Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Модель формування якості послуг з медичного страхування (на прикладі Медичного центру «ОН Клінік Харків»)»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг
спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)
_____/Катерина СІНЬКО
(підпис) (ім'я та прізвище)
Керівник _____/__ Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)
Рецензент _____/___ Олег ЛИТВИН
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри ____/Наталія БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)
Нормоконтроль_____/ Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)
Секретар ЕК _____/ Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти
Спеціальність: 073 «Менеджмент»
Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА
_____
(підпис)
«___»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Катерині СІНЬКО

1.Тема: «Модель формування якості послуг з медичного страхування (на прикладі Медичного центру «ОН Клінік Харків»)» затверджена наказом по академії № від « » 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: « » 2025 р

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Економічна необхідністьта значення медичного страхування Розділ 2. Роль медичного страхування у зміцненні фінансового підгрунтя закладів охорони здоров'я (на прикладі Медичного центру «ОН Клінік Харків») Розділ 3. Напрямки підвищення якості послуг з медичного страхування

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 33 рис., 17табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник: _____ Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис)

Завдання прийняла до виконання: _____ Катерина СІНЬКО
(підпис)

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об’єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об’єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедру	30.11.2025	

Здобувачка _____ Катерина СІНЬКО
(підпис)

Нормоконтроль: _____ Влада МАРКОВА
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Тема: «Модель формування якості послуг з медичного страхування (на прикладі Медичного центру «ОН Клінік Харків»)».

Магістерська робота містить 154 сторінки, 122джерела , 33 рис. , 17таблиць.

Об’єкт дослідження - медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров’я в Україні.

Предмет дослідження – організаційна модель формування якості послуг з медичного страхування.

Мета дослідження- поглиблення теоретичних засад медичного страхування та обґрунтування практичних рекомендацій щодо підвищення його ролі як джерела фінансового забезпечення охорони здоров’я в Україні.

Завдання дослідження: здійснити аналіз економічної сутності медичного страхування та його ролі в фінансовому забезпеченні системи охорони здоров’я у країнах із розвиненою та трансформаційною економіками; дослідити значення медичного страхування у зміцненні фінансового підґрунтя закладів охорони здоров’я (на прикладі Медичного центру «ОН Клінік Харків»)».); теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити організаційну модель формування якості послуг з медичного страхування.

У роботі доведено, що запровадження системи страхової медицини в Україні є надзвичайно важливим та необхідним. Вона є не лише складовою соціального захисту населення кожної розвиненої країни, а й розглядається як альтернативна модель організації охорони здоров’я. Обов’язкове медичне страхування дає змогу раціональніше використовувати кошти, призначені для забезпечення охорони здоров’я, і в той самий час підвищувати якість цих послуг і рівень забезпеченості ними населення. В умовах збільшення відсотка захворюваності населення України й зниження середньої тривалості життя громадян невідкладно постає питання про захист здоров’я кожного і пошук альтернативних джерел фінансування медичної галузі.

Ключові слова: медичне страхування, медична послуга, система охорони здоров’я, смертність, страхові послуги, страхова компанія, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я.

ANNOTATION

Topic: "Model forming the quality of health insurance services (on the example of the Medical Center "ON Clinics Kharkiv")".

Magic work contains 154 pages, 122 sources, 33 rice. , 17 tables.

The object of the study is health insurance and its role in the financial security of the health care system in Ukraine.

The subject of the study is an organizational model for the formation of the quality of health insurance services.

The purpose of the study is to deepen the theoretical foundations of medical insurance and to substantiate practical recommendations for increasing its role as a source of financial support for health care in Ukraine.

Objectives of the study: to analyze the economic substance of health insurance and its role in financial security of the health care system in countries with developed and transformational economies; to investigate the importance of health insurance in strengthening the financial basis of health care institutions (for example, Medical Center "ON Clinics Kharkiv"); theoretically substantiate, develop and, in part, experimentally implement an organizational model for the formation of the quality of health insurance services.

The work proves that the introduction of an insurance medicine system in Ukraine is extremely important and necessary. It is not only part of the social protection of the population of each developed country, but is also considered as an alternative model of health care organization. Compulsory health insurance enables more rational use of funds intended for health care, and at the same time, to increase the quality of these services and the level of their availability to the population. In the conditions of increasing the percentage of the morbidity of the population of Ukraine and reducing the average life expectancy of citizens, the issue of the protection of health of each person and the search for alternative sources of financing of the medical industry is urgently raised.

Key words: medical insurance, medical service, health care system, mortality, insurance services, insurance company, financial security of the health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП..... 8
РОЗДІЛ 1. ЕКОНОМІЧНА НЕОБХІДНІСТЬ ТА ЗНАЧЕНН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ..... 12
1.1 Сутність медичного страхування та його суспільне призначення..... 12
1.2 Страхова медична послуга як фінансове зобов'язання..... 32
1.3. Медичне страхування в сучасних моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я..... 48
Висновки до розділу 1 59
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ЗМІЦНЕННІ ФІНАНСОВОГО ПІДГРУНТЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ′Я (НА ПРИКЛАДІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «ОН КЛІНІК ХАРКІВ»)…….. 62
2.1. Соціально-демографічні чинники розвитку медичного страхування..... 62
2.2. Сучасний стан ринку послуг з добровільного медичного страхування..... 80
2.3. Медичне страхування як фінансове підґрунтя закладів охорони здоров'я Харківського регіону…… 92
Висновки до розділу 2 107
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ 110
3.1. Організаційна модель формування якості послуг з медичного страхування ……110
3.2. Перспективи запровадження в Україні страхової медицини..... 122
Висновки до розділу 3 133
ВИСНОВКИ..... 135
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 138

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ОМС – обов’язкове медичне страхування

ДМС – добровільне медичне страхування

СК – страхова компанія

СОЗ – система охорони здоров’я

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ЛПУ – лікувально-профілактичні заклади

ВВП – валовий внутрішній продукт

ЄС – Європейський союз

США – Сполучені Штати Америки

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна Україна перебуває на складному етапі свого розвитку, який характеризується як глибока соціально-економічна криза. Її наслідки відчуває все населення країни через руйнівне падіння валового внутрішнього продукту, інфляцію, безробіття. Породжений кризою бюджетний дефіцит призвів до непопулярних кроків Уряду – урізання соціальних програм, в тому числі витрат на охорону здоров'я. Однак враховуючи те, що стратегічним ресурсом поступального розвитку будь-яких країн світу та підвищення її конкурентоспроможності на світових ринках є людський капітал, який потребує соціальної підтримки, в тому числі належно організованої системи охорони здоров'я, фінансове забезпечення останньої для нашої країни є однією з найбільш нагальних проблем сьогодення. Розв'язання цієї проблеми має безпосереднє відношення до проблем макрофінансової стабілізації і економічного зростання і стосується усього суспільства.

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є пріоритетним завданням будь-якої держави, її системи охорони здоров'я. Медична галузь – найбільш чутлива соціальна, політична та економічна сфера будь-якої держави, що є частиною національної культури й має відношення до всього суспільства.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я на державному рівні є вкрай недостатнім і таким, що не забезпечує у повному обсязі конституційних прав громадян на отримання медичної допомоги, що безпосередньо впливає на якість лікування та тривалість життя громадян. Поряд з проблемою фінансування видатків на охорону здоров'я заслуговує на увагу проблема неефективного, нецільового та нераціонального використання наявних ресурсів існуючою мережею закладів охорони здоров'я, яка в багатьох випадках не відповідає реальним потребам населення.

В більшості розвинених країн фінансування медичної галузі базується, переважно, на страхових засадах, які забезпечують постійний та вільний доступ населення до якісних медичних послуг. В Україні перехід до страхової медицини

відкладається вже протягом десятиліть. Запроваджена медична реформа так само не передбачає страхового принципу формування коштів для фінансування системи охорони здоров'я.

Створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування в Україні з огляду на його соціальну спрямованість, потребує проведення глибоких теоретичних досліджень та надання науково-практичних рекомендацій, які можуть стати важливим чинником використання потужного потенціалу страхування у вирішенні проблем фінансового забезпечення вітчизняної галузі охорони здоров'я.

Дослідженню проблем розвитку медичного страхування та його ролі як джерела фінансування охорони здоров'я присвятили наукові доробки Ю.Бондарь, О.Губар, О.Кнейслер, Л.Ляховченко, В. Москаленко, Л.Нечипорук, Р.Пікус, Т.Стецюк, В.Шахов, М.Шевченко, С.Юрій; питання запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні стали об'єктом наукових досліджень Г.Андрющенка, С.Бортнік, О.Білик, В.Дрошнєва, І.Охріменка, В.Стеценко; перспективи розвитку ринку добровільного медичного страхування окреслили В.Базилевич, О.Гаманкова, О.Кривицька, Н.Перловська, Н.Приказюк, Н.Ткаченко; методологічні підходи до вивчення інституту медичного страхування теоретично обґрунтували Л. Вальрас, Дж. Коммонс, Д.Норт, Дж.Стігліц, Е.Фуруботн та ін.

Віддаючи належне доробку учених у цій сфері, варто зауважити, що проблеми розвитку медичного страхування та підвищення його ролі у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я нашої країни вимагають свого подальшого дослідження. Насамперед, потребує наукового осмислення та обґрунтування доцільності реформування медичної галузі шляхом запровадження обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС) в Україні; недостатньо опрацьовані та вимагають поглибленого вивчення теоретико-організаційні засади та соціально-демографічні чинники розвитку сфери медичного страхування; функціонування ринку добровільного медичного страхування (далі – ДМС) та його ролі у зміцненні фінансового підґрунтя закладів охорони здоров'я в Україні.

Актуальність, практична значущість та недостатня опрацьованість зазначеної проблематики обумовили вибір теми магістерської роботи: ***«Модель формування якості послуг з медичного страхування (на прикладі Медичного центру «ОН клінік Харків»).***

Об'єкт дослідження - медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – організаційна модель формування якості послуг з медичного страхування.

Мета дослідження- поглиблення теоретичних засад медичного страхування та обґрунтування практичних рекомендацій щодо підвищення його ролі як джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Завдання дослідження:

- здійснити аналіз економічної сутності медичного страхування та його ролі в фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я у країнах із розвиненою та трансформаційною економіками;

- дослідити значення медичного страхування у зміцненні фінансового підґрунтя закладів охорони здоров'я (на прикладі Медичного центру «ОН клінік Харків»);

- теоретично обґрунтувати, розробити та частково експериментально впровадити організаційну модель формування якості послуг з медичного страхування.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано *загальнонаукові та спеціальні методи дослідження*: поєднання історичного та логічного – при вивченні еволюції медичного страхування; *теоретичного узагальнення, порівняння та аналогії* – при формулюванні наукових положень, уточненні і систематизації понятійного апарату медичного страхування; економіко-статистичні методи, зокрема, *статистичний і графічний аналіз*,– для дослідження макрофінансових параметрів ринку медичного страхування України, виявлення чинників його розвитку, дослідження міжнародного досвіду розбудови страхової медицини; *експертних оцінок* – для оцінювання форм та методів

забезпечення страхового захисту громадян України від ризиків втрати здоров'я; *системний та комплексний підходи* – для розробки й обґрунтування пропозицій щодо реформування національної системи охорони здоров’я.

трахового захисту населення.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
ЕКОНОМІЧНА НЕОБХІДНІСТЬ ТА ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Сутність медичного страхування та його суспільне призначення

Медичне страхування протягом багатьох десятиліть посідає ключове місце в системі соціального захисту населення в усьому світі. Виступаючи складовою частиною ширшої економічної категорії страхування, воно зобов'язане своїм виникненням специфічним соціальним ризикам, безпосередньо пов'язаним із загрозою втрати або суттєвого погіршення стану здоров'я.

Узагальнюючи існуючі наукові підходи до трактування змісту соціального ризику, доцільно навести визначення Міжнародної організації праці, де наголошується, що соціальний ризик – це втрата доходу, яка зумовлює необхідність матеріальної підтримки громадян для забезпечення задоволення мінімальних життєвих потреб незалежно від їхніх індивідуальних можливостей [1]. У структурі таких ризиків виділяють дві основні групи.

До першої групи належать: хвороба; трудова інвалідність; старість; безробіття; трудове каліцтво; професійне захворювання; народження дитини. Саме ці ризики можуть покриватися як системами соціального страхування, так і механізмами приватного страхування. Друга група охоплює інші соціально значущі ризики: бідність; самотність; сирітство; малозабезпеченість; інвалідність, виникнення якої не пов'язане безпосередньо з виробничим процесом; втрату годувальника; виховання дітей. Фінансове покриття таких ризиків, як правило, забезпечується за рахунок різних форм державної соціальної допомоги.

Під впливом ризиків, віднесених до першої групи, у розвинених країнах світу поступово формувалися системи соціального страхування, в межах яких інструменти страхового захисту націлювалися на компенсацію втрат доходів, пов'язаних з настанням відповідних страхових подій. Згодом частину цих ризиків – частково або в повному обсязі – почало перебирати на себе приватне страхування,

що зумовило розширення спектра страхових продуктів і механізмів фінансового захисту населення.

Об’єктивна потреба в організації належного страхового захисту найманих працівників (тоді як заможніші верстви суспільства могли користуватися послугами приватної медицини) постала у зв’язку із загрозою втрати годувальника, а отже – і основного джерела доходу, що неминуче призводило до зубожіння робітничих сімей. Ця потреба чітко окреслилася наприкінці XIX – на початку XX століття. Першочергово увага була зосереджена на страхуванні від нещасних випадків на виробництві, яке стало першим із видів страхування соціальних ризиків (табл. 1.1).

Як видно з даних, наведених у таблиці, другим за часом виникнення видом такого страхування стало медичне страхування. Отже, можна констатувати, що медичне страхування як інструмент соціального захисту населення практикується у світі вже понад сто років, пройшовши тривалий шлях еволюції від первинних форм взаємодопомоги до сучасних складних страховових систем.

Таблиця 1.1

Хронологія запровадження основних видів соціального страхування у деяких розвинених країнах світу

Країна	Страхування від нещасних випадків	Медичне страхування	Пенсійне страхування	Страхування безробіття
Австралія	1902	1948	1908	1944
Австрія	1913	1888	1907	1920
Бельгія	1903	1894	1900	1920
Великобританія	1897	1911	1908	1911
Греція	1914	1922	1934	1945
Данія	1898	1892	1891	1907
Ірландія	1897	1911	1911	1911
Іспанія	1925	1936	1909	1936
Італія	1898	1943	1919	1919
Канада	1930	1977	1927	1940
Люксембург	1902	1901	1911	1921
Нідерланди	1901	1931	1919	1916
Німеччина	1884	1883	1889	1927
Нова Зеландія	1908	1938	1998	1930
Норвегія	1887	1909	1936	1906
Португалія	1901	1935	1935	1975
США	1905	1965	1935	1935
Фінляндія	1895	1963	1937	1917
Франція	1898	1928	1910	1905
Швеція	1918	1891	1913	1934
Швейцарія	1990	1911	1946	1982
Японія	1911	1927	1941	1947

Україна, територія якої впродовж IX–XX століть перебувала під владою Австро-Угорщини, Російської імперії, Румунії, Польщі та Угорщини, акумулювала власний історичний досвід функціонування медичної допомоги на страхових засадах. У 1888–1919 рр. тут активно розвивалася фабрично-заводська медицина, що ґрунтувалася на діяльності лікарняних кас; у 1919–1927 рр. існувала система державної робітничої медицини; а в 1927–1991 рр. діяла централізована державна система охорони здоров'я. Водночас, цей досвід не став визначальним чинником у процесі формування сучасної національної системи охорони здоров'я після здобуття незалежності.

Після проголошення незалежності було прийнято 28 червня 1996 р. Конституцію України, у якій життя і здоров'я людини визначені серед найвищих соціальних цінностей, а право кожного на охорону здоров'я проголошено природним, невід'ємним і непорушним [3].

Одними з перших нормативно-правових документів у сфері охорони здоров'я став Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (19 листопада 1992 р.) [4], що закріпив правові, організаційні, соціальні та економічні засади функціонування медичної галузі. Закон регулював суспільні відносини у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил людини, підвищення працездатності, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення.

Подальшим кроком стало ухвалення Закону України «Про страхування» (7 березня 1996 р.), який заклав підґрунтя для розвитку медичного страхування в Україні. Документ унормував можливість здійснення таких його різновидів:

- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- безперервного страхування життя;
- страхування медичних витрат;
- обов'язкового медичного страхування.

У науковій літературі вітчизняні дослідники пропонують різні підходи до визначення сутності медичного страхування. Так, проф. С. Осадець трактує його як самостійну підгалузь особистого страхування, що охоплює види страхування, пов'язані з компенсацією витрат страхувальника у випадку захворювання та необхідності лікування [5]. Це визначення, по суті, акцентує увагу на місці медичного страхування в класифікації страхових послуг, але не розкриває його змістової сутності.

Професор Т. Говорушко визначає медичне страхування як страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, включаючи хворобу чи нещасний випадок [9]. Однак об'єднання страхування від нещасних випадків із медичним страхуванням є методологічно некоректним, оскільки ці два види страхових послуг мають різний правовий статус і ліцензуються окремо.

На думку проф. В. Базилевича, медичне страхування — це страхова діяльність, що являє собою систему соціально-економічних відносин із захисту інтересів громадян або їхніх родин у разі втрати здоров'я [10]. У цьому визначенні наголошено на процесуальному боці страхової діяльності, однак сутнісні засади медичного страхування автором окремо не деталізуються.

Дещо інший підхід демонструють А. Троцька та Л. Русул, які розглядають медичне страхування як форму соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язану з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [11]. Проте наведене визначення не виокремлює родових ознак страхування й фактично може бути зіставлене з поняттям бюджетного фінансування.

С. Ніколаєнко визначає медичне страхування як спосіб захисту державою прав особи на повноцінне лікування та охорону здоров'я [12]. І це визначення більшою мірою відповідає характеристиці державної системи фінансування охорони здоров'я, а не страхового механізму.

В. Рудень трактує медичне страхування як «вид страхування населення», у межах якого страховик за рахунок страхових премій формує фонд для фінансування медичних послуг застрахованим. Однак ця позиція містить неточності: медичне страхування є не окремим видом, а сукупністю видів; страховики формують не фонди, а страхові резерви, порядок формування яких чітко регламентований законодавством.

Підхід В. Стеценка фокусує увагу на правовій природі медичного страхування, розглядаючи його як систему правових норм, що регулюють відносини із захисту майнових інтересів фізичних осіб при одержанні медичної допомоги у разі страхового випадку [16].

О. Солдатенко відносить медичне страхування до підгалузі особистого страхування, трактуючи його об'єкт як особисті блага, пов'язані з життям і здоров'ям громадян [17]. Проте таке визначення не враховує законодавчо встановленої об'єктної специфіки медичного страхування.

Т. Яворська зазначає, що медичне страхування є видом особистого страхування, яке здійснюється у разі розладу здоров'я з будь-якої причини, зокрема внаслідок хвороби чи нещасного випадку [22]. Але, як уже наголошувалося, ототожнення цих напрямів є помилковим.

А. Савенко визначає медичне страхування як елемент соціального страхування, що гарантує громадянам рівні можливості щодо одержання медичної допомоги [23], хоча таке трактування не охоплює приватний сегмент страхового ринку.

Найбільш змістовним, на наш погляд, є визначення, запропоноване О. Борецьким, А. Ковалем, А. Федущаком, О. Федущак, які акцентують на фінансуванні процесу надання медичної допомоги, спрямованого на відновлення здоров'я застрахованих, раціональному використанні ресурсів, компенсації витрат надавачів медичних послуг та профілактиці страхових випадків [24]. Водночас доцільно враховувати, що компенсація витрат у певних випадках стосується і самих застрахованих осіб.

Узагальнюючи наведені підходи, можна констатувати, що більшість із них не розкривають сутності медичного страхування, зосереджуючи увагу на другорядних моментах. Оскільки в основі страхування як економічної категорії лежить ризик, найбільш повним ми вважаємо таке визначення: «Медичне страхування – це прояв категорії страхування при захисті майнових інтересів застрахованих осіб від ризиків втрати здоров'я та витрат на профілактику та лікування» [24].

Сутність будь-якої економічної категорії виявляється через її функції та принципи. Перелік функцій страхування в економічній літературі залишається дискусійним, однак найчастіше виокремлюють ризикову, накопичувальну, інвестиційну, попереджувальну та контрольну функції (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Функції медичного страхування

Функція	Зміст
Ризикова	полягає в захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги під час звернення до медичних установ, завдяки перерозподілу коштів страхового фонду, сформованого спеціалізованою організацією (страховиком) з урахуванням випадкового характеру подій
Ощадна	забезпечує захист і поліпшення рівня життя населення завдяки використанню механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, які мають довгостроковий характер.
Інвестиційна	дає змогу інвестувати тимчасово вільні кошти страхових організацій в економіку країни.
Превентивна	пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику та дає змогу страховикам знижувати ймовірність їхнього настання. Водночас попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість усіх учасників страхових відносин у тому, щоб негативні події, що завдають шкоди, не настали. Тому основним завданням страхових організацій, а також економічних

	суб'єктів господарювання є попередження ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків, ступеня їхнього негативного впливу та масштабів можливих збитків
Контрольна	проявляється в процесі формування та використання коштів резервів. Тому контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують достатність сформованих страхових резервів для виконання страховиками їхніх зобов'язань, а також у контролі якості медичної допомоги, що надається застрахованим особам

Особливості реалізації кожної окремої функції медичного страхування в їх сукупності дають змогу глибше зрозуміти його суспільне призначення. Ризикова, або ж «захисна» функція, проявляється у створенні для застрахованої особи відчуття фінансової убезпеченості у разі втрати здоров'я: наявність страхового полісу гарантує покриття витрат на лікування й забезпечує психологічну впевненість у доступності медичної допомоги. Превентивна функція виявляється через діяльність страховика, який, усвідомлюючи ризики значних виплат у випадку настання страхових подій, зацікавлений у запровадженні профілактичних заходів і стимулюванні раннього виявлення захворювань. Це, у свою чергу, підсилює переконаність як страхувальника, так і страховика у можливості попередження погіршення стану здоров'я.

Контрольна функція реалізується через відбір страховою компанією відповідних лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) для обслуговування клієнтів, а також через моніторинг процесу надання медичних послуг. Такий контроль обмежує невиправдані призначення та попереджає додаткові витрати, забезпечуючи раціональне використання коштів. Інші функції страхування, що також згадуються в економічній літературі, пов'язані переважно з управлінням страховими активами; однак ефективність інвестування страхових ресурсів прямо впливає на здатність страховика виконувати свої зобов'язання за полісами медичного страхування.

Медичне страхування ґрунтується на низці принципів, що визначають його економічну та соціальну природу. В теорії страхування традиційно виокремлюють принципи еквівалентності, солідарності та відшкодування.

Принцип еквівалентності передбачає підтримання балансу між страховими преміями, що їх сплачує страхувальник, і страховими виплатами, які має здійснити страховик. Цей принцип є основоположним насамперед для добровільних форм медичного страхування, де страховий тариф має забезпечувати фінансову стійкість програми.

Принцип солідарності полягає в тому, що надання медичної допомоги застрахованій особі фінансується за рахунок усіх учасників страхування, а не лише за рахунок внесків конкретного індивіда. Таким чином, ризики окремої

особи перерозподіляються на широку спільноту страхувальників, що створює основу для колективного захисту.

Принцип відшкодування передбачає, що під час добровільного медичного страхування медична допомога надається в межах умов та обсягів, визначених відповідною програмою, за яку сплачено страхову премію, тоді як під час обов'язкового медичного страхування (ОМС) – у межах затвердженої територіальної програми [25].

Розглянуті функції та принципи медичного страхування дають змогу сформулювати його ключову мету. У широкому значенні вона полягає у забезпеченні громадян гарантованим правом на необхідну медичну допомогу, фінансування якої здійснюється за рахунок акумульованих страхових коштів. У конкретнішому значенні мета медичного страхування реалізується через систему його завдань, які логічно поділяються на соціальні та економічні.

Соціальні завдання медичного страхування охоплюють такі напрями: охорона здоров'я населення; профілактика та попередження захворювань; сприяння відтворенню людського капіталу; розвиток мережі медичного обслуговування; стимулювання ринку медичних послуг; компенсація витрат застрахованої особи на лікування; забезпечення правового медичного захисту; підвищення економічної зацікавленості населення у збереженні здоров'я [26].

До економічних завдань відносять: фінансування системи охорони здоров'я; удосконалення матеріально-технічної бази страхової галузі; забезпечення рівних умов конкуренції між медичними закладами незалежно від форми власності; підвищення відповідальності медичних установ і фахівців за кінцевий результат діяльності; перерозподіл фінансових ресурсів між різними групами населення; захист доходів громадян і членів їхніх сімей [26].

У світовій практиці медичне страхування функціонує у двох формах — обов'язковій (ОМС) та добровільній (ДМС). Обидві форми суттєво різняться за механізмами фінансування, організацією та роллю держави, а їх розвиток є стратегічно важливим для соціально-економічної політики кожної держави, оскільки забезпечує населення належними фінансовими гарантіями у сфері охорони здоров'я.

Вибір тієї чи іншої форми медичного страхування у кожній країні зумовлюється сукупністю економічних, соціальних, демографічних і культурно-історичних чинників, рівнем захворюваності, структурою системи охорони здоров'я та станом ринку медичних послуг. Історично медичне страхування виникло як елемент соціального захисту, і вже багато десятиліть є ключовим механізмом забезпечення доступності медичної допомоги.

Обов'язкове медичне страхування, функціонування якого координується переважно державними структурами, є одним із базових інструментів соціального захисту громадян. ОМС має чітко виражений некомерційний характер і здійснюється відповідно до законодавства країни, що визначає обсяги медичної допомоги в межах базової програми.

До характерних особливостей ОМС належать: сплата страхових внесків роботодавцями та, у разі передбачення законом, працівниками; формування страхового фонду для покриття витрат на лікування; єдині стандарти страхового забезпечення для всіх застрахованих; визначення умов медичного обслуговування через спеціальні програми ОМС; перерахування коштів на оплату гарантованого мінімального обсягу медичних послуг [27].

В Україні наразі повноцінно функціонує лише добровільне медичне страхування (ДМС), тоді як ОМС, хоч і закріплено у законодавстві протягом понад двадцяти років, досі не впроваджене в практичну діяльність. Законодавство визначає принципи організації ОМС — державність, загальність, обов'язковість і некомерційність, — однак механізм його реалізації залишається нереалізованим.

Порівняно з ДМС, ОМС має низку суттєвих відмінностей, серед яких: повне охоплення страхового поля; законодавче встановлення тарифів; фінансування за рахунок обов'язкових внесків роботодавців і працюючих громадян; державне регулювання діяльності страховиків; можливість участі державних та приватних організацій як страховиків; чіткий порядок використання коштів, що допускає їх спрямування виключно в сферу медичного страхування [28].

Державна система ОМС забезпечує рівний доступ до базових медичних послуг, однак у багатьох країнах цей рівень не повністю відповідає потребам населення. Тому добровільне медичне страхування виконує функцію розширення

обсягів і якості медичної допомоги, надаючи можливість отримати послуги, які не покриваються програмою ОМС [30].

У країнах світу ДМС зазвичай функціонує як доповнення до обов'язкового страхування. У межах ДМС здійснюється оплата послуг, що виходять за межі гарантованих державою. В Україні ж добровільне медичне страхування фактично виконує роль самостійного механізму соціального захисту, компенсуючи відсутність системи ОМС.

Правові засади функціонування ДМС визначаються Законом України «Про страхування» та нормативними документами Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг. У них унормовано класифікаційні ознаки таких видів добровільного медичного страхування: безперервне страхування здоров'я; страхування здоров'я на випадок хвороби; страхування медичних витрат [30].

Безперервне страхування здоров'я спрямоване на захист майнових інтересів, пов'язаних із здоров'ям і працездатністю застрахованої особи або особи, визначеної страхувальником, за умови наявності її згоди [31].

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає, що страховик зобов'язується здійснити страхову виплату у розмірі страхової суми або її частини у разі смерті, тимчасової втрати працездатності, інвалідності або захворювання, передбаченого договором, якщо подія сталася протягом строку його дії [31].

Страхування медичних витрат означає обов'язок страховика відшкодовувати документально підтверджені витрати застрахованої особи на отримання медико-санітарної допомоги у зв'язку з хворобою чи травмою, зокрема під час подорожей, у межах страхової суми або її визначеної частини [31].

Особливості видів ДМС та їх класифікацію подано на рис. 1.1.

Рис. 1.1. Класифікація добровільного медичного страхування

Добровільне медичне страхування (ДМС) здійснюється у межах правил, що їх розробляє страхова медична компанія, і може набувати індивідуальної або колективної форми. Колективна форма передбачає, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб, тоді як за індивідуального страхування джерелом фінансування виступають особисті доходи окремих громадян. Такий поділ форм зумовлює особливості організації страхового процесу, охоплення застрахованого контингенту та обсяги страхових програм.

Строки укладення договору ДМС, зокрема договорів безперервного страхування здоров'я, можуть суттєво відрізнятися: вони встановлюються як короткострокові, довгострокові або навіть довічні. Тривалість договору визначає як обсяг відповідальності страховика, так і стабільність захисту застрахованої особи в межах обраної програми медичного страхування.

Договір ДМС являє собою домовленість між страхувальником і страховиком, відповідно до якої страхова компанія бере на себе зобов'язання організувати та профінансувати медичну допомогу застрахованій особі в разі настання страхового випадку, виходячи з умов страхової програми. Такий договір визначає не лише

права та обов’язки сторін, але й механізми взаємодії між ними у сфері медичного обслуговування.

Особливості договорів ДМС можна узагальнити у кількох ключових положеннях.

По-перше, предметом договору виступають суспільні відносини, що виникають між страховиком, страхувальником і застрахованими особами з приводу організації та оплати медичної допомоги. У разі настання страхового випадку страховик повинен здійснити виплату страхової суми або її частини страхувальнику чи застрахованій особі для компенсації вартості медичної допомоги відповідно до обраної програми.

По-друге, одержувачем страхової виплати може бути не лише застрахована особа. Виплату також може отримувати лікувальний заклад або асистанська компанія, яка забезпечує надання медичних послуг і попередньо фінансує витрати, понесені лікувальною установою чи застрахованою особою, за рахунок коштів страховика. Така практика поширена у системах, де страхові компанії активно співпрацюють із ЛПУ та службами медичного асистансу.

По-третє, договори ДМС вимагають обов’язкового зазначення конкретної застрахованої особи, майнові інтереси якої підлягають страхуванню. Це зумовлює індивідуалізований характер страхового захисту та чітке визначення переліку страхових випадків.

По-четверте, договір ДМС у своїй суті є трьохстороннім, а інколи навіть багатостороннім. Його укладення передбачає узгоджену волю страхувальника, страховика та медичної установи, що забезпечує комплексність і правову визначеність процесу медичного обслуговування.

Система обов’язкового медичного страхування (ОМС) функціонує у багатьох країнах світу, зокрема у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах, Швеції, Бельгії та інших. Водночас у Ізраїлі, Швейцарії та США провідне місце займає добровільне страхування здоров’я, тоді як обов’язкове державне страхування застосовується здебільшого до окремих соціальних груп, наприклад військовослужбовців або поліцейських. Загалом обов’язкова форма страхування

притаманна країнам із домінуванням суспільної моделі охорони здоров’я, а добровільна — державам, де значний розвиток має приватний страховий сектор [30].

Ключове суспільне призначення медичного страхування проявляється у двох фундаментальних напрямах. По-перше, медичне страхування є важливим інструментом соціального захисту населення від ризиків, пов’язаних із втратою здоров’я, забезпечуючи фінансову підтримку та доступ до медичної допомоги. По-друге, воно виступає надійним джерелом фінансування національних систем охорони здоров’я (СОЗ), доповнюючи державне й приватне фінансування та забезпечуючи стійкість і прогнозованість ресурсної бази сфери охорони здоров’я (рис. 1.2.).

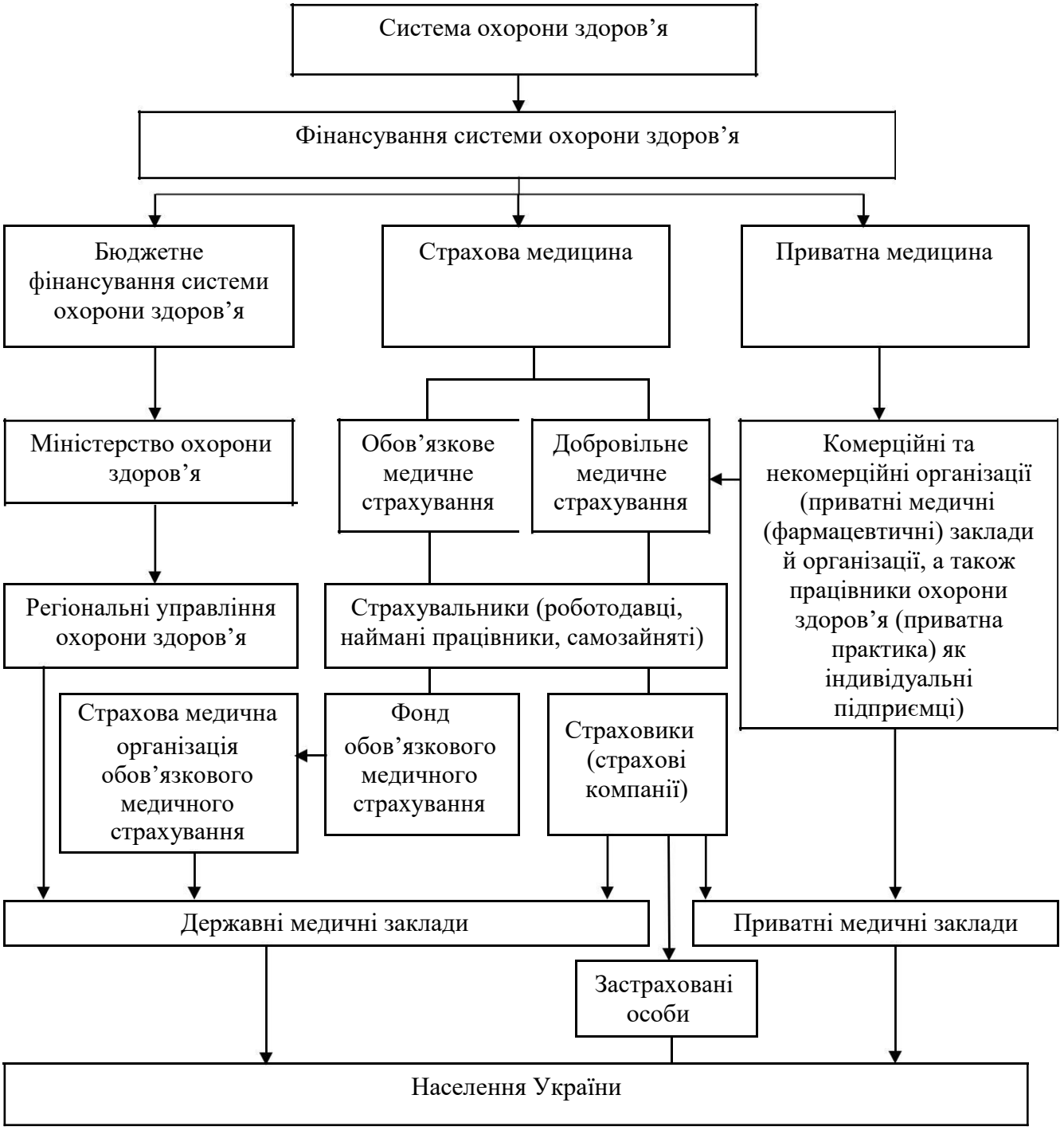

Рис. 1.2. Система охорони здоров'я України

Як засвідчує рис. 1.3, в Україні наразі функціонує багатоканальна система фінансування галузі охорони здоров’я, що передбачає залучення й комбінування кількох джерел надходжень. Водночас запровадження обов’язкового медичного страхування (ОМС) на цьому етапі розглядається лише як перспективний напрям подальшого розвитку системи фінансового забезпечення медицини.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» охорона здоров’я визначається як «система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя»[4].

Система охорони здоров’я України постає як складна, багатокомпонентна галузь, що повинна ґрунтуватися на принципах ефективної координації та взаємодії великої кількості центральних органів виконавчої влади — насамперед міністерств охорони здоров’я, фінансів, економіки, соціальної політики, освіти і науки, органів з питань надзвичайних ситуацій, а також інших міністерств і відомств[45]. Медична сфера є однією з найчутливіших соціальних, політичних і економічних підсистем держави, невід’ємною складовою національної культури, що безпосередньо стосується життєдіяльності всього суспільства.

Відповідно до чинного законодавства, система охорони здоров’я (СОЗ) України має формуватися на основі таких базових принципів:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави та одним із ключових чинників розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов’язаних із ними державних гарантій;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги, а також інших послуг у сфері охорони здоров'я;

- орієнтація на сучасні стандарти медичної допомоги, поєднання національних традицій і досягнень із провідним світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів охорони здоров’я та посилення самостійності медичних працівників на правовій і договірній основі[4].

Водночас у сучасних умовах зазначені принципи значною мірою набули декларативного характеру, оскільки їх реалізація на практиці є вкрай обмеженою. Основним чинником такої ситуації виступає тривале, хронічне недофінансування сфери охорони здоров’я. Саме фінансове забезпечення слід розглядати як вирішальний фактор, що визначає можливості розвитку медичної галузі та її соціально-економічну результативність.

Поняття «фінансове забезпечення» було предметом аналізу багатьох вітчизняних економістів, і в цілому підходи до його інтерпретації є близькими за змістом.

Так, В. Опарін трактує фінансове забезпечення як структурну підсистему фінансово-кредитного механізму, тобто як систему джерел і форм фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства[46].

На переконання О. Романенко, фінансове забезпечення є одним із фінансових методів (поряд із фінансовим плануванням, оперативним управлінням, фінансовим контролем, фінансовим регулюванням), який автор відносить до ключових елементів фінансового механізму[47].

Підхід, згідно з яким фінансове забезпечення тлумачиться як один із методів фінансового механізму, покликаного обслуговувати процеси розподілу та перерозподілу фінансових ресурсів з метою формування доходів і фондів коштів, характерний і для наукових праць О. Кириленко[48].

Я. Буздуган розглядає фінансове забезпечення як метод фінансового механізму, за допомогою якого формуються та використовуються фонди коштів і який відображає змістовний вплив фінансів на різні аспекти суспільного розвитку. Відповідно фінансове забезпечення охорони здоров’я дослідниця визначає як

метод фінансового механізму, що задає принципи, джерела та форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність яких спрямована на охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров’я населення[49].

У межах фінансового механізму фінансове забезпечення як метод фінансового впливу на економічний розвиток виокремлюють також І. Петровська та Д. Клиновий[50].

У навчальному виданні «Бюджетний менеджмент» (за загальною редакцією В. Федосова) подано дещо інший, але концептуально близький підхід: «Фінансове забезпечення — це система джерел і форм фінансування розвитку економічної і соціальної сфери»[51]. Саме таке розуміння видається нам найбільш прийнятним, оскільки воно дозволяє розглядати фінансове забезпечення не лише як метод, а як цілісну систему.

У національній практиці метод фінансування традиційно трактується як спосіб розподілу фінансових ресурсів від фондотримача до закладу охорони здоров’я (зокрема, до сімейного чи приватного лікаря), який виступає безпосереднім надавачем медичної допомоги[49].

До основних методів фінансування закладів охорони здоров’я в Україні належать: кошторисний метод, програмно-цільовий метод і фінансування за фактично надані медичні послуги. При цьому перші два підходи є базовими для вітчизняної практики бюджетного фінансування медичних установ[52].

Кошторисне фінансування передбачає виділення коштів на утримання закладів, установ та організацій, виконання визначених програм і реалізацію окремих заходів на основі спеціального фінансового документа – кошторису[53]. Це традиційний та найбільш поширений в Україні спосіб фінансового забезпечення медичних закладів. Його перевагами є можливість відносно точного прогнозування видатків (за умов відсутності чи низького рівня інфляції), забезпечення контролю за цільовим використанням коштів, а також обмеження їх абсолютних обсягів. Однак за умов, коли необхідно створити дієвий стимулюючий механізм, який би пов’язував обсяги фінансування з досягнутими результатами, зазначені переваги трансформуються у недоліки. Кошторисне

фінансування не дає змоги оперативно змінювати обсяги коштів у відповідь на зміну обсягу робіт, не сприяє гнучкому маневруванню ресурсами між окремими статтями видатків.

Програмно-цільовий метод розглядається як метод управління бюджетними ресурсами, спрямований на досягнення чітко визначених результатів за рахунок бюджетних коштів, із використанням інструментів оцінки ефективності їх застосування на всіх етапах бюджетного процесу[53].

Такий підхід передбачає, по-перше, окреслення конкретних об'єктів, цілей фінансування і необхідних ресурсів; по-друге, дає змогу мінімізувати ризики нецільового використання бюджетних коштів, орієнтує на результативність видатків і передбачає персональну відповідальність керівників закладів охорони здоров'я за досягнення запланованих соціальних результатів бюджетних програм. Вартість програмно-цільового фінансування полягає в тому, що воно дозволяє забезпечити комплексний підхід до реалізації програмних заходів. Як підкреслюють С. Юрій, В. Стоян, О. Даневич, характерними ознаками програмно-цільового методу є: зосередженість на результатах, які мають бути досягнуті внаслідок виконання програм; можливість оцінки наслідків бюджетних рішень уже на етапі їх ухвалення; посилення відповідальності за цільове використання бюджетних коштів; створення передумов для поглибленого аналізу видатків з позицій результативності; забезпечення прозорості бюджетного процесу[54].

Водночас негативною рисою програмно-цільового фінансування є те, що в умовах обмеженості бюджетних ресурсів воно часто реалізується за залишковим принципом, і за браку коштів фінансування цільових програм призупиняється насамперед.

Фінансування за фактично надані медичні послуги вважається найбільш точним методом визначення витрат. Воно може здійснюватися як на основі планових (очікуваних), так і фактичних обсягів послуг і потребує розрахунку цін (тарифів) на кожен вид медичної допомоги. Саме цей механізм є характерним для страховиків, що здійснюють медичне страхування. Формування дієвого механізму ціноутворення на медичні послуги є однією з ключових проблем функціонування

ринку медичних послуг в Україні: з одного боку, вартісна оцінка медичної допомоги стала невід'ємною складовою медичної реформи за принципом «гроші ходять за пацієнтом»; з іншого – декларованe запровадження обов'язкового медичного страхування можливе лише за умови чіткого визначення вартості медичних послуг, оскільки саме вона лежить в основі розрахунку страхових внесків. У той же час коло питань, пов'язаних із ціноутворенням, досі залишається значною мірою неврегульованим. Передусім це стосується методичних аспектів, серед яких найважливішими є:

– відсутність єдиного методичного підходу до формування цін на медичні послуги;

– розбіжності щодо того, який саме вид витрат має бути покладений в основу ціноутворення (фактичні витрати чи такі, що відповідають встановленим стандартам лікування пацієнтів тощо);

– відсутність єдиного підходу до вибору одиниці виміру обсягу наданих медичних послуг, необхідної для обґрунтування фінансування закладів охорони здоров'я;

– дискусійність питання про те, чи мають ціни бути уніфікованими для однакових видів медичних послуг, чи вони повинні диференціюватися залежно від рівня надання послуг і економічних умов функціонування медичного закладу, або ж встановлюватися індивідуально для кожного закладу;

– невирішеність проблеми врахування різного рівня матеріально-технічного забезпечення закладів одного типу при розробленні цін на медичні послуги[55].

Аналізуючи фінансування сфери охорони здоров'я України, слід наголосити, що створення ефективного фінансового механізму як для системи охорони здоров'я загалом, так і для медичного страхування зокрема, пов'язане з вирішенням трьох взаємопов'язаних функціональних завдань:

– по-перше, мобілізації фінансових ресурсів, що включає визначення джерел фінансування, вибір адекватної стратегії залучення коштів, формування інституційної інфраструктури, відповідальної за адміністрування внесків і платежів;

– по-друге, акумуляції зібраних ресурсів у спеціалізованих фондах, тобто

виконання функції накопичення і ефективного управління цими ресурсами з метою забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг;
– по-третє, закупівлі медичних послуг, що передбачає організований процес перерозподілу коштів із солідарних фондів до установ та організацій, які безпосередньо надають медичну допомогу[55].

Збалансований механізм фінансування медичного страхування, покликаний забезпечити реалізацію зазначених завдань, має ґрунтуватися на дотриманні низки принципів організації, серед яких ключовими є:

– принцип фінансової захищеності від ризиків, зумовлених станом здоров'я громадян, орієнтований на збереження їхнього добробуту, який не повинен погіршуватися внаслідок оплати медичних послуг;
– принцип соціальної справедливості, що передбачає встановлення диференційованих ставок внесків для осіб з різним рівнем доходів;
– принцип рівної доступності, згідно з яким доступ до медичної допомоги має визначатися потребою, а не платоспроможністю;
– принцип прозорості та підзвітності, що означає формування зрозумілих критеріїв оцінки функціонування системи охорони здоров'я та дієвих механізмів протидії корупції;
– принцип ефективності управління, спрямований на усунення дублювання функцій у сфері фінансування охорони здоров'я, мінімізацію витрат, не пов'язаних безпосередньо з досягненням основних цілей системи[57].

Очевидно, що фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я не зводиться лише до визначення джерел, форм, принципів організації та методів фінансування. Його кінцевою метою є досягнення певних результатів – отримання конкретних економічних і соціальних ефектів від функціонування галузі. У цьому контексті медичне страхування виконує винятково важливу, специфічну роль.

1.2. Страхова медична послуга як фінансове зобов'язання

Однією з форм реалізації об’єктивної категорії страхування виступає страхова медична послуга. Різноманіття об’єктів страхування та ризиків, що охоплюються страховим покриттям, а також можливість комбінування різних варіантів страхового забезпечення з урахуванням потреб конкретних страхувальників створюють для страховика широкий простір для формування й пропозиції різних видів страхових медичних послуг, які втілюються в конкретних програмах страхування.

Як об’єкт купівлі-продажу на страховому ринку страхова медична послуга покликана задовольняти потребу членів суспільства в страховому захисті від ризиків втрати здоров’я. У міжнародній практиці ця потреба реалізується, з одного боку, через системи обов’язкового страхування, а з іншого — через механізми добровільного приватного страхування. В Україні, як уже зазначалося, страхові медичні послуги надаються наразі виключно в межах добровільного страхування на страховому ринку.

Суб’єктами цього ринку виступають, з одного боку, страхові компанії, що надають страхові медичні послуги (продавці), а з іншого — страхувальники, тобто застраховані фізичні або юридичні особи (покупці). Їхній правовий статус визначається Законом України «Про страхування»[58].

Страховий продукт (страхова послуга), який страховики пропонують страхувальникам, не має чіткого офіційного тлумачення в самому Законі «Про страхування». У спеціальній літературі зустрічається широкий спектр підходів до окреслення об’єкта купівлі-продажу на страховому ринку: говорять про страхові продукти, страхові послуги, страхові поліси, страховий захист, страхове покриття тощо.

Зокрема, вітчизняні науковці В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич, а також російський дослідник В. В. Шахов вважають, що об’єктом купівлі-продажу на страховому ринку є страховий захист[59]. З позицій економічної теорії така інтерпретація виглядає цілком обґрунтованою та логічною, оскільки відображає економічний зміст і об’єктивну основу попиту на страхові послуги. Проте з практичного погляду сприйняття цього поняття є ускладненим, адже категорія

страхового захисту є теоретичною абстракцією, що відображає певну систему економічних відносин між суб'єктами, які надають та отримують цей захист. Тому процес купівлі-продажу «страхового захисту» як такого важко зробити наочним. На наш погляд, коректніше вести мову про те, що об'єктом купівлі-продажу є інституціоналізована, належним чином оформлена послуга з надання страхового захисту, тоді як потреба у страховому захисті виступає об'єктивною передумовою існування такої послуги.

Страхові компанії набувають права на надання страхових послуг лише після отримання державної ліцензії на здійснення конкретних, законодавчо визначених видів страхування. Саме ця обставина, на нашу думку, зумовила поширення підходу, за якого поняття «страхова послуга» ототожнюється з поняттям «вид страхування». Так, Л. В. Временко тлумачить страхову послугу як «специфічний товар, запропонований на страховому ринку»[76], а далі зазначає, що «перелік видів страхування, яким може скористатися страхувальник, становить асортимент страхового ринку»[77]. Подібної позиції дотримується Т. А. Говорушко, яка наголошує, що «перелік видів страхування, яким може скористатися страхувальник, являє собою асортимент послуг страхового ринку»[9]. Російський дослідник С. Г. Журавін пише, що «множинність майнових інтересів і видів ризиків, котрі їм загрожують, породжує сукупність видів страхування (або страхових послуг) – об'єктів купівлі-продажу на страховому ринку»[77], тоді як С. Л. Єфімов визначає страхові послуги як «перелік видів угод страхування, з якими працює певний страховик»[78]. Наведені позиції свідчать про доволі широке трактування страхових послуг як сукупності видів страхування. Втім, на наш погляд, такий підхід, по-перше, звужує зміст поняття «страхова послуга» (зокрема, залишаючи поза його межами послуги з перестрахування); по-друге, не розкриває економічної сутності та природи страхової послуги як фінансового явища.

Не поділяємо ми й підходу, за якого «страхова послуга» та «страховий продукт» розглядаються як тотожні поняття, хоча окремі автори їх ототожнюють. Наприклад, В. Д. Базилевич і К. С. Базилевич зазначають, що «страхові продукти

– специфічні послуги, що пропонуються на страховому ринку»[59]. В. І. Нечипоренко пише: «Страховий продукт (послуга) – це комплекс цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством»[5]. Подібне змішування категорій демонструють й інші автори, зокрема російський учений А. Н. Зубець, який, характеризуючи особливості страхової послуги, фактично має на увазі страховий продукт[79].

Натомість нам імпонує позиція дослідників, які розмежовують поняття «страхова послуга» та «страховий продукт». Вважаємо, що ці терміни не можуть використовуватися як синоніми. Цю точку зору поділяє Я. П. Шумелда, на думку якого «термін «страхова послуга» є широким і загальним, а «страховий продукт» більш вузьким і конкретним… Страхові послуги ми розглядаємо як форму захисту об'єктів страхування від дії ризиків, а страхові продукти – як окремі різновиди страхових послуг, призначені для захисту застрахованих предметів від конкретних ризиків»[80]. Оригінальне трактування поняття «страховий продукт» запропонував проф. Р. Т. Юлдашев, який визначає його як «кінцевий результат розробки конкретного виду страхування, представлений набором документів»[81]. Отже, страховий продукт, за Юлдашевим, – це сукупність основних (безпосередньо страхових) і додаткових (не завжди виключно страхових) послуг, що надаються страхувальникові під час укладання договору страхування.

Заслуговує на увагу й підхід російських дослідників Є. І. Івашкіна та В. В. Іонкіна, які, вибудовуючи співвідношення між поняттями «страхова послуга», «страховий продукт» і «правила страхування», наголошують: «Страховики є виробниками страхових послуг, конкретними формами прояву яких є умови (правила) страхування за окремими видами страхової діяльності, котрі містять положення щодо суб'єктів страхування, об'єктів страхування, страхових випадків, страхових ризиків, порядку визначення страхової суми, страхового тарифу, страхової премії (страхових внесків), порядку укладання, виконання та

завершення договорів страхування, прав та обов'язків сторін, визначення розмірів збитків або шкоди, порядку страхових виплат, випадків відмови у виплаті та інші положення… Сформоване наповнення правил страхування фахівці визначають як страховий продукт, програму страхування тощо. Кількість конкретних страхових продуктів із розвитком економіки, суспільства, потреб у страхуванні та інституту страхування закономірно зростає… При цьому зміст кожного страхового продукту має індивідуальний характер. У розвинених країнах кількість страхових продуктів уже сягає двох-трьох і більше тисяч»[82].

Не заперечуючи доцільності використання категорій «страховий захист», «вид страхування», «страховий продукт», ми разом із тим підкреслюємо, що вони не можуть вважатися синонімами поняття «страхова послуга». Сутність об'єкта купівлі-продажу на страховому ринку може бути адекватно розкрита лише за умови розгляду страхової послуги як різновиду фінансової послуги.

Уперше належність страхової діяльності до сфери фінансових послуг, а страхових компаній — до кола фінансових установ в Україні була законодавчо закріплена Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». У цьому Законі фінансові послуги визначаються як «операції з фінансовими активами, що здійснюються в інтересах третіх осіб за власний рахунок чи за рахунок цих осіб, а у випадках, передбачених законодавством, – і за рахунок залучення від інших осіб фінансових активів з метою отримання прибутку або збереження реальної вартості фінансових активів»[83]. До переліку фінансових послуг, згідно із зазначеним законодавчим актом, включено й послуги у сфері страхування.

Отже, спираючись на чинні норми національного законодавства, можна дійти висновку, що страхові організації як фінансові установи пропонують страхувальникам на страховому ринку фінансові послуги, у тому числі страхові медичні послуги. Такий підхід до страхової послуги як до фінансової загалом відповідає широко визнаним міжнародним стандартам.

Страхова послуга (у тому числі медична) при цьому постає як фінансове зобов'язання з надання страхового захисту. У цьому і полягає її економічний

зміст: страхові компанії, що надають такі послуги, повинні бути фінансово спроможними виконувати взяті на себе зобов'язання, і цей аспект їхньої діяльності перебуває під постійним державним контролем у всіх розвинених країнах світу. Для страхових організацій надання страхових послуг є не лише ліцензованим, а й виключним видом діяльності. Законодавство унеможливлює перетворення будь-якої юридичної особи на страховика шляхом простого внесення змін до установчих документів, якщо страхування не було основним видом діяльності раніше. Страхові установи в Україні є об'єктами постійного нагляду й контролю з боку держави щодо дотримання вимог страхового законодавства та забезпечення їхньої фінансової стійкості й платоспроможності на всіх етапах функціонування.

Страхова медична послуга має для сторін договору страхування виражений ризиковий, імовірнісний характер. Страхувальник, прагнучи отримати страховий захист, сплачує страховику встановлену суму (страхову премію) і натомість набуває права на повне або часткове відшкодування збитків у разі настання страхової події. При цьому страхова подія може як настати, так і не відбутися, отже, страхова виплата за певними видами страхування може мати місце або не здійснюватися взагалі.

Страхувальник, який уклав договір медичного страхування, не має підстав вимагати повернення страхової премії в разі ненастання страхової події. У такій ситуації сплачена страховикові премія суб'єктивно сприймається як ніби «безповоротна втрата». Водночас для страховика впродовж строку дії договору медичного страхування ця сума враховується у складі страхових резервів, а після завершення дії договору перетворюється на частину доходу. Як елемент страхових резервів, страхова премія є джерелом компенсації витрат на лікування тих застрахованих осіб, які зазнали впливу ризиків втрати здоров'я, передбачених умовами договору.

Якщо ж страховий випадок настає, страхувальник отримує страхову виплату, яка здебільшого значно перевищує суму сплаченої страхової премії. У такому випадку страхова компанія виступає зовнішнім джерелом фінансування

наслідків страхової події (компенсує збитки), сприймаючи цю виплату як власну «безповоротну» втрату. Отже, настання страхової події є ризиком як для страхувальника (через загрозу його майновим інтересам), так і для страховика, який змушений здійснювати виплату, розмір котрої може бути суттєво більшим за отриману від конкретного страхувальника страхову премію.

Підвищений рівень ризику, притаманний діяльності з надання страхових медичних послуг, певною мірою компенсується через залучення широкого кола страхувальників. Плата за страхову послугу розподіляється в межах великої, замкненої сукупності страхувальників: страхові премії сплачуються значною кількістю осіб, тоді як право на страхову виплату реалізують лише ті з них, на кого поширюється дія страхової події. Саме цей механізм дає змогу страховим компаніям здійснювати свою діяльність. Тому запровадження обов'язкового медичного страхування, що охоплюватиме все населення країни, створює унікальну можливість за відносно невисоких страхових внесків (які, до того ж, сплачуватимуться роботодавцями) забезпечити національну систему охорони здоров'я стабільним та ефективним джерелом фінансування.

Сутність страхової медичної послуги як фінансового зобов'язання повною мірою розкривається у процесі формування і реалізації взаємовідносин між страховиком, кожним конкретним страхувальником та сукупністю страхувальників.

Цей процес охоплює два змістовні етапи, які відображають фінансову природу страхових відносин і реалізують принцип солідарного розподілу збитків між усіма учасниками, внаслідок чого страхова послуга набуває відчутного економічного виміру[84].

Перший етап пов'язаний з укладенням договору та сплатою страхової премії, тобто з матеріалізацією індивідуально проданого фінансового зобов'язання щодо надання страхового захисту в масштабах усієї сукупності страхувальників. Його основою виступає факт передання страхувальником страховику певної суми грошових коштів у вигляді страхової премії, яка є джерелом формування страхових резервів, призначених для компенсації збитків.

Зміст цього етапу полягає в тому, що страхова компанія, отримавши індивідуальну премію, відповідно до законодавчо встановленого порядку трансформує її у частину страхових резервів, за рахунок яких у майбутньому здійснюватимуться страхові виплати всій сукупності страхувальників. Таким чином, на першому етапі формується реальна економічна основа, що забезпечує матеріальну наповненість корисності страхової послуги як інструменту гарантування спокою і впевненості клієнтів. Матеріалізація відбувається на рівні всієї сукупності страхувальників, а не окремої особи, оскільки страхові резерви розраховуються саме для цієї сукупності. Кожен страхувальник, незалежно від того, наскільки він усвідомлює ці процеси, фактично має гарантовану економічну базу у вигляді страхових резервів, які забезпечують можливість отримання допомоги на умовах, визначених договором. Отже, матеріалізація на цьому етапі має форму постійної готовності страховика компенсувати можливі збитки будь-якому страхувальнику; це потенційна готовність, втілена у створених резервах і поширена на всіх застрахованих.

Другий етап пов’язаний із здійсненням страхової виплати, тобто з індивідуальною матеріалізацією зобов’язання з надання страхового захисту в разі настання страхової події, передбаченої договором. На цьому етапі відбувається компенсація збитків, завданих застрахованим інтересам страхувальника і визнаних страховиком як такі, що підлягають відшкодуванню. Обіцяні спокій і впевненість щодо застрахованих об’єктів набувають реального змісту через виплату страхової суми (або її частини). Таким чином здійснюється завершальна матеріалізація зобов’язання зі страхового захисту. Якщо перший етап відображає потенційну матеріалізацію зобов’язання для всієї сукупності клієнтів, то другий етап означає його завершену реалізацію для конкретного страхувальника, одночасно засвідчуючи обґрунтованість відчуття спокою і впевненості у всієї сукупності застрахованих, оскільки всім постраждалим із їх числа було компенсовано завдані збитки[85].

Надання страхової медичної послуги завжди має відповідне юридичне оформлення: укладається договір страхування або видається страховий поліс

(свідоцтво, сертифікат), що підтверджує факт наявності страхового захисту. Поняття договору страхування та вимоги до його змісту в Україні визначені розділом ІІ Закону України «Про страхування». Укладення договору страхування є обов'язковою передумовою оформлення взаємовідносин сторін під час надання страхових послуг. Не існує жодного виду страхування, який би не підтверджувався укладеним договором. Навіть у тих випадках, коли на практиці процес укладення угоди сприймається як «купівля страхового полісу» (наприклад, під час масового страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон, чи при реалізації стандартизованих полісів індивідуального медичного страхування), фактично укладається договір страхування. У подібних ситуаціях форма полісу розробляється страховиком заздалегідь і містить усі істотні умови договору. Якщо страхувальник приймає ці умови, він купує поліс шляхом сплати встановленої страхової премії, а укладання договору здійснюється у спрощеній формі — через приєднання страхувальника до запропонованих умов. У таких випадках договір страхування є договором приєднання. Відповідно до ст. 634 Цивільного кодексу України, договором приєднання є договір, умови якого встановлені однією зі сторін у формулярах або стандартизованих формах і можуть бути прийняті іншою стороною виключно шляхом приєднання до договору в цілому, без права пропонувати власні умови. Правове значення страхового полісу у зазначеній ситуації полягає в тому, що він: по-перше, забезпечує письмову форму договору; по-друге, засвідчує згоду страхувальника на приєднання до запропонованих умов; по-третє, виступає документальним доказом наявності страхової угоди та правовою підставою для пред'явлення вимог щодо страхової виплати у разі настання передбачених полісом страхових випадків. Іншими словами, страховий поліс підтверджує наявність фінансових зобов'язань страховика перед страхувальником (застрахованою особою).

У цьому контексті ми поділяємо позицію О. Гаманкової, яка пропонує таке визначення страхової послуги: «страхову послугу можна визначити як фінансову послугу у вигляді продажу юридично оформлених зобов'язань з надання

страхового захисту, яку пропонують на ринку страховики потенційним страхувальникам»[86].

Страхова медична послуга має низку специфічних характеристик, відомих у теорії послуг як «чотири Н»: невідчутність, невіддільність від джерела, непостійність якості, незбереженість[87]. Їхній зміст, на нашу думку, можна розкрити так.

Невідчутність страхових медичних послуг означає їх нематеріальний, неосяжний характер. Страхову медичну послугу неможливо продемонструвати потенційному споживачеві в матеріальній формі, її неможливо оцінити за допомогою органів чуття. Відсутність відчутних характеристик послуги до моменту її придбання створює труднощі як для страховика, який має переконати потенційного клієнта в доцільності придбання послуги та пояснити, за що саме той сплачує кошти, так і для страхувальника, який змушений оцінювати корисність послуги за умов високої невизначеності. Більше того, оцінити реальну корисність страхової послуги часто складно навіть після її придбання: якщо страхова подія не настає і виплата не здійснюється, страхувальникові може здаватися, що сплачені гроші були витрачені даремно. Отже, реалізація страхової медичної послуги завжди пов’язана із певними комунікаційними та маркетинговими викликами, що потребують створення ефективної системи її просування із використанням усього арсеналу інструментів маркетингу.

Невіддільність страхових медичних послуг від джерела надання означає, що процеси створення, реалізації та споживання послуги відбуваються одночасно, формуючи нерозривно пов’язані стадії її «життєвого циклу» як специфічного товару. Надати страхову медичну послугу можливо лише за умови наявності всіх ключових учасників – страховика, страхувальника, медичної установи й застрахованої особи. Якість і «відчутність» результату страхової послуги (що в кінцевому підсумку проявляється у якості та швидкості врегулювання наслідків страхового випадку) формуються як результат взаємодії лікувальної установи, застрахованої особи, асистанської компанії (якщо її послуги залучені) та страховика.

Непостійність якості страхових медичних послуг (варіативність, мінливість) означає, що, як і для інших послуг, для них не може існувати абсолютно гарантованого, сталого стандарту якості. Страхові послуги характеризуються високим ступенем невизначеності й варіативності: результат (корисний ефект) для страхувальника стає очевидним лише після настання або ненастання страхової події. Це ускладнює процес просування страхових послуг на ринку: споживачі перебувають у ситуації інформаційної асиметрії, тоді як страховики вимушені адаптувати свої продукти до індивідуальних потреб клієнтів. Стандартні страхові медичні продукти, хоч і існують, також відзначаються певною гнучкістю. Високий рівень толерантності страховика до вимог споживача є важливою передумовою його успішної діяльності на ринку. Необхідною умовою є й постійний моніторинг задоволеності страхувальників якістю надання страхових послуг.

Незбереженість страхових медичних послуг означає неможливість їх «нагромадження» наперед для подальшої реалізації. Ця характеристика випливає з невіддільності послуги від процесу її надання: за відсутності хоча б одного з ключових елементів (страховика, страхувальника або медичної установи) сама послуга не існує. Процеси надання і споживання страхової медичної послуги збігаються в часі.

Як специфічний товар, страхові медичні послуги, подібно до інших товарів і послуг, мають споживну та мінову вартість.

Споживна вартість, тобто усвідомлена потенційним страхувальником корисність страхової послуги, полягає в її здатності забезпечувати страховий захист майнових інтересів страхувальника від випадкових, імовірних небезпек, що загрожують його життю та здоров’ю. На сприйняття споживної вартості страхової медичної послуги впливають насамперед: рівень доходів населення, ступінь соціальної захищеності, рівень довіри до страхових компаній, інформованість населення про наявні продукти (через рекламу й інші комунікаційні канали), якість обслуговування клієнтів, а також ціна страхової послуги.

На наш погляд, споживна вартість страхової медичної послуги формується під впливом двох ключових складових.

По-перше, це набуття страхувальником відчуття впевненості та спокою щодо власного здоров'я. Така складова корисності у формі спокою і впевненості забезпечується юридичними й економічними гарантіями, закріпленими в страховому полісі, який, будучи юридично оформленим фінансовим зобов'язанням, спирається на створені за рахунок страхових премій страхові резерви.

По-друге, це фактична компенсація збитків або шкоди, заподіяних застрахованим інтересам страхувальника відповідно до умов договору, тобто здійснення страхової виплати.

Об'єктивною основою попиту на страхові медичні послуги є потреба в страховому захисті, яка і зумовлює їхню споживну вартість, тобто корисність для страхувальника. Логіка формування цього попиту може бути описана так: в основі потреби в страховому захисті лежить страховий ризик; реалізація цього ризику призводить до необхідності здійснення витрат на лікування; відповідні витрати зачіпають майнові інтереси страхувальника (застрахованої особи); прагнення захистити свої майнові інтереси породжує страховий інтерес, що, у свою чергу, конкретизується у вигляді потреби отримати страховий захист через придбання страхової медичної послуги.

Мінова вартість страхової медичної послуги знаходить своє відображення в страховій премії, розмір якої визначається як обсягом узятих на себе страховиком фінансових зобов'язань, так і витратами, які несе страхова компанія при наданні послуг. Таким чином, мінова вартість страхової послуги (страхова премія) фактично є платою за ризик. Це твердження підтверджується як вітчизняними, так і зарубіжними дослідниками. Так, В. Д. Базилевич серед функцій страхування називає «взяття страховиком за певну плату на певний строк матеріальної відповідальності перед страхувальником за наслідки реалізації ризику, передбаченого договором страхування. У разі реалізації ризику (страхової події) страховик мусить здійснити страхувальнику відшкодування збитків за його

(страхувальника) вимогою. За умови нереалізованого ризику страхові премії привласнює страховик. Рівень тарифів (страхових премій) прямо залежить від імовірного рівня ризику. Ця функція здійснюється через процес купівлі-продажу страхової послуги»[59]. Американські економісти Роберт В. Колб і Рікардо Дж. Родрігез також підкреслюють: «…страхові компанії приймають ризик, що асоціюється з індивідуальними власниками полісів. В обмін вони отримують річну премію»[88].

Сутність страхової премії як плати за ризик, тобто як мінової вартості страхової послуги, можна проілюструвати, спираючись на два основні підходи до визначення страхового ризику, які отримали офіційне тлумачення у 1966 р. після публікації Комісії з питань страхової термінології (США). Страховий ризик був визначений, по-перше, як імовірність настання певної події або явища (аналогічне визначення міститься й у Законі України «Про страхування»: «Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання»), по-друге, як конкретний об’єкт (предмет) страхування. Страхова премія поєднує обидва ці аспекти, оскільки її величина залежить, з одного боку, від страхової суми (вартості об’єкта чи обсягу покриття), на яку укладається договір, а з іншого — від страхового тарифу. Вартість об’єкта страхування (страхова сума) формує кількісну складову договору, відображаючи обсяг відповідальності страховика у грошовому вираженні залежно від переліку ризиків. Страховий тариф, величина якого прямо пов’язана з імовірністю настання застрахованих ризиків, задає якісну складову, окреслюючи спектр страхових подій, за які несе відповідальність страховик. У такій конфігурації страхова премія виступає своєрідним мультиплікатором, який враховує як можливі обсяги виплат (витрати на лікування), так і ймовірність настання подій, що зумовлюють такі витрати.

Страхова премія є базовою фінансовою категорією у страхуванні. Дія будь-якого договору страхування розпочинається лише після сплати страхувальником страхової премії (або першого її внеску, якщо передбачена поетапна сплата), якщо інше прямо не встановлено угодою сторін. Своєчасне внесення премії є одним із

ключових обов’язків страхувальника перед страховиком, оскільки саме надходження премій запускає механізм страхового захисту.

Страхові тарифи на медичні послуги страховики встановлюють самостійно, виходячи з необхідності забезпечити, по-перше, достатній рівень надходжень для виконання зобов’язань перед страхувальниками (формування резервів для майбутніх виплат), а по-друге, покриття витрат на ведення справи й отримання прибутку. Відповідно повний страховий тариф (брутто-тариф) складається з двох взаємопов’язаних частин: нетто-тарифу (який безпосередньо відображає обсяг страхових зобов’язань і забезпечує формування коштів для майбутніх виплат) і навантаження (яке покриває адміністративні та інші витрати страховика і забезпечує прибутковість діяльності). Структура страхового тарифу представлена на рис. 1.3.

У практиці актуарних розрахунків насамперед визначається нетто-тариф, оскільки саме він забезпечує створення необхідного обсягу ресурсів для майбутніх виплат. Рівень нетто-тарифу має бути розрахований максимально точно: у разі його заниження зібраних на його основі страхових премій виявиться недостатньо для покриття ймовірних збитків страхувальників.

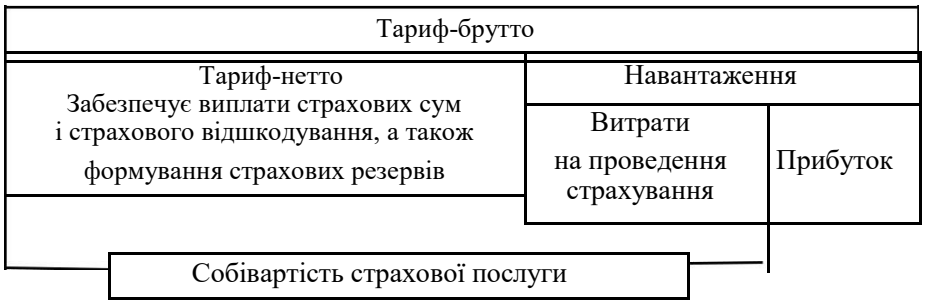

Рис. 1.3. Структура страхового тарифу

Після того, як розраховано нетто-тариф, наступним кроком є визначення навантаження. Потреба у навантаженні зумовлена тим, що страховик, як і будь-який інший суб’єкт підприємницької діяльності, має забезпечити наявність коштів для утримання компанії, тобто «ведення справи» у традиційній страховій

термінології, включно з оплатою послуг страхових посередників. Крім того, страхова компанія, подібно до будь-якого комерційного підприємства, створюється з метою отримання прибутку. Якщо страхові премії надходитимуть до страховика лише на основі нетто-тарифу, вказані витрати не матимуть належного фінансового забезпечення. Саме забезпечення фінансового покриття цих потреб і становить економічний зміст навантаження.

Співвідношення між нетто-тарифом і навантаженням, а також структура страхового тарифу в частині витрат на ведення справи та прибуток значною мірою варіює залежно від виду страхування. Існують відносно «дешеві» та «дорогі» види страхування, що визначається обсягом витрат страховика на укладання та супровід договорів страхування. Для «дорогих» видів страхування характерна вища частка витрат на ведення справи в загальній структурі страхового тарифу. У вітчизняній практиці найбільш витратомістким є надання страхових послуг населенню, зокрема страхових медичних послуг. Відносні витрати на укладання й обслуговування договорів у цьому сегменті, як правило, істотно перевищують аналогічні витрати страховика при роботі з юридичними особами. Це, у свою чергу, суттєво впливає на пріоритети страхових компаній у виборі цільових груп клієнтів, оскільки укладення колективних договорів медичного страхування, де страхувальником виступає роботодавець, виявляється економічно привабливішим варіантом.

Нетто-тариф, як правило, визначається фахівцями-актуаріями з використанням математичних методів на основі теорії ймовірностей, тоді як навантаження формується переважно емпіричним шляхом, із урахуванням фактичних витрат на ведення справи, що склалися у попередні періоди діяльності страхової компанії. Витрати на ведення справи за нормального, звичного функціонування страховика можна вважати умовно-постійними, тобто такими, що допускають прогнозування. Їх величина може бути орієнтиром для планування необхідних обсягів надходжень страхових премій, спрямованих на покриття цих витрат. Прибуток у структурі тарифу планується з урахуванням

середнього рівня тарифів на відповідний вид страхових послуг, а також з позицій розрахованого нетто-тарифу і фактичних витрат на ведення справи.

Визначення обґрунтованого рівня страхових премій, їх оптимізація є ключовою умовою узгодження економічних інтересів страхувальника та страхової компанії, а на цій основі — розвитку ринку страхових медичних послуг. Нижня межа страхової премії задається принципом еквівалентності між надходженням страхових премій та страховими виплатами, тобто забезпеченням можливості покриття ймовірних збитків. Верхня межа визначається рівнем витрат страховика та його потребами, включно з отриманням прибутку. Надмірно високий рівень страхової премії може поставити страхову компанію в програшне конкурентне становище та призвести до втрати клієнтів. Надто низький — загрожує фінансовій стійкості страховика, оскільки зібраних коштів може виявитися недостатньо для виконання взятих на себе зобов’язань.

Таким чином, страхова премія як ціна на страхові медичні послуги формується на конкурентному ринку під впливом попиту і пропозиції, а одночасно має забезпечувати належну фінансову базу платоспроможності та стійкості страховика.

На рівень страхових премій впливають кілька груп чинників, серед яких основними є:

– кон’юнктура ринку, тобто конкретні умови реалізації страхових медичних послуг у певному регіоні на даний момент часу. Вона передусім відображає ступінь збалансованості попиту й пропозиції на такі послуги і, залежно від цього, може бути як сприятливою, так і несприятливою для страховика та страхувальника;

– ринкові позиції страхової компанії. Якщо компанія посідає провідні позиції у певному сегменті ринку або домінує в конкретному регіоні, це істотно розширює її можливості щодо проведення власної цінової політики та впливу на рівень премій;

– величина і структура страхового портфеля, а також статистика збитків за окремими видами медичного страхування. Якщо страховик здійснює селекцію

ризиків, відхиляючи надмірно загрозливі пропозиції, то й збитковість портфеля, як правило, буде нижчою. Це дає змогу зменшувати страхові тарифи та залучати ширше коло страхувальників. Якщо ж компанія свідомо приймає на страхування більш ризикові об'єкти, вона змушена встановлювати підвищені страхові премії, що неминуче звужує коло потенційних клієнтів;

– ефективність управління страховою компанією, яка зумовлює можливості скорочення управлінських та адміністративних витрат. За умови ефективного менеджменту частка навантаження в структурі тарифної ставки може бути відносно низькою, що створює потенціал для встановлення нижчих страхових тарифів і, як наслідок, зміцнення конкурентних позицій страховика;

– рівень прибутковості (рентабельності), тобто частка прибутку, яку актуарій закладає у тарифну ставку на етапі її розроблення. Якщо страхова компанія прагне отримати надмірно високий прибуток за рахунок певного виду страхових послуг, їй доведеться встановлювати тарифи вище середньоринного рівня. У такому випадку компанія ризикує не тільки не досягти очікуваного прибутку, але й узагалі не отримати доходів у вигляді страхових премій, оскільки страхувальники віддадуть перевагу страховикам з нижчими тарифами. Більше того, у такій ситуації страховик зазнає подвійних втрат, оскільки за відсутності премій він позбавляється можливості формувати інвестиційні ресурси і, відповідно, отримувати інвестиційний дохід;

– якість інвестиційної діяльності та структура інвестиційного портфеля страхової компанії. Якщо страховик здійснює ефективну інвестиційну політику, суттєву частину прибутку можна забезпечити за рахунок інвестиційної діяльності, тоді як страхові тарифи можуть встановлюватися на рівні нетто-ставки або навіть нижче. Така стратегія є привабливою для клієнтів і сприяє розширенню ринку. Натомість відсутність результативної інвестиційної діяльності означає необхідність установлення вищої ціни на страхові медичні послуги.

Взаємозв'язок між споживною та міновою вартістю страхової послуги, що реалізується через встановлення адекватної ціни, полягає в тому, що страхова премія повинна одночасно відповідати: по-перше, ступеню ризику щодо

застрахованої особи; по-друге, рівню корисності та якості страхової медичної послуги; по-третє, платоспроможності страхувальника, тобто ґрунтуватися на платоспроможному попиті та не виходити за його межі.

1.3. Медичне страхування в сучасних моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я

Конституція України визначає, що розвиток системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою рівня та якості життя населення і відіграє ключову роль в економічному розвитку держави, забезпечуючи відтворення та належну якість трудових ресурсів, які формують підґрунтя для соціально-економічного зростання. Проблеми охорони здоров'я населення та діяльність, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, потребують постійної й послідовної уваги з боку держави. Охорона здоров'я офіційно визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним з основних чинників національної безпеки країни [3].

Кожна держава самостійно визначає стратегічні пріоритети у медичній сфері, формує власну модель організації системи охорони здоров'я та її фінансового забезпечення з урахуванням історичних передумов, соціальної структури суспільства, економічних можливостей і політичних особливостей розвитку.

Попри значне розмаїття національних та історичних особливостей функціонування систем охорони здоров'я в різних країнах, у теорії та практиці виділяють три базові моделі, які передусім різняться: формами власності надавачів медичних послуг; ступенем охоплення населення програмами державного медичного страхування; джерелами фінансування системи охорони здоров'я.

Незважаючи на специфіку національних механізмів організації медичної допомоги, основу побудови фінансових відносин у галузі в більшості держав становить та чи інша класична модель фінансового забезпечення.

Додатковим параметром диференціації моделей є ступінь владного та регуляторного втручання держави у функціонування галузі. Проте не існує жодної країни, де держава повністю усунулася б від формування політики в сфері охорони здоров'я, від регулювання та контролю в цій сфері[90].

У більшості держав світу забезпечення доступу громадян до медичних послуг здійснюється за допомогою однієї з трьох систем:

- бюджетної медицини (модель Семашка) або моделі Беверіджа;
- страхової медицини (модель Бісмарка);
- бюджетно-страхової (змішаної) системи.

Доцільно розглянути ці моделі детальніше.

Бюджетна модель охорони здоров'я у сучасному розумінні сформувалася на початку XX століття у двох основних модифікаціях – як модель Беверіджа та модель Семашка. Запровадження моделі Беверіджа пов'язують із діяльністю англійського політичного діяча Вільяма Беверіджа (1879–1963), чиї пропозиції, відомі як «план Беверіджа», були покладені в 1942 р. в основу законодавчих актів щодо створення державної системи медичного обслуговування та соціального забезпечення. У 1948 р. у Великобританії було проведено націоналізацію більшості медичних закладів і створено Британську національну службу охорони здоров'я. В організаційному вимірі така модель характеризується існуванням розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній або муніципальній власності. Медична допомога, яку надають у цих закладах, є юридично гарантованою та доступною для всього населення країни. Паралельно функціонують приватні медичні заклади, де кожен громадянин може за окрему оплату отримати додаткові послуги чи інший рівень сервісу[91].

Державна система медицини з бюджетним фінансуванням, що реалізована за моделлю Беверіджа (у колишньому СРСР – за моделлю Семашка), ґрунтується переважно на бюджетних джерелах, сформованих за рахунок податків підприємств і населення. Громадяни Великобританії, як правило, отримують більшість видів медичної допомоги безоплатно, за рахунок податкових

надходжень, що спрямовуються урядом на охорону здоров'я і складають близько 90% бюджету Британської національної служби охорони здоров'я.

Серед переваг цієї моделі зазвичай виокремлюють централізований характер фінансування, який дозволяє стримувати зростання вартості лікування. На бюджетній моделі охорони здоров'я базуються системи медицини таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Португалія, Італія, Греція, Іспанія та низки інших держав[92]. Подібний підхід було покладено в основу і української медичної реформи, започаткованої з 2017 р., де в цілому обрана модель наближається до моделі Беверіджа. Водночас існують принципові відмінності: зокрема, Великобританія свого часу здійснила націоналізацію лікарняних установ, тоді як в Україні в межах реформи передбачено закриття значної кількості лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) і поступову заміну частини державних закладів приватними.

Разом з тим бюджетна модель фінансування охорони здоров'я має низку істотних недоліків: хронічний дефіцит фінансових ресурсів; обмежені можливості контролю з боку споживачів медичних послуг; підвищений ризик нераціонального використання ресурсів. У ситуації дефіцитності державних фінансів це зумовлює потребу децентралізації управління та пошуку додаткових, позабюджетних джерел фінансування.

Суттєвою вадою бюджетної системи охорони здоров'я є також високий ризик бюрократичного, малообґрунтованого розподілу бюджетних коштів. Для України цей ризик має системний, фундаментальний характер. Оскільки бюджетна система не орієнтована на отримання прибутку і діє поза логікою комерційної конкуренції, виникає небезпека неефективного, а інколи й корупційного використання виділених ресурсів. Ослаблення приватного інтересу та відсутність реального конкурентного середовища руйнують стимули до пошуку механізмів підвищення ефективності і раціональності витрачання коштів. У таких умовах бюджетна модель, особливо за впливу кризових явищ, виявляється нездатною самостійно забезпечувати належний рівень медичного обслуговування та потребує залучення додаткових фінансових джерел. Саме це

нині спостерігаємо в Україні, де фактично продовжує функціонувати застаріла радянська модель бюджетного фінансування охорони здоров'я, можливості якої практично вичерпані.

Водночас урядам країн, що дотримуються моделі Беверіджа, вдалося певною мірою нейтралізувати монополістичні тенденції в медичній сфері завдяки збереженню окремих ринкових механізмів. Серед них – професійна незалежність лікарів загальної практики від органів державної системи охорони здоров'я, контрактна форма найму; можливість лікарів-спеціалістів, які працюють у державних закладах, поєднувати зайнятість з приватною практикою тощо. Це дозволило зберегти економічну ефективність системи охорони здоров'я на прийнятному рівні.

На відміну від бюджетної моделі, **модель Бісмарка** (названа на честь німецького канцлера О. Бісмарка) ґрунтується на принципово іншій концепції: соціальний захист особи має бути відносно незалежним від безпосереднього бюджетного фінансування з боку держави і забезпечуватися через жорстку систему зв'язку між рівнем соціальних гарантій та успішністю (тривалістю) професійної діяльності працівника. Вважається, що система обов'язкового медичного страхування, вперше запроваджена в Німеччині, відповідає одній із найвищих у світі планок якості. Основним джерелом фінансового забезпечення охорони здоров'я в цій країні є некомерційні організації – лікарняні (страхові) каси, через які акумулюються внески, призначені для оплати медичних послуг. Ці каси, керовані представниками роботодавців і найманих працівників на паритетних або розподільчих засадах, збирають обумовлені колективними договорами відрахування із заробітної плати. На базі цих внесків формуються професійні страхові фонди та здійснюються соціальні виплати. Галузь фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і державних субсидій[93].

Системою обов'язкового медичного страхування у Німеччині охоплено близько 90% населення, тоді як решта громадян користуються послугами приватного медичного страхування.

Серед переваг моделі Бісмарка традиційно виокремлюють високий рівень якості медичних послуг, сучасне медичне обладнання, високу кваліфікацію медичного персоналу, а також реальну доступність медичної допомоги для всіх верств населення. Водночас останніми десятиліттями система охорони здоров'я Німеччини почала відчувати зростаючий тиск у сфері фінансування у зв'язку з підвищенням соціальних стандартів, скороченням частки заробітної плати у структурі ВВП та старінням населення, що супроводжується збільшенням кількості пенсіонерів.

Поділяємо позицію В. Ю. Стеценко, який серед позитивних аспектів організації системи обов'язкового медичного страхування Німеччини, доцільних для адаптації в Україні у разі запровадження ОМС, виокремлює такі: оплата медичних послуг здійснюється на основі бальної системи оцінки рівня наданих послуг, що мінімізує можливості зловживань з боку медичних працівників; особа з доходом, що перевищує певний встановлений поріг, має можливість вийти із системи державного обов'язкового страхування та перейти до приватного сектору; працівник може забезпечити медичним страхуванням непрацюючих членів своєї сім'ї; застраховані мають право вільного вибору страхової компанії, лікаря та медичного закладу [94].

Високий рівень розвитку системи обов'язкового соціального медичного страхування, окрім Німеччини, характерний також для Франції, Чеської Республіки, Нідерландів та низки інших країн, у яких частка витрат на цей вид страхування у загальному обсязі державних видатків на охорону здоров'я перевищує 90% (табл. 1.3). На відміну від Німеччини, у Франції функцію страховика виконує Національна страхова організація, внаслідок чого система обов'язкового медичного страхування має виразно централізований характер. Реалізацію основних програм медичного страхування у Франції здійснюють Національний фонд медичного страхування та відповідні місцеві структури, які забезпечують практичне втілення державної політики у цій сфері.

Таблиця 1.3

Частка витрат соціального обов'язкового медичного страхування у загальних витратах на охорону здоров'я у зарубіжних країнах, %

Країни	Роки												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Чеська Республіка	89,5	90,6	89,9	88,0	89,3	90,2	89,5	90,3	90,3	90,2	90,2	92,3	92,3
Франція	94,3	94,3	94,0	93,7	93,7	93,8	93,6	93,4	93,4	92,2	92,4	92,3	92,3
Німеччина	87,3	87,2	87,3	87,3	87,2	87,6	88,0	88,3	88,3	88,3	88,5	88,6	88,6
Нідерланди	93,9	93,8	93,8	96,4	96,3	94,7	94,9	93,4	93,3	90,4	90,5	90,5	90,9

У системі соціального медичного страхування Нідерландів ключову роль відіграють страхові компанії, діяльність яких перебуває під наглядом та регулюванням з боку Центральної Ради страхових фондів. Саме цьому органу делеговано повноваження щодо координації, управління та контролю функціонування страхових фондів [96; 97].

В основі організації обов'язкового медичного страхування (ОМС) у Чеській Республіці лежить модель регульованої конкуренції. Її сутність полягає в тому, що на ринку можуть діяти необмежена кількість конкуруючих страхових компаній, проте величина страхових премій для кожного страховика регулюється залежно від чисельності та соціально-демографічного складу застрахованих осіб. У країні функціонує дев'ять неприбуткових медичних страхових організацій, серед яких провідне місце належить Загальній медичній страховій компанії, яка обслуговує близько 66% населення.

Серед держав, де система охорони здоров'я організована за моделлю Бісмарка, найбільшої результативності досягла Франція. У червні 2000 р. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала систему охорони здоров'я Франції «кращою системою надання медичної допомоги в світі» [98]. Завдяки цій моделі французькі громадяни мають доступ як до традиційних терапевтичних послуг, так і до сучасних медичних технологій та наукових розробок. Про ефективність функціонування сфери охорони здоров'я свідчить стабільне підвищення рівня здоров'я населення та щорічне збільшення очікуваної

тривалості життя більш ніж на три місяці. Французьке законодавство гарантує населенню широкий спектр прав у медичній сфері: майже для 96% громадян терапевтичні послуги є повністю безкоштовними або відшкодовуються у повному обсязі. Також забезпечено право вільного вибору медичної установи незалежно від доходу чи величини страхового внеску. Пацієнти можуть звертатися по консультацію до лікарів загальної практики, вузьких спеціалістів державних, приватних і університетських клінік, а функціональна організація системи практично усуває черги на планові хірургічні втручання. Соціальні групи з найнижчими доходами отримують безкоштовний універсальний доступ до медичної допомоги через механізми соціального страхування.

Змішана модель фінансування охорони здоров'я передбачає поєднання бюджетних ресурсів і коштів медичного страхування, тобто поєднання бюджетного та страхового методів отримання фінансових надходжень. У межах цієї системи фінансування здійснюється на трьох рівнях: за рахунок державного бюджету, обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування. На наш погляд, саме така бюджетно-страхова модель є найбільш прийнятною для України, оскільки вона здатна забезпечити умови для максимально повного та справедливого задоволення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі, водночас зменшуючи навантаження на державний бюджет та обмежуючи масштаби тіньової медицини.

Поряд із зазначеними моделями існує ще один підхід – винятково приватна система охорони здоров'я, яка ґрунтується переважно на принципах приватного підприємництва. У такій моделі фінансове забезпечення формується за рахунок коштів громадян, корпорацій та підприємств, що можуть спрямовуватися на медичні потреби безпосередньо або через приватні страхові фонди. Фінансова участь держави у цьому випадку є мінімальною та вкрай обмеженою [91].

Приватна модель (яку також називають платною, ринковою, ліберальною, американською або моделлю приватного страхування) передбачає повну домінанту приватних джерел фінансування галузі. Вона не використовує суспільних фондів, а обсяги медичної допомоги визначаються саморегульованими

ринковими механізмами: чим більший попит, тим активніша пропозиція. Функції держави здебільшого зводяться до забезпечення нормативно-правового регулювання відносин між суб'єктами медичного ринку та реалізації окремих програм, що фінансуються з державного бюджету [99].

Типовим прикладом держави з переважанням приватної системи медичного страхування є США. У цій країні медичне страхування здебільшого має добровільний характер та забезпечується або приватним чином, або роботодавцем, який, однак, не зобов'язаний пропонувати працівникам страхове покриття. Гарантований доступ до страхування зазвичай мають співробітники великих компаній, а значна частина працюючого населення залишається без будь-якого страхового захисту. Нині приватним медичним страхуванням охоплено приблизно 75% населення США. Американська медицина є найдорожчою у світі: на потреби охорони здоров'я витрачається понад 15% ВВП. За оцінкою ВООЗ, США посідають перше місце серед найбільш витратних систем і водночас лише 37-ме – за рівнем надання медичної допомоги, а за загальним рівнем здоров'я населення країна займає 72-ге місце.

Для громадян віком від 65 років, а також для осіб, які наближаються до цього віку та мають серйозні порушення здоров'я, державне страхування здійснюється у межах програми «Medicare». Ця програма охоплює стаціонарне лікування, діагностику, надання медичних послуг удома та короткострокове перебування в закладах догляду за людьми похилого віку. Фінансування «Medicare» здійснюється через спеціальний податок на працівників, що сплачується частково самими працівниками, а частково – роботодавцями. Основна частина витрат покривається за рахунок федерального бюджету та особистих внесків учасників програми; загалом їх сума становить близько 15% доходу найманих працівників.

Поряд з цим функціонує програма «Medicaid», що забезпечує страхування малозабезпечених верств населення, насамперед жінок і дітей із сімей з низьким доходом. Програма фінансується спільно федеральним урядом та органами влади штатів: від 50 до 80% витрат покривається з федерального бюджету, а решта – з

бюджетів окремих штатів. Крім того, за кошти державного бюджету фінансуються програми медичної допомоги ветеранам та науково-дослідні проєкти у сфері охорони здоров'я. Проте значна кількість громадян залишається без будь-якого страхового покриття: чимало з них працюють, але роботодавці не забезпечують їх страховкою, а самостійна оплата страхових внесків є фінансово недоступною. Водночас частина таких осіб не відповідає критеріям включення до «Medicaid», оскільки не належить до категорії соціально незахищених. За оцінками, кількість незастрахованих коливається від 20 до 50 млн осіб, що становить 8–20% населення [102].

Отже, у сучасній світовій практиці існують чотири основні моделі організації та фінансування охорони здоров'я, кожна з яких має характерні риси. Модель М. О. Семашка вирізняється всеохопною роллю держави та значною централізацією управління. Адміністрації медичних установ і медичні працівники у межах такої системи мають обмежений спектр управлінських повноважень. Попри це модель продемонструвала ефективність у специфічних економічних умовах, зокрема за часів СРСР, коли частка державної власності становила близько 95%, а держава повністю контролювала економічну та соціальну сфери.

Модель Беверіджа спирається на розгалужену мережу закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній або муніципальній власності. Медична допомога, яку вони надають, є загальнодоступною та гарантованою законодавством. Поряд із державною інфраструктурою функціонують приватні заклади, де пацієнти можуть отримати медичні послуги за додаткову оплату.

Модель Бісмарка ґрунтується на принципах соціального страхування. Фінансовою базою виступають цільові внески роботодавців, найманих працівників і державні субсидії. Медичні послуги оплачуються зі спеціальних страхових фондів. Багатоканальна структура фінансування – за рахунок внесків, прибутків страхових організацій і бюджетних коштів – забезпечує гнучкість та стійкість соціально-страхової медицини.

У приватній моделі домінує роль приватних страхових компаній; комерційною є також інфраструктура медичних послуг – приміщення, обладнання

та інші активи перебувають у приватній власності. Водночас держава зберігає відповідальність за забезпечення медичної допомоги соціально незахищеним групам населення: малозабезпеченим, пенсіонерам, безробітним.

Спільною рисою всіх чотирьох моделей є використання багатоджерельного механізму фінансового забезпечення та прагнення до залучення максимально можливого обсягу ресурсів. Визначальним чинником для кожної системи є домінування певного джерела фінансування в структурі загальних витрат на охорону здоров'я, а вибір моделі в кожній країні зумовлений її історичними, соціальними та економічними особливостями. У всіх випадках ключовим є наявність стабільної та достатньої бази фінансування.

Особливістю сфери охорони здоров'я є множинність джерел формування фінансових ресурсів. Європейська практика демонструє використання всіх можливих механізмів акумулювання коштів для фінансування системи охорони здоров'я.

В Україні система охорони здоров'я була сформована в період існування Радянського Союзу і включає розгалужену мережу медичних закладів, що фінансуються переважно з державних коштів. Як видно із загальної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, поданої на рис. 1.4, провідне місце в системі стабільно посідають державні видатки. Це пов'язано з тим, що в Україні діє значна кількість бюджетних медичних установ – як державних і відомчих (підпорядкованих міністерствам та іншим центральним органам влади), так і комунальних (які знаходяться у сфері управління органів місцевої влади та місцевого самоврядування).

Рис. 1.4. Модель фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Підвищення темпів розвитку національної системи охорони здоров'я та поступове її наближення до європейських стандартів вимагають активного пошуку нових управлінських і фінансових механізмів. Особливої актуальності набуває диверсифікація джерел фінансування, яка здатна створити реальну альтернативу традиційному бюджетному утриманню галузі та забезпечити їй більшу стійкість і динамічність.

Аналіз зарубіжних підходів до побудови сучасних моделей організації охорони здоров'я дозволяє сформулювати низку висновків. По-перше, незалежно від існуючих організаційно-правових і фінансових засад функціонування охорони здоров'я, проблема дієвості системи медичного страхування в більшості країн

світу залишається актуальною і потребує постійного реформування та модернізації. По-друге, міжнародний досвід переконує, що саме на початкових етапах трансформаційних змін у медичній сфері особливої уваги вимагають найбільш соціально вразливі групи населення, які потребують посиленого соціального захисту. По-третє, для забезпечення соціальної стабільності та виконання базових соціальних стандартів необхідно підтримати принцип загальнодоступності медичних послуг шляхом упровадження та подальшого розвитку системи обов'язкового соціального медичного страхування. По-четверте, важливим чинником підвищення якості медичної допомоги виступає зміцнення інституту добровільного медичного страхування, який потребує подальшої інституційної та фінансової підтримки.

Кожна країна формує модель охорони здоров'я, яка є найбільш відповідною її економічним можливостям, історичному досвіду, культурним традиціям і домінуючим ідеологічним орієнтирам. Тому просте механічне копіювання ефективних систем інших держав не гарантує позитивного результату. Для України вихідною точкою має бути прагнення досягти найвищого можливого рівня доступності та якості медичних послуг. Для реалізації цього завдання необхідно забезпечити оптимальний баланс між державними й приватними інтересами, а найбільш реалістичною основою такого балансу є бюджетно-страхова модель із вагомою часткою обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Одним із першочергових кроків у цьому напрямі має стати ухвалення Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування». У цьому нормативно-правовому акті мають бути ґрунтовно визначені всі ключові елементи функціонування системи: суб'єкти страхових відносин, механізми й інструменти фінансового забезпечення, джерела формування страхових фондів, напрями та правила використання коштів, категорії осіб, охоплених обов'язковим страхуванням, а також система управління й контролю за якістю надання медичних послуг.

Важливо також наголосити, що організація фінансування охорони здоров'я на засадах страхування, згідно з міжнародним досвідом, передбачає конструктивну взаємодію між державними структурами, відповідальними за організацію обов'язкового медичного страхування, та приватними страховими компаніями, які забезпечують ринок добровільного страхування. Ефективність такої взаємодії визначає здатність системи забезпечувати громадянам комплексний, різнорівневий і якісний медичний захист.

Висновки до розділу 1

На основі проведеного аналізу економічної природи медичного страхування та теоретичних засад його виникнення, здійсненого з опорою на наукові праці українських і зарубіжних дослідників, сформульовано такі узагальнення.

По-перше, узагальнення концепцій і підходів, представлених у працях науковців різних шкіл і країн, дало змогу поглибити теоретичні основи дослідження медичного страхування. Обґрунтовано розширене розуміння медичного страхування не лише як механізму страхового захисту громадян від ризику втрати здоров'я, а й як одного з ключових джерел фінансового забезпечення національних систем охорони здоров'я у світовій практиці.

По-друге, результати аналітичного дослідження засвідчили, що Україна має власний історичний досвід запровадження елементів медичного страхування, який демонструє ефективність застосування страхових принципів у медичній сфері. Водночас сучасна система охорони здоров'я в Україні продовжує ґрунтуватися переважно на бюджетному фінансуванні, яке, як свідчить практика, не забезпечує громадянам доступ до медичних послуг на достатньому рівні.

По-третє, на основі аналізу підходів різних авторів до визначення сутності медичного страхування було сформульовано розгорнуте визначення послуги медичного страхування як страхової послуги, що надається в обов'язковій і добровільній формах з метою захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із ризиками погіршення здоров'я. Зазначена послуга є специфічною фінансовою

категорією, природа якої зумовлена існуванням ризику втрати здоров’я та необхідністю покриття витрат на лікування.

По-четверте, страхова медична послуга визначена як ключовий чинник розвитку медичного страхування в контексті посилення його ролі у фінансуванні охорони здоров’я. Вона є юридично оформленим фінансовим зобов’язанням щодо надання страхового захисту, а отже, виступає засобом формування фінансової бази такого захисту через створення відповідних страхових резервів.

По-п’яте, наголошено, що прагнення кожної держави сформувати систему охорони здоров’я, яка відповідатиме її ідеологічним, економічним та соціокультурним реаліям, робить неможливим просте копіювання чужих успішних моделей. Для України визначальним є завдання забезпечити максимальну доступність і високу якість медичної допомоги. Це можна досягти шляхом збалансування державних і приватних інтересів та впровадження бюджетно-страхової моделі, у якій значну роль відіграють як обов’язкове, так і добровільне медичне страхування.

РОЗДІЛ 2
РОЛЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ЗМІЦНЕННІ ФІНАНСОВОГО ПІДГРУНТЯ ЗАКОАЛІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я(НА ПРИКЛАДІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «ОН КЛІНІК ХАРКІВ»)

2.1. Соціально-демографічні чинники розвитку медичного страхування

Головним фундаментом економічного, інтелектуального та політичного поступу будь-якої держави виступає демографічний чинник. Саме він відображає взаємозалежність між темпами та пропорціями суспільного розвитку і такими характеристиками населення, як його чисельність, статево-вікова й сімейна структура, а також динаміка народжуваності, смертності, міграційних процесів та інших показників [104].

В Україні з кожним роком фіксуються дедалі гірші демографічні тенденції: знижується рівень життя, загострюються екологічні проблеми, погіршується репродуктивне здоров'я населення. Сукупність цих факторів вимагає особливої уваги з боку держави та формування політики, спрямованої на протидію явищам депопуляції. Одним з ключових пріоритетів державного управління має стати системний аналіз демографічної ситуації та пошук шляхів її стабілізації й поліпшення [105].

Одним із найважливіших демографічних індикаторів є стан здоров'я населення, що слугує визначальним показником соціального благополуччя держави. Несприятливі умови життя, у яких опинилися українці, призвели до зростання рівнів захворюваності та смертності. Система охорони здоров'я виявилася малоефективною, оскільки її існуюча модель управління не відповідає сучасним соціальним, економічним та політичним викликам, а низький рівень культури профілактичної медицини лише поглиблює проблему. Усі ці чинники спричинили критичний стан національної системи охорони здоров'я [106].

Таким чином, здоров'я людини слід розглядати не лише як соціальний індикатор суспільного розвитку або показник соціально-економічного «благополуччя» держави. Це також вагомий економічний, трудовий,

демографічний, культурний і духовний ресурс суспільства, який формує потенціал нації в цілому.

Оцінювання сучасного рівня здоров'я населення та виявлення відповідних тенденцій є невід'ємними умовами науково обґрунтованої діяльності системи охорони здоров'я. Таке оцінювання становить підґрунтя для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки ефективних організаційних форм та управлінських методів у роботі медичних установ, а також для здійснення контролю за результативністю їх діяльності у напрямі зміцнення здоров'я нації.

На сьогодні Україна перебуває не лише в економічній, політичній та екологічній кризах. Держава зіткнулася й з демографічною кризою, яка стала наслідком численних деформацій, що виникали внаслідок попередніх потрясінь — Першої та Другої світових воєн — і продовжують проявлятися донині.

Стан сучасної демографічної ситуації в Україні можна охарактеризувати як кризовий не тільки через поєднання депопуляції з погіршенням якісних характеристик населення, передусім здоров'я, а й через наявні ризики, за яких демографічна криза може трансформуватися у демографічну катастрофу [107].

Для нинішнього демографічного становища в Україні притаманні такі ознаки:

– істотне зниження рівня народжуваності, зростання смертності та відсутність природного приросту;

– старіння населення і збільшення навантаження на працездатну частину суспільства;

– скорочення середньої тривалості життя як чоловіків, так і жінок;

– загальне погіршення показників здоров'я нації;

– активізація міграційних процесів, вплив яких на демографічні та соціально-економічні характеристики є суперечливим і часто негативним [107].

Погіршення здоров'я населення відбувається на тлі зниження спроможності системи охорони здоров'я адекватно реагувати на зростання медичних потреб. Обсяги державних видатків на охорону здоров'я не відповідають реальним потребам суспільства, а щорічне зростання показників захворюваності та поширеності хвороб засвідчує негативні тенденції. Значна частина амбулаторної й

стаціонарної допомоги вже давно стала платною, що зумовлено хронічною нестачею бюджетних ресурсів.

Досвід інших країн підтверджує, що суттєвий позитивний вплив на розвиток і зміцнення системи охорони здоров'я має впровадження механізмів медичного страхування. Саме вони сприяють поліпшенню показників здоров'я населення та забезпечують додаткову стійкість галузі.

Збереження здоров'я громадян є необхідною умовою виконання ключових завдань економічного та соціального розвитку держави. У зв'язку з цим інформація про рівні захворюваності населення набуває особливого значення [109].

Перед тим як перейти до аналізу показників захворюваності та поширеності хвороб, доцільно з'ясувати зміст цих понять. Захворюваність відображає рівень поширення всіх хвороб разом і кожної окремо в загальній сукупності населення та в окремих його групах (вікових, професійних тощо). Поширеність хвороб, своєю чергою, охоплює сукупність усіх зареєстрованих хвороб серед населення країни. Основна різниця між цими показниками полягає в їхній чутливості до впливу зовнішніх чинників: показник захворюваності швидше реагує на зміни в оточуючому середовищі, тому його аналіз у динаміці дає змогу робити висновки про виникнення, розвиток та активність захворювань, а також про ефективність соціально-гігієнічних та лікувальних заходів. Натомість показник поширеності є більш стабільним і не завжди відображає погіршення стану здоров'я. Його збільшення може бути наслідком удосконалення диспансерного спостереження або підвищення тривалості життя хронічних хворих завдяки лікувальним заходам, що зрештою збільшує чисельність таких пацієнтів.

Аналіз тенденцій захворюваності та поширеності хвороб є ключовим елементом стратегічного планування у сфері охорони здоров'я. З огляду на це, для глибшого розуміння проблем сучасної демографічної ситуації необхідно розглянути динаміку захворюваності населення та поширення хвороб за 2012–2016 рр., що представлена на рис. 2.1.

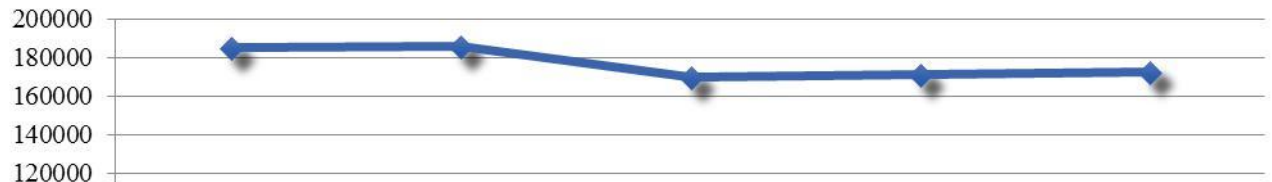

Рис. 2.1. Динаміка показників поширеності та захворюваності населення України за період 2012-2016 рр.(на 100 тис. населення) [114]

Аналіз наведених статистичних даних дозволяє зробити висновок, що у 2016 році спостерігалося незначне підвищення рівня поширеності хвороб серед населення України порівняно з 2015 роком: приріст становив 1596,2 випадку на 100 тис. населення. Щодо показника захворюваності, то його значення практично залишилося на рівні попереднього року і досягло 64 242,4 випадку на 100 тис. населення, що, своєю чергою, перевищує показник минулого року на 1591,1 випадку на 100 тис. населення. Таким чином, упродовж 2014–2016 рр. простежується стійка тенденція до зростання рівнів як поширеності хвороб, так і захворюваності населення (рис. 2.1).

Структурний аналіз поширеності захворювань за класами хвороб у 2016 році дає змогу виділити п’ять найпоширеніших категорій патологій серед населення України. На першому місці за рівнем поширеності перебувають хвороби системи кровообігу, показник яких становив 52 970,4 випадку на 100 тис. населення. Другу позицію зайняли хвороби органів дихання з показником 35 709,3 на 100 тис. населення. Третє місце посіли хвороби органів травлення — 16 825,5 випадку на 100 тис. населення. Четверте місце у структурі захворюваності зайняли хвороби сечостатевої системи — 9370 випадків на 100 тис. населення, а п’яту позицію — хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини, рівень яких становив 9313,2 на 100 тис. населення (рис. 2.2).

Зростання поширеності хвороб свідчить про накопичення хронічної патології серед населення та є важливим індикатором рівня навантаження на

заклади охорони здоров'я. Одночасно цей показник відображає і успіхи медичної галузі у лікуванні гострих та хронічних захворювань, а також у подоланні невідкладних станів, що дозволяє подовжувати життя пацієнтів і збільшувати чисельність осіб, які тривалий час перебувають під медичним наглядом [114].

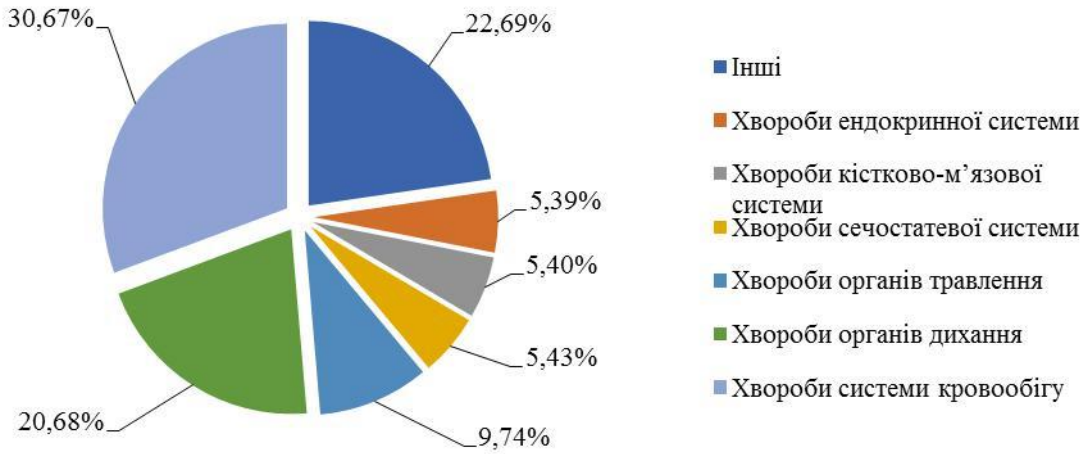

Рис. 2.2. Структура поширеності хвороб серед населення України за класами хвороб, 2016 р. (%) [114]

Аналізуючи структуру захворюваності населення України у 2016 році, можна помітити суттєві відмінності порівняно зі структурою поширеності хвороб. Якщо у випадку поширеності першість стабільно утримують хвороби системи кровообігу, то у структурі захворюваності провідну позицію посідають хвороби органів дихання. Їх частка становить 45,98%, що майже вдесятеро перевищує частку наступної категорії — хвороб системи кровообігу, які охоплюють 6,67% випадків. Далі за поширеністю у структурі захворюваності йдуть хвороби сечостатевої системи — 6,44%. На четвертому місці перебувають травми, отруєння та певні інші наслідки дії зовнішніх чинників із часткою 6,23%. П'ята позиція належить хворобам шкіри та підшкірної клітковини — 5,72%, а останнє місце у структурі займають хвороби ока, рівень яких становив 5,01% (рис. 2.3).

Для всебічного дослідження сучасного стану захворюваності населення України важливо не лише проаналізувати загальні показники її структури, а й звернутися до додаткових характеристик, що розкривають регіональні, статеві та

вікові особливості поширення хвороб. Саме тому доцільно навести статистичні дані, які відображають відмінності у рівнях поширеності захворювань серед міського та сільського населення, а також враховують показники здоров'я чоловіків і жінок, працездатних осіб та різних вікових груп. Такий підхід дає змогу сформувати повніше уявлення про тенденції розвитку захворюваності та визначити найуразливіші категорії населення, що потребують підвищеної уваги з боку системи охорони здоров'я.

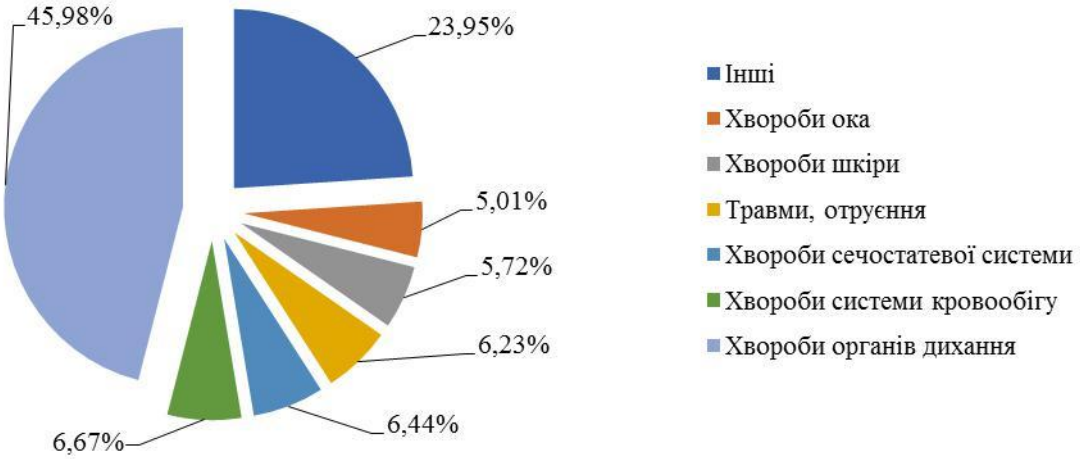

Рис. 2.3. Структура захворюваності населення України за класами хвороб у 2016 р. (%) [114]

Для початку розглянемо структуру поширеності хвороб серед міського та сільського населення України (рис. 2.4., рис. 2.5.). Аналіз наявних даних свідчить, що наведені структури мають майже ідентичний рейтинговий розподіл за основними класами хвороб. Так, перші три позиції, а також п'яте місце в обох групах населення збігаються. На першому місці у міських і сільських жителів перебувають хвороби системи кровообігу, проте у сільських мешканців їх питома вага є вищою: 33,9% проти 29,7% у міських. Другу позицію займають хвороби органів дихання, і тут спостерігається майже повна тотожність показників: 19,9% серед міського населення і 19,8% серед сільського. Третє місце в обох групах посідають хвороби органів травлення — 10,2% у міських та 9,3% у сільських жителів. П'яту позицію посідають хвороби кістково-м'язової системи та

сполучної тканини, частка яких становить 5,5% серед міського населення та 5,4% серед сільського.

Щодо четвертого місця, то саме тут виникають відмінності. У структурі сільського населення четверту позицію займають хвороби ендокринної системи, питома вага яких становить 5,6%. У міських жителів на четвертому місці перебувають хвороби сечостатевої системи з часткою 5,9%. Водночас варто підкреслити, що загальні рівні поширеності хвороб серед міських мешканців є вищими, ніж серед сільського населення, практично за всіма класами патологій.

На нашу думку, така відмінність зумовлена насамперед різною силою впливу зовнішнього середовища. Урбанізовані території характеризуються значно більшою концентрацією промислових підприємств, розвиненою транспортною інфраструктурою та високим рівнем техногенного навантаження, що формує несприятливий вплив на здоров'я населення. Тому, як правило, стан здоров'я у міських жителів гірший, ніж у мешканців сільської місцевості.

Окремої уваги потребує характеристика обсягу медичного обслуговування у сільській місцевості, адже майже половина населення України проживає саме на селі, і забезпечення цієї категорії громадян медичними послугами потребує значних організаційних і фінансових ресурсів. У 2016 році в сільській місцевості функціонували 74 лікарняні заклади, у яких було госпіталізовано 3 412 067 пацієнтів. Медичну допомогу в закладах такого типу надавали 41 493,5 лікаря. Крім того, працювали 525 самостійних амбулаторій із загальною кількістю 17 272,25 штатної посади лікарів, одна стоматологічна поліклініка, 29 станцій та відділень швидкої медичної допомоги, а також одна станція переливання крові. Усі амбулаторно-поліклінічні заклади сільської місцевості протягом року надали медичну допомогу 160 080 749 пацієнтам на амбулаторному прийомі та 11 791 728 хворим — удома, включаючи стоматологічні послуги [115].

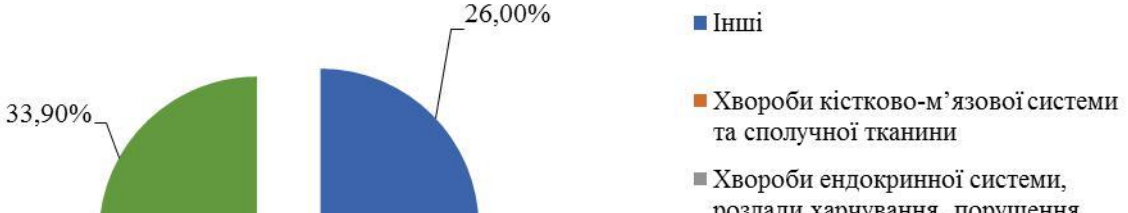

Рис. 2.4. Структура поширеності хвороб серед сільського населення України за класами у 2016 р.(%) [114]

На відміну від структури поширеності хвороб у міських та сільських регіонах України, структура захворюваності населення демонструє істотно інший рейтинговий розподіл основних класів хвороб. Спільною рисою обох структур залишається лише те, що перше місце в них стабільно посідають хвороби органів дихання. Далі спостерігаються суттєві відмінності. У структурі захворюваності сільського населення другу позицію займають хвороби системи кровообігу, третю — травми та отруєння, а четверту — хвороби сечостатевої системи. Водночас у міському середовищі після хвороб органів дихання друге місце займають хвороби сечостатевої системи, третє — хвороби системи кровообігу, а четверту позицію, як і у сільських жителів, посідають травми та отруєння.

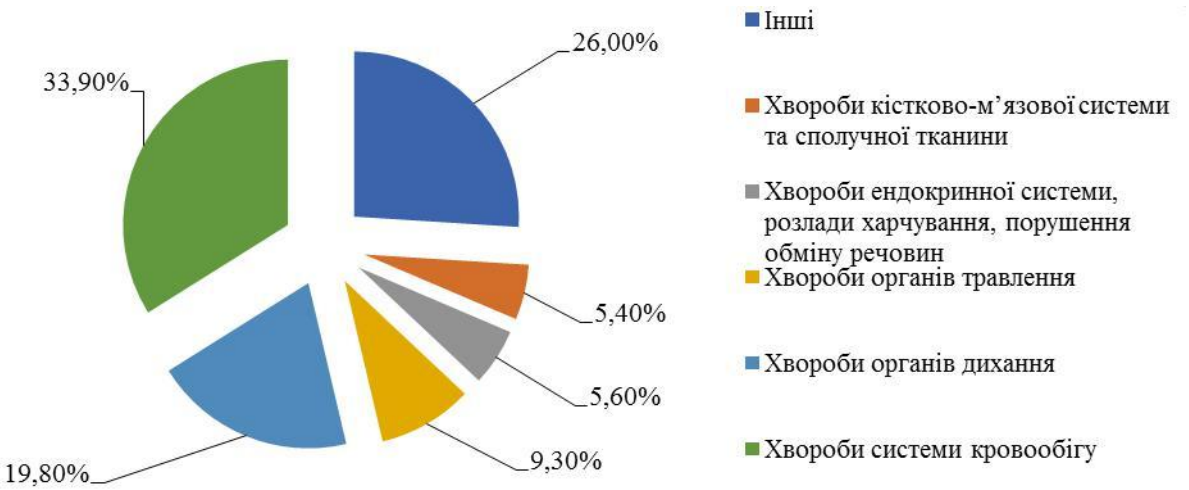

Рис. 2.5. Структура поширеності хвороб серед міського населення

України за класами у 2016 р.(%) [114]

П’яте останнє місце в рейтингу займають хвороби шкіри та підшкірної клітковини як у міського так і в сільського населення(рис.2.6, рис.2.7.).

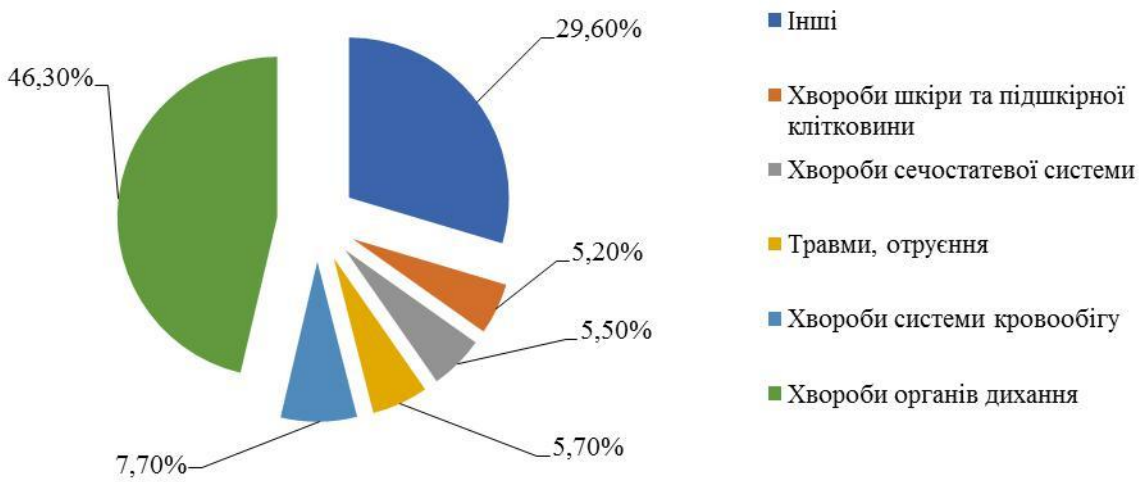

Рис. 2.6. Структура захворюваності сільського населення України за класами хвороб у 2016 р.(%) [114]

Рівень поширеності хвороб в Україні має відмінності не тільки за залежно від місцевості але і залежно від статті: так, серед жіночого населення країни поширеність захворювань у 2016 р. вища за чоловічу: відповідно 188628, 9 та 150743,4 на 100 тис. відповідного населення, тобто на 25,1% більше. Та ж сама

ситуація і щодо рівня первинної захворюваності: він у жінок вищий і становить – 65889,5 на 100 тис. відповідного населення, що на 11,9% більше ніж у чоловіків.

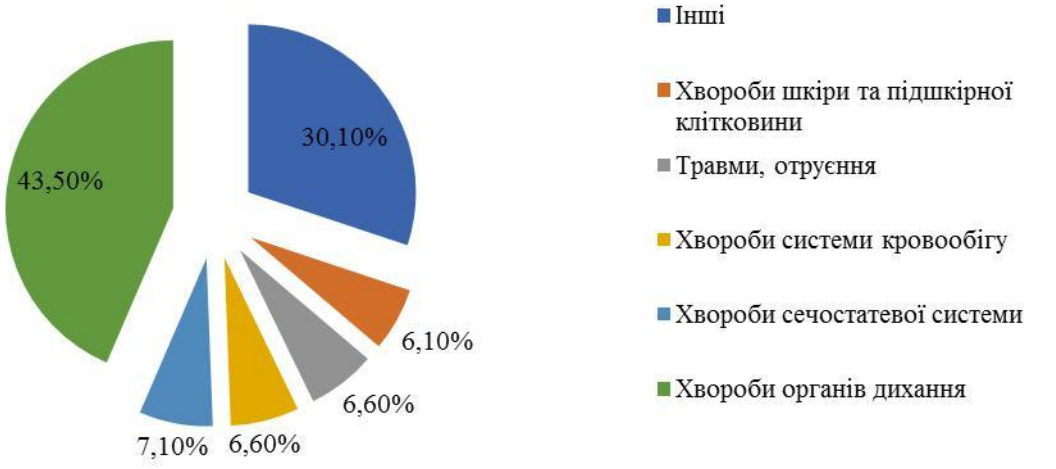

Рис. 2.7. Структура захворюваності міського населення України за класами хвороб у 2016 р.(%) [114]

Якщо розглядати поширеність хвороб у жінок і чоловіків за областями країни, то показники поширеності хвороб та первинної захворюваності жінок мають постійну тенденцію перевищення над аналогічними показниками у чоловіків, що притаманно абсолютно всім областям України.

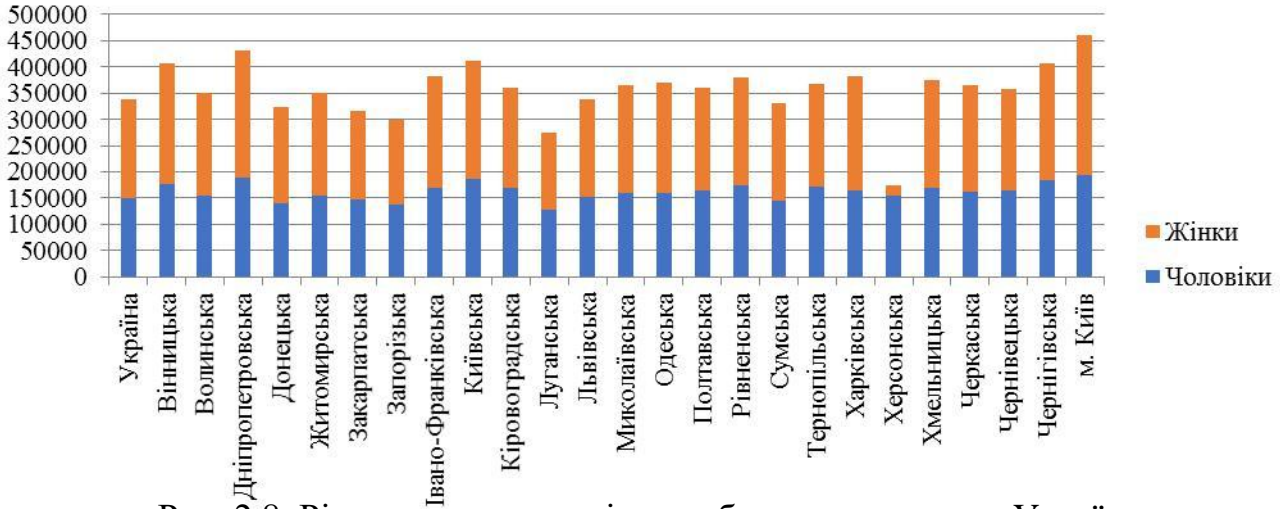

Рис. 2.8. Рівень поширеності хвороб серед населення України за регіонами та статтю(чоловіки, жінки) у віці від 0-100 років і старше в 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення) [114]

У таких областях, як м. Київ, Київській, Дніпропетровській, Вінницькій та Чернігівській спостерігаються найвищі показники поширеності захворювань за обома статями населення країни. Що стосується первинної захворюваності населення, то тут переважають м. Київ, Івано-Франківська, Дніпропетровська, Львівська та Рівненська області(рис. 2.8., рис. 2.9.)

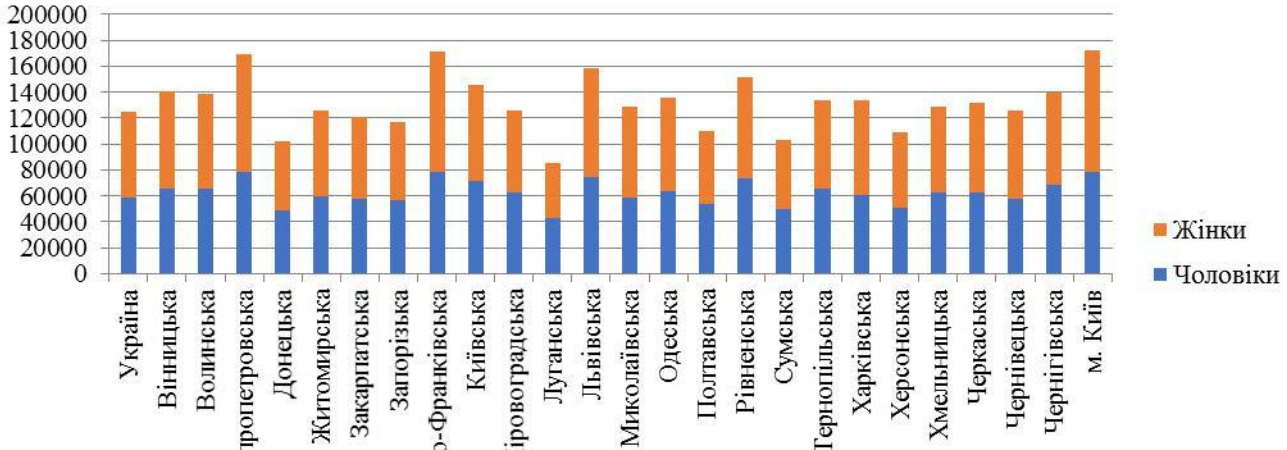

Рис. 2.9. Рівень захворюваності населення України за регіонами та статтю(чоловіки, жінки) у віці від 0-100 років і старше в 2016 р. (на 100 тис. відповідного населення) [114]

На основі проведеного аналізу можна дійти висновку, що у 2016 році показник поширеності хвороб серед населення України демонструє тенденцію до зростання порівняно з минулорічними даними. Щодо рівня первинної захворюваності, то спостерігається лише незначне його відхилення від показника попереднього року, що свідчить про відносну стабільність цього індикатора.

У контексті сучасної кризової медико-демографічної ситуації в Україні першочергового значення набуває завдання збереження та поліпшення здоров'я населення. Досягнення цієї мети потребує орієнтації всіх сфер життєдіяльності суспільства на оздоровлення умов життя, зокрема удосконалення умов праці, побуту та репродуктивної діяльності. Важливо створити такі соціальні умови, які сприятимуть формуванню та закріпленню моделей поведінки, орієнтованих на здоровий спосіб життя. Одночасно необхідно визначити найгостріші проблеми у сфері охорони здоров'я, на які слід спрямувати першочергові заходи профілактики та лікування.

Політичні та соціально-економічні кризи останніх років, а також тривалі воєнні дії на території України спричинили зростання медико-екологічних ризиків, які насамперед становлять загрозу для дітей. Стан здоров'я дитячого населення виступає особливо чутливим індикатором негативних змін, що відбуваються у суспільстві.

Попри скорочення кількості дітей у загальній структурі населення, рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дитячої групи залишаються високими. У 2012 році показник поширеності становив 1980,54 випадку на 1000 дітей відповідного віку, а у 2016 році — 1742,3. Рівень захворюваності відповідно становив 1440,09 у 2012 році та 1274,76 у 2016 році, що відображено на рис. 2.10.

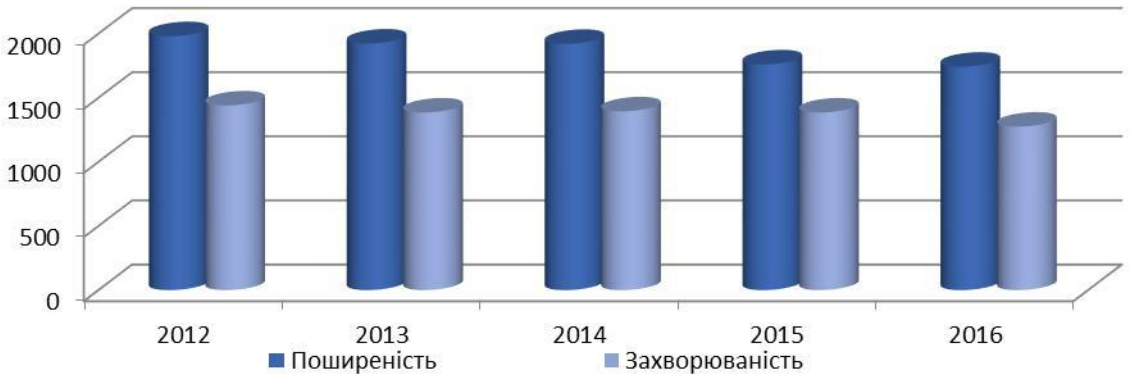

Рис. 2.10. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0-17 років включно в Україні у 2012-2016 рр. (на 1000 відповідного населення) [114]

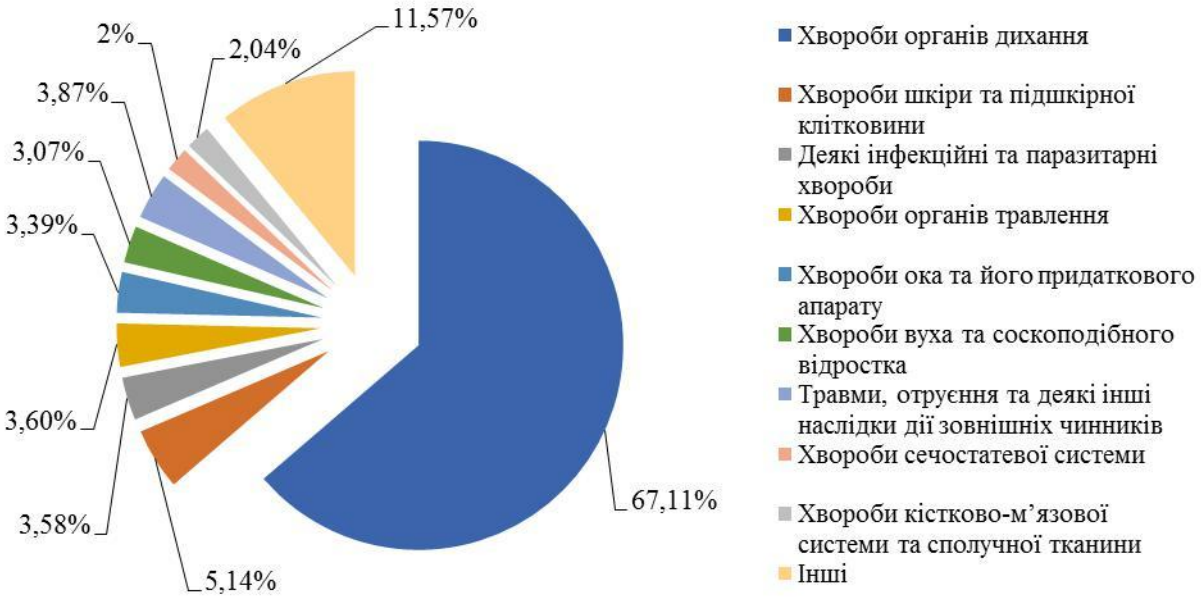

Рис. 2.11. Структура захворюваності у дітей 0-17 років в Україні у 2016 р.(%)

Згідно з результатами аналізу стану здоров'я дітей віком 0–17 років встановлено, що у 2016 році у структурі захворюваності переважали хвороби органів дихання, частка яких становила 67,11%. На другому місці опинилися хвороби шкіри та підшкірної клітковини — 5,14%, а на третьому — деякі інфекційні та паразитарні хвороби з показником 3,58%. Четверту позицію у структурі займали хвороби органів травлення — 3,6%, тоді як хвороби ока та його придаткового апарату становили 3,39% (рис. 2.11).

Проблематика збереження й зміцнення здоров'я дітей залишається однією з ключових у сфері охорони здоров'я. Її вирішення має виняткове соціальне значення, адже здоров'я дітей є фундаментальною основою формування громадського здоров'я та майбутнього трудового потенціалу держави, а також виступає вагомим чинником національної безпеки. На рівень здоров'я дитячого населення впливають численні чинники, серед яких провідними вважаються спосіб життя дитини, спадкові особливості, а також матеріальні та соціальні умови сім'ї [114].

З огляду на значний вплив факторів довкілля та регіональних умов проживання на формування дитячого здоров'я, особливий інтерес становить аналіз статево-вікових показників, а також вивчення захворюваності й поширеності хвороб за регіонами України. Як і в попередні роки, у 2016 році зафіксовано значну регіональну диференціацію цих показників: рівень захворюваності дітей коливався від 980,31 випадку на 1000 дітей відповідного віку у Закарпатській області до 1645,28 у м. Києві та 1661,9 у Київській області. Регіональні відмінності у показниках поширеності хвороб становили 1,6 раза і варіювали від 1360,74 у Закарпатській до 2473,71 у м. Києві, 2410,53 у Київській та 2161,76 у Чернігівській областях [114].

Формування та збереження здоров'я дитячого населення України набуває виняткової ваги, оскільки здоров'я є не лише індивідуальним надбанням, а й національним ресурсом, одним з головних індикаторів добробуту країни. Як зазначалося раніше, загальновизнаним є твердження, що інвестиції в здоров'я дітей — це необхідна передумова людського та економічного розвитку, адже саме

здорові діти мають кращі шанси прожити довге, продуктивне та соціально активне життя.

Щодо стану здоров'я дорослого населення, то офіційна статистика зафіксувала, що у 2016 році як рівень поширеності хвороб, так і рівень первинної захворюваності дорослих в Україні продовжували зростати порівняно з 2014 роком (табл. 2.3). Попри те, що ці показники залишаються високими, вони все ж нижчі від рівня, зафіксованого у 2012 році. Таке різноспрямоване коливання окремих класів хвороб здебільшого можна пояснити складними соціально-економічними процесами, що відбуваються в державі, та їхнім негативним впливом на поведінкові моделі населення. Унаслідок цього погіршується ставлення громадян до власного здоров'я, а з боку системи охорони здоров'я не завжди забезпечується належний рівень профілактичної роботи та якість медичного обслуговування.

Зниження показників первинної захворюваності частково зумовлено тим, що населення рідше звертається по медичну допомогу. Основною причиною такого явища є висока вартість медичних послуг та лікарських засобів, що обмежує доступність лікування й призводить до недообліку реального рівня захворюваності.

Таблиця 2.1

Динаміка поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення України за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

Показник	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність хвороб	184754,9	184012,7	184286,6	168849,2	170417,8	171599,4
Захворюваність населення	55474,2	53682,2	53187,3	48467,8	48606,0	49578,0

Особливої уваги потребує стан здоров'я працездатного населення України, оскільки саме ця категорія громадян формує основний трудовий потенціал держави та забезпечує її економічний і соціальний розвиток.

Аналіз структури поширеності хвороб серед дорослого населення у 2016 році свідчить про збереження традиційної ієрархії основних класів захворювань. На

першому місці стабільно перебувають хвороби системи кровообігу, які й надалі залишаються найбільш поширеними серед дорослих. Другу позицію посідають хвороби органів дихання, третю — хвороби органів травлення. Далі у структурі поширеності розміщуються хвороби сечостатевої системи, а останнє місце займають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (рис. 2.12).

Працююче населення забезпечує базові умови функціонування економіки та соціальної сфери, і його здоров'я визначається комплексом факторів. На нього впливають не лише ризики, пов'язані безпосередньо з робочим середовищем, а й соціальні та індивідуальні умови життя, рівень обізнаності у питаннях здоров'я, а також доступність медико-санітарних послуг. За таких умов державна політика у сфері охорони здоров'я має бути спрямована на посилення профілактичних заходів, забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення якості та доступності медичної допомоги. Важливими напрямами є також підвищення ефективності державного фінансування охорони здоров'я, формування стимулів для ведення здорового способу життя та створення безпечних і сприятливих умов праці.

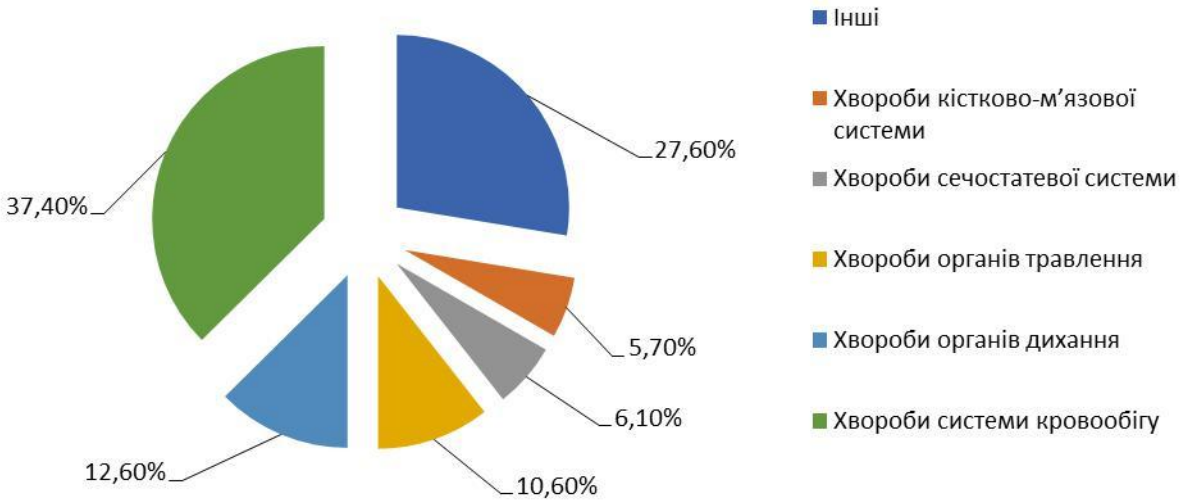

Рис. 2.12. Структура поширеності хвороб серед дорослого населення (18-100 років) України за класами хвороб у 2016 р. (%) [114]

Проаналізуємо стан здоров’я населення працездатного віку, спираючись на дані таблиці 2.2. Згідно з показниками за 2015 рік, рівень поширеності хвороб серед осіб працездатного віку зріс на 1,3%, тоді як рівень первинної захворюваності підвищився на 0,7%. Водночас важливо зазначити, що упродовж 2011–2016 рр. обидва згадані показники загалом демонстрували тенденцію до зниження. Така динаміка свідчить про зменшення звернення населення до медичних установ, що значною мірою зумовлено наслідками економічної кризи в Україні.

Таблиця 2.2

Динаміка поширеності та захворюваності працездатного населення України за період 2011-2016 рр. (на 100 тис. населення)

Найменування показника	Рік					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширення хвороб	148371,4	147000,8	147394,7	135706,2	137437,6	139131,6
Захворюваність населення	61937,5	59711,2	59168,3	54118,2	54480,1	55919,0

Виходячи з наведених статистичних даних, можна стверджувати, що у структурі поширеності хвороб серед працездатного населення найбільшу частку займають хвороби системи кровообігу — 24,2%, що відповідає 33 213,2 випадку на 100 тис. відповідного населення. На другій позиції перебувають хвороби органів дихання, частка яких становить 18,1% або 24 833,7 випадку на 100 тис. населення. Третє місце у структурі займають хвороби органів травлення — 10,9% або 15 021,4 випадку на 100 тис. осіб. Далі йдуть хвороби сечостатевої системи, частка яких становить 8% або 10 937,6 випадку на 100 тис. населення. Найменший показник припадає на хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини — 5,6% або 7 663,0 випадку на 100 тис. відповідного населення (рис. 2.13).

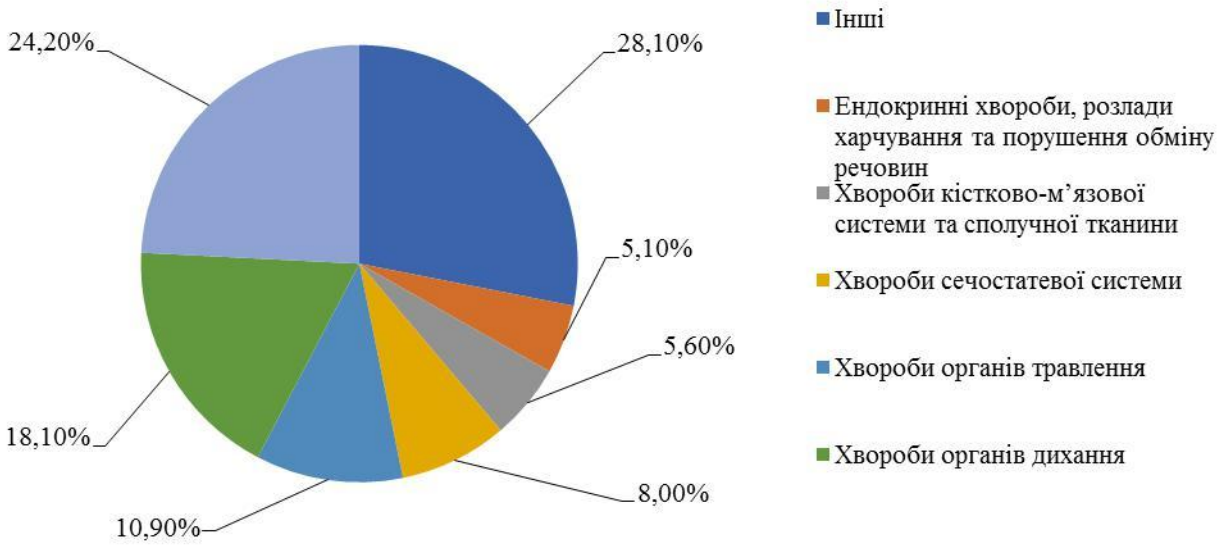

Рис. 2.13. Структура поширеності хвороб серед працездатного населення України за класами хвороб у 2016 р. (%) [114]

На відміну від структури поширеності хвороб, у якій провідне місце належить хворобам системи кровообігу, у структурі первинної захворюваності працездатного населення домінують хвороби органів дихання. У 2016 році їх рівень становив 19 601,3 випадку на 100 тис. відповідного населення. На другій позиції за поширеністю нових випадків розміщуються хвороби сечостатевої системи, показник яких становив 5 425,5 на 100 тис. осіб. Далі у спадному порядку слідують травми та отруєння — 4 242,9 випадку відповідно. Хвороби системи кровообігу перебувають

на четвертому місці з показником 3 612,8 на 100 тис. населення. Найменша частка серед первинної захворюваності припадає на хвороби шкіри та підшкірної клітковини — 3 561,6 випадку на 100 тис. відповідного населення (рис. 2.14).

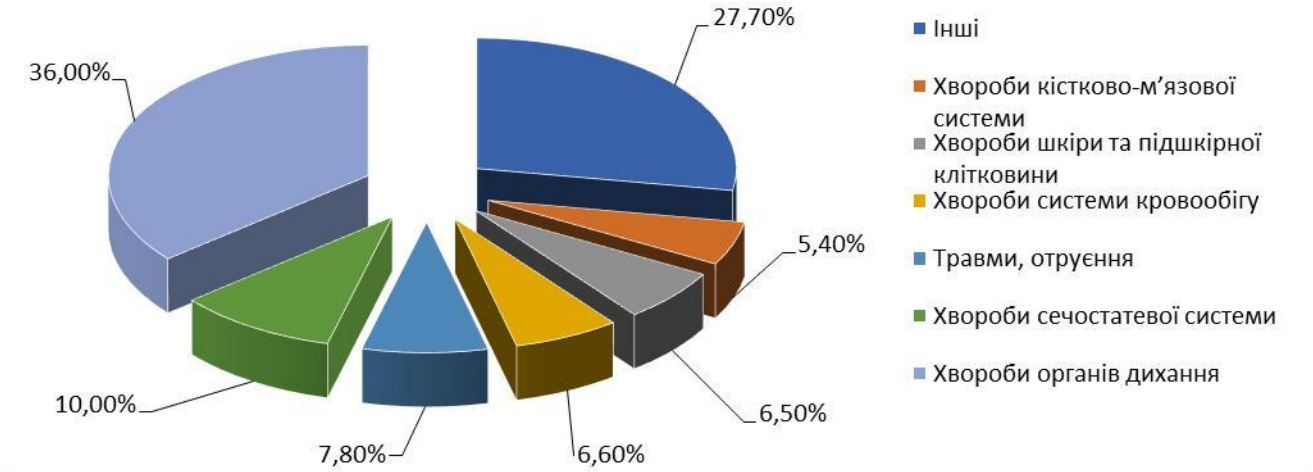

Рис. 2.14. Структура захворюваності працездатного населення України за класами хвороб у 2016 р. (%) [114]

У цілому за аналізований період простежувалася негативна тенденція, що проявлялася у зростанні первинної захворюваності та поширеності хвороб серед населення України. Динаміка обох показників свідчить про погіршення загального стану здоров'я населення та зростання навантаження на систему охорони здоров'я.

За чверть століття незалежності Україна перебувала під постійним впливом затяжних соціально-економічних і політичних криз, що суттєво позначилося на рівні життя населення, умовах побуту та доступності медичного обслуговування. Сукупність цих факторів закономірно відобразилася на демографічній ситуації в країні, що в кінцевому підсумку спричинило розвиток демографічної кризи.

За даними Державної служби статистики, протягом останніх років чисельність населення України невпинно скорочувалася. Так, з січня 1991 року до січня 2017 року кількість жителів країни зменшилася на 9,4 млн осіб. Якщо у 1991 році в Україні проживало майже **52 млн** осіб, то на початок 2017 року — близько **42,5 млн** (рис. 2.15.) [116].

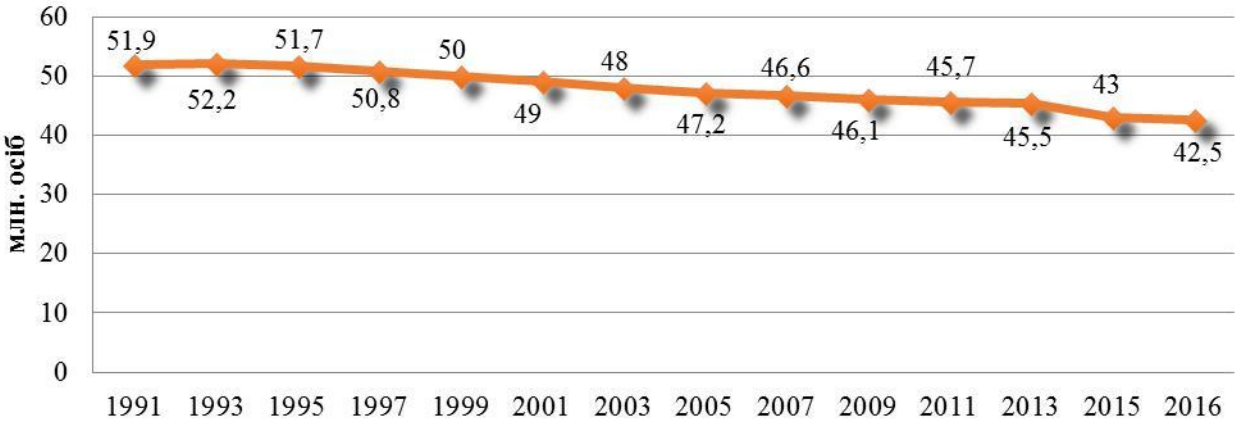

Рис. 2.15. Динаміка чисельності населення України у 1991-2016 рр.

Порівняно з 1991 роком значних змін зазнала й структура смертності населення України. Особливо помітним є зростання частки померлих від хвороб системи кровообігу: у 2015 році вона досягла 65,8% проти 52,1% у 1991 році, що в абсолютному вимірі становило 436,4 тис. осіб. Цей показник перевищує сукупну кількість випадків смертей від усіх видів раку, туберкульозу та СНІДу разом узятих. Як у 1991-му, так і у 2015 році структуру причин смертності формують ендогенні чинники (зокрема, хвороби системи кровообігу, новоутворення та інші патології) та екзогенні чинники (зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання і травлення, окремі інфекційні й паразитарні хвороби). У сучасній структурі смертності 72,1% усіх смертей в Україні припадає лише на два класи: хвороби системи кровообігу та новоутворення (рис. 2.16).

У 2016 році загальна кількість померлих в Україні становила 583,6 тис. осіб, що на 11,2 тис. менше, ніж у 2015 році. Загалом протягом п’ятирічного періоду відбулося зменшення смертності: у 2016 році кількість померлих була на 47,3 тис. осіб меншою, ніж у 2012 році, тобто на 7,5% [91].

Рис. 2.16. Чисельність народжених та померлих в Україні у 2005-2016 рр.

Сучасна демографічна ситуація в Україні, для якої характерним є перевищення смертності над народжуваністю та переважання частки людей старшого віку над молоддю, зумовлює щорічне скорочення чисельності населення. За цих умов потреба у вирішенні соціально-економічних і медичних проблем не лише не зменшується, а навпаки — набуває дедалі більшої гостроти.

Постійне зростання поширеності й захворюваності населення, скорочення чисельності громадян та поступове старіння населення підтверджують, що медико-демографічна ситуація в Україні залишається вкрай складною. Водночас ці тенденції окреслюють нові виклики для державної політики у сфері охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України перебуває у негативному стані. Хронічний дефіцит фінансування, неефективне використання бюджетних ресурсів, низький рівень оплати праці медичних працівників сприяють поширенню корупційних практик у галузі, поглиблюють проблему застарілості матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я та знижують рівень професійної підготовки медичних кадрів. Такі явища призводять до необхідності неформальної участі пацієнтів у фінансуванні медичних послуг — шляхом благодійних внесків або платежів, не передбачених чинним законодавством України.

Низький рівень фінансового забезпечення охорони здоров’я безпосередньо впливає на якість медичної допомоги та тривалість життя населення. Конституційно проголошені гарантії щодо безоплатної медичної допомоги й невисокі заробітні плати медичного персоналу на практиці не створюють умов для надання якісних послуг. У результаті система охорони здоров’я фактично функціонує за рахунок самозабезпечення — благодійних внесків і тіньових платежів, що не регулюються законом.

У структурі загальних витрат на охорону здоров’я частка державних витрат в Україні становить приблизно 56%, тоді як у країнах Європейського Союзу цей показник сягає близько 76%. Приблизно 40% фінансування медичної галузі в Україні припадає на прямі витрати домогосподарств, а лише близько 4% — на добровільне медичне страхування та благодійну допомогу [117].

Реальною альтернативою недостатньому бюджетному фінансуванню є запровадження страхової медицини, яка здатна забезпечити залучення додаткових джерел надходжень у сферу охорони здоров’я й створити основу для підвищення якості медичного обслуговування. У країнах із розвиненою економікою медичне страхування охоплює практично все населення, оскільки така модель є економічно вигідною як для держави, так і для громадян.

В Україні добровільне медичне страхування (ДМС) поширюється повільно. Станом на сьогодні користувачами ДМС є не більше ніж 3% населення. При цьому, за оцінками Ліги страхових організацій України (ЛСОУ), понад 40% загального обсягу страхових премій припадає саме на корпоративні програми ДМС. На ринку страхування здоров’я працює понад 50 страховиків, які мають більш ніж десятирічний досвід діяльності [118].

У світовій практиці медичне страхування виконує функцію забезпечення людини якісною медичною допомогою, оплаченого обслуговуванням і сучасними діагностичними процедурами. Наявність полісу ДМС дає можливість отримати кваліфіковане лікування, доступ до сучасних лікарських засобів, що сприяє зниженню рівня захворюваності населення. Водночас соціальна спрямованість медичного страхування зумовлює зростання інтересу до нього серед населення.

Головною метою впровадження медичного страхування є забезпечення громадян України їх конституційним правом на безоплатну медичну допомогу та подолання хронічного недофінансування системи охорони здоров'я.

2.2. Сучасний стан ринку послуг з добровільного медичного страхування

Базою експериментального дослідження виступив **Медичний центр «ОН Клінік Харків»**. Ринок добровільного медичного страхування (ДМС) є одним із найдинамічніших сегментів національного страхового ринку. Його функціонування можна розглядати як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємодії учасників. ДМС належить до галузі особистого страхування та становить складову системи соціального захисту громадян.

Основна мета ДМС полягає в тому, щоб надати страхувальникові (застрахованій особі) гарантії повної або часткової компенсації страховою компанією витрат, пов'язаних зі зверненням до медичного закладу по медичну допомогу. Оплата послуг здійснюється за рахунок коштів страховика, акумульованих у відповідних страхових резервах. На рис. 2.17 подано схему взаємодії ключових суб'єктів системи добровільного медичного страхування.

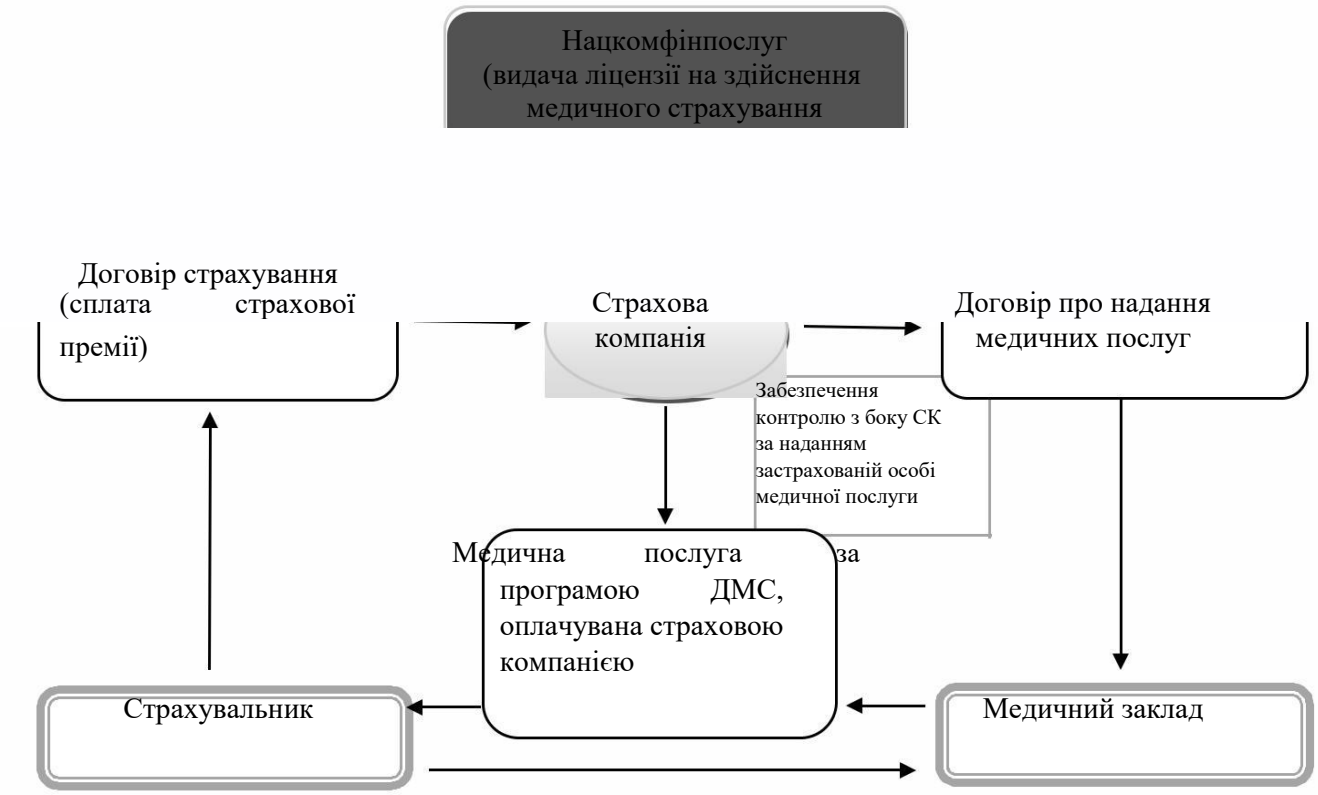

Рис. 2.17. Схема добровільного медичного страхування

Сучасний ринок страхових послуг характеризується активною пропозицією страховими компаніями (далі — СК) полісів медичного страхування, структура яких дозволяє максимально враховувати індивідуальні побажання страхувальників. Такі поліси побудовані таким чином, щоб поєднувати конкретні потреби клієнта з рівнем його фінансових можливостей, забезпечуючи персоніфікований підхід до формування страхового покриття.

Страхувальник має можливість придбати поліс добровільного медичного страхування (ДМС) як за окремою програмою, так і обрати комбінований поліс, що містить усі необхідні опції. Окрім цього, значна частина страховиків пропонує додаткові сервіси — зокрема, послуги з доставки медикаментів та їх оплати.

Водночас розвиток ринку ДМС стримують низка об’єктивних факторів. До таких чинників належить висока вартість полісів, що у середньому становить від 5000 грн, а також відсутність уніфікованого стандарту щодо базового пакета послуг. Не менш вагомою перешкодою є низький рівень довіри населення до СК.

Сукупність цих факторів, посилена загальною економічною кризою в країні, спричиняє стагнацію на ринку добровільного медичного страхування.

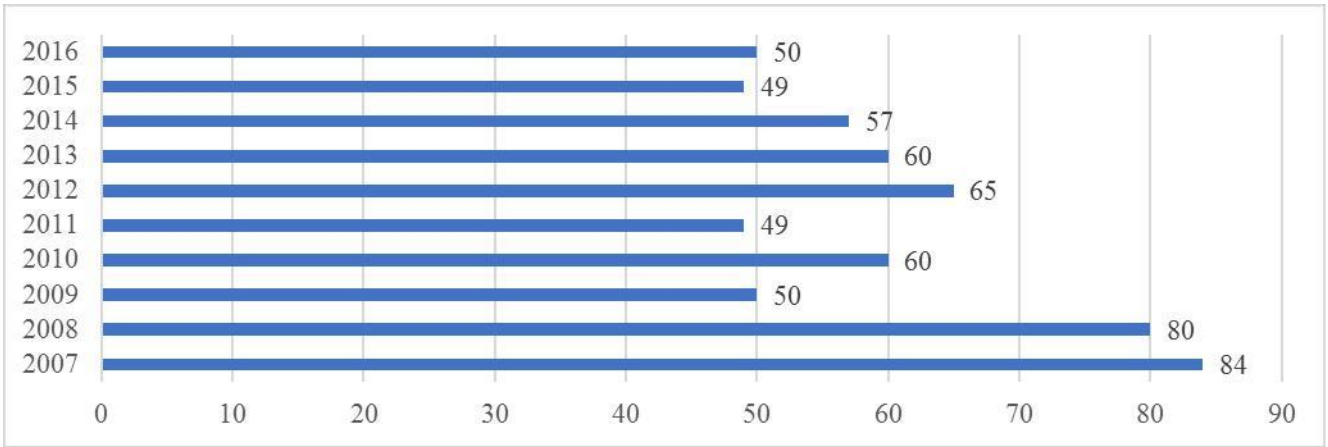

Рис. 2.18. Кількість зареєстрованих страхових компаній, які діють на ДМС за 2012-2016 рр., од

Ринок добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні, як і будь-який інший сегмент страхового ринку, характеризується постійними коливаннями кількості страховиків (СК), що безпосередньо залежать від загальної економічної ситуації в державі. Найвищий рівень активності на ринку спостерігався у 2007–2008 рр., однак уже в 2009 році кількість СК суттєво скоротилася — на 34 одиниці, що у відносних показниках становить майже 60%. Така динаміка пояснюється впливом глобальної фінансово-економічної кризи 2008–2013 рр. У подальшому, у 2010–2013 рр., кількість компаній, що працювали на ринку ДМС, коливалася в межах від 49 до 65. У 2014 році тенденція до зменшення кількості СК збереглася, однак у 2016 році порівняно з 2015 роком простежувалося незначне зростання, і кількість компаній досягла 50, що у відносному вираженні становить 2% (рис. 2.18). Детальний аналіз економічної ситуації в країні дає підстави стверджувати, що зниження активності страховиків протягом останніх років є закономірним та обґрунтованим.

На рис. 2.19 продемонстровано, що для українського ринку характерною є позитивна тенденція до зростання страхових премій. Подібну динаміку демонструють і страхові виплати — тобто суми, які страховик зобов’язаний

компенсувати у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору. Водночас у загальному вимірі страхові премії стабільно перевищують страхові виплати, що є сприятливим показником для діяльності страхових компаній. Лише у 2016 році валові премії на ринку ДМС збільшилися на 29,6% у порівнянні з аналогічним періодом 2015 року.

Загалом темпи зростання українського ринку ДМС залишаються одними з найвищих серед інших видів страхування. Це пояснюється тим, що ринок ДМС в Україні все ще перебуває на початковому етапі розвитку, однак має значний потенціал подальшого розширення та поглиблення.

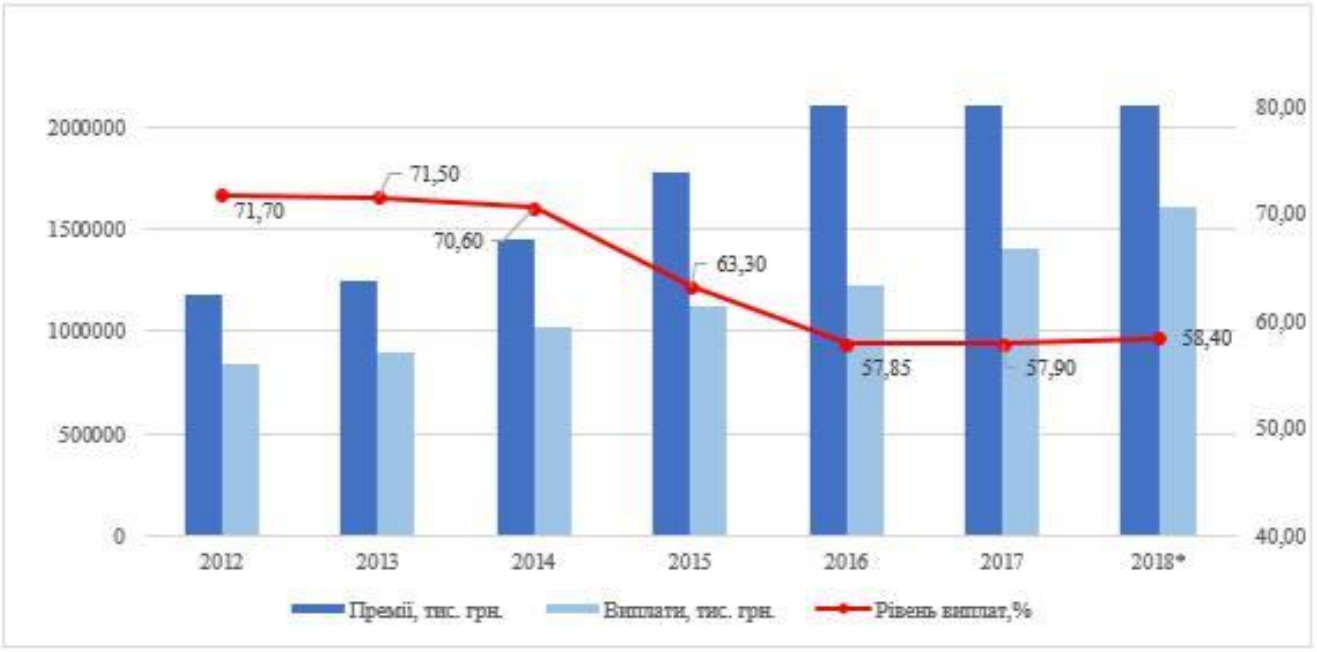

Рис. 2.19. Динаміка основних показників ДМС в Україні протягом 2012-2018 рр.

Досліджуючи динаміку рівня страхових виплат у контексті оцінки ефективності добровільного медичного страхування, слід визначити рівень збитковості цього виду страхових послуг. На основі даних, поданих на рис. 2.20, можна зробити висновок, що рівень страхових виплат за договорами ДМС є досить високим і перевищує позначку у 50% (зокрема, у 2015 році він становив 64%), що

свідчить про збитковість цього виду страхування. Позитивним для страховиків аспектом є зниження відповідного показника у 2016 році до 57,9%, що є найнижчим значенням за останні вісім років.

Однак, зважаючи на те, що ні рівень захворюваності населення (див. п. 2.1.), ні вартість медичних послуг в Україні не зменшилися, така динаміка є негативним сигналом для страхувальників, оскільки може свідчити про факти ухилення страховиків від здійснення страхових виплат у разі настання страхових випадків за договорами ДМС. Це, безумовно, знижує довіру громадян до страхування як інструменту фінансового захисту, оскільки не забезпечує достатніх гарантій отримання страхового відшкодування та вказує на недостатню ефективність функціонування страхового ринку.

З метою визначення місця добровільного медичного страхування на страховому ринку доцільно проаналізувати частку валових страхових премій за ДМС у загальному обсязі страхових премій (рис. 2.20).

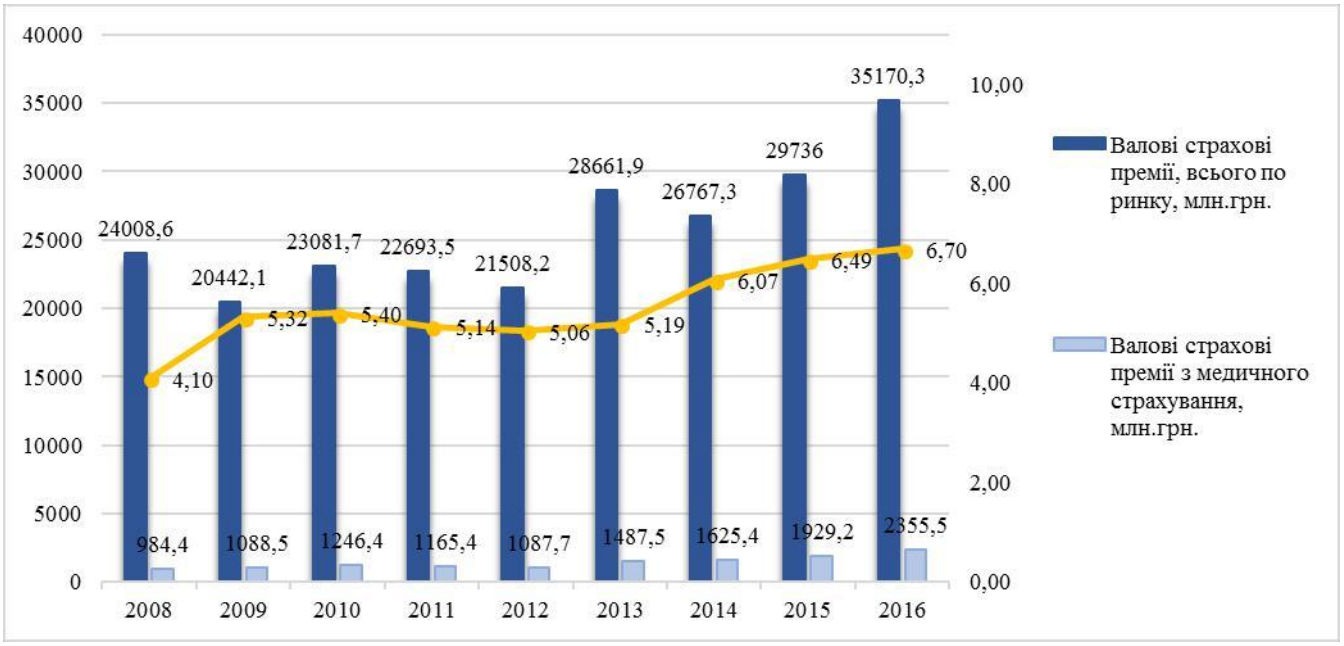

Рис. 2.20. Місце медичного страхування на страховому ринку України

Для функціонування добровільного медичного страхування в Україні вже сформовано низку необхідних передумов. Серед ключових чинників слід

виокремити три основні: по-перше, трансформаційні процеси в економіці, що спричинили суттєве подорожчання медичної допомоги; по-друге, зростання взаємозалежності між попитом населення на якісні медичні послуги та пропозицією відповідних послуг; по-третє, активізацію діяльності приватних медичних закладів, що створює основу для розвитку страхових механізмів фінансування. На цьому тлі частка добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні демонструє стабільне зростання і у 2016 році досягла 6,7% у структурі валових страхових премій (рис. 2.20). Це свідчить про поступове усвідомлення населенням необхідності страхового захисту та підвищення ролі ДМС в системі соціально-економічних відносин. Сприяє такій динаміці і те, що обсяги страхових премій із ДМС збільшуються швидшими темпами, ніж валові страхові надходження на ринку загалом. Водночас слід зауважити, що обсяг ДМС та його частка в загальній структурі страхового ринку залишаються досить низькими, що свідчить про недостатній рівень розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні.

Оцінити стан розвитку ринку ДМС та його роль у структурі страхових послуг України за 2011–2016 рр. дають змогу дані табл. 2.3. З аналізу наведених статистичних показників випливає, що протягом зазначеного періоду поступово зростала питома вага ресурсного забезпечення ринку ДМС, що, своєю чергою, дозволяє страховим компаніям своєчасно здійснювати виплати страхувальникам у разі настання страхового випадку. Це свідчить про підвищення рівня платоспроможності українських страховиків у сегменті ДМС. Упродовж останніх років частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України помітно зросла: у 2016 році вона становила 6,7% у структурі валових страхових премій за всіма видами страхування та 16,7% у валових преміях зі страхування, що не належить до категорії страхування життя. Динаміка частки ДМС у структурі страхових виплат є нерівномірною. Найвищих значень цей показник досягав у 2012–2014 роках (20%–22%), коли майже четверта частина страхових виплат на ринку припадала саме на добровільне медичне страхування.

Таблиця 2.3

Частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України

Показники	Роки					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6	7
1. Валові страхові премії всього, млн. грн, в т. ч.	22693,5	21508,2	28661,9	26767,3	29736,0	35170,3
- добровільне медичне страхування, млн. грн	1656,5	1087,7	1487,5	1625,4	1929,2	2355,5
- частка добровільного медичного страхування, %	5,14	5,06	5,19	6,07	6,49	6,70
2. Страхові виплати всього, млн. грн, в т. ч.:	4864,0	5151	4651,8	5065,4	8100,5	8 839,5
- добровільне медичне страхування, млн. грн	889,7	1062,3	1 010,4	1 108,6	1 198,5	1 341,4
- частка добровільного медичного страхування, %	18,4	20,6	21,7	21,9	14,8	15,2

Продовження таблиці

1	2	3	4	5	6	7
3. Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн	18046,7	16158,7	22521,9	20772	20769,4	14037,5
- частка добровільного медичного страхування, %	9,2	12,2	9,7	10,9	9,3	16,7
4. Страхові виплати з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн	3708,1	4012,7	3356,9	3618,3	5301,5	5138,2
- частка добровільного медичного страхування, %	24,0	26,5	35,1	35,6	22,6	26,1

Досліджуючи у цьому контексті динаміку рівня страхових виплат, визначимо збитковість цього виду страхування (рис. 2.21).

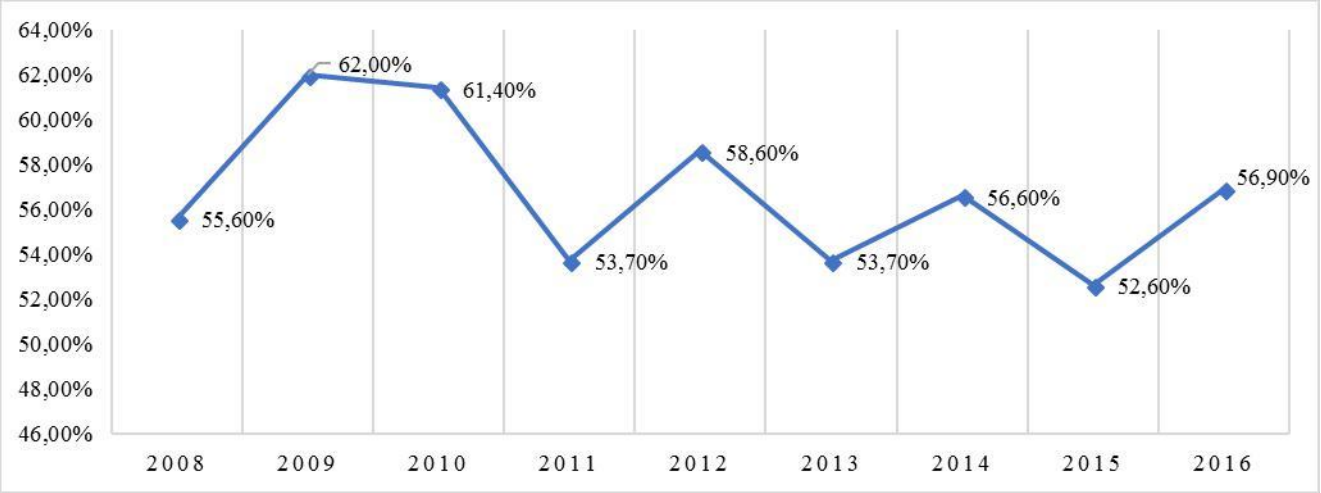

Рис. 2.21. Коефіцієнт валових страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування впродовж 2008–2016 рр.*

На основі даних, поданих на рис. 2.21, можна зробити висновок, що рівень страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні залишається досить високим і наближається до 60%, що свідчить про збитковість цього виду страхових послуг. Водночас позитивним моментом для страховиків є зниження показника рівня виплат у 2015 році до 52,6%, що стало найнижчим значенням за останні вісім років. Однак вже у 2016 році зазначений

показник знову зріс і досяг 56,9%. З огляду на те, що рівень захворюваності населення, так само як і вартість медичних послуг у країні, не зменшилися, така динаміка є негативною для страхувальників. Вона може свідчити про ухилення страховиків від виплати страхового відшкодування за договорами ДМС у разі настання страхових випадків, що, безумовно, негативно позначається на довірі громадян до страхування, не забезпечує гарантій страхового захисту та вказує на низьку ефективність функціонування страхового ринку.

Аналіз ринку ДМС в Україні свідчить про підвищення кількості страхових компаній, що працюють у цьому сегменті, а також про зростання обсягів залучених ними страхових премій. З одного боку, така динаміка відображає зростання зацікавленості населення у послугах медичного страхування. З іншого — необхідно враховувати, що збільшення надходжень страхових премій пов'язане насамперед зі зростанням вартості страхових програм унаслідок подорожчання медичних послуг і медикаментів, а також з активним просуванням страховиками дорожчих програм, орієнтованих на колективне страхування.

Для з'ясування основних тенденцій розвитку ринку добровільного медичного страхування та оцінювання конкурентних позицій його ключових учасників слід проаналізувати показники діяльності страхових компаній, що мають ліцензії на здійснення медичного страхування в Україні. У сегменті ДМС представлена обмежена кількість компаній-лідерів (табл. 2.4). Як засвідчують дані цієї таблиці, рівень виплат у деяких страховиків перевищує 60%, що характеризує високий ступінь ризиковості медичного страхування. Саме тому частка страхових компаній, які активно працюють на ринку ДМС, становить приблизно 20%.

Лідером рейтингу страховиків, що отримали ліцензію на здійснення медичного страхування, є добре відома в Україні страхова компанія «Провідна». СК «Провідна» працює на страховому ринку країни з 1995 року та проводить регулярні дослідження економічної, соціальної й демографічної ситуації в регіонах, що дозволяє пропонувати доступні страхові продукти за оптимальною ціною. Компанія є членом низки професійних та галузевих об'єднань: Ліги страхових організацій України, Моторного (транспортного) страхового бюро України, Українського національного комітету Міжнародної торгової палати,

Американської торговельної палати в Україні, Української будівельної асоціації, Українського союзу промисловців та підприємців [121].

Другою у рейтингу є страхова компанія «Нафтагазстрах». Заснована у 1995 році, ця компанія володіє 19 ліцензіями на здійснення п'яти обов'язкових та чотирнадцяти добровільних видів страхування. Компанія пропонує спеціалізовані страхові продукти як фізичним, так і юридичним особам, враховуючи специфіку їхньої діяльності, галузеві особливості та інші чинники.

Таблиця 2.4

Рейтинг страхових компаній-лідерів ринку ДМС в Україні за обсягами страхових премій, 2016 р.

№	Страхові компанії	Страхові премії, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Рівень виплат, % (ряд.4/ряд.3)
1	2	3	4	5
1.	Провідна	288 759	184 269	63,8
2.	Нафтагазстрах	241 523	163 844	67,8
3.	АХА Страхування	181 798	89 305	49,1
4.	УНІКА	175 681	112 414	64,0
5.	Альфа Страхування	132 969	61 303	46,1
6.	PZU Україна	128 832	59 310	46,0
7.	ІНГО Україна	125 498	70 708	56,3
8.	Країна	92 910	61 541	66,2
9.	Українська страхова група	88 497	48 756	55,1
10.	Арсенал страхування	39 585	16 423	41,5

Пріоритетним напрямом діяльності компанії є добровільне медичне страхування, а також страхування від нещасних випадків, майнове страхування та страхування багажу. Страхова компанія «Нафтагазстрах» спеціалізується переважно на забезпеченні медичним страхуванням працівників підприємств, виступаючи активним учасником вітчизняного страхового ринку та членом Ліги страхових організацій України.

Одним із важливих показників, що відображає масштаби розвитку ринку добровільного медичного страхування, є співвідношення між кількістю укладених договорів ДМС та чисельністю населення працездатного віку. Саме ця категорія населення володіє економічними можливостями для самостійного забезпечення

страхового захисту шляхом укладання договорів ДМС. Проте частка працездатного населення, охопленого такими договорами, залишається незначною, хоча й демонструє позитивну динаміку: від 15,1% у 2008 році до 26,1% у 2015 році. Водночас за останній рік зафіксовано її незначне скорочення. Таким чином, лише близько однієї четвертої частини працездатного населення фактично забезпечена страховим захистом у межах ДМС.

Узагальнюючи зазначені тенденції, варто відзначити, що, попри позитивні зрушення, ринок добровільного медичного страхування в Україні стикається з низкою невирішених проблем. До таких належать:

- **відсутність належного рівня довіри населення** до послуг ДМС, що підтверджується низькою часткою працездатних громадян, які укладають відповідні договори;
- **недостатня зацікавленість населення у страхуванні**, пов'язана з обмеженою платоспроможністю домогосподарств;
- **нерозвинутість сегмента довгострокового страхування життя**;
- **надмірно висока вартість страхових полісів**, що стримує попит;
- **відсутність повноцінного механізму контролю якості медичних послуг** у закладах державної та комунальної форм власності.

В Україні спостерігається сукупність факторів, які порушують цілісність функціонування ринку медичного страхування, призводять до розривів у його інституційних зв'язках та уповільнюють темпи розвитку. Застосування методології SWOT-аналізу до дослідження національного ринку медичного страхування дозволяє системно ідентифікувати весь комплекс зазначених проблем, а також оцінити внутрішні можливості та сильні сторони ринку. SWOT-аналіз (strengths — сильні сторони; weaknesses — слабкі; opportunities — можливості; threats — загрози) забезпечує інструмент для виявлення ключових аспектів функціонування ринку ДМС та визначення його стратегічних орієнтирів.

З огляду на необхідність отримання цілісного уявлення про діяльність страхових компаній у сфері медичного страхування, розроблення напрямів подальшого розвитку галузі та формування прогнозів її перспектив, нами було здійснено SWOT-аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища функціонування

ринку. У ході аналізу визначено найважливіші можливості та загрози, а також сильні й слабкі сторони страхового ринку, що відображено в табл. 2.5.

Отримані результати SWOT-аналізу створюють підґрунтя для об’єктивного оцінювання рівня розвитку галузі, виявлення її конкурентних переваг і визначення ключових напрямів концентрації зусиль задля подальшого зростання та підвищення ефективності ринку добровільного медичного страхування.

Таблиця 2.5

SWOT-аналіз ринку добровільного медичного страхування в України

Чинники	Сприятливі	Несприятливі
Внутрішні	S – Сильні сторони	W – Слабкі сторони
	- ринок, що динамічно розвивається; - наявність лідерів на ринку, які вже напрацювали досвід роботи на теренах України; - збільшення страхових премій; - збільшення власного капіталу страхових компаній; - створення асістанських центрів; - зростання обсягу страхових операцій; - розробка ефективних маркетингових стратегій.	- недосконаліть чинної нормативно-правової бази; - застаріла та незбалансована система фінансового забезпечення надання медичних послуг; - недостатня інформованість цільової аудиторії; - збитковість медичного страхування через високий рівень виплат; - інформаційна закритість страхових компаній; - високий рівень збитковості медичного страхування.
Зовнішні	O – Можливості	T – Загрози
	- ухвалення нормативно-правової бази обов’язкового медичного страхування і подальший розвиток добровільного медичного страхування; - покращення кваліфікації персоналу компанії; - вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров’я; - формування бренду і репутації надійного страхового партнера, створення системи інвестування страхових резервів.	- політична, економічна нестабільність, інфляційні перешкоди; - низький платоспроможний попит з боку споживачів послуг ДМС; - неконтрольоване зростання цін на послуги, в т. ч. медичне страхування; - відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці, зменшення кількості кваліфікованих медичних працівників, відсутність механізму контролю за якістю наданих у медичному закладі послуг.

На основі результатів SWOT-аналізу (див. табл. 2.5.) можемо встановити зв'язки між ними та скласти SWOT- матрицю (див. табл. 2.6.)

Таблиця 2.6

SWOT-матриця ринку добровільного медичного страхування в Україні

ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ			
ВНУТРІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ		Можливості	Загрози
	Сильні сторони	- ухвалення нормативно-правової бази обов'язкового медичного страхування і подальший розвиток добровільного медичного страхування; - вдосконалення системи фінансування закладів охорони здоров'я; формування страхової культури населення; покращення системи збуту послуг та інформаційної бази компанії.	- застаріла та незбалансована система фінансового забезпечення надання медичних послуг; - відсутність динамічного зростаючого попиту на страхові послуги; - політична та економічна кризи, інфляційні перешкоди.
	Слабкі сторони	- удосконалення нормативно-правової бази функціонування медичного страхування; - відсутність єдиної інформаційної бази; - збільшення рівня конкурентоспроможності вітчизняних страховиків.	- високий рівень збитковості медичного страхування; - втрата платоспроможного попиту з боку страхувальників; - перепідготовка кваліфікації медичних кадрів; - відсутність механізму контролю за якістю наданих у медичному закладі послуг.

Підсумовуючи результати проведеного SWOT-аналізу, варто зазначити, що Україна має значний потенціал і розмаїття можливостей для подальшого розвитку системи медичного страхування. Реалізація ефективної, стійкої та надійної моделі медичного страхування потребує впровадження комплексу заходів, спрямованих на подолання виявлених проблем та усунення інституційних бар'єрів. До першочергових кроків слід віднести створення та постійне функціонування єдиного державного реєстру застрахованих осіб, що унеможливить дублювання страхування та нераціональні витрати фінансових ресурсів. Важливим напрямом є розроблення прогресивної шкали страхових внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, яка б корелювала розмір ставок із рівнем доходів

платників, а також визначала б мінімальні внески або забезпечувала повне державне покриття медичних витрат для соціально вразливих груп населення (пенсіонерів, осіб з інвалідністю та інших категорій). Такий підхід сприятиме збереженню універсальності доступу до медичних послуг.

Необхідним також є законодавче врегулювання механізму розподілу страхових внесків до фонду ОМС між роботодавцем і працівником. Важливу роль відіграватиме залучення додаткових фінансових джерел до системи охорони здоров'я — зокрема, підвищення ставок акцизного оподаткування на продукцію, що шкодить здоров'ю, та спрямування цих коштів на фінансування медичної галузі; підтримка благодійних ініціатив та діяльності громадських організацій; а також стимулювання розвитку добровільного медичного страхування, зокрема через упровадження різних моделей співфінансування населенням стаціонарних послуг підвищеного комфорту для осіб із високим рівнем доходів. Це дасть змогу підвищити фінансову стійкість медичних закладів та збільшити надходження до системи охорони здоров'я[113].

Незважаючи на відносно значну кількість страховиків, які пропонують послуги добровільного медичного страхування, ринок ДМС в Україні не можна вважати повністю конкурентним. У сучасній українській практиці відсутня цілісна система критеріїв та інструментів оцінювання рівня конкуренції на страховому ринку. Ця ситуація ускладнюється недостатнім методичним забезпеченням та обмеженою інформаційною базою.

2.3. Медичне страхування як фінансове підґрунтя закладів охорони здоров'я Харківського регіону

Організація ефективної роботи та стійкого розвитку системи охорони здоров'я в умовах дефіциту фінансових ресурсів є ключовим завданням органів державної влади різних рівнів. Відтак, оцінювання сучасного стану галузі охорони здоров'я та визначення основних проблем її фінансування набувають особливої актуальності[115].

Дослідники наголошують, що в Україні, аналогічно іншим постсоціалістичним країнам, тривалий час майже не існувало механізмів залучення

позабюджетних ресурсів у систему охорони здоров'я. Хронічне недофінансування з боку держави поступово спричиняло зниження якості медичної допомоги. Напруження, яке спостерігається у галузі, зумовлене глибокими суперечностями між ключовими елементами системи — державно-адміністративним управлінням галуззю, сферою соціального захисту здоров'я та сферою професійної медичної діяльності[116].

З огляду на те, що одним із головних факторів розвитку системи охорони здоров'я кожної країни є диверсифікація фінансових джерел, різні держави застосовують широкий спектр механізмів акумулювання коштів, орієнтуючись на специфіку політичного устрою, історичні традиції, економічний потенціал та інші структурні чинники.

Відповідно до міжнародних підходів, ефективна система охорони здоров'я повинна забезпечувати оперативне реагування на потреби пацієнтів, рівний доступ до медичних послуг, прозорість та раціональність фінансування, а також надійний страховий захист громадян у разі звернення за медичною допомогою. Досягнення таких характеристик є необхідною умовою покращення показників громадського здоров'я в Україні.

Отже, сучасна українська система охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких принципах, як безпечність, орієнтованість на пацієнта, ефективність, своєчасність, раціональність та справедливість.

В Україні, як і у більшості держав світу, охорона здоров'я визначається одним із ключових напрямів державної політики, що має суттєве соціальне, економічне й суспільне значення. Оскільки якість медичного обслуговування та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я матеріально-технічними, людськими й фінансовими ресурсами, а також від ефективності їх використання, галузь потребує значних інвестицій[137].

Серед основних і найгостріших проблем функціонування системи охорони здоров'я можна виокремити такі організаційно-економічні дисбаланси:

– нестача ресурсного забезпечення галузі**:** бюджетні видатки покривають лише 52–54 % фактичних потреб, а додаткові кошти спрямовуються переважно на оплату праці та енергоносії;

– нераціональне використання наявних ресурсів та обмежена доступність якісних медичних послуг для населення;

– недосконале та неузгоджене законодавче регулювання (Бюджетний кодекс України; Основи законодавства про охорону здоров'я; акти щодо повноважень місцевих органів влади в охороні здоров'я та формування мережі закладів);

– нестабільність та невпорядкованість механізмів фінансування первинної медичної допомоги**;**

– відсутність чіткого розмежування між службами первинної та вторинної медичної допомоги**;**

– структурно-організаційні недоліки функціонування СОЗ**:** паралельне існування відомчих медичних служб, утримання яких поглинає 42,3 % державних видатків на охорону здоров'я;

– кадрові проблеми**:** низький рівень забезпеченості кадрами та відсутність економічної мотивації медичних працівників, що призводить до зниження зацікавленості у якісному обслуговуванні пацієнтів[118].

На сьогодні основна частина видатків на охорону здоров'я надходить із Державного бюджету України та місцевих бюджетів, що підтверджується даними табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Видатки на охорону здоров'я в частині видатків Державного бюджету України за 2012–2017 рр.

Роки	Сумарні видатки Державного бюджету України, млн. грн	Видатки на охорону здоров'я, млн. грн	Питома вага, %	Відхилення порівняно з попереднім роком (+/-)	
				абсолютне	відносне
1	2	3	4	5	6
2012	271 221,9	11 358,5	4,19	+1134,6	-0,10
2013	287 607,7	12 879,3	4,48	+1520,8	+0,29
2014	299 616,8	10 580,8	3,53	- 2298,5	-0,95

Продовження таблиці 2.7.

1	2	3	4	5	6
2015	576 911,4	10 934,8	1,90	+ 3540,6	-1,63
2016	674 518,8	12 138,6	1,80	+1203,7	-0,10
2017	775 264,9	60 470,6	7,80	+4833,2	+6,0
2018*	829 533,4	69 541,2	8,32	+9070,6	0,52

Як свідчать дані табл. 2.7, частка видатків, спрямованих на охорону здоров'я, упродовж аналізованого періоду залишається на мінімально низькому рівні. Особливо критичним виявився стан фінансування галузі у 2015 та 2016 роках. Так, незважаючи на зростання загальних видатків Державного бюджету у 2015 році на 277,3 млрд грн порівняно з 2014 роком і на 305,9 млрд грн порівняно з 2012 роком, частка витрат, що припадає на охорону здоров'я, становила лише 1,90 % від загального обсягу видатків. У 2016 році обсяг видатків державного бюджету збільшився ще на 97,6 млрд грн відносно 2015 року і на 403,3 млрд грн порівняно з 2012 роком (тобто майже у 2,5 разу), проте навіть за умов такого зростання частка фінансування охорони здоров'я залишалася найнижчою за весь аналізований період — 1,8 %. Це означає зменшення відповідного показника на 2,39 % порівняно з 2012 роком та на 2,68 % порівняно з 2013 роком, коли його значення було максимальним. Подібний стан речей є неприйнятним у контексті низького рівня життя населення, високої захворюваності, інтенсивного старіння нації, складної екологічної ситуації, ведення бойових дій на сході держави та стратегічного курсу України на інтеграцію до Європейського Союзу.

Показово, що нині Україна за показником рівня витрат на охорону здоров'я на одну особу посідає лише 89-те місце у світі (серед 184 країн), а за тривалістю життя — 108-ме[114]. За таких умов надзвичайно обмежені бюджетні ресурси спрямовуються головним чином на оплату праці медичних працівників та покриття комунальних платежів, тоді як на лікарські засоби, обладнання та модернізацію інфраструктури залишається вкрай незначна частина фінансування. За структурою поточних суспільних видатків на заклади охорони здоров'я (загального профілю та спеціалізовані) 63,5 % становлять видатки на оплату праці, 8,1 % — на комунальні

платежі, 16,2 % — на прямі витрати виробництва медичних послуг, а решта 12,2 % — інші витрати. Таким чином, домінуюча частина бюджетних коштів спрямовується на фінансування людського капіталу та інфраструктурно-комунальних витрат[115].

Фактично через надзвичайно низький рівень державних витрат на закупівлю лікарських засобів громадяни України змушені самостійно забезпечувати себе необхідними медикаментами, у тому числі під час стаціонарного лікування. Водночас недостатній державний контроль за ціноутворенням у фармацевтичній сфері спричиняє необґрунтоване підвищення цін на лікарські засоби, а відсутність ефективної системи відшкодування їх вартості робить медикаменти економічно недоступними для більшості населення, передусім для малозабезпечених груп[115].

Частка витрат на охорону здоров’я у структурі валового внутрішнього продукту України залишається стабільно низькою — у межах 3–4 %, що в кілька разів поступається середньосвітовим рівням. Аналіз діяльності установ охорони здоров’я демонструє посилення невдоволення населення якістю медичного обслуговування у державних закладах. За даними Державної служби статистики України, упродовж 2000–2015 років кількість лікарняних закладів зменшилася на 1525 установ, або на 46 %. Одночасно спостерігається зростання смертності: якщо у 2000 році на кожні 10000 населення припадало 1984 померлих, то на початок 2016 року цей показник зріс на 8 % і становив 2143 особи на 10000 населення. Така негативна динаміка пов’язана як із низькою якістю державних медичних послуг, так і з високою вартістю якісного лікування та лікарських засобів у приватному секторі[118].

Проблеми не оминули й кадрову сферу системи охорони здоров’я. Фіксується стабільна тенденція відтоку кваліфікованого персоналу з державних медичних закладів та паралельне зростання чисельності працівників у приватному секторі. Причиною цього є низький рівень оплати праці: середня заробітна плата медичних працівників становить лише 70,8 % від середньої заробітної плати по Україні (табл. 2.8.). Саме така фінансова диспропорція суттєво знижує мотивацію

медичного персоналу та негативно впливає на кадрову стабільність у державних закладах охорони здоров'я.

Таблиця 2.8

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010-2016 рр. у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол.. США

Вид діяльності	Рік					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Галузі економіки, усього, грн	2639	3026	3619	3480	4195	5183
Дол.. США за курсом НБУ	331	379	453	293	175	190
Промисловість, грн	3123	3500	4115	3988	4789	5902
Дол. США	392	438	515	335	200	217
Освіта, грн..	2087	2527	2918	2724	3132	3769
Дол. США	262	316	365	229	131	138
Охорона здоров'я та соціальна допомога, грн	1780	2201	2726	2441	2853	3400
Дол. США	223	275	341	205	119	125
Лікарі, грн	2658	3632	3573	3442	3814	4860
Дол. США	334	455	447	289	159	178
Молодші спеціалісти з медичною освітою, грн	1817	2516	2413	2394	2720	4215
Дол. США	228	315	302	201	113	124
Молодший медичний персонал, грн	1368	1738	1729	1651	1932	3163
Дол. США	172	218	216	139	81	116
Співвідношення заробітної плати (разів)						
Охорони здоров'я до промисловості	0,57	0,63	0,66	0,61	0,59	0,58
Охорони здоров'я до галузей економіки	0,67	0,72	0,75	0,70	0,68	0,65

Аналіз даних табл. 2.8 свідчить, що не лише сфера охорони здоров'я, але й інші види економічної діяльності продовжують відчувати суттєвий тягар тривалої кризи української економіки. Додатковий фінансовий тиск спричиняє й сучасна ситуація на Сході України, яка зумовила значне зростання військових видатків. Упродовж 2011–2016 рр. заробітна плата працівників закладів охорони здоров'я стабільно залишалася однією з найнижчих серед усіх галузей національної економіки. Попри те, що у цей період спостерігалося формальне зростання середньої заробітної плати — її номінальний розмір підвищився більш ніж у два рази — реальна заробітна плата не продемонструвала еквівалентного зростання. Навпаки, з урахуванням того, що ціни за офіційними даними Держстату збільшилися у 2,5 рази, реальні доходи медичних працівників фактично залишилися на попередньому рівні або навіть знизилися.

Перерахунок середньої заробітної плати у доларах США (за курсом НБУ на кінець відповідного року) демонструє ще більш негативну картину. Так, середня заробітна плата в економіці України у 2006 р. становила 206,14 дол. США, тоді як у 2016 р. зменшилася до 190 дол. США, тобто скоротилася на 17,9 %. У сфері охорони здоров'я цей показник був ще нижчим — лише 125 дол. США. Порівняння із середньою заробітною платою в країнах Європи засвідчує значну відсталість України. У 2015 р. найнижчі середні заробітки були зафіксовані в Болгарії (395 дол. США), Румунії (462 дол. США) та Литві (603 дол. США), тоді як у провідних економічно розвинених країнах Європи вони становили: Люксембург — 3495 дол. США, Швеція — 2831 дол. США, Німеччина — 2560 дол. США. Таким чином, середня заробітна плата в Україні у 2016 р. була в 2,3 раза нижчою, ніж у державі з найнижчим рівнем трудових доходів у Європі, і майже у 20 разів — порівняно з країнами-лідерами[156].

Не менш показовими є й зміни у кадровому складі галузі. У 2000 р. у державних закладах охорони здоров'я працювало 541 тис. осіб, тоді як на початок 2016 р. чисельність медичного персоналу скоротилася на 169 тис. працівників, або на 31,2 % від початкової кількості[118]. Значний відтік кадрів є наслідком

несприятливих умов праці, низької оплати та відсутності стимулів для професійного розвитку.

За даними ВООЗ, рівень забезпечення населення медичними кадрами в Україні наблизився до середньоєвропейських показників (рис. 2.22). У країнах Європейського Союзу забезпеченість медичними працівниками становить 104 осіб на 10 тис. населення, зокрема лікарями — 35,2 та у країнах СНД — 37,3 на 10 тис. населення. Стосовно медичних сестер, середньоєвропейський показник забезпеченості становить 67 осіб на 10 тис. населення; у країнах ЄС — 73,1, тоді як у країнах СНД цей показник досягає 78,5 на 10 тис. населення. Наведені дані засвідчують, що Україна формально наближається до середньої європейської норми забезпечення кадрами, однак якісний стан кадрового потенціалу та його доступність залишаються проблемними.

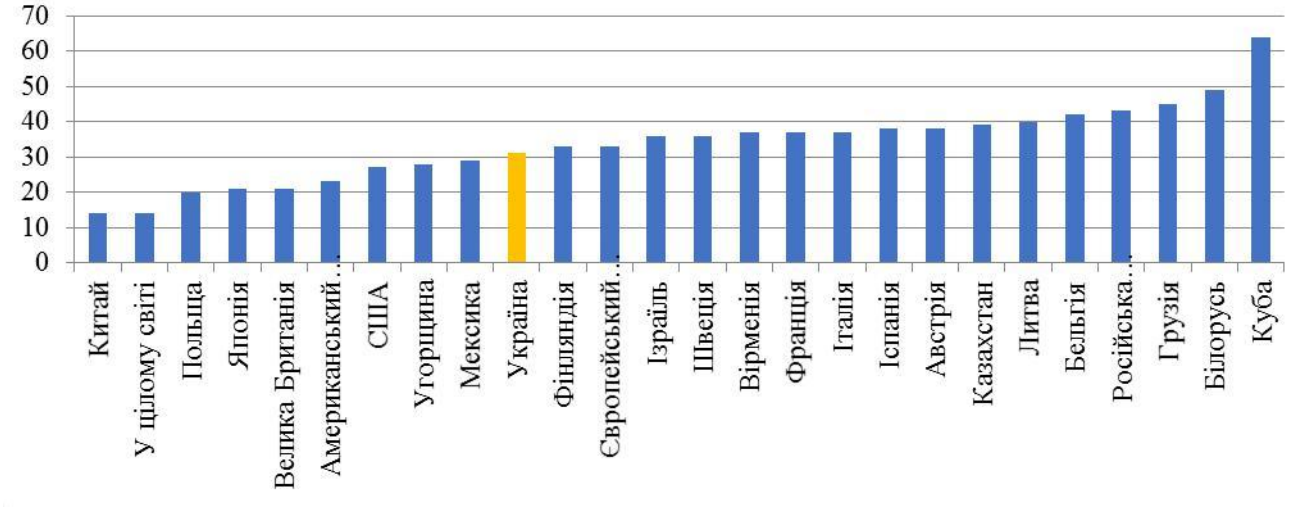

Рис. 2.22. Забезпеченість лікарями населення країн світу, 2016 (на 10 тис. населення)

Отже, негативна динаміка показників забезпеченості населення лікарями та середнім медичним персоналом в Україні набула стійкого характеру поступового скорочення. Якщо порівняти показники 2015 р. з даними 2011 р., можна констатувати критичне зменшення кількості працюючих лікарів практично в усіх адміністративно-територіальних одиницях держави. Загалом у масштабах країни чисельність лікарів скоротилася на 35 444 особи, що становить 18 % від їх загальної кількості відповідного періоду (табл. 2.9.).

Не менш насторожливим є й інший факт: у 2016 р. порівняно з 2010 р. також зафіксовано істотне зниження чисельності лікарів, які перебувають у трудових відносинах. У цілому по Україні їх кількість у 2016 р. була меншою на 36 153 особи, тобто скоротилася на 18,3 %, що підтверджується офіційними статистичними даними[114].

Таблиця 2.9

Динаміка чисельності лікарів у регіонах України у 2010 та 2015 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість лікарів (без стоматологів), осіб		Зміни в чисельності 2015 р. до 2010 р.
	2010	2015	
Область			
Вінницька	7544	7276	-268
Волинська	3846	3771	-75
Дніпропетровська	13996	12880	-1116
Донецька	18283	5344	-12939
Житомирська	4544	4402	-142
Закарпатська	4754	4713	-41
Запорізька	7712	7570	-142
Івано-Франківська	7693	7854	-161
Київська	6500	6380	-120
Кіровоградська	3336	3236	-100
Луганська	8923	1966	-7007
Львівська	13185	12758	-427
Миколаївська	3755	3460	-295
Одеська	10250	9725	-525
Полтавська	6582	6421	-161
Рівненська	4378	4466	-88
Сумська	4090	4110	-20
Тернопільська	5295	5312	-17
Харківська	**13295**	**12607**	**-688**
Херсонська	3389	3253	-136
Хмельницька	5056	4951	-105
Черкаська	4540	4363	-177
Чернівецька	5265	5066	-199
Чернігівська	3897	3683	-214
Місто			
Київ	16428	16054	-374
Україна	197065	161621	-3544

Ми вважаємо, і нашу думку поділяють інші фахівці, що найпоширенішими проблемами для кадрових ресурсів охорони здоров'я, як в Україні, так і у світі, залишаються:

дефіцит професійних навичок працівників охорони здоров'я;

підвищена міграція працівників охорони здоров'я, насамперед, через низький рівень заробітної плати;

незадовільне робоче середовище.

Таблиця 2.10

Загальні характеристики рівнів кваліфікації у медичній галузі в цілому порівняно з зазначеною групою у 2010 та 2015 рр.

Фахівці	Чисельність лікарів у групі (осіб)		Атестовані на кваліфікаційні категорії у групі (% до загального числа лікарів)	
	2010	2015	2010	2015
Лікарі з організації та управління охороною здоров'я	12532	8443	71,0	85,0
Терапевти	18883	14824	75,4	91,0
Медицина невідкладних станів	5290	4037	79,9	95,0
Хірурги	9127	7198	78,9	94,0
Анестезіологи	8106	5562	76,9	97,0
Стоматологи	15729	5782	71,1	93,0
Акушери-гінекологи	12263	9303	82,8	95,0
Педіатри	12453	8148	74,6	93,0
ЛЗНСЛ	8140	12972	60,0	95,0
Усього по галузі	197065	161621	68,3	67,5

Для забезпечення більш ефективного використання кадрового потенціалу галузі необхідно підвищити якість фахової підготовки медичних працівників, зміцнити механізми їхнього професійного збереження та модернізувати систему управління медичною сферою.

Дані табл. 2.11 свідчать про те, що затверджені плани фінансування видатків на охорону здоров’я протягом 2012–2015 рр. не виконувалися, попри те, що у 2016 р. спостерігалося незначне перевиконання планових показників видаткової частини бюджету. Однак навіть за таких умов загальний стан системи охорони здоров’я в Україні й надалі перебуває на критично низькому рівні.

Причини фіаско вітчизняної системи охорони здоров'я значною мірою зумовлені критичним станом мережі закладів охорони здоров'я. Незважаючи на їх значну кількість, більшість установ фактично не зорієнтовані на потреби пацієнта та не здатні забезпечити надання медичних послуг на належному, ефективному й якісному рівні[17].

Таблиця 2.11

Планові та фактичні показники виконання видатків у розрізі бюджетів на охорону здоров'я в Україні за 2012–2016 рр.

Рік	Державний бюджет			Місцеві бюджети			Зведений бюджет		
	млрд грн	млрд грн	виконання, %	млрд грн	млрд грн	виконання, %	млрд грн	факт, млрд грн	виконання, %
2012	12,5	11,4	90,7	47,5	47,1	99,2	60	58,5	97,4
2013	14,05	12,9	91,7	51	48,7	95,6	65	61,6	94,8
2014	11,2	10,6	94,0	52,9	46,6	88,1	64,1	57,1	89,1
2015	12,6	11,5	90,4	63	59,5	94,6	75,6	71	93,9
2016	12,3	12,5	101,6	57,3	87,9	153,4	69,6	75,4	108,3

Десять найпоширеніших причин неефективності (рис. 2.23) у поданому дослідженні згруповано в таблиці за п'ятьма великими блоками, що охоплюють: кадрові ресурси системи охорони здоров'я, забезпеченість медикаментами, функціонування лікарень, втрати, пов'язані з корупцією та нераціональним використанням фінансових ресурсів, а також поєднання різних медичних програм. Зазначений аналіз проведено на прикладі Харківського регіону.

Таким чином, наявні обсяги фінансування охорони здоров'я не здатні повною мірою забезпечити потреби громадян у якісній та доступній медичній допомозі. Це обумовлено насамперед впливом кризових процесів у національній економіці та зростанням рівня інфляції. За таких умов особливої актуальності

набуває залучення страхових компаній як додаткового джерела фінансових ресурсів для медичних закладів.

Страхові компанії відіграють важливу роль у контролі якості та обсягу медичних послуг, що надаються населенню, оскільки здійснюють моніторинг роботи медичних установ. Вони співпрацюють як із державними, так і з відомчими закладами охорони здоров'я, забезпечуючи відбір кваліфікованих медичних кадрів, а також сприяючи формуванню конкурентного середовища серед цих закладів, що, у свою чергу, позитивно позначається на рівні медичного обслуговування.

Причини неефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я (Харківський регіон)

Рис. 2.23. Причини неефективності використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я України

За експертними оцінками, сьогодні в Україні застраховано лише близько 10% ризиків, тоді як у більшості країн цей показник становить 90–95%. Частка українського страхового ринку в загальноєвропейському обсязі страхових послуг дорівнює лише 0,1%, і це при тому, що в Україні проживає 7% населення Європи[158].

Показники діяльності ТОП-5 провайдерів послуг ДМС на страховому ринку України відображені на рис. 2. 24.

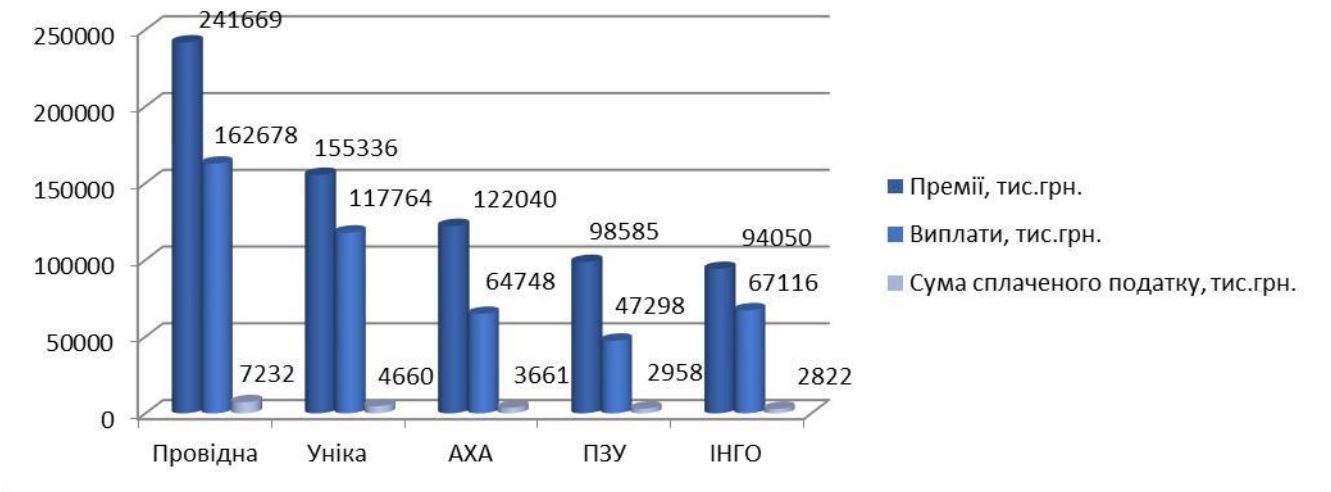

Рис. 2.24. Сума страхових премій, виплат та сплачених до Державного бюджету податків з нарахованої премії по ДМС ТОП-5 провайдерів ринку станом на 2016 р. [120]

Страхування здоров'я в Україні демонструє позитивну динаміку надходжень страхових платежів, хоча одним із ключових чинників зростання цього ринку є інфляційний компонент. Українські страховики активно інвестують у розвиток галузі охорони здоров'я — зокрема у придбання медичного обладнання, транспортних засобів, функціонування call-центрів та інших елементів інфраструктури. Лише у 2016 році обсяги таких інвестицій становили близько 500 млн грн. Варто також зазначити, що п'ять провідних страховиків на ринку забезпечують робочими місцями понад три тисячі громадян України[119].

Дані табл. 2.12 свідчать, що основний фінансовий тягар у системі охорони здоров'я припадає на місцеві бюджети, частка яких коливається в межах від 53,3% до 57,9%. Другу за значимістю позицію посідають власні кошти населення — від 29,9% до 33,3%. Кошти державного бюджету становлять від 11,1% до 14,3%, тоді як фінансування через механізми добровільного медичного страхування (ДМС) знаходиться в межах від 1,1% до 1,3%. Подібна структура джерел фінансування зумовлена тією моделлю витрат, яка історично склалася у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

Обсяги фінансування медичної галузі за рахунок ДМС протягом аналізованого періоду мали такі значення: у 2012 р. — 901,0 млн грн; у 2013 р. —

1010,4 млн грн; у 2014 р. — 1108,6 млн грн; у 2015 р. — 1148,4 млн грн. Незважаючи на поступове збільшення цього джерела фінансування, його частка залишається незначною: у 2012 р. вона становила 1,5% загального обсягу бюджетного фінансування, у 2013 р. — 1,6%, а у 2014–2015 рр. — 1,9% (табл. 2.12.).

Таблиця2.12

Динаміка та структура джерел фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України за 2012-2015 рр., млрд грн

Джерела фінансування	2012		2013		2014		2015	
	Сума	%	Сума	%	Сума	%	Сума	%
Кошти державного бюджету	11,3	13,3	12,8	14,3	10,6	12,1	11,5	11,1
Кошти місцевих бюджетів	47,1	55,2	48,7	54,1	46,6	53,3	59,5	57,9
Кошти ДМС	0,9	1,1	1,01	1,1	1,1	1,3	1,1	1,1
Кошти населення	25,9	30,4	27,5	30,5	29,1	33,3	30,8	29,9
Всього	85,2	100	90,06	100	87,4	100	102,9	100

По суті, ДМС, є актуальним для середнього класу населення, який готовий понести додаткові витрати в обмін на якісно надані медичні послуги. Страхові компанії, які пропонують населенню поліси ДМС, несуть відповідальність за кожний страховий випадок, гарантуючи повноцінну діагностику та лікування хвороби.

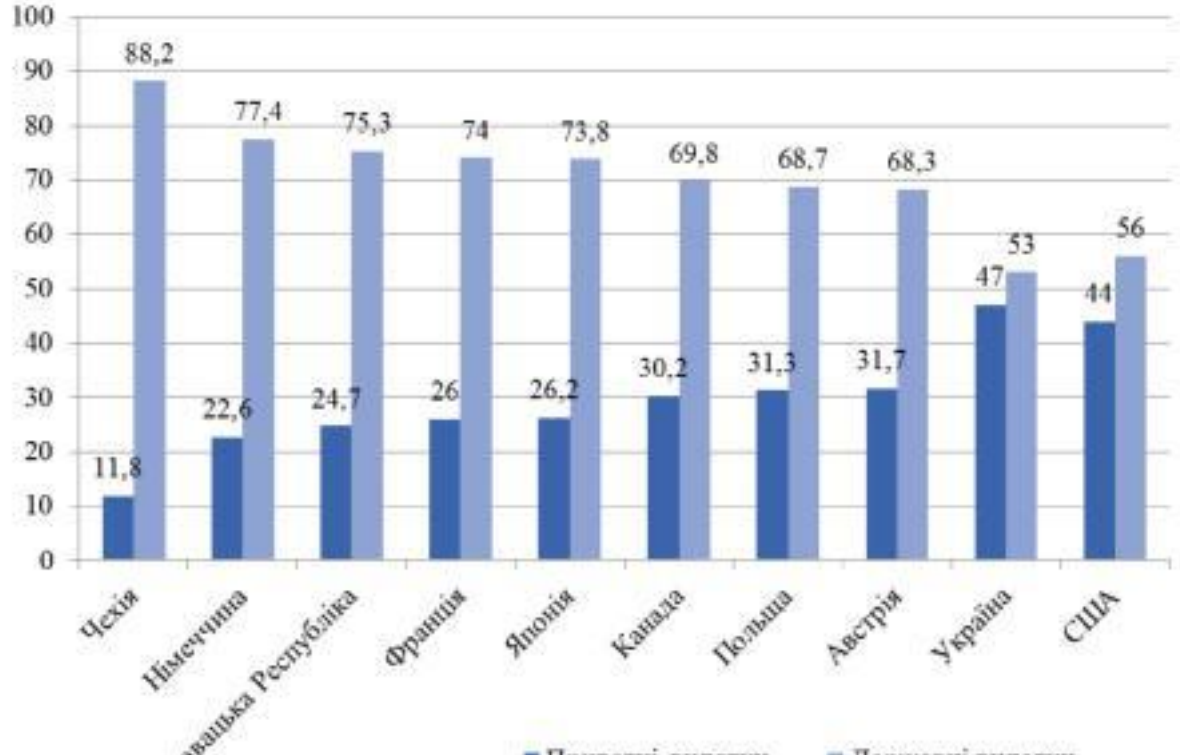

Рис. 2. 25. Порівняльна динаміка державних і приватних видатків на охорону здоров'я у 2015, % [114]

Приватне фінансування виступає ключовим елементом у формуванні та розвитку сучасної системи охорони здоров'я, адже саме воно забезпечує додаткові ресурси, необхідні для покриття зростаючих потреб галузі. Його основу становлять кошти фізичних і юридичних осіб, що включають внески до лікарняних кас, витрати на придбання полісів добровільного медичного страхування, оплату медичних послуг населенням, а також придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення. Такий спектр приватних надходжень створює передумови для підтримки інфраструктури, яка не може бути повністю забезпечена виключно бюджетним фінансуванням.

За сучасними оцінками, частка приватних витрат у структурі національного фінансування охорони здоров'я становить близько 47%, що є надзвичайно високим показником у порівнянні з більшістю країн Європи. Аналіз співвідношення державних і приватних витрат свідчить, що українська модель фінансування охорони здоров'я значною мірою спирається саме на домогосподарства та бізнес, тоді як у розвинених країнах провідну роль відіграє система медичного страхування та державні програми підтримки. У цій структурі добровільне медичне страхування (ДМС) посідає вагоме місце, адже воно не лише сприяє підвищенню рівня доступності якісної медичної допомоги, а й забезпечує додаткове зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів, підвищує фінансову стабільність системи охорони здоров'я й сприяє диверсифікації джерел її фінансування.

Проведений аналіз динаміки державних витрат демонструє, що, незважаючи на поступове номінальне зростання бюджетних видатків на охорону здоров'я, частка цих витрат у загальній структурі державного бюджету зменшується. Це зумовлено перерозподілом коштів на інші напрями державної політики, що

ставить медичну сферу у стан хронічного недофінансування. У цих умовах державне фінансування виявляється неспроможним забезпечити виконання вимог ст. 49 Конституції України щодо гарантій доступності медичної допомоги для всіх громадян. Водночас проблема ускладнюється низькою ефективністю та нераціональністю використання наявних коштів у функціонуванні мережі медичних закладів, що не завжди відповідає реальним потребам населення і не забезпечує оптимального розподілу ресурсів.

Саме в такому контексті розвиток страхової медицини набуває особливого значення. ДМС виконує компенсаторну функцію, сприяючи зменшенню фінансового навантаження на державний сектор та забезпечуючи більш високий рівень контролю за якістю медичних послуг. Страхові компанії здійснюють моніторинг ефективності використання ресурсів, відбору персоналу та рівня надання медичної допомоги, що стимулює формування конкурентного середовища в медичній сфері й підвищує мотивацію медичних закладів до впровадження сучасних стандартів лікування. ДМС сприяє не лише організаційній модернізації галузі, а й формуванню системи господарської самостійності закладів різних форм власності, а також забезпечує передумови для активного розвитку амбулаторно-поліклінічної мережі та застосування більш ефективних методів лікування.

Перспективи реформування ускладнюються також демографічними змінами, передусім процесом старіння населення. Зростання частки осіб пенсійного віку зумовлює поступове зменшення обсягів фінансових надходжень, що формуються за рахунок працюючого населення, та збільшує навантаження на систему охорони здоров’я. У цій ситуації державна політика повинна бути спрямована на розширення та підтримку додаткових джерел фінансування галузі, включаючи розвиток страхування, благодійних фондів, корпоративних програм підтримки здоров’я та інших альтернативних механізмів.

Реалізація перелічених заходів сприятиме поступовому підвищенню якості медичної допомоги, покращенню матеріального становища медичних працівників та зміцненню системи контролю за ефективністю витрат. З одного боку, це

дозволить удосконалити чинну модель бюджетного фінансування, а з іншого — створить підґрунтя для впровадження обов'язкового медичного страхування як наступного етапу масштабної реформи галузі.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів аналізу інституційних засад функціонування медичного страхування в Україні дозволяє сформулювати низку важливих висновків.

По-перше, медико-демографічна оцінка засвідчує наявність стійких негативних тенденцій. За даними Державної служби статистики України, у 2017 р. очікувана тривалість життя становила близько 68 років, що на 15–20 років менше, ніж у країнах Європейського Союзу. Показник смертності стабільно перевищує рівень народжуваності, що є прямим наслідком багаторічної системної кризи в охороні здоров'я, зумовленої недофінансуванням та неефективністю управління.

По-друге, соціально-демографічні фактори свідчать про глибоку структурну кризу: високі показники смертності, низька народжуваність, стрімке старіння населення, зростання рівня бідності та обмежений доступ до якісних медичних послуг, особливо у сільських територіях. Додатковими обмежувальними чинниками є дефіцит кваліфікованих медичних кадрів, екологічні загрози та проблеми з якістю водопостачання.

По-третє, подолання соціально-економічної кризи передбачає реформування державної демографічної політики у напрямі зниження смертності, підвищення соціальних гарантій та розвитку страхової медицини як одного з ключових інструментів забезпечення доступності медичних послуг. У цьому контексті особливої уваги потребує підтримка багатодітних сімей та збільшення рівня матеріального забезпечення населення.

По-четверте, проведений аналіз показав, що ринок ДМС в Україні сформувався та продовжує розвиватися. Частка добровільного медичного страхування в структурі страхового ринку має стабільну тенденцію до зростання.

Збільшення страхових премій супроводжується зростанням страхових виплат, що формує один із найвищих рівнів виплат серед інших видів страхування. Це, у свою чергу, обмежує кількість страховиків, здатних ефективно працювати в цьому сегменті, залишаючи на ринку переважно великі компанії.

По-п’яте, ризиковий характер медичного страхування підтверджується тим, що рівень страхових виплат у деяких компаній перевищує 60%. Провідні позиції на ринку займають близько десяти страховиків, частка яких у різні роки коливалася від 53% до 88%.

По-шосте, державне фінансування медичної галузі залишається критично недостатнім. Наявні ресурси не дозволяють повною мірою виконати вимоги ст. 49 Конституції України. Аналіз джерел фінансування показує, що 53–56% витрат припадає на державний та місцеві бюджети, однак ці кошти покривають переважно заробітну плату і витрати на утримання закладів. Витрати населення становлять близько 30%, тоді як частка ДМС — лише 1–2%, що свідчить про значний потенціал розширення цього виду страхування.

РОЗДІЛ 3
НАПРЯМКИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

3.1. Організаційна модель формування якості послуг з медичного страхування

Якість страхової послуги належить до ключових чинників, які визначають здатність страхової компанії не лише залучати нових споживачів, а й формувати стабільну лояльність клієнтів до бренду страховика. У цьому контексті якість виступає не просто характеристикою продукту, а стратегічним інструментом конкурентної боротьби.

Послуги добровільного медичного страхування (ДМС), що становлять вагомий сегмент страхового ринку, спрямовані на забезпечення застрахованих осіб повною або частковою компенсацією витрат, пов'язаних із лікуванням чи профілактикою захворювань. Медичні страхові послуги, так само як будь-які інші товари чи послуги, наділені певною споживчою цінністю, яка, власне, і формує уявлення про їх якість.

Термін «якість» традиційно визначається як сукупність властивостей та характеристик об'єкта, що визначають його здатність задовольняти встановлені або очікувані потреби. Виходячи з цього, якість медичної послуги доцільно інтерпретувати у двох взаємопов'язаних аспектах. З одного боку, вона характеризує відповідність послуги встановленим стандартам, нормативам чи рекомендаціям, а отже — рівень пристосованості наданої медичної допомоги до формалізованих вимог. З іншого боку, якість визначається мірою корисності та задоволення очікувань споживача, що відображає її суб'єктивне сприйняття з позицій конкретного користувача.

Відповідно до підходу С. В. Єрмасова, якість страхової послуги включає два взаємодоповнювальні компоненти — технічний і функціональний. Технічна якість передбачає змістовне наповнення страхового продукту, тобто комплекс послуг, який страховик пропонує клієнтові в межах укладеного договору. Однак для споживача важливим є не тільки підсумковий результат отримання страхової

послуги, а й увесь процес її споживання, що супроводжується взаємодією з персоналом компанії. Саме ця частина — процесуальна, або функціональна якість — визначає рівень задоволення клієнта тим, як організовано надання послуги, та формує уявлення про професійність і надійність страховика [119].

Забезпечення належної якості страхових послуг є невід'ємною складовою системи нецінової конкуренції на страховому ринку. Водночас специфіка страхової діяльності полягає в тому, що потреба в страховому захисті часто слабко усвідомлюється споживачами або взагалі не актуалізується ними до моменту настання страхового випадку. Незважаючи на це, страхова послуга має високий рівень суспільної користі, оскільки забезпечує економічний механізм компенсації ризиків та соціальний захист населення [110].

Фактори, що визначають сприйняття якості страхової послуги споживачами, зазвичай поділяють на дві великі групи. Перша група стосується якості кінцевого результату, тобто характеристик, притаманних самій послузі: ступінь доступності, репутація страхової компанії, надійність здійснення страхових виплат та відповідність умовам договору. Друга група охоплює якість процесу надання послуги, включаючи швидкість обслуговування, компетентність персоналу, комфортність взаємодії та ефективність сервісних комунікацій.

У межах нашого дослідження було розроблено організаційну модель формування якості послуг у сфері медичного страхування, яка враховує обидві групи чинників і систематизує їх взаємозв'язки в межах загальної моделі якості. До першої групи, що стосується власне змістовної складової послуг ДМС, віднесено такі показники, як доступність страхового продукту, імідж і репутація компанії, а також надійність виконання зобов'язань (рис. 3.1)

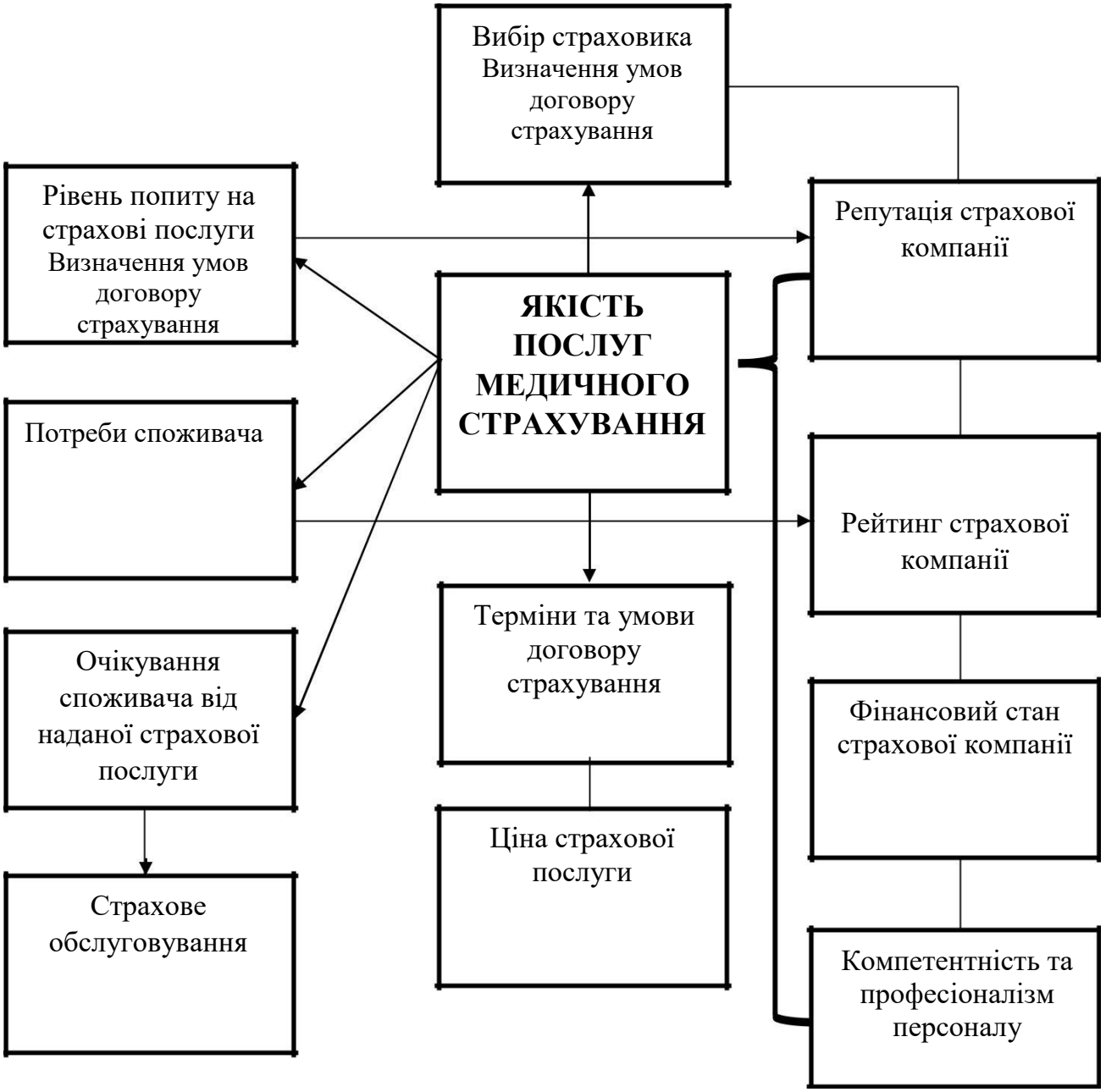

Рис. 3.1. Організаційна модель формування якості послуг з медичного страхування

До другої групи чинників, що визначають сприйняття якості страхових послуг, належать компетентність персоналу, рівень комунікативної взаємодії між страховою компанією та її клієнтами, а також загальна культура сервісу. Ефективно організований механізм управління якістю повинен передбачати систематичний моніторинг кон’юнктури страхового ринку, динаміки якісних параметрів окремих страхових продуктів, а також змін у структурі споживчих переваг. У такому розумінні якість страхової послуги виступає показником відповідності рівня наданих послуг очікуванням клієнта та загальним вимогам

ринку. На основі зазначеного пропонується модель формування якості послуг медичного страхування, що враховує всі групи факторів, які впливають на кінцеву якість (рис. 3.1).

Виходячи з проведеного аналізу, до основних параметрів якості медичного страхування доцільно віднести такі характеристики:

– чіткість і прозорість умов Правил (програм) страхування, що унеможливлює неоднозначне тлумачення положень договору;
– відкритість, структурованість і зрозумілість процедури врегулювання страхових претензій щодо отримання виплат;
– гнучкість тарифів і умов договору, тобто їх адаптивність до індивідуальних потреб і фінансових можливостей страхувальника;
– доступність персоналу страхової компанії для комунікації в разі необхідності, включаючи оперативність зворотного зв'язку телефоном та іншими каналами;
– підтверджена платоспроможність страховика;
– репутація керівників або власників страхової компанії;
– наявність персонального клієнтського менеджера (куратора);
– право страхувальника отримувати інформацію про хід розгляду та врегулювання претензій;
– швидкість виконання процедур, пов'язаних із врегулюванням страхових випадків;
– публічні відомості про частку відмов у виплаті страхового відшкодування;
– доступність і зручність місцезнаходження офісу страхової компанії;
– належний внутрішній простір офісу, включаючи рівень комфорту, якість освітлення, меблів тощо;
– культура поведінки персоналу — ввічливість, відповідність нормам ділового етикету.

Окремі якісні параметри послуг медичного страхування конкретизуються у відповідних страховими компаніями Програмах, що визначають зміст і обсяг медичних послуг, які покриваються полісом. Програма медичного страхування — це нормативний документ, у якому деталізуються перелік, порядок і умови надання медичних послуг. На відміну від обов'язкових видів страхування, участь

у програмах ДМС не регламентується державою та залежить виключно від потреб і фінансових можливостей окремих громадян або трудових колективів.

Сучасний ринок страхових послуг України пропонує широкий спектр програм ДМС, що різняться між собою за переліком медичних послуг, специфікою обслуговування, рівнем лікувальних закладів і вартістю програми. Ці програми спрямовані на розширення можливостей щодо отримання профілактичної, діагностичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги. Тому коректне визначення умов Програми медичного страхування має стратегічне значення, адже саме вони є підґрунтям для формування тарифів і загальної вартості страхового пакета відповідно до рівня захворюваності та актуарних розрахунків.

В умовах зростаючої конкуренції страховики прагнуть зберігати наявну клієнтську базу, підвищувати якість медичних послуг, забезпечувати фінансову стійкість і підтримувати належний рівень платоспроможності та рентабельності страхового портфеля. Досягнення таких результатів можливе не лише через оптимізацію бізнес-процесів медичного страхування, а й шляхом системного підвищення якості страхових послуг, зокрема вдосконалення ключових процедур.

Важливим елементом забезпечення якості є андерайтинг, що в сучасних умовах зазнає суттєвих трансформацій. Андерайтинг є центральним бізнес-процесом страхування, який полягає у детальному аналізі запропонованих до страхування ризиків. Ефективність його організації визначає результативність окремої страхової операції та впливає на фінансові підсумки діяльності компанії. Тому якісний, професійно організований андерайтинг має велике значення для страховиків, які працюють у сфері медичного страхування.

Умови здійснення андерайтингу формуються в межах андерайтингової політики страхової компанії — системи правил, рішень і процедур, спрямованих на визначення страхових ризиків, встановлення страхової суми, переліку винятків та застережень, розміру страхової премії та управління страхового портфеля з метою забезпечення оптимального фінансового результату.

Як комплексний бізнес-процес, андерайтинг у сфері медичного страхування доцільно поділяти на чотири взаємопов’язані етапи, кожен із яких потребує високого рівня професійності та чіткої організації (рис. 3.2).

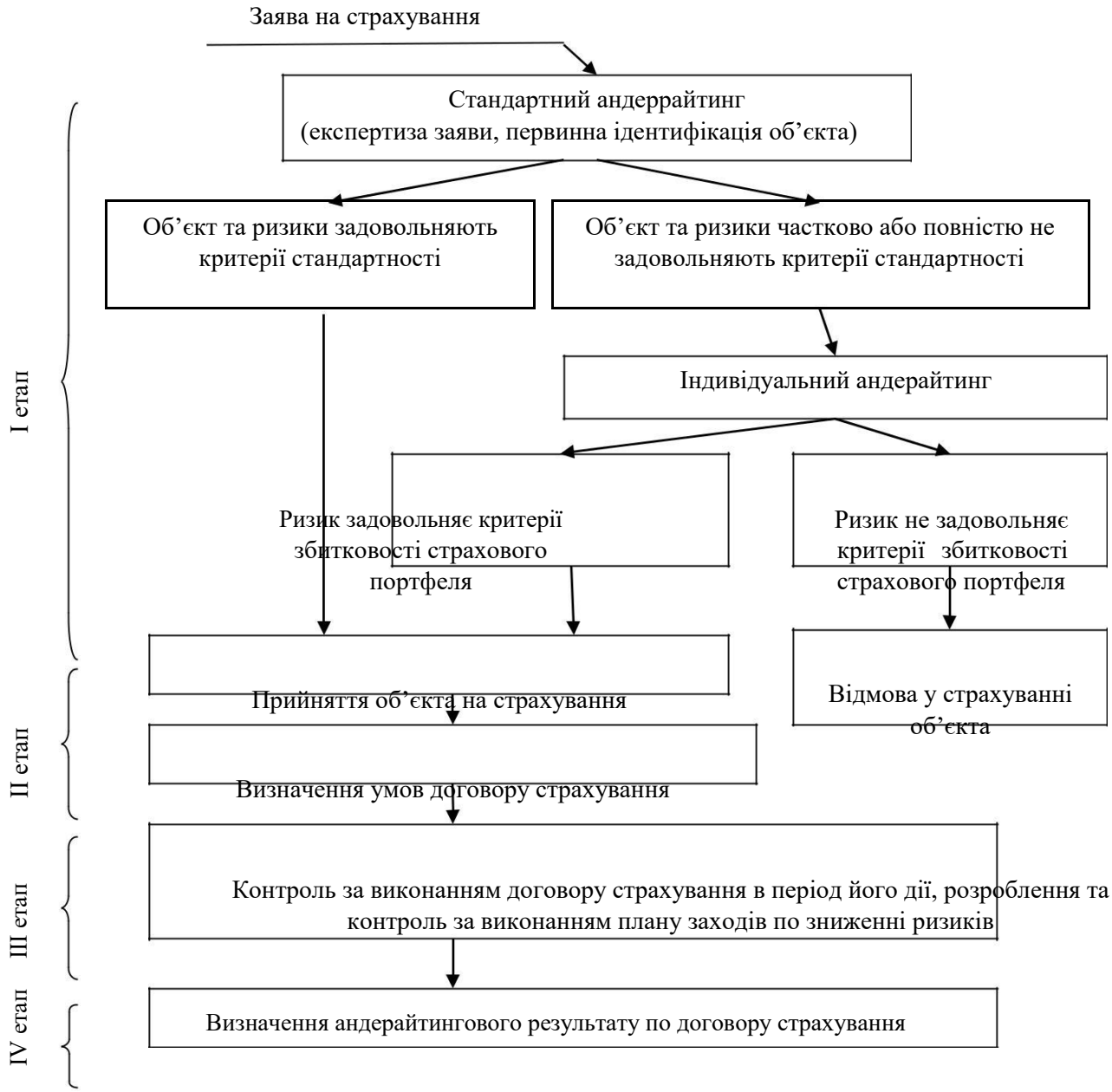

Рис. 3.2. Етапи андерайтингу у медичному страхуванні

Зауважимо, що в практиці медичного страхування доцільно розрізняти два основні різновиди андерайтингу — стандартний та індивідуальний. На нашу думку, застосування стандартного андерайтингу є оптимальним у тих випадках, коли стан здоров'я застрахованої особи відповідає встановленим критеріям типовості та узгоджується з визначеними умовами стандартних Програм (продуктів) медичного страхування. Як правило, такі програми орієнтовані на корпоративних клієнтів — юридичних осіб, які виступають страхувальниками у колективних договорах страхування. За цих умов оцінювання ризиків

здійснюється відповідно до уніфікованих параметрів, що дозволяє забезпечити економічність та оперативність процесу.

Водночас індивідуальний (спеціалізований) андерайтинг є релевантним для страхувальників, характеристики яких виходять за межі типових умов або потребують поглибленої оцінки їх специфічних ризиків. Йдеться передусім про фізичних осіб, для яких визначення умов страхового покриття повинно враховувати індивідуальні медичні особливості, спектр потенційних ризиків, очікуваний обсяг послуг, а також персональні потреби та побажання страхувальника. У такому випадку андерайтинг набуває більшої аналітичної складності та орієнтується на побудову персоналізованого страхового продукту.

Узагалі процес андерайтингу у сфері медичного страхування становить цілісну систему взаємопов'язаних і взаємозалежних бізнес-операцій, спрямованих на об'єктивну оцінку страхових ризиків та формування відповідного страхового покриття. Основними елементами цього процесу є: аналіз та оцінювання ризиків, притаманних об'єктам медичного страхування; прийняття рішення про можливість укладення договору або обґрунтовану відмову у страхуванні; визначення строків страхового захисту, його умов та параметрів покриття; обчислення страхового тарифу й остаточного розміру страхової премії; укладення договору страхування; формування рекомендацій щодо мінімізації або коригування ризиків у майбутньому (рис. 3.3).

Рис. 3.3. Складові бізнес-операцій андерайтингу послуг медичного страхування

На першому етапі андерайтингу у межах оцінки ризику послуг медичного страхування пропонуємо виділяти фінансовий андерайтинг та андерайтинг здоров’я(рис. 3.4).

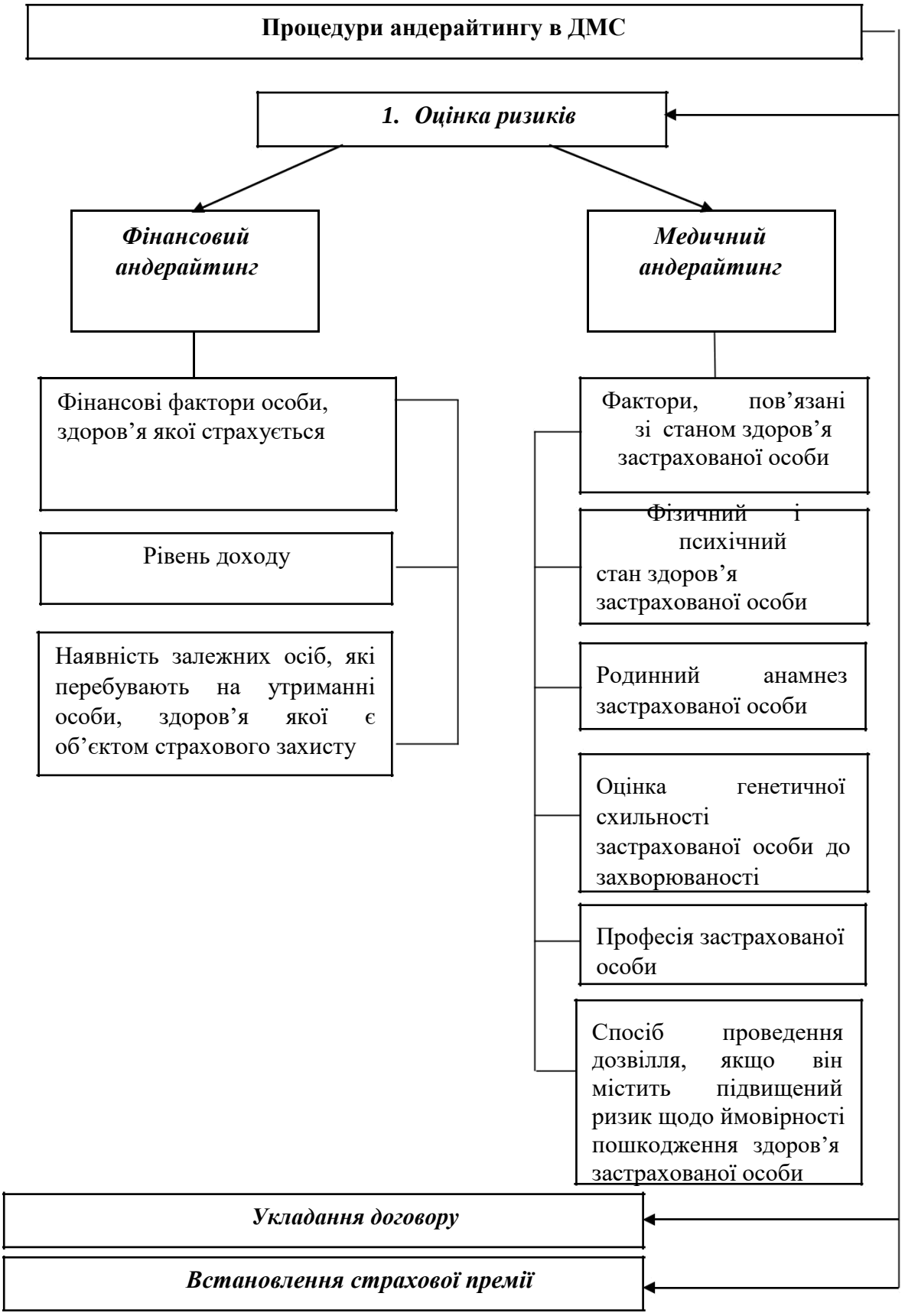

Рис. 3.4. Складові елементи етапу оцінки ризиків у медичному страхуванні

Фінансовий андерайтинг у медичному страхуванні слід розглядати як окремий, надзвичайно важливий напрям оцінювання ризиків, сутність якого полягає в аналізі обґрунтованості бажаного страхового покриття (обраної програми страхування, розміру страхової суми тощо) з урахуванням реального фінансового стану заявника. У цьому контексті особливого значення набуває інформація про сукупний дохід страхувальника, адже саме він визначає межі фінансово доцільного страхового забезпечення. Ключовою метою фінансового андерайтингу є гарантування відповідності типу страхового покриття, а насамперед — розміру страхової суми, потенційним майбутнім втратам вигодонабувача у випадку настання захворювання застрахованої особи. Іншими словами, йдеться про практичну реалізацію базового принципу страхування — відшкодування збитків у межах фактично завданої шкоди, а не понад неї.

Вважаємо, що фінансовий андерайтинг доцільно застосовувати щодо всіх заяв-анкет на страхування, а не лише у випадках, коли йдеться про великі страхові суми. Це пояснюється тим, що заявник має можливість придбати декілька полісів у різних страховиків, і такі дії не суперечать чинному законодавству України. Відтак сукупний обсяг страхового покриття може виявитися надмірним відносно реальних фінансових потреб, що створює підґрунтя для зловживань і підвищеного ризику для страховика. Тому при здійсненні фінансового андерайтингу необхідно ретельно аналізувати фінансовий стан заявника. Якщо йдеться про укладення договорів із суттєвими страховими сумами, питання фінансової оцінки ризику має розглядатися максимально детально, із зосередженням уваги як на платоспроможності страхувальника, так і на обґрунтованості фінансових інтересів потенційних вигодонабувачів.

Для відносно невеликих страхових сум, як правило, застосовується спрощена, стандартна процедура оцінювання ризиків, яка базується на професійних знаннях андерайтера про загальну економічну ситуацію в країні, усереднений рівень доходів, притаманний окремим професійним і соціальним групам, а також на попередньому досвіді роботи зі схожими категоріями клієнтів. Вважаємо, що особливого значення фінансовий андерайтинг набуває в умовах безперервного страхування здоров’я, коли договір передбачає компенсацію витрат

на лікування (амбулаторне чи стаціонарне), а також покриття витрат на догляд удома за хронічно хворими або людьми похилого віку. Відомо, що в основі страхування здоров'я лежить специфічний ризик «на дожиття», тому при розгляді цього питання логічно проводити аналогію з видами страхування життя, але з урахуванням специфіки механізму поновлення договору страхування на новий термін та відмінностей у структурі виплат.

На нашу думку, етап оцінки ризику, який умовно можна позначити як «андерайтинг здоров'я», являє собою сукупність взаємопов'язаних заходів страховика, спрямованих на комплексне оцінювання як якісних характеристик стану здоров'я заявника, так і його фінансових можливостей. Ідеться про систематизований аналіз сукупності медичних і фінансових параметрів страхувальника-заявника, результати якого лягають в основу прийняття рішення про можливість укладення договору, обсяг страхового покриття, умови внесення змін тощо (рис. 3.4).

Наступним логічним етапом андерайтингу послуг медичного страхування є визначення ключових параметрів страхового договору: обрання конкретної Програми страхування, встановлення страхової суми, розроблення структури страхового тарифу, визначення графіка сплати премій, тривалості страхового захисту та інших істотних умов. На цій стадії андерайтер стикається з низкою практичних проблем, серед яких однією з найскладніших є визначення оптимального розміру страхової суми. Вона має бути, з одного боку, достатньою для задоволення очікуваних потреб застрахованої особи в медичних послугах, а з іншого — економічно доцільною для страхувальника. Якщо страхова сума буде занадто низькою щодо потенційних витрат на лікування, то страхування втрачає сенс для клієнта, адже не забезпечує адекватного рівня фінансового захисту.

При цьому необхідно враховувати специфіку медичних послуг як особливого виду товару. Їх обсяг, інтенсивність, тривалість, а отже й загальна вартість значною мірою визначаються надавачем послуг — лікарем або медичною установою. За відсутності у страховика достатніх знань щодо медичних стандартів лікування, клінічних протоколів, методів діагностики та особливостей ціноутворення в охороні здоров'я, завдання визначення достатнього рівня

страхової суми для покриття майбутніх витрат на медичні послуги стає надзвичайно складним.

У зв'язку з цим основою для розрахунку страхової суми мають слугувати середні прогнозовані витрати пацієнта на медичну допомогу, які формуються на підставі статистичної інформації щодо середньої вартості лікування хвороб певних нозологічних груп. Найбільше фінансове навантаження, як правило, пов'язане зі стаціонарним лікуванням, де зосереджено значну частку витрат на діагностику, медикаментозну терапію, інструментальні втручання, операції тощо. Традиційно базою для визначення вартості лікування виступала вартість одного ліжко-дня за профілем ліжка (наприклад, терапевтичного, хірургічного та ін.). В сучасних умовах підходи до фінансування лікування зазнали суттєвих трансформацій: відмовляються від принципу «ліжко-день» на користь оплати за фактично надані медичні послуги відповідно до закріплених за сімейним лікарем або іншим надавачем медичної допомоги пакетів послуг.

Наступним важливим завданням андерайтера є визначення розміру страхової премії. Слід наголосити, що в сегменті добровільного медичного страхування розмір премій установлюється страховиком самостійно в межах власної тарифної політики. На етапі так званого «котирування ризику», коли визначається конкретний тариф за окремим договором, необхідно в комплексі враховувати вік застрахованої особи, її професійну діяльність, стан здоров'я, наявність хронічних захворювань, шкідливих звичок, а також низку інших індивідуальних факторів ризику.

Страхові премії залежать від цілого комплексу показників: обраної Програми медичних послуг, рівня страхової суми, категорії страхувальника (фізична особа при індивідуальному страхуванні чи юридична особа при колективному страхуванні). Колективне страхування передбачає участь у договорі не менше ніж п'яти застрахованих осіб, є найбільш поширеною формою в медичному страхуванні та зазвичай є економічно більш вигідним, ніж індивідуальне. На ринку добровільного медичного страхування його частка становить близько 95%, тоді як індивідуальне страхування охоплює орієнтовно 5% сегменту. Як правило, страхові премії різних компаній відрізняються між собою, тоді як умови типових Програм медичного страхування часто є близькими або майже ідентичними за змістом.

Розрахунок страхових премій здійснюється з урахуванням індивідуалізованих ризиків на основі оцінювання ймовірності того, наскільки конкретна особа може потребувати медичної допомоги упродовж строку дії договору. Калькулювання премій у медичному страхуванні є досить складним, оскільки реальні витрати на лікування значно варіюють залежно від стану здоров'я, способу життя, віку, професійних та інших особливостей застрахованої особи. Якщо для розрахунку тарифів за Програмами ДМС бракує достатніх фактичних статистичних даних щодо результатів проведених страхових операцій, страховик може використовувати методи математичного моделювання, екстраполяції, актуарні розрахунки на основі аналогічних портфелів ризиків.

Зважаючи на те, що оцінка ризику значною мірою залежить від професійного досвіду й суб'єктивного судження андерайтера, провідні страхові компанії з метою зменшення впливу суб'єктивізму запроваджують цифрові рейтингові системи. Їх сутність полягає в декомпозиції ризику на окремі позитивні й негативні фактори, кожному з яких відповідає певний кількісний «бал», що впливає на підсумковий рівень тарифної ставки. У такий спосіб розмір ризику (а відповідно — й тарифи) виражається у відсотках через додавання позитивних і віднімання негативних компонент.

Наприклад, чоловік віком 30 років звертається із заявою про придбання полісу ДМС. Його антропометричні характеристики: зріст 175 см, маса тіла 120 кг, артеріальний тиск 155/95 мм рт. ст. Такі показники свідчать про суттєве підвищення ризику захворюваності та смертності. Відповідно страховик може застосувати такі коригуючі коефіцієнти до базового тарифу: базовий тариф — 100%; надбавка за надмірну масу тіла — +75%; надбавка за підвищений артеріальний тиск — +50%; додатковий коефіцієнт за кумуляцію негативних факторів — +25%. У підсумку розмір страхової премії зростає на 150% від базового рівня. Інакше кажучи, з медичної точки зору ймовірність настання захворювань для цього клієнта у півтора раза перевищує середньостатистичний ризик, що й обумовлює застосування відповідної надбавки до тарифу.

На наш погляд, наведена методика має певні обмеження та недоліки, однак вона дає змогу стандартизувати процес андерайтингу, зробити його більш прозорим, формалізованим і керованим.

Договори добровільного медичного страхування, як правило, укладаються на строк до одного року, хоча допускається можливість їх укладення як на коротший, так і на довший період. У таких випадках застосовуються коригуючі коефіцієнти до річного платежу: чим коротший строк договору, тим вищим є відсоткове значення коригуючого коефіцієнта щодо базового річного тарифу.

Специфіка визначення тарифних ставок у ДМС полягає в тому, що медичне страхування, з одного боку, має ознаки довгострокового страхування (особливо у випадку пролонгації договорів), а з іншого — характеризується чітко вираженим ризиковим характером виплат, що здійснюються за принципом відшкодування фактично понесених витрат. У зв'язку з цим актуарні розрахунки у сфері добровільного медичного страхування ґрунтуються на базових принципах обчислення страхових премій, близьких до тих, що застосовуються у страхуванні життя, але з урахуванням специфіки медичних ризиків і структури виплат.

При розрахунку тарифних ставок у ДМС доцільно враховувати такі особливості.

По-перше, розрахунок тарифів здійснюється стосовно основних видів медичної допомоги: амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та комплексної, що поєднує в собі обидва зазначені види. Додатково можуть виокремлюватися спеціальні види допомоги — швидка медична допомога, денний стаціонар, діагностичні обстеження, стоматологічна допомога, медикаментозне забезпечення тощо, залежно від структури Програм ДМС, які застосовує конкретна страхова компанія.

По-друге, у межах ліцензованих видів ДМС страховики розробляють окремі цільові програми (наприклад, страхування витрат, пов'язаних із вагітністю та пологами, стоматологічної допомоги, високовартісної діагностики тощо), для яких страхові премії розраховуються автономно, на основі специфічної статистики й структури витрат.

По-третє, під час формування тарифних ставок і встановлення страхових премій з програм медичного страхування мають бути виключені ті види медичної допомоги, які відповідно до законодавства оплачуються за рахунок державного бюджету і повинні надаватися безоплатно.

По-четверте, розрахунок тарифів може здійснюватися як на випадок виплати

фіксованої страхової суми, так і у формі добових виплат у разі тимчасової втрати працездатності внаслідок захворювання.

Залежно від тривалості договору змінюється характер страхових виплат і вимоги до статистичної бази. Якщо договори укладаються на один рік, тарифи, як правило, розраховуються диференційовано — з урахуванням належності застрахованої особи до певної групи ризику в межах відповідної вікової категорії. Поточні страхові виплати фінансуються за рахунок премій, що надходять у тому ж році. При пролонгації договорів у розрахунках потрібно враховувати не лише вікове зростання захворюваності, але й демографічні зміни, трансформацію структури захворюваності застрахованих осіб, можливу кумуляцію ризиків.

Підсумовуючи викладене, можна дійти висновку, що андерайтинг як комплексний бізнес-процес є системою послідовних, взаємопов’язаних етапів, які, логічно переходячи один в інший, забезпечують досягнення запланованого результату конкретної страхової операції та формують кінцевий фінансовий результат діяльності страхової компанії. Добре організований процес андерайтингу гарантує ефективну оцінку ризиків, визначення адекватних умов страхування, розроблення й реалізацію превентивних заходів зі зниження ризиків, що, у кінцевому підсумку, сприяє формуванню збалансованого й рентабельного страхового портфеля.

Для формування в Україні якісної, ефективно діючої системи медичного страхування доцільно реалізувати низку стратегічних кроків.
По-перше, необхідно розширити фінансові можливості галузі охорони здоров’я шляхом упровадження системи обов’язкового медичного страхування.
По-друге, слід активізувати використання потенціалу добровільного медичного страхування та розробляти нові, більш гнучкі програми страхового захисту, адаптовані до потреб різних соціальних груп.
По-третє, важливим завданням є запровадження та удосконалення методів оцінювання ефективності різних видів лікувальних та оздоровчих впливів на пацієнтів, що дозволить оптимізувати структуру страхових програм.
По-четверте, необхідно вдосконалювати методику формування страхових тарифів, зокрема за рахунок розширення й систематизації статистичної бази ДМС.

Водночас слід враховувати, що основним мотивом звернення громадян по медичну допомогу і, відповідно, оплату медичних послуг є прагнення отримати максимально якісну та повну медичну допомогу за мінімально можливий час, аби якомога швидше відновити працездатність та повернутися до активного життя. Однак в умовах глибокої соціальної диференціації значна частина населення, навіть за наявності мотивації до страхування, об'єктивно не має достатніх фінансових можливостей для укладення договорів ДМС.

На наш погляд, одним із важливих напрямів підвищення якості послуг медичного страхування є розроблення та використання науково обґрунтованих методів і критеріїв оцінки діяльності страхової компанії та лікувально-профілактичних установ, які співпрацюють зі страховиком. Це, у свою чергу, дозволить підвищити рівень задоволення потреб застрахованих осіб. Практика функціонування ДМС свідчить, що цим питанням у державній політиці приділялося недостатньо уваги, що підсилює актуальність їх подальшого наукового опрацювання.

До розробки надійних критеріїв оцінки ефективності роботи медичних закладів (ЛПУ) однаково зацікавлені як органи управління охороною здоров'я, так і страхові компанії, які здійснюють контроль за якістю, обсягом, строками та умовами надання медичної допомоги застрахованим.

З метою оцінки ефективності діяльності страхової компанії у сфері медичного страхування доцільно використовувати такі показники:
– показник якості медичної допомоги в ЛПУ, що співпрацюють із конкретним страховиком;
– показник задоволеності застрахованих осіб якістю медичної допомоги, що надається в цих медичних закладах;
– показник рівня поінформованості застрахованих щодо системи ДМС та їхніх прав у межах укладених договорів.

Останній показник визначається за результатами соціологічного опитування застрахованих осіб за спеціально розробленою анкетою і розраховується як відношення кількості інформованих респондентів до загальної кількості опитаних.

3.2. Перспективи запровадження в Україні страхової медицини

Система охорони здоров’я є складним суспільним інститутом, який охоплює сукупність організацій, інституцій та ресурсів, головною метою функціонування яких є збереження, відновлення та поліпшення здоров’я населення. Її ефективне функціонування потребує наявності достатніх кадрових ресурсів, фінансових коштів, надійної інформаційної бази, сучасного медичного устаткування й матеріалів, транспортних та комунікаційних систем, а також ефективного управління і належного стратегічного керівництва. Внутрішня еволюція системи охорони здоров’я, так само як і методи регулювання її діяльності, підпорядковуються загальним законам суспільного розвитку. Виходячи саме з цих об’єктивних закономірностей, що, з одного боку, визначають сутність СОЗ як специфічної галузі державного устрою, а з іншого — формують науково обґрунтовані підходи до регулювання її життєдіяльності, стає можливим розроблення та практична реалізація конкретних програм і планів розвитку системи охорони здоров’я[171].

На сучасному етапі розвитку СОЗ в Україні спостерігається низка хронічно невирішених проблем як у фінансовій, так і в організаційно-структурній площині. Поточний період характеризується недостатніми обсягами видатків на охорону здоров’я, нерівномірним і нераціональним розподілом наявних ресурсів між різними рівнями та ланками системи, високою частотою звернень громадян по медичну допомогу, відсутністю належного рівня обслуговування на первинному рівні й відповідної розвиненої інфраструктури, недостатньою увагою до профілактичної медицини. У цілому сучасна Україна стикається з недосконалою та морально й організаційно застарілою системою охорони здоров’я, що об’єктивно зумовлює низький рівень якості життя, погіршення демографічних показників, скорочення чисельності населення.

Наукові дослідження та статистичні дані підтверджують високі показники загальної смертності, а також смертності від окремих причин, які суттєво перевищують аналогічні показники країн Європейського Союзу. За даними Держкомстату, щогодини в Україні помирає 67 осіб, причому надзвичайно високою є смертність у працездатному віці. Смертність чоловіків у віковій групі 25–44 роки майже в чотири рази перевищує смертність жінок відповідного віку. Загальний показник смертності становить 15,2 особи на 1 тис. населення, тоді як у

країнах ЄС — приблизно 6,7 на 1 тис. осіб. Майже 64% випадків смерті припадають на серцево-судинні захворювання, рівень яких є одним із найвищих у світі, а близько 13% — на онкологічні захворювання[118].

У 2017 р. середня очікувана тривалість життя в Україні становила 69 років, що є значно нижчим показником порівняно із середньоєвропейським рівнем (приблизно 74 роки). Крім того, Україна належить до 36 країн світу з катастрофічно високими особистими витратами громадян на медичні послуги (понад 25% доходів домогосподарства спрямовується на охорону здоров'я). Основна частина витрат закладів охорони здоров'я припадає на оплату праці (71–74% загального обсягу), що істотно обмежує можливості щодо реального надання послуг — закупівлі медикаментів, витратних матеріалів, оновлення технологічної бази. Щорічні витрати на лікарські засоби в лікувально-профілактичних закладах становлять лише 5–6% загальної суми витрат[112].

Нормативно-правові засади функціонування системи охорони здоров'я в Україні закріплені в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.)[4]. Відповідно до ст. 12 цього Закону, охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів діяльності держави, яка формує політику у сфері охорони здоров'я України та забезпечує її реалізацію. Однак сучасний стан СОЗ вимагає такої моделі державної політики, яка б дозволила забезпечити достатній рівень фінансування медичних послуг, охопити основними видами допомоги, профілактики, лікування і реабілітації все населення, мінімізувати фінансові ризики, пов'язані з отриманням медичної допомоги, та підвищити ефективність використання ресурсів.

Слід зауважити, що рівень витрат на охорону здоров'я істотно залежить від економічних можливостей країни. Частка витрат на медицину у ВВП варіює від близько 3% в Україні до 17,1% у США. Вказаний показник відображає як можливості, так і пріоритетність галузі в системі державної політики, однак не завжди адекватно характеризує реальний рівень забезпечення медичних потреб населення. Практично в жодній країні світу не існує повністю «безкоштовної» медицини. У більшості випадків державні витрати покривають близько 50% усіх витрат на охорону здоров'я. Основна частина медикаментозного забезпечення, проведення обстежень та інші витрати в межах 70–80%, а нерідко й 100% лягає на

плечі пацієнтів та їхніх родин. За результатами дослідження 2016 р., лише 10% респондентів оцінили якість медичної допомоги в Україні як позитивну, що є найнижчим результатом серед країн Європи. За таких умов система охорони здоров'я потребує глибокої, комплексної модернізації.

Для кращого розуміння масштабів проблеми та можливих напрямів реформування доцільно порівняти витрати на охорону здоров'я України з відповідними показниками інших держав, що й відображено у складеній нами таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Витрати на охорону здоров'я у різних країнах світу

Країна	Відсоток ВВП, %	Сума з розрахунку на одну особу, доларів США
Норвегія	9,6	9715
Швейцарія	11,5	9276
США	17,1	9146
Сінгапур	4,6	2507
ОАЕ	3,2	1569
Польща	6,7	895
Куба	7,2	603
Румунія	5,3	504
Білорусь	6,0	463
Україна	3,0	313

У Сполучених Штатах Америки медична допомога належить до числа найдорожчих у світі, і, попри надзвичайно високий рівень витрат, десятки мільйонів людей фактично залишаються поза системою повноцінного доступу до необхідних медичних послуг. Натомість на Кубі обсяг видатків на охорону здоров'я лише приблизно вдвічі перевищує відповідний показник для України та майже у 15 разів є нижчим, ніж у США, однак за таких значно скромніших фінансових ресурсів забезпечується високий рівень медичної допомоги, гарантується широка доступність послуг, досягаються одні з найвищих у світі показників тривалості життя, тоді як показники материнської та дитячої смертності, навпаки, є одними з найнижчих у глобальному вимірі.

Згідно з інформацією, поданою в таблиці 3.2, максимальний обсяг коштів на фінансування охорони здоров'я в Україні було зафіксовано у 2013 р. як у структурі загальних видатків Державного бюджету (12,2%), так і у частці валового внутрішнього продукту – 4,2%. Натомість у 2016–2017 рр., а також, за наявними

оцінками, вже й у 2018 р., частка видатків на охорону здоров'я стабілізувалася на рівні близько 2,5% ВВП. Водночас сам обсяг валового внутрішнього продукту України, зокрема у 2016 р., скоротився приблизно удвічі порівняно з 2013 р., що об'єктивно унеможливлює, навіть за умови помітного зростання частки видатків на медичну сферу у відсотках до ВВП, забезпечення системи охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами[111]. Зазначені тенденції підсилюють аргументацію на користь невідкладної модернізації та глибокого реформування національної системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.2

Видатки на охорону здоров'я в Україні у 2010–2018 рр.

Роки / Показники	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Всього видатки ДБУ, млрд грн	245	279	361	364	395	538	647	768	908
Видатки на ОЗ з ДБУ, млрд грн	9	10	11	13	11	8	9	13	23
Загальнодержавні видатки, млрд грн	36	39	47	49	47	45	45	57	59
Всього, млрд грн	45	49	58	62	58	53	54	70	82
Частка видатків на ОЗ у видатках Зведеного бюджету України	11,8	11,8	11,9	12,2	10,9	10,0	8,3	9,1	9,0
Обсяг ВВП, млрд дол. США	136	163	176	183	132	91	93	-	-
Частка видатків на ОЗ у ВВП,%	4,13	3,76	4,14	4,23	3,65	3,8	2,5	2,8*	2,6*

Протягом усіх 25 років після здобуття незалежності Україна декларувала намір реформувати систему охорони здоров'я. Втім, попри численні політичні заяви, фактичним пріоритетом державної політики у цій сфері залишалося збереження наявної моделі функціонування галузі. На відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, де були реалізовані масштабні перетворення, в Україні до цього часу не відбулося глибинних системних реформ охорони здоров'я. Лише 30 листопада 2016 р. Кабінет Міністрів України ухвалив низку розпоряджень, якими було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я (розпорядження № 1013-р), Концепцію розвитку системи громадського здоров'я (розпорядження № 1002-р), а також прийнято постанову № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів». Зазначені документи покликані вирішити ключову проблему фінансування системи охорони здоров'я, пов'язану з неефективним використанням публічних ресурсів, а також її наслідки: потребу громадян власним коштом «дофінансовувати» надання медичної допомоги, нерівномірний і несправедливий розподіл фінансових потоків і медичних послуг, недостатній рівень фінансового захисту людей у випадку хвороби, низький рівень доходів медичного персоналу та хронічний дефіцит ресурсів у тих ланках системи, де їх найбільше потребує пацієнт.

1 квітня 2017 р. Урядом було запущено програму «Доступні ліки». Це означало, що пацієнти із серцево-судинними захворюваннями, діабетом II типу та бронхіальною астмою отримали можливість одержувати низку лікарських препаратів безоплатно або з незначною доплатою. Для цього передбачено звернення до лікаря за відповідним рецептом і подальше отримання ліків в аптеці, яка приєдналася до програми. У 2018 р. програму було розширено: вона почала охоплювати ширший перелік препаратів і медичних станів[116]. Водночас слід зауважити, що на практиці реалізація програми супроводжувалася суттєвими труднощами: у січні, через затримку фінансування, програма фактично не діяла на території всієї України. З 1 лютого 2018 р. фінансування було відновлено, однак пацієнти, які користуються цією програмою, з огляду на низьку ефективність окремих вітчизняних препаратів, наполягають на розширенні їх номенклатури.

Додатковою проблемою є відсутність розгалуженої мережі комунальних аптек у містах України, тоді як приватні аптечні заклади часто не виявляють зацікавленості у співпраці в межах державних програм відшкодування вартості ліків.

Упродовж 2017 р. Міністерство охорони здоров'я у співпраці з громадськими та міжнародними організаціями провело консультації щодо впровадження реформи в усіх регіонах України. 19 жовтня 2017 р. Верховна Рада України схвалила Закон № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», чим було формально надано старт реформуванню системи.

У відповідності до положень цього Закону, держава бере на себе чітко визначені фінансові зобов'язання щодо забезпечення населення медичними послугами. Відтак бюджетні ресурси мають розподілятися не за мережею закладів, а за обсягом і характером медичних послуг, реально наданих пацієнтам, і на рівних умовах для всіх громадян. Пакет медичної допомоги, гарантований державою, формуватиметься з урахуванням пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та в межах наявних можливостей державного фінансування. Програма медичних гарантій, що становитиме державний гарантований пакет, включатиме широкий спектр амбулаторних і стаціонарних послуг, а також перелік лікарських засобів. Законодавчо передбачено існування переліку медичних послуг, які повністю оплачуватимуться державою. Конкретний перелік послуг щорічно формуватиме Уряд і затверджуватиме Верховна Рада, виходячи з реальних потреб населення у медичній допомозі, стратегічних пріоритетів сектору охорони здоров'я та бюджетних можливостей країни. Центральним елементом нової моделі стане Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – спеціалізований орган виконавчої влади, який, діючи в інтересах пацієнта, здійснюватиме оплату наданих медичних послуг за рахунок коштів Державного бюджету в межах програми медичних гарантій. Таким чином, пацієнт отримуватиме послугу, а оплата за неї надходитиме медичному закладу

від держави. Вартість послуг визначатиметься на основі уніфікованих національних базових тарифів і закріплених вимог до якості[116].

1 січня 2018 р. офіційно розпочато реалізацію медичної реформи, Закон про яку був підписаний Президентом 28 грудня 2017 р. Загальна логіка реформування охоплює поетапний перехід до нової моделі фінансування: протягом 2018 р. зміни мають торкнутися первинної ланки медичної допомоги, тоді як вторинний та третинний рівні планується трансформувати відповідно у 2019 та 2020 рр.

Трансформація системи охорони здоров'я передбачає повну зміну підходів до фінансування та управління галуззю. Держава відмовляється від декларативної моделі «безоплатної медичної допомоги для всіх», яка на практиці не забезпечується, і переходить до концепції чітко визначеного гарантованого пакета медичних послуг – базового переліку ліків, лабораторних аналізів, діагностичних досліджень, консультацій спеціалістів тощо. Нова система ґрунтується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом», за яким рівень оплати праці лікарів первинної ланки – сімейних лікарів, дільничних терапевтів і педіатрів – безпосередньо залежатиме від кількості пацієнтів, які уклали з ними декларації, а не від фіксованої ставки, як це було раніше. Центральною фігурою системи стає пацієнт, що фактично набуває статусу клієнта. Такий підхід створює елементи конкуренції між лікарями, що потенційно має сприяти підвищенню якості медичних послуг. Водночас постає проблема становища молодих спеціалістів, які щойно завершили навчання та не мають достатнього практичного досвіду: як свідчить практика, населення віддає перевагу лікарям із більшою репутацією та стажем, отже, шанси молодих лікарів на залучення значної кількості пацієнтів є об'єктивно нижчими.

У 2018 р. на одного пацієнта держава передбачала фінансування в розмірі 370 грн., при цьому один лікар первинної ланки може обслуговувати до двох тисяч пацієнтів.

Запроваджена модель передбачає розподіл медичних послуг на два основних пакети:

– «червоний» – набір послуг, оплату за які здійснює сам пацієнт (наприклад, планові стоматологічні послуги, звернення до лікаря без направлення, естетична медицина тощо);

– «зелений» пакет – послуги, які на 100% оплачуються державою (невідкладна допомога, первинна медична допомога, паліативна допомога та ін.).

У законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», у п. 1 ст. 4, чітко зазначено: «У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів»[119]. Однак, звертаючись до кількісних показників (табл. 3.5), виникає логічне питання щодо практичної реалізації цієї норми. Якщо у 2018 р. на охорону здоров'я виділялося 2,5% ВВП, причому ВВП становив близько 93 млрд дол. США (тобто був майже вдвічі меншим порівняно з 2013 р., коли він дорівнював 183 млрд дол. США), то чи можна стверджувати, що у 2013 р. в Україні існувала повністю безоплатна медична допомога та високий рівень оплати праці медичних працівників? Вочевидь, відповідь негативна. Реформа, в класичному розумінні, передбачає докорінну зміну системи. Отже, про справжню реформу сфери охорони здоров'я доцільно говорити лише в одному з двох випадків: або при запровадженні повністю бюджетної системи фінансування (державної та/або місцевої), яка гарантує безоплатність медичної допомоги для громадян, або при переході до повністю платної системи (на основі коштів пацієнтів і страхових внесків, зокрема внесків фізичних осіб), що, однак, нині суперечитиме ст. 49 Конституції України. Усі інші заходи радше слід розглядати як модернізацію, оптимізацію, часткову реорганізацію, але не як повноцінну реформу. Додатковим проблема-творчим чинником є низький рівень поінформованості не лише населення, а й значної частини медичних працівників щодо змісту та механізмів реалізації реформи. Ситуацію ускладнює незадовільне матеріально-технічне забезпечення в регіонах: нестача транспорту, комп'ютерної

техніки, відсутність стабільного доступу до інтернету й електронного зв'язку, що створює перешкоди для впровадження електронної системи охорони здоров'я E-Health, на основі якої, зокрема, визначаються обсяги фінансування суб'єктів первинної медичної допомоги (ПМД) та забезпечується захист персональних даних лікарів і пацієнтів.

Слід підкреслити, що впровадження електронної системи охорони здоров'я E-Health розпочалося у 2017–2018 рр. і здійснюється в чотири етапи.

Перший етап передбачає підтримку реформування первинної ланки медичної допомоги.

Другий етап полягає у запровадженні додаткових електронних інструментів для реалізації механізмів відшкодування вартості лікарських засобів (реімбурсації) та направлення пацієнтів на діагностику.

Третій етап зорієнтований на розвиток E-Health шляхом створення нових інструментів підтримки інших напрямів реформування системи охорони здоров'я.

Четвертий етап передбачає розширення функціоналу системи, включно з упровадженням додаткових сервісів, які забезпечуватимуть накопичення й використання медичної інформації про пацієнта.

Запровадження таких реєстрів, однак, породжує низку правових колізій і певною мірою суперечить чинному законодавству України, зокрема положенням ст. 32 Конституції України: «Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини» [3]. При цьому в національному законодавстві недостатньо чітко врегульовано питання режиму збирання, зберігання, використання та поширення інформації про стан психічного здоров'я особи, процедури її примусового огляду та лікування, а також механізмів захисту прав громадян від незаконного втручання в їх приватне життя з боку психіатричних служб. У рішенні Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 р. у справі К.Г. Устименка щодо офіційного

тлумачення окремих положень Закону України «Про інформацію» було уточнено, що до конфіденційної інформації належать, зокрема, відомості про освіту, сімейний стан, релігійність, стан здоров’я, дату й місце народження, майновий стан та інші персональні дані. Таким чином, у реальних умовах пацієнт, звертаючись до закладу охорони здоров’я, фактично змушений у «добровільно-примусовому» порядку надавати згоду на обробку своїх персональних даних, якщо хоче пройти обстеження і лікування. Постає запитання: чи може людина, яка з міркувань конфіденційності не бажає надавати такі дані, бути позбавлена доступу до медичної допомоги? Слід нагадати, що відмова в наданні медичної допомоги розглядається кримінальним законодавством як злочин.

Згідно з Конституцією України, а саме ст. 49 [3], «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності». Проте на практиці, всупереч цьому конституційному припису, в окремих регіонах країни замість системної роботи, спрямованої на покращення умов функціонування медичних установ і зміцнення їх матеріально-технічної бази, реформування часто набуває форми масового закриття закладів і скорочення персоналу. Подібні заходи призводять до обмеження доступу громадян до своєчасної медичної допомоги та звужують їх конституційне право на охорону здоров’я. Дані Державної служби статистики України свідчать, що за останні п’ять років кількість лікарняних закладів скоротилася на 34,7%: у 2012 р. їх налічувалося 2,1 тис., тоді як у 2016 р. – лише 1,3 тис. (без урахування АР Крим та зони проведення АТО). Отже, за умов тривалої соціально-економічної та політичної нестабільності, недосконалості правового регулювання й систематичного ігнорування законодавчих вимог

держава не здатна забезпечити належний рівень і безоплатний характер медичної допомоги для всіх громадян.

Представлений у статті комплекс даних переконливо засвідчує критичну нестачу фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я. Подолати цю проблему виключно шляхом імплементації Закону України № 2168-VIII та інших задекларованих у ньому положень практично неможливо. Без відновлення вітчизняного промислового потенціалу, відродження виробничих підприємств і забезпечення високих темпів економічного розвитку на інноваційній основі будь-які спроби реформувати систему охорони здоров'я залишатимуться обмежено результативними. Повноцінна оцінка результатів медичної реформи, розпочатої у 2018 р., можлива лише у середньо- та довгостроковій перспективі[113].

На нашу думку, успішність реформування системи охорони здоров'я, досягнення належного рівня медичної допомоги та поліпшення показників здоров'я населення значною мірою залежать від правильного вибору моделі фінансування, адекватної наявним соціально-економічним і політичним умовам [120]. У цьому зв'язку особливої ваги набуває розширення джерел фінансового забезпечення галузі та перехід до фінансування на страхових засадах.

Одним із таких джерел, що може розглядатися як особливий вид бюджетних (консолідованих) коштів, є обов'язкове медичне страхування. Для того, щоб, з одного боку, забезпечити розширення ресурсної бази системи охорони здоров'я, а з іншого – дотриматися конституційних вимог, обов'язкові внески на медичне страхування, на наш погляд, мають сплачувати роботодавці, зацікавлені у збереженні здоров'я та працездатності свого персоналу. Реалізація такого підходу потребує ухвалення Верховною Радою України відповідного спеціального закону[111].

Водночас ідея запровадження страхової медицини в Україні й досі не втілена в реальну практику. Як уже зазначалося, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 р.) фактично закріплює відмову від моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС) на користь збереження переважно бюджетної системи фінансування. Навіть за умов

відмови від показника «ліжко-день» як базового критерію фінансування (одна з головних інновацій Закону) та переходу до оплати конкретних послуг, що надаються пацієнтам, зберігається високий ризик того, що дисбаланс між обсягом медичної допомоги, яка декларується як гарантована державою, та реальними бюджетними можливостями залишиться невирішеним.

Міністерство охорони здоров'я України виокремлює низку проблем, які стримують впровадження та розвиток страхової медицини в країні. Серед них:

– відсутність необхідної законодавчої та нормативної бази для регулювання системи обов'язкового медичного страхування;

– недостатній рівень професійної підготовки фахівців медичної сфери;

– низькі розміри заробітної плати та преміальних виплат для лікарів;

– розбіжності у підходах до реформування медичної галузі між представниками органів влади, страховими компаніями та медичною спільнотою;

– недостатня поінформованість населення щодо сутності, переваг і потенційних ризиків запровадження системи обов'язкового медичного страхування [112].

На нашу думку, окреслені проблеми не є непереборними. Вони мають переважно організаційно-технічний характер і не можуть розглядатися як аргументи проти запровадження страхової медицини як такої.

Надзвичайно важливо, щоб, формуючи власну модель страхової медицини, Україна змогла творчо адаптувати позитивний міжнародний досвід, уникаючи помилок, яких припустилися інші країни, але при цьому враховуючи національні ментальні, історичні, економічні та інституційні особливості. Слід зважати й на те, що системи охорони здоров'я багатьох держав зазнають тиску через постійне зростання витрат. Збільшення обсягів фінансування в країнах ЄС протягом останнього десятиріччя обумовлювалося не лише політичними рішеннями щодо розширення доступу населення до якісного лікування, а й об'єктивними чинниками – розвитком інноваційних технологій діагностики та лікування, появою сучасних лікарських засобів. Виникає питання, наскільки готовою є

українська економіка до подібних викликів, якщо нині витрати на охорону здоров'я становлять лише близько 3% ВВП.

Запровадження в Україні системи ОМС могло б сприяти підвищенню доступності медичної допомоги, зміцненню здоров'я населення та збільшенню тривалості життя, створити передумови для розвитку конкуренції в галузі, підвищити інвестиційну привабливість системи охорони здоров'я та покращити якість медичного обслуговування. Для цього, однак, необхідно чітко сформулювати й узгодити нормативно-правову базу, а також розробити й затвердити стандартизовані протоколи надання медичної допомоги. Це завдання набуває особливої актуальності в контексті реалізації Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.

Висновки до розділу 3

У ході дослідження перспектив розвитку медичного страхування в Україні було отримано такі узагальнюючі результати.

Аналіз структури послуг на вітчизняному ринку ДМС дає підстави стверджувати, що страхові компанії, як правило, пропонують подібні програми зі стандартним набором медичних послуг, із закріпленням застрахованих за одними й тими самими лікувально-профілактичними закладами, які забезпечують приблизно однаковий організаційний сервіс. Залежно від переліку послуг і мережі клінік, програми ДМС різняться за вартістю: від відносно недорогих полісів із мінімальним набором (огляд лікаря, лікування неускладнених гострих респіраторних захворювань) до дороговартісних продуктів, які передбачають покриття витрат, зокрема, у разі онкологічних захворювань, проведення комплексної діагностики тощо.

Встановлено, що ринок ДМС демонструє тенденцію до зростання, однак це зростання переважно забезпечується за рахунок корпоративних договорів страхування. Для індивідуальних страхувальників доступними залишаються здебільшого відносно недорогі продукти, які не завжди здатні повною мірою забезпечити реальні потреби населення в якісній медичній допомозі. Подальший розвиток ринку вимагає від страховиків активізації маркетингових досліджень з

метою розробки страхових продуктів, адаптованих до платоспроможного попиту потенційних клієнтів.

На основі проведеного дослідження зроблено висновок, що подальша еволюція ринку медичного страхування потребує від страховиків поглиблених аналітичних та статистичних оцінок платоспроможності різних груп потенційних страхувальників і створення спеціалізованих програм з урахуванням результатів таких оцінок. Особливу роль у цьому процесі відіграє не лише технічний, а й медичний андерайтинг, який забезпечує можливість додаткового медичного обстеження потенційних застрахованих з метою коректного визначення страхових тарифів. Зазвичай такі тарифи є нижчими за стандартні й потенційно більш прийнятними для населення.

Результати аналізу також продемонстрували критичну потребу в оперативному реформуванні вітчизняної системи охорони здоров'я. З метою подолання кризових явищ у галузі розпорядженням Кабінету Міністрів України було схвалено Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я, яка в перспективі передбачає перехід на страхові засади. Водночас медична реформа, започаткована у відповідності до Закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (базовий нормативно-правовий акт реформи, що встановлює єдині правила надання медичної допомоги), фактичного переходу до страхової медицини не передбачає. У законодавстві декларується впровадження так званого «первинного медичного страхування», однак джерелом фінансування, як і раніше, залишаються бюджетні кошти. На наш погляд, ключовим недоліком цієї реформи є виключення страхових компаній із процесу реалізації реформи. Фінансування послуг здійснюється державою безпосередньо на користь того лікаря, якого обирає пацієнт, що практично нівелює страхову природу системи та позбавляє приватних страховиків, які мають значний досвід у сфері медичного страхування, можливості брати участь в організації ОМС. Така модель не відповідає класичним засадам страхової медицини і не дозволяє повною мірою використати потенціал страхового сектора в інтересах реформування охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що система охорони здоров'я чинить істотний вплив на соціальний та економічний розвиток держави, формує стан демографічної ситуації та разом з іншими чинниками визначає рівень соціального захисту населення. Рівень здоров'я населення у цьому контексті розглядається як ключовий соціально-економічний індикатор, що відображає ступінь розвитку суспільства та його загальне благополуччя.

Формування нової парадигми розвитку соціально орієнтованої економіки України об'єктивно вимагає активізації розвитку медичного страхування як альтернативного, додаткового джерела фінансування сфери медичних послуг за умов обмежених бюджетних видатків, нераціонального та нерівномірного використання наявних фінансових ресурсів у медичній галузі, недосконалості її організаційної структури та інфраструктури, недостатнього рівня медичної допомоги, відсутності належного контролю за якістю медичних послуг і поширеності тіньових схем. У цьому контексті обґрунтовано необхідність запровадження системи обов'язкового медичного страхування та подальшого розширення сегмента добровільного медичного страхування.

Показано, що доступність медичної допомоги для населення країни визначається насамперед рівнем доходів громадян, а також обсягами бюджетного фінансування медичної галузі, яке залишається її основним джерелом фінансового забезпечення. Здійснений аналіз підтвердив хронічну недостатність фінансування охорони здоров'я та низьку ефективність використання бюджетних коштів. Таке становище є наслідком негативного впливу економічної та політичної криз, розриву між декларованими державою обсягами безоплатної медичної допомоги та реальними бюджетними можливостями, зростання вартості медичних послуг і медикаментів, низького рівня доходів населення, а також слабкого розвитку добровільного медичного страхування. У сукупності це

обґрунтовує потребу інтеграції страхових компаній до системи обов'язкового медичного страхування як повноправних учасників фінансування галузі.

Комплексний аналіз ринку добровільного медичного страхування в Україні засвідчив, що у 2012–2017 рр. спостерігалася відносно активна динаміка його розвитку: збільшувалися обсяги валових страхових премій, а відповідно – й обсяги фінансування медичної допомоги; зростала частка медичного страхування, передусім безперервного страхування здоров'я. Одночасно були охарактеризовані фактори, які стримують ефективне функціонування ринку медичного страхування в умовах дії економічних та політичних криз, несприятливих соціально-демографічних тенденцій і призводять до погіршення якості медичної допомоги. До таких факторів, зокрема, належать: посилення соціальної напруги та ймовірність соціальних конфліктів; низький рівень платоспроможності й добробуту населення; недосконаліть законодавчого забезпечення.

У ході дослідження було встановлено, що два ключові чинники – висока вартість страхових послуг з медичного страхування та стійка тенденція до зростання рівня страхових виплат за медичним страхуванням – негативно впливають на розвиток ринку і потребують системного моніторингу. У зв'язку з цим запропоновано вдосконалити методичні підходи до реалізації превентивних заходів у процесі проведення медичного страхування, розглядаючи пріоритетним напрямом фінансування профілактичних програм коштом страховиків як практичне втілення превентивної функції страхування.

Виявлено, що через високий рівень виплат за договорами добровільного медичного страхування цей вид діяльності зосереджено у руках обмеженого кола потужних страховиків. У низки компаній рівень виплат перевищує 60 %, що свідчить про високий ступінь ризиковості медичного страхування. Дослідження довело, що роль ТОР-страховиків у сегменті медичного страхування відіграють десять страхових компаній. Це дає підстави стверджувати, що в разі запровадження в Україні ОМС і допуску до нього приватних страховиків саме фінансово стійкі та досвідчені компанії з бездоганною діловою репутацією та

значним ресурсним потенціалом здійснюватимуть медичне страхування, що є надзвичайно важливим для вітчизняної системи охорони здоров'я.

З метою реалізації принципу багатоканального фінансування медичної галузі важливу роль у структурі ресурсів відіграє добровільне медичне страхування, яке виконує допоміжну функцію. Воно забезпечує громадянам доступ до послуг, що не включені до державного гарантованого пакета, а також до послуг приватних страховиків, які надають державний гарантований пакет на якісно вищому рівні, ніж мінімальні стандарти, визначені державою, що, своєю чергою, впливає на кінцеву вартість для страхувальника. За умов широкого використання ДМС можна очікувати зниження цін на страхові медичні послуги, запровадження дієвих механізмів фінансування профілактичних програм, спрямованих на зменшення ризиків захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення та, як наслідок, скорочення кількості страхових випадків.

Реалізація названих заходів сприятиме розвитку державно-приватного партнерства, здатного забезпечити залучення додаткових фінансових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Проведений аналіз показав, що організація системи охорони здоров'я в Україні й досі значною мірою спирається на принципи, сформовані ще за радянських часів, і не враховує нові економічні реалії функціонування ринку медичних послуг. Статистичні дані та аналітичні матеріали переконливо демонструють, що чинна модель охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам, що зумовлює об'єктивну потребу глибокого реформування галузі. Серед інноваційних напрямів запропонованих змін передбачено відмову від фінансування за показником «ліжко-день», створення єдиного національного замовника медичних послуг, формування госпітальних округів, запровадження клінічних протоколів лікування, забезпечення права пацієнта на вільний вибір лікаря, визначення гарантованого пакета медичних послуг, створення єдиного реєстру пацієнтів. Водночас ключовим недоліком запропонованої моделі є невключення страхових компаній до процесу її реалізації. За таких умов система не може вважатися страховою в повноцінному розумінні цього поняття, оскільки

позбавлена базових страхових ознак і не передбачає участі страховиків в ОМС, попри те, що вони мають значний багаторічний досвід у сфері довгострокового страхування життя та медичного страхування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Конвенція Міжнародної Організації Праці «Про мінімальні норми соціального забезпечення» від 28.06.1952 р. №102. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ilo.org
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. №2801 – XII(зі змінами та доповненнями) [Електронний ресурс] –
- Страхування :Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. — Вид. 2-ге, перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
- Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): монографія. К.: Атіка, 2010. 320 с.
- Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального
- захис
ту громадян: автореф. дис. … канд. екон. наук: 08.00.08 / Держ.
- вищий навч. заклад «Київ. нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана». Київ, 2009. 26 с.
- Говорушко Т. А. Страхові послуги: навч. посіб. / Т. А. Говорушко. – К. :
- Троцька А.О., Русул Л.В. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні// Збірник статтей та доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених (14-15 травня 2009р.). – 2009. – Т.2. – С.122-123.
- Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні / С. М. Ніколаєнко // Бізнес Інформ. - 2013. - № 1. - С. 281-
- - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2013_1_64
- Рудень В. В. Страхова медицина і медичне страхування : навч. посіб. / В. В. Рудень. — Л. : Обл. кн. друкарня, 1999. — 304 с.

- Шевченко М. В., Карамзіна Л. А., Дорошенко О. О. Фінансування системи охорони здоров'я: зарубіжний та вітчизняний досвід. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2 (22). С. 97–100.
- Стеценко В. Організаційно-правові засади медичного страхування: зарубіжний досвід та пропозиції для України//Підприємництво, господарство і право. – 2008. - № 1. – с. 10-13
- Солдатенко О. В. Теоретичні засади соціального та медичного страхування/ Солдатенко О. В.//Фінансове право. – 2010. - №3. – с. 108-111
- Шупа Л. З. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування
- Україні. Інноваційний ресурс страхового ринку в сучасних умовах. X Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 4–5 грудня 2014 р.). Київ, 2014. Т.2. С. 409–411.
- Шупа Л. З. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні. Актуальні проблеми корпоративних фінансів та фінансових ринків в умовах глобалізації: зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів, молодих
- вчених (Тернопіль, 12 квітня 2016 р.). Тернопіль: Вектор, 2016.
- Яворська М. Роль добровільного медичного страхування в національній системі охорони здоров'я та забезпечення соціального захисту громадян / М.
- Савенко А. Ю. Введення бюджетно-страхової системи фінансування обов'язкового медичного страхування в Україні як один із шляхів реформування української системи охорони здоров'я/ Савенко А. Ю., А. О. Паламарчук. – Вісник Хмельницького національного університету, Мерія Економічні науки. -
- №1, Т. 2. – 2010. – с. 156-160
- Борецька О. Б. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в системі страхових відносин та реформування охорони здоров'я/ Борецька О. Б., Федущак А. Л., Коваль А. Я., Федущак О. А.//

Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. Медичне та фармацевтичне страхування. – 2009. - №3-4. – с. 118-122

- Федорович І.М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні/ Федорович І.М.// Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету – 2017. – с. 76.
- Страхова справа: підручник / О.Д. Вовчак. - К.: Знання, 2011. – 391 с.
- Машина Н. І. Міжнародне страхування. К. "Центр навчальної літератури", 2006 р. 502 с.
- Страхування : підручник / керівник авт. кол. і наук. ред. Осадець С. С. –
- : КНЕУ, 1998. – 528 с.
- Перловська Н.В. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні/ Перловська Н.В.// Вісник східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля – №8(215), - 2014 – ст. 144
- Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг в Україні. Розпорядження «Про затвердження характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування» від 09.07.2010 N 565, редакція від 17.04.2018 // http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1119-10
- Баранов А. Особливості визначення рівня конкуренції на страховому ринку України. Ринок цінних паперів України. 2011. № 11-12. С. 65–69.
- Бас М. А. Значення медичного страхування у системі задоволення потреб населення України. Економічний форум. 2014. № 3. С. 221–226.
- Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов’язкової форми медичного страхування в Україні. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2013. № 767. С. 270–276.
- Бортнік С. В. Запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні у контексті Європейської соціальної хартії (переглянутої). Юридична наука. 2011. № 3. С. 54–61.

- Дугієнко Н. О., Кормишова А. І. Принципи медичного страхування в Україні і країнах Західної Європи. Сталий розвиток економіки. 2011. № 6 (9). С.
- Єрмошенко А. Концептуальні основи аналізу та оцінки конкурентної позиції страхових організацій. Світ фінансів. 2006. Вип. 2 (7). С. 149–155.
- Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2008–2015 роки URL: http://www.treasury/gov.ua.
- Кнейслер О. В., Шупа Л. З. Медичне страхування у системі страхового
- захисту: сутність і проблеми ідентифікації. Інноваційна економіка. Тернопіль. 2015. № 3 (58). С. 202–208.
- Коваль О. А., Ночвай О. І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. Ефективна економіка. 2014. № 4. URL:
- Ляховченко Л. Розвиток добровільного медичного страхування як позабюджетного джерела фінансування галузі охорони здоров’я в Україні. Вісник Національної академії державного управління: Соціальна і гуманітарна політика
- URL: http://visnyk.academy.gov.ua/wp–content/uploads/2013/11/2010–1–36.pdf.
- Мних М. В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика: підруч. К. : Знання України, 2006. 284 с.
- Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу :
- Опарін В. М. Фінанси (Загальна теорія): Навч. посібник. — 2-ге вид., доп.
- перероб. — К.: КНЕУ, 2002. — 240 с.)
- Романенко О.Р. Фінанси : [підручник] / О.Р. Романенко. –]4-е вид.]. – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 312 с.
- Кириленко О.П. Фінанси (Теорія та вітчизняна практика) : навч. посібник / О.П. Кириленко. – Тернопіль : Астон, 2002. – 212 с.
- Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні / Я. Буздуган // Віче. – 2008. –№ 9–10. –С. 26–28.

- Клиновий Д. Фінанси : навч. посібник / І. Петровська, Д. Клиновий. – К. : ЦУЛ, 2002. – 300 с.
- Бюджетний менеджмент : підручник / [В. Федосов та ін.] ; за заг. ред. В. Федосова. –К. : КНЕУ, 2004. – 864 с.).
- Артус М. М. Бюджетна система України : навч. посіб. / М. М. Артус, Н. М. Хижа. - К. : Вид-во Європ. ун-ту, 2005. - 220 с.