

Офіційне медичне страхування в Франції було введено у 1910 році, також спочатку у формі фондів взаємодопомоги. Впродовж 1928 року ці фонди були трансформовані у страхові компанії. Проте, через відносно невелику кількість застрахованих ці структури були не дуже ефективними.

Важливий момент у розвитку страхової медицини у Франції стався з реформою 1948 року, коли було створено страхові лікарняні каси під урядовим контролем. Ці каси були організовані за професійним принципом, що дозволило більш ефективно управляти страховими фондами та наданням медичних послуг.

Історія розвитку страхової медицини у Франції демонструє глибокі коріння ідей соціального захисту, які беруть свій початок ще з часів Великої французької революції. Конвент, який створив "Книгу національної добродійності" і законодавство для реєстрації категорій населення, які потребували допомоги, зробив перший крок до організації державної підтримки. Однак, через фінансові обмеження, плани були тимчасово згорнуті.

Проте, ідеї соціального страхування були відроджені через століття, коли у липні 1913 року Франція прийняла закон про страхування робітників від нещасних випадків та професійних захворювань. За цим законом, підприємці були зобов'язані виплачувати грошову допомогу працівникам протягом календарного року після їх звільнення в разі травм чи хвороб, отриманих на роботі. Це стало значним кроком у формуванні системи страхування здоров'я, яка з часом еволюціонувала до сучасної комплексної системи соціального страхування Франції.

Після невеликої реорганізації було впроваджено єдину ієрархію страхових кас, яка забезпечує вертикальну структуру медичного страхування. В центрі цієї системи стоїть потужна Національна страхова організація (національна каса страхування найманих робітників), яка перебуває під наглядом Міністерства соціального забезпечення та праці. Ця організація охоплює 78% населення і має 129 місцевих філій, кожна з яких обслуговує свій регіон без конкуренції між собою. Місцеві філії мають деяку автономію, але загалом підпорядковуються центральному управлінню.

Французькі фермери зберегли свої страхові компанії, які також підпорядковані загальним урядовим правилам і покривають 12% населення. Крім того, у Франції існує мережа приватних страхових компаній, які, як і інші страхові каси, відшкодовують витрати на лікування в госпіталі та витрати на послуги лікаря. Асортимент додаткових послуг у приватних компаніях різноманітний та конкурентоспроможний [38, с. 86].

У Франції, крім основних страхових установ, існують також товариства взаємодопомоги, які пропонують додаткові види страхування, зокрема

компенсації особистих витрат в рамках загального режиму, що становить майже 30% всіх виплат, а також покриття витрат на медикаменти та стоматологічні послуги. У 1960 році одна третина населення була членами цих товариств. Незважаючи на можливість вибору будь-якої страхової організації, багато французів віддають перевагу як страховим касам, так і товариствам взаємодопомоги. Спостерігається тенденція до консолідації цих товариств: якщо у 1913 році їх налічувалося понад 22,000, то сьогодні їх кількість зменшилась до приблизно 6,500. Понад половину застрахованих осіб представляють 57 великих товариств, кожне з яких має понад 100,000 членів.

Серед лідерів у галузі медичного страхування виступають такі великі акціонерні компанії як "Mondial Assistance" та страхова група AGF. Обидві компанії є частиною холдингових компаній, що діють на страхових ринках багатьох країн світу.

Система медичного страхування у Франції охоплює 80% населення країни. Працюючі особи та самі підприємства є обов'язковими учасниками системи соціального страхування, регулярно сплачуючи внески. Щомісячно підприємства відраховують 36% від загального фонду заробітної плати на соціальне страхування, з яких приблизно 6,5% утримується з заробітку працівників. Це забезпечує соціальний захист для всіх категорій працівників та службовців, включаючи покриття витрат на медикаменти від 70 до 90% у випадку хвороби або коли працездатність тимчасово або тривало знижена. Крім того, студенти та школярі також підпадають під обов'язкове страхування, тоді як представники вільних професій мають самостійно придбати медичну страховку.

Таким чином, зважаючи на особливості організації медичного страхування, можна сказати, що французька охорона здоров'я фінансується з таких джерел:

- державного бюджету (20%);
- обов'язкового медичного страхування (50,5%);
- приватного медичного страхування (10%);

- особистих джерел громадян (19,5%).

У французьких аптеках більшість медикаментів видаються лише за лікарськими рецептами. Ця практика дозволяє з одного боку захистити населення від неконтрольованого споживання потужних лікарських засобів, а з іншого боку – гарантує, що страхові компанії компенсують вартість навіть найдорожчих ліків. Це одна з причин, чому в усіх аптеках ціни на ліки є однаковими [38, с. 4].

При необхідності стаціонарного лікування лікарняна каса оплачує 33 дні перебування у лікарні, а решту днів пацієнт оплачує самостійно. Якщо лікування триває більше двох місяців, то це є приводом для госпіталізації в безкоштовну лікарню. Той, хто не має медичної страховки, звертається в приймальні відділення швидкої допомоги, якої-небудь гуманітарної організації, наприклад «Medecins sans frontieres» – «Лікарі без кордонів». Права медичних сестер набагато ширші, ніж в Україні. Конкуренція існує лише на рівні приватних лікарів. Кожного року через державні лікарні та приватні клініки проходить 12 млн. пацієнтів, тобто кожний п'ятий мешканець Франції.

3.2. Особливості функціонування добровільного медичного страхування у США

У Сполучених Штатах Америки добре розвинута ліберальна ринкова економіка та немає державних гарантій у галузі охорони здоров'я для більшості населення. Тут поширене добровільне медичне страхування та відсутня система обов'язкового медичного страхування.

Перші сучасного типу групові страхові поліси було випущені у 1929 році, коли група вчителів в Далласі штату Техас уклала договір з лікарнею Бейлор про розміщення, харчування і медичне обслуговування при необхідності в обмін на щомісячну плату. Багато страхових компаній почало займатися страхування здоров'я починаючи з 1930 року. Популярність медичного страхування швидко зростала [39 с. 36].

У Сполучених Штатах Америки функціонує система медичного страхування, яка включає центральний страховий фонд, що накопичує кошти і не здійснює адміністративні функції, розподіляючи ресурси серед мережі місцевих незалежних страхових організацій відповідно до законодавчо встановлених розрахунків. Ця система включає програми, такі як «Медікер» для пенсіонерів та «Медікейт» для безробітних, які охоплюють приблизно 25% населення. Групове страхування через місце роботи використовує 58% населення, тоді як добровільне медичне страхування, яке не пов'язане з роботою, охоплює 2% населення. Приблизно 15% населення не мають медичного страхування.

Національна програма «Медікер» надає обов'язкове соціальне страхування для осіб старше 65 років та інвалідів, забезпечуючи безкоштовне стаціонарне лікування та покриваючи 80% витрат на амбулаторну допомогу по всій країні, незалежно від фінансового стану пенсіонера. Ця програма найбільша в країні, вона охоплює більше 30 млн. американців.

Програма «Медікер» включає чотири частини:

- страхування на випадок госпіталізації (Part A): допомагає оплачувати перебування і лікування в лікарні, в будинку пристарілих і інвалідів з кваліфікованим медсестринським доглядом (після виписки з лікарні), а також деякі види медичного догляду вдома і хосписного обслуговування;

- медичне страхування (Part B): оплачує лікарські послуги і багато інших медичних послуг, а також предмети медичного ужитку, що не покриваються страхуванням на випадок госпіталізації;

- «Медікер Едвентадж» (Part C), раніше відома під назвою «Медікер» +. Особливістю тут є те, що плани по вибору пропонується в багатьох місцях. Люди, що мають Part A і Part B програми «Медікер», можуть вибрати для себе отримання всіх видів медичного обслуговування і лікування через одну з наявних медичних організацій за допомогою Part C;

- страхування оплати ліків по рецепту (Part D): допомагає з оплатою медикаментів, виписаних лікарем для лікування [39, с. 38].

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в Сполучених Штатах Америки – парадоксальне об'єднання недоліків та переваг. У Сполучених Штатах Америки на охорону здоров'я витрачається близько 11,5% ВВП – це більше, у той же час 15% населення не має ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю страхових медичних полісів.

Лікарні та страхові компанії мають довгу історію переговорів щодо тарифів. Логіка на ринку проста: якщо лікарняна система лікарняна система досить велика, то страховик повинен мати їх у своїй мережі і платити високі тарифи. З іншого боку, якщо страховик контролює значну частину ринку, лікарняна система повинна бути в його мережі і буде погоджуватися на нижчі тарифи. Цей стимул до створення ринкової влади привернув увагу федеральних антимонопольних органів протягом тривалого часу [40].

Ставки на ринкові важелі досить високі, і лікарні, навіть перед обличчям антимонопольного контролю, продовжують консолідуватися контролю, продовжують консолідуватися [41]. У 2016 році 90% лікарняних ринків були висококонцентрованими за стандартним антимонопольним визначенням.⁸ Створення ринкових важелів працює. Діапазон оцінок зростання цін на лікарняні послуги на конкретному ринку підвищення цін на лікарняні послуги на конкретному ринку після великого злиття сягає 40%, а оцінки, що перевищують 20%, не є рідкістю.⁹ не є чимось незвичним, якщо оцінка перевищує 20% [42].

На свій захист лікарні можуть заперечити, що вони стикаються з консолідованими страховими компаніями. MedPAC погоджується з цим спостереженням [43]. Згідно з державним аналізом, в 11 найбільших мегаполісах надконцентрованих страховиків у 2003 році та 21 у 2017 році. Значна частина цієї надконцентрації в окремих штатах була пов'язана з розміром штатах була пов'язана з розміром місцевих планів ДМС. Існує

деструктивна циклічність у аргументах, які лікарні та страховики використовують для виправдання консолідації [44, с. 2].

Необхідно мати на увазі, що переважна більшість страховок не передбачає оплати медичних рахунків, викликаних тими захворюваннями, які були діагностовані до підписання страхового контракту (preexisting conditions). До цих захворювань відносяться і ті, на які не був поставлений лікарський діагноз, але які викликали симптоми, що повинні були змусити «розсудливу людину» (prudent person) звернутися за відповідною допомогою. Медичні витрати, викликані такими захворюваннями, не оплачуються страховою компанією або взагалі, або протягом певного часу (зазвичай два роки).

Страхування по-різному покриває різні види лікування. Стаціонарне лікування оплачується найкраще: виплати «з кишені» покривають лише 6% вартості стаціонарного лікування, державні програми – 40%, інші програми штатів і місцеві програми – 14%, приватні страхувальники – 36%, добродійність – 4% [45, с. 408].

Один з ключових принципів медичного страхування полягає у забезпеченні високої ефективності медичної допомоги. Страхові компанії покривають витрати на лікування, яке базується на застосуванні методів з доведеною високою ефективністю та значним шансом на успішний результат. Операції на серце, наприклад, хоча й коштовні, можуть виявитися економічно вигіднішими порівняно з довготривалою терапією лікарськими препаратами, які не завжди призводять до бажаних результатів. Таким чином, страхові компанії часто воліють покрити одноразові великі витрати, оцінюючи це як більш ефективне вкладення в здоров'я клієнтів. Як зазначає у своєму дослідженні Карлаш В.В. «У США первинна допомога зазвичай надається сімейними лікарями, які працюють поодиночці, або як частина групи. Сімейні лікарі становлять третину загальної кількості лікарів у країні. Більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працюють у невеликих клініках із чисельністю персоналу менше ніж 5 осіб. Пацієнти можуть обирати лікаря в електронній мережі зареєстрованих постачальників послуг» [46, с. 75].

Сполучені Штати Америки сьогодні готові перейняти досвід реформ більшості європейських країн. Адже в американській охороні здоров'я складається парадоксальна ситуація, коли затрати на лікування щорічно збільшуються, а, адекватного затратам поліпшення якості немає. Тому ефективність системи охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки недостатня. Результатом цього є недовіра людей до існуючої системи охорони здоров'я.

У своїй роботі Гомон Д. О. зазначав: «розглядаючи організацію охорони здоров'я у США, варто зазначити, що головним недоліком її системи механізмів публічного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах Америки становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж удвічі перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Тому досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадити приватне медичне страхування як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові розбіжності в охороні здоров'я» [47, с. 125].

Отже, характеризуючи медичне страхування в Сполучених Штатах Америки, можна виділити такі основні особливості:

- відсутність єдиної державної системи медичного страхування, яка б охопила всі групи населення;
- багатоваріантність форм та видів приватного страхування і, відповідно, велика кількість приватних страхових компаній, постійне зростання величини страхових внесків, пов'язане із підвищенням цін на медичні послуги;
- обов'язкова участь населення в страхових платежах і оплаті медичної допомоги;
- існування юридичних і суспільних структур, які забезпечують посилений контроль за діяльністю медичних робітників і страхових організацій, захист прав пацієнтів.

Найближчим часом організація добровільного медичного страхування американського типу немає в Україні серйозних і реальних перспектив, так як

ця система може існувати лише при високій платоспроможності населення. Водночас окремі елементи американської моделі охорони здоров'я, зокрема досвід створення великих діагностичних центрів; надання медичної допомоги в домашніх умовах, що особливо актуально для матерів, які доглядають дітей; організація будинків сестринського догляду можуть ефективно використовуватись у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

Підводячи підсумки дослідження, здійсненого у завершальному розділі, важливо підкреслити роль медичного страхування як ефективного інструменту вирішення соціальних проблем на глобальному рівні.

Аналізуючи механізми фінансування охорони здоров'я у різних частинах світу, стає зрозуміло, що в усіх країнах існують різні форми медичного страхування, як обов'язкового, так і добровільного. Економічно розвинуті країни можуть підтримувати державну систему фінансування охорони здоров'я, проте навіть в цих країнах присутні різні моделі медичного страхування, що демонструє універсальність і важливість страхування в сучасному світі.

У кожній країні програми медичного страхування мають свої особливості, але базова схема типу: пацієнт (застрахований) – страхова компанія (фінансовий інститут, що здійснює акумулювання та розподіл коштів до сплати медичних послуг) – лікувальний заклад залишається в усіх країнах незмінною.

Більшість складових світового досвіду медичного страхування може успішно застосовуватись у вітчизняній практиці в умовах розвитку й удосконалення ринкових відносин. Наприклад, розвиток приватно-індивідуальних форм медико-соціальної допомоги громадянам та низка інших елементів, притаманних реформі американської охорони здоров'я, актуальні й для України. Корисним є досвід щодо розширення індивідуально-кооперативних структур в медицині, систем страхування, надання державного пріоритету найважливішим напрямкам охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я є складовою соціально-економічної сфери держави, спрямованою на забезпечення гармонійного стану і розвитку людини, досягнення оптимальної трудової та соціальної активності. Відновлення здоров'я як на індивідуальному, так і на суспільному рівні властиве всім суспільно-економічним формаціям, для України у цьому контексті актуальною є фахова оцінка соціально-економічної політики у сфері охорони здоров'я на підставі тієї чи іншої економічної теорії або тих чи інших обґрунтувань [48, с.140]. Однак у кожній з них збереження і поліпшення здоров'я здійснюється у своїй історично визначеній суспільній формі.

Всебічно дослідивши теоретичні засади та практичні аспекти функціонування медичного страхування в Україні і в зарубіжних країнах, ми дійшли наступних висновків та розробили такі пропозиції:

1. Медичне страхування є однією з найважливіших складових функціонування національних систем охорони здоров'я. Медичне страхування є встановленням гарантій громадянам при виникненні страхового випадку щодо отримання медичної послуги. На сьогоднішній день в Україні розвиток медичного страхування гальмується через низку економічних, правових і соціальних факторів. Серед соціальних аспектів важливе місце займає відсутність чіткості щодо статусу та майбутнього медичного страхування, що призводить до утворення у населення враження про його недоречність.

2. Основною проблемою, яка стримує розвиток цієї галузі, є нестача законодавчої бази. Невизначеність юридичних аспектів медичного страхування робить сектор менш привабливим для інвестицій та економічного розвитку, а також ускладнює маркетингову діяльність. Відтак, ринок медичного страхування в Україні розвивається повільно. Це створює потребу у значних реформах для покращення законодавчого регулювання, що могло б стимулювати розвиток медичного страхування та зробити його більш доступним і привабливим для населення.

3. Медичне страхування може бути як обов'язковим, так і добровільним, залежно від економічних, культурно-історичних умов, а також від демографічних та соціальних характеристик кожної країни. В Україні наразі функціонує система добровільного медичного страхування і є плани щодо запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Цей крок може не стати універсальним рішенням для виходу з кризи медичної галузі і здатний адаптувати систему охорони здоров'я до конкурентних умов та покращити її фінансування.

4. Для забезпечення стабільного фінансування системи загальнообов'язкового медичного страхування потрібно впровадити комплексний підхід до законодавчих, організаційних та методичних аспектів, зокрема, важливо чітко обґрунтувати та визначити розміри страхових внесків. Це допоможе уникнути збільшення тіньової економіки та навантаження на фонд оплати праці. Формування ефективної моделі фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування сприятиме появі, розвитку та вдосконаленню страхових інструментів у системі соціальних гарантій населення країни та забезпечить покращення якості життя та добробуту населення, що підтверджує досвід економічно розвинених країн [49, с. 55–56].

5. Впровадження системи загальнообов'язкового страхування також передбачає створення прозорих механізмів взаємодії між медичними закладами та пацієнтами, що підвищить ефективність фінансових та організаційно-правових процесів в системі охорони здоров'я. Наявність між споживачем медичних послуг (пацієнтом) і їхнім виробником (медичним закладом) проміжної ланки (фонду, який розпоряджається коштами медичного страхування) забезпечує незалежний та ефективний контроль за якістю надання медичних послуг. Перевагами цього виду страхування також є те, що забезпечується доступність медичної допомоги усім категоріям населення та цільове використання акумульованих фінансових ресурсів.

6. Важливим ринковим компонентом, що доповнює систему загальнообов'язкового державного медичного страхування і соціального

забезпечення, є добровільне медичне страхування. Концепція розвитку системи добровільного медичного страхування в Україні вимагає для своєї реалізації суттєвого вдосконалення нормативно-методичної бази, зміни податкової політики, підвищення фінансової надійності страхових компаній, а також підвищення страхової культури населення, зокрема й медичних працівників.

7. Досвід провідних країн світу показує, що добровільне медичне страхування може слугувати важливим позабюджетним джерелом фінансування охорони здоров'я, зменшуючи навантаження на державні та місцеві бюджети і дозволяючи задовольняти потреби населення у доступній та якісній медичній допомозі. Проте, добровільне страхування має і свої недоліки. Воно часто покриває лише обмежену кількість видів медичних послуг, використовує жорсткі критерії для відбору страхувальників залежно від ризику виплат, а також обсяг медичних послуг може залежати від платоспроможності особи або фінансового стану роботодавця. Це підкреслює необхідність глибшого аналізу та регулювання добровільного медичного страхування, щоб забезпечити більшу ефективність та справедливість у доступі до медичних послуг для всіх верств населення.

8. Світова практика показує, що впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є високоефективним кроком. В Україні така система може бути успішно поєднана із добровільним медичним страхуванням, що сприятиме глибокій реформі охорони здоров'я. Завдяки цьому поєднанню, можливе підвищення фінансової стабільності медичної системи та покращення доступності та якості медичних послуг для населення. Це забезпечить більш ефективне реагування на медичні потреби громадян і стане міцною основою для подальшого розвитку здоров'я нації. Та ключовими моментами можуть стати: удосконалення фінансового механізму надання медичної допомоги, підвищення кваліфікації медичних працівників, забезпечення якісного обладнання та матеріалів для проведення діагностики та лікування.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про страхування» від 07.03. 1996 р. N 85/96-ВР зі змінами і доповненнями внесеними Законом України від 04.10.2001 N 2745-III. URL:<http://zakon.rada.gov.ua>
2. Григораши Т. Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні. *Економічний простір*. (№ 56/2). 2011. С. 138–148.
3. Вороніна О. О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2015. (№ 8). С. 733–737.
4. Козьменко О. В. Актуарні розрахунки : навч. посіб. / О. В. Кузьменко. Суми. Університетська книга. 2014. 224 с.
5. Чорномаз О. Б. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2015. № 824. С. 131–134.
6. Ціборовський О. Обов'язкове медичне страхування: за і проти. *Розбудова держави*. 2011. (№ 7). С. 20–22.
7. M. R. Lavergne "Patient characteristics associated with enrolment under voluntary programs implemented within fee-for-service systems in British Columbia and Quebec: a cross-sectional study." 2022. URL: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210043>.
8. Chronologie gesetzlicher Neuregelungen. Krankenversicherung & Gesundheitswesen (1998–2016). Prof. Dr. Gerhard Bäcker. Duisburg. Januar 2017. 42 S.
9. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я : пер. з англ. 1998. 313 с.
10. Ullah S. Impact of health on labour productivity: empirical evidence from Pakistan. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 8(1). 2019. p.139.

11. Тулай О. І. Проблеми та перспективи державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*. 2016. (№ 4). С. 84–99.
12. Лехан В. М. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я. *Здоров'я нації*. 2010. (№ 2). С. 53–65.
13. Проект Закону України «Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року». (№ 9015 від 07.08.2018) URD: https://w1.cl.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64508
14. Стратегічний план розвитку системи охорони здоров'я населення до 2030 року буде затверджений цього річ. 2021. URL: <http://khocz.com.ua/strategichnijplan-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorovja-naselennja-do-2030-roku-budezatverdzenij-cogorich/>.
15. Фролова О. Г. Імплементация в кримінальне законодавство України законодавства ЄС для забезпечення кримінально-правової охорони фармацевтичної діяльності. *Науково-Інформаційний вісник Івано-Франківського університету імені Короля Данила Галицького*. (№ 16(28)). 2023. С. 176-183
16. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/stratehiia-okhorony-zdorov-ia2030-dozvolyt-hromadianam-otrymuvatyakisni-bezkoshtovni-medposluhy-po-vsiyukraini-kerivnytsia-dyrektoratu-moz/>.
17. Стратегія розвитку охорони здоров'я до 2030 р.: очікування та пріоритети. URL: <https://www.apteka.ua/article/625280>.
18. Конституція. України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
19. Карпишин Н. І. Медичне страхування у контексті модернізації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2013. № 11. С. 156–162.

20. Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні : проект Закону України № 4981 від 2016.
URL:http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59745.
21. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. Нац. ін-т стратег. дослідж. К.: НІСД, 2012. 94 с.
22. Riegler J. Comparative Ethics of Modern Payment Models: Does the Way We Pay for Care Align with Patient Care Ethics?. *Voices in Bioethics*, 2023. P. 9.
23. Ekawati, D. The Determination of Monthly Premium of Joint Term Health Insurance for Hospital Care. *Jurnal Varian*. 4(1). 2020. 25-30.
24. Aleksandrov V. T. Problems of implementation of compulsory health insurance in Ukraine. 2021.
25. Insurance TOP. URL: <https://forinsurer.com/top>.
26. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua>
27. Стецюк Т. Медичне страхування як складова соціальних гарантій розвитку суспільства. *Економічний аналіз* : зб. наук. пр. Тернопіль : Економічна думка, 2022. Т. 32, № 4. С. 135–143.
28. Податковий кодекс України: Закон України № 2755-VI. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17
29. Ільченко Г. О. Предмет та об'єкт як істотні умови договору страхування. *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право*. 2012. (№ 1). С. 53-56.
30. Василевська Н. С. Особливості об'єкта договору добровільного медичного страхування. *Правова держава*. 2017. № 27. С. 86-89
31. Eickhoff, Christiane, et al. "Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Germany." *Pharmacy Practice (Granada)* 19.1. 2021. С. 308
32. Das Deutsche Gesundheitssystem. Gesundheitsversorgung in Deutschland. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>

33. Литовченко І. Сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я федеративної республіки Німеччина. *Політичні науки та публічне управління*. 2022. (62) с. 88-92.
34. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>
35. Сазонець І. Л. Концептуальні основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. (№ 6). С. 5–8.
36. Ханіна О.І. Державно-управлінські впливи формування здорового способу життя. *Актуальні проблеми психології в умовах політичної та економічної нестабільності* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 21 грудня. 2022 р. Дніпро, 2022. С. 94–97.
37. Капітольська С. Медична галузь Франції: номер один у світі за рейтингом ВООЗ. *Ваше здоров'я*. 2010. (№ 14). С. 3–4.
38. Бабенко В. Медичне страхування: досвід Франції. *Економіка України*. 2009. (№ 1). С. 86–88.
39. Тлуста Г. Ю. Медичне страхування в США: теорія та практика функціонування. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2011. (№ 126). С. 35–39.
40. Dranove D, Sfekas A. The revolution in health care antitrust: new methods and provocative implications. *Milbank Q*. 2009. 87(3)., p. 607-632. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881459/doi:10.1111/j.14680009.2009.00573.x>
41. Fulton B. D. Health care market concentration trends in the united states: evidence and policy responses. *Health Aff (Millwood)*. 2017. 36(9)., p. 1530-1538. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/epdf/10.1377/hlthaff.2017.0556.doi:10.1377/hlthaff.2017.0556>
42. National Council on Compensation Insurance. The impact of hospital consolidation on medical costs. 2018.

- URL:https://www.ncci.com/Articles/Pages/II_Insights_QEB_Impact-ofHospital.Consolidation-on-Medical-Costs.aspx.
43. Pollack R. AHA rebuttal to ‘overcoming the market dominance of hospitals. American Hospital Association Blog. 2021. URL: <https://www.aha.org/news/blog/2021-0301-aha-rebuttalovercoming-market-dominance-hospitals>.
 44. Brennan T. "The Settlement of the Blue Cross Blue Shield Antitrust Litigation: Creating a New Potential Catalyst for Health Insurance Industry Restructuring." JAMA Health Forum. Vol. 3. No. 12. American Medical Association, 2022. P. 7.
 45. Соціальне страхування : підруч. за ред. О. П. Кириленко та В. С. Толуб'яка. Тернопіль. Екон. думка. ТНЕУ. 2016. 516 с.
 46. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 / «Механізми державного управління» ; Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2020. 280 с.
 47. Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Юридичні науки.* (№ 4). 2016. С. 120–131
 48. Чанг Х. Ю. Економіка. Інструкція з використання. Наш Формат. Київ. 2016. 400 с.
 49. Zhuravka O. S., Bosak I. L., Kubakh T. G., Mordan E. Yu. (2022) Analiz ta prohnouzuvannya rozvytku rynku dobrovil'noho medychnoho strakhuvannya v Ukrayini. [Analysis and forecasting of the development of the voluntary health insurance market in Ukraine]. *Visnyk Sums'koho derzhavnoho universytetu. Seriya Ekonomika*, no. 2, pp. 50–58.
 50. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки університету "КРОК". Серія: Економіка.* 2021. (№ 4). С. 36—46.

51. Дячина В., Булавинець В. Теоретичні засади медичного страхування. *Фінансове забезпечення сталого розвитку: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Тернопіль: ЗУНУ, 2023. Вип. 3. Том 2. С. 27-33.
52. Дячина В., Булавинець В. Особливості різних форм медичного страхування. *Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Тернопіль: ЗУНУ, 2024. Вип.1. С. 15-20.
53. Дячина В. Ринок добровільного медичного страхування в Україні. *Актуальні питання фінансової науки та практики: збірник наукових праць кафедри фінансів ім. С. І. Юрія Західноукраїнського національного університету*. Тернопіль: ЗУНУ, 2024. Вип.1. С. 50-53.