МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кваліфікаційна робота магістра

ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКІ МЕХАНІЗМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Виконав: магістрант 2-го курсу, групи 8.2813-1з
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування»
Е.В. Діденко

Керівник: доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи, к.філос.н., доцент Широбокова О.О.

Рецензент: професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи, доцент, д.філос.н. Краснокутський О.В.

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціології та управління

Кафедра філософії, публічного управління та соціальної роботи

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи
_____Т.І. Бутченко
«____»_____2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРАНТУ

Діденку Едуарду Вікторовичу
(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Публічно-управлінські механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні

керівник роботи Широбокова Ольга Олександрівна, к.філос.н., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ЗНУ від «11» березня 2024 року № 433-с

2. Строк подання студентом роботи 4 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до роботи Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України № 1101. 2017 р.; 27 грудня.; Проект Закону України «Про обов'язкове медичне страхування» № 2347-20, 2022 р.; Статистика страхового ринку України. Інтернет-журнал «Фоліншурер».

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення сутності та принципів медичного страхування , зокрема його ознак, функцій і ключових аспектів, що впливають на формування системи охорони здоров'я. 2. Уточнити наступні терміни, як «медичне страхування», «імплементація», «система охорони здоров'я», «Національна служба здоров'я», та виявити їх взаємозв'язок у контексті реформування медичної сфери України. 3. Виділити принципи та методи дослідження імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні , розробивши концептуальну модель аналізу впровадження реформ у національну систему охорони здоров'я. 4. Дослідити правові засади впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні , аналізуючи існуючу нормативно-правову базу та виявляючи прогалини й можливості вдосконалення законодавства. 5. Визначити механізми

імплементації досвіду медичного страхування в Україні , включаючи організаційні, фінансові, управлінські та цифрові інструменти, які можуть сприяти ефективному реформуванню системи охорони здоров'я. 6. Проаналізувати вплив впровадження європейського досвіду медичного страхування на доступність якості та медичних послуг в Україні , використовуючи статистичні дані, результати соціологічних опитувань та експертні висновки. 7. Оцінити рівень задоволеності населення системами медичного страхування в Україні. 8. Визначивши перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні з урахуванням європейського досвіду, сформулювавши рекомендації щодо подальшого вдосконалення нормативно-правового регулювання, фінансування та організації медичної допомоги.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
10 ілюстрацій

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Широбокова О.О., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	20.03.2024	20.03.2024
Розділ 2	Широбокова О.О., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	28.08.2024	28.08.2024
Розділ 3	Широбокова О.О., доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	10.10.2024	10.10.2024

7. Дата видачі завдання 10 березня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Березень 2024	*виконано*
2.	Бібліографічний пошук	Квітень 2024	*виконано*
3.	Розробка основних положень роботи	Червень 2024	*виконано*
4.	І розділ	Червень – серпень 2024	*виконано*
5.	ІІ розділ	Серпень – жовтень 2024	*виконано*
6.	ІІІ розділ	Жовтень – листопад 2024	*виконано*
7.	Систематизація висновків	Листопад – грудень 2024	*виконано*
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2024	*виконано*

Студент _____ Е.В. Діденко
Керівник роботи _____ О.О. Широбокова

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.О. Широбокова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 65 сторінок, 10 ілюстрацій, 5 додатків, 80 позицій у списку літератури.

ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКІ МЕХАНІЗМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Мета дослідження: сформулювати публічно-управлінські механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є система публічного управління охороною здоров'я в Україні. Об'єкт охоплює інституційні механізми, управлінські рішення та регуляторні аспекти, що визначають напрямок розвитку охорони здоров’я в Україні.

Предметом дослідження є публічно-управлінські механізми впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні.

Методи дослідження: порівняльний аналіз, аналіз статистичних даних, синтез, класифікація, історичний метод, емпіричний підхід, системний підхід, моделювання.

Новизна дослідження: визначення можливостей та готовності населення до імплементації системи страхової медицини.

Гіпотеза дослідження: впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні сприятиме підвищенню доступності та якості медичних послуг.

Висновки: 1. Європейський досвід обов’язкового медичного страхування демонструє ефективність публічно-управлінських механізмів у забезпеченні фінансової стабільності системи охорони здоров’я та доступності медичних послуг для населення.

2. Ключовими проблемами впровадження є недоліки в системі управління, зокрема, враження прозорих механізмів регулювання, недофінансування та низький рівень довіри населення. Ефективна реалізація реформи потребує модернізації публічно-управлінських інструментів, включаючи гармонізацію законодавства, впровадження цифрових систем управління, посилення контролю за розподілом коштів та підвищення професійної компетентності.

3. Розбудова публічно-управлінських механізмів через пілотні проекти, системний моніторинг та інформаційно-роз’яснювальну роботу серед населення створити передумови для ефективного впровадження медичного страхування в Україні.

SUMMARY

The qualifying paper consists of 65 pages, 10 illustrations, 5 appendices, 80 references.

PUBLIC ADMINISTRATION MECHANISMS FOR IMPLEMENTING THE EUROPEAN EXPERIENCE OF HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

Objective of the research: to formulate public administration mechanisms for the implementation of the European experience of health insurance in Ukraine. Object of the research is the system of public administration of health care in Ukraine. The object covers institutional mechanisms, management decisions and regulatory aspects that determine the direction of health care development in Ukraine.

Subject of the research is the public administration mechanisms for implementing the European experience of health insurance in Ukraine.

Methods of the research: comparative analysis, analysis of statistical data, synthesis, classification, historical method, empirical approach, systemic approach, modeling.

Novelty of the research: determining the capabilities and readiness of the population to implement the insurance medicine system.

Research hypothesis: implementation of the European experience of health insurance in Ukraine will help to improve the accessibility and quality of medical services.

Conclusions: 1. The European experience of compulsory health insurance demonstrates the effectiveness of public administration mechanisms in ensuring the financial stability of the health care system and the availability of medical services to the population.

2. The key problems of implementation are shortcomings in the administration system, in particular, the lack of transparent regulatory mechanisms, underfunding, and low public trust. Effective implementation of the reform requires modernization of public administration tools, including harmonization of legislation, introduction of digital management systems, strengthening control over the allocation of funds and improving professional competence.

ЗМІСТ

ВСТУП……3

РОЗДІЛ 1 МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ……7

1.1. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності та принципів медичного страхування……..7

1.2 Уточнення основних понять дослідження: «медичне страхування», «імплементація», «система охорони здоров'я», «національна служба здоров'я»…….14

1.3. Принципи та методи дослідження імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні……..20

РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ……..29

2.1. Правові засади імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні…… 29

2.2. Механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні……...31

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ…….36

3.1. Аналіз впливу імплементації європейського досвіду медичного страхування на доступність та якість медичних послуг в Україні……36

3.2. Оцінка рівня задоволеності населення системами медичного страхування в Україні……...38

3.3. Визначення перспектив розвитку систем медичного страхування в Україні з урахуванням європейського досвіду……...43

ВИСНОВКИ……48

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ……..……...51

ДОДАТКИ……61

ВСТУП

Актуальність теми медичного страхування в Україні обумовлена гострою потребою у реформуванні системи охорони здоров'я та забезпеченні соціальних гарантій для населення. Україна вже тривалий час знаходиться на шляху впровадження універсальної системи медичного страхування, яка має на меті забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього фінансового стану. Проблеми в медичній сфері, такі як недостатнє фінансування лікарень, низька якість послуг, а також відсутність соціальних інструментів захисту, посилилися внаслідок економічних викликів, демографічних змін, пандемії COVID-19 та військового стану. Ці фактори підкреслюють необхідність пошуку нових моделей управління медичними послугами, які могли б забезпечити стабільне фінансування та доступність медичної допомоги [78].

Однією з причин актуальності теми є зростаючий попит на якісні медичні послуги. Демографічні зміни, такі як старіння населення та скорочення працездатної частини суспільства, створюють нові виклики для системи охорони здоров’я. Зокрема, погіршення стану здоров'я пенсіонерів та людей із хронічними захворюваннями потребує постійного доступу до сучасної медицини, що робить систему охорони здоров'я вразливою перед економічними труднощами. Відсутність належної профілактики захворювань і хронічне недофінансування медичних закладів призводять до зниження якості обслуговування та високого рівня смертності, що свідчить про необхідність структурних змін.

Загальносвітова тенденція до впровадження системи обов’язкового медичного страхування визнана одним із найбільш ефективних механізмів забезпечення соціальної захищеності громадян і фінансової стабільності у сфері охорони здоров’я. В країнах Європейського Союзу успішно функціонують моделі медичного страхування, що базуються на принципах соціальної солідарності, коли всі громадяни роблять внески до страхових фондів, а держава контролює розподіл цих кошті. Ці моделі забезпечують високу якість

медичних послуг і доступ до них для всіх громадян, водночас зменшуючи фінансове навантаження на державний бюджет шляхом участі приватних страхових компаній у фінансуванні охорони здоров’я .

В Україні спостерігається необхідність імплементації подібних механізмів, оскільки більшість громадян змушені оплачувати значну частину медичних послуг самостійно, що є фінансово обтяжливим. Відсутність прозорих механізмів контролю за якістю та наданням медичних послуг також сприяє корупції в галузі охорони здоров'я. Європейський досвід показує, що обов'язкове медичне страхування здатне не тільки підвищити якість послуг, але й знизити фінансове навантаження на населення, що є критично важливим для країн із відносно низьким рівнем доходів [1, 30, 34, 61, 65].

Мета дослідження - **с**формулювати публічно-управлінські механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити ряд конкретних дослідницьких завдань, які охоплюють теоретичні, правові та практичні аспекти імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до визначення сутності та принципів медичного страхування , зокрема його ознак, функцій і ключових аспектів, що впливають на формування системи охорони здоров’я.

2. Уточнити наступні терміни, як «медичне страхування», «імплементація», «система охорони здоров’я», «Національна служба здоров’я», та виявити їх взаємозв’язок у контексті реформування медичної сфери України.

3. Виділити принципи та методи дослідження імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні , розробивши концептуальну модель аналізу впровадження реформ у національну систему охорони здоров’я.

4. Дослідити правові засади впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні , аналізуючи існуючу нормативно-правову базу та виявляючи прогалини й можливості вдосконалення законодавства.

5. Визначити механізми імплементації досвіду медичного страхування в Україні , включаючи організаційні, фінансові, управлінські та цифрові інструменти, які можуть сприяти ефективному реформуванню системи охорони здоров’я.

6. Проаналізувати вплив впровадження європейського досвіду медичного страхування на доступність якості та медичних послуг в Україні , використовуючи статистичні дані, результати соціологічних опитувань та експертні висновки.

7. Оцінити рівень задоволеності населення системами медичного страхування в Україні.

8. Визначивши перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні з урахуванням європейського досвіду , сформулювавши рекомендації щодо подальшого вдосконалення нормативно-правового регулювання, фінансування та організації медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є система публічного управління охороною здоров'я в Україні. Об'єкт охоплює інституційні механізми, управлінські рішення та регуляторні аспекти, що визначають напрямок розвитку охорони здоров’я в Україні.

Предметом дослідження є публічно-управлінські механізми впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні.

У дослідженні використовуються такі основні методи: порівняльний аналіз для вивчення відмінностей і подібностей систем медичного страхування в країнах Європейського Союзу та Україні, аналіз документів для детального розгляду нормативно-правової бази, що регулює медичне страхування, історичний метод для простеження еволюції медичних реформ в Україні, емпіричний аналіз для збору статистичних даних щодо впливу реформ на якість та доступність медичних послуг, системний підхід для дослідження взаємодії між елементами медичного страхування в рамках національної системи охорони здоров'я, а також метод моделювання для створення теоретичних моделей на основі європейського досвіду. Зібрані матеріали включають правові

акти, статистичні дані, наукові дослідження та порівняльні аналізи міжнародних практик, що дозволяє комплексно вивчити управлінські механізми впровадження медичного страхування в Україні.

РОЗДІЛ 1
МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

1.1. Аналіз теоретичних підходів до визначення сутності та принципів медичного страхування

Медичне страхування є важливим елементом сучасної системи соціального захисту і охорони здоров’я, що дозволяє забезпечити фінансовий захист населення від витрат, пов’язаних із лікуванням та медичною допомогою. Різні наукові підходи до аналізу медичного страхування пояснюють його сутність з економічної, соціальної та управлінської перспектив. У цьому розділі розглядаються ключові теоретичні підходи до визначення сутності медичного страхування, його основні принципи, функції, а також моделі, які впроваджуються в різних країнах, зокрема в європейських державах, для забезпечення населення якісними медичними послугами [36, 62].

У класичному розумінні медичне страхування розглядається як форма соціального захисту, яка забезпечує фінансову компенсацію за надання медичних послуг застрахованим особам у разі настання страхового випадку, пов’язаного зі здоров'ям. Медичне страхування є механізмом перерозподілу фінансових ресурсів між населенням і надавачами медичних послуг, що дозволяє забезпечити доступ до медичної допомоги всім, незалежно від рівня доходу громадян. З цього погляду, страхування виступає не лише інструментом захисту від фінансових ризиків, але й засобом підтримання соціальної рівності в доступі до медичних послуг.

Економічний підхід до визначення медичного страхування ґрунтується на аналізі ринкових відносин між страховими компаніями та споживачами медичних послуг. Науковці в цьому контексті розглядають медичне страхування як інструмент фінансування медицини через страхові внески, що

роблять громадяни та роботодавці. Економічний підхід акцентує увагу на забезпеченні конкурентного ринку страхових послуг, який стимулює підвищення якості медичних послуг та зменшення фінансових ризиків для населення. Крім того, через участь приватних страхових компаній зменшується навантаження на державний бюджет, що є важливим у країнах із обмеженими фінансовими ресурсами, як-от Україна [30, 36, 14].

Управлінський підхід до медичного страхування передбачає аналіз ролі держави та публічних управлінських механізмів у регулюванні цієї сфери. Держава контролює умови страхування, визначає мінімальні гарантії надання медичних послуг і забезпечує доступність страхових програм для різних верств населення. Важливу роль у цьому відіграє запровадження обов’язкового медичного страхування, яке дозволяє зробити охорону здоров'я доступною для всіх громадян незалежно від їхніх доходів. Державне регулювання страхових програм є ключовим елементом забезпечення соціальної справедливості та надання гарантованих медичних послуг [73, 51, 26].

Медичне страхування функціонує на основі кількох важливих принципів, що забезпечують його ефективність та соціальну справедливість [22, 28, 37].

1. Принцип солідарності. Цей принцип передбачає, що всі учасники системи страхування роблять внески до страхового фонду, з якого здійснюються виплати на покриття витрат на медичне обслуговування. Важливим аспектом є те, що внески є пропорційними доходам громадян, а медичні послуги надаються незалежно від розміру внеску. Це дозволяє знизити нерівність у доступі до медичних послуг.

2. Принцип рівності. Медичне страхування забезпечує рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального чи фінансового становища. Це означає, що страхові компанії не можуть дискримінувати осіб за віком, станом здоров’я чи іншими ознаками. У європейських країнах цей принцип забезпечується через обов'язковість медичного страхування, де всі громадяни отримують однакові права на медичні послуги.

3. Принцип доступності. Система медичного страхування має бути доступною для всіх громадян, зокрема й для вразливих категорій населення, таких як пенсіонери, діти та малозабезпечені особи. Держава повинна забезпечувати можливість участі в системі медичного страхування всіх верств населення. Як зазначається в дослідженні Міжнародної організації праці (МОП), «доступність медичних послуг через систему страхування є ключовим аспектом соціальної політики, що спрямована на зниження соціальної нерівності» .

4. Принцип фінансової стійкості. Одним із важливих елементів ефективної системи медичного страхування є забезпечення стабільності її фінансування. Це означає, що страхові фонди повинні бути належним чином наповнені через регулярні внески, а витрати на медичні послуги мають відповідати можливостям фондів. Важливою умовою є також оптимізація витрат на медичні послуги та забезпечення їх ефективного використання.

Медичне страхування виконує кілька основних функцій, що забезпечують його соціальну й економічну ефективність [27, 37, 67].

1. Захисна функція. Основна функція медичного страхування полягає в захисті громадян від високих медичних витрат, які можуть виникнути у разі захворювання або нещасного випадку. Страхування забезпечує компенсацію витрат на медичні послуги, що дозволяє уникнути фінансових труднощів і знижує рівень бідності серед населення.

2. Соціальна функція. Медичне страхування є важливим інструментом соціального захисту, який сприяє зниженню нерівності у доступі до медичних послуг. Воно забезпечує рівні умови для всіх громадян, зокрема й для тих, хто не має можливості самостійно сплачувати за медичні послуги. Як зазначає МОЗ України, «система медичного страхування є ключовим інструментом забезпечення соціальної справедливості в охороні здоров’я» .

3. Економічна функція. Медичне страхування забезпечує перерозподіл фінансових ресурсів між здоровими й хворими громадянами, що дозволяє знизити фінансове навантаження на систему охорони здоров’я та державний

бюджет. Крім того, через участь у фінансуванні приватних страхових компаній система медичного страхування сприяє розвитку конкурентного ринку медичних послуг, що стимулює підвищення їх якості.

4. Управлінська функція. Держава через управлінські механізми контролює умови страхування, визначає мінімальні стандарти медичних послуг і забезпечує їхню якість. Це досягається через нагляд за діяльністю страхових компаній, регулювання тарифів і контроль за дотриманням законодавчих норм у сфері охорони здоров’я.

У європейських країнах існує кілька моделей медичного страхування, кожна з яких має свої особливості. Зокрема, основні моделі, які використовуються у країнах ЄС, – це моделі Бісмарка, Бевериджа та приватна, що демонструють різні підходи до організації фінансування охорони здоров'я та приватна модель медичного страхування. Порівняльну характеристику моделей страхування зазначено в додатку А.

1. Модель Бісмарка. Ця модель медичного страхування отримала свою назву на честь Отто фон Бісмарка, який у 1883 році вперше впровадив систему соціального страхування в Німеччині. Модель базується на принципах обов’язкового медичного страхування, що фінансується за рахунок страхових внесків працівників і роботодавців. Головною особливістю цієї моделі є те, що страхування забезпечується приватними або напівприватними страховими компаніями, а держава здійснює нагляд і контроль за виконанням страхових зобов'язань. Система Бісмарка забезпечує високу якість медичних послуг, водночас знижуючи навантаження на державний бюджет завдяки участі приватного сектору.

Країни, що використовують цю модель (Німеччина, Франція, Нідерланди), відзначаються високим рівнем доступності медичних послуг для всіх верств населення. Страхові внески є обов’язковими, але регулюються державою. Пацієнти мають свободу вибору медичних установ і лікарів, що створює конкурентне середовище і стимулює підвищення якості послуг. Водночас, як відзначають дослідники, модель Бісмарка може бути менш

ефективною для країн із низьким рівнем доходів через високі витрати на утримання приватних страхових компаній [4].

2. Модель Бевериджа. Модель отримала свою назву на честь Вільяма Бевериджа, який у 1942 році запропонував систему соціального страхування, яка пізніше стала основою Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS). Ця модель передбачає, що медичні послуги фінансуються повністю з державного бюджету за рахунок податків, і є доступними для всіх громадян безкоштовно на момент надання послуги. Суттєва різниця з моделлю Бісмарка полягає в тому, що фінансування відбувається безпосередньо через державні структури, а не через страхові компанії. Це забезпечує високу соціальну справедливість і доступність послуг, але створює навантаження на державний бюджет.

У країнах, де використовується модель Бевериджа (Велика Британія, Італія, Іспанія), існують значні переваги щодо доступності послуг, але й проблеми з фінансуванням та якістю через недостатнє державне фінансування. За даними авторів, хоча модель Бевериджа гарантує рівний доступ до медичних послуг, вона часто стикається з проблемами ефективного фінансування та потребує додаткових коштів для підтримання високих стандартів» [26, 62].

3. Для приватної моделі охорони здоров'я характерно надання медичних послуг переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування і особистих коштів громадян. Єдина система державного медичного страхування відсутня. Ринок відіграє ключову роль в задоволенні потреб в медичних послугах. Держава бере на себе тільки ті зобов'язання, які не задовольняються ринком і покриває медичне обслуговування соціально вразливих категорій громадян – безробітних, малозабезпечених і пенсіонерів. При цьому ринок медичних послуг і приватного медичного страхування відіграють домінуючу роль, а роль держави обмежена. Велика частина медичних послуг надається приватними ЛПУ і сімейними лікарями. Завдяки приватним страховикам рівень конкуренції на ринку медичних послуг дуже

високий, що позитивно позначається на їх якості, але тільки для матеріально забезпеченої частини населення [26].

Медичне страхування може бути двох основних видів: обов’язкове медичне страхування (ОМС) і добровільне медичне страхування (ДМС) [5, 40]. Обов’язкове медичне страхування є частиною соціальної політики держави і гарантує надання медичних послуг кожному громадянину на основі страхових внесків, які є обов’язковими для всіх учасників системи. Держави, які впровадили ОМС, зокрема Німеччина та Франція, досягли високих показників у сфері охорони здоров’я завдяки стабільному фінансуванню і контролю якості медичних послуг.

Добровільне медичне страхування, на відміну від ОМС, базується на добровільних внесках громадян, які можуть обирати страхові програми відповідно до своїх потреб і фінансових можливостей. ДМС зазвичай надає додаткові послуги або покращений сервіс, але не замінює обов'язкового страхування, яке забезпечує мінімальні соціальні гарантії [15].

Добровільне медичне страхування є важливим доповненням до державної системи, оскільки дозволяє забезпечити більш індивідуальний підхід до надання медичних послуг і підвищує рівень задоволеності пацієнтів. Це підтверджується практикою багатьох європейських країн, де обидві форми страхування успішно функціонують паралельно, забезпечуючи як базові послуги, так і додатковий комфорт для застрахованих осіб.

Історія медичного страхування в Україні починається ще за часів Російської імперії, коли були зроблені перші спроби запровадити страхові механізми в охороні здоров’я. Однак, у радянський період охорона здоров'я була централізованою і фінансувалася виключно з державного бюджету, що виключало будь-які страхові елементи. Після розпаду СРСР і проголошення незалежності України питання медичного страхування стало особливо актуальним через необхідність реформування системи охорони здоров’я, яка вже не могла ефективно фінансуватися лише з бюджету [13, 41].

У 1996 році було прийнято перший законопроект про медичне страхування [47], який мав на меті створити базу для розвитку як обов’язкової, так і добровільної форми медичного страхування. Проте, незважаючи на правові кроки, система медичного страхування не була впроваджена в повній мірі через економічні труднощі та відсутність належної правової бази. Як зазначає І. О. Степанов, «реформа медичного страхування в Україні була загальмована через політичну нестабільність і недостатнє розуміння переваг страхової медицини серед населення» .

У 2016 році в Україні розпочато масштабну реформу охорони здоров'я, що включає елементи обов'язкового медичного страхування. Зокрема, було створено Національну службу здоров’я України (НСЗУ), яка виконує роль адміністратора медичних коштів і забезпечує розподіл фінансування між медичними закладами. У рамках цієї реформи також передбачається поступове запровадження обов'язкового медичного страхування для всіх громадян, що дозволить зменшити навантаження на державний бюджет і підвищити рівень доступності медичних послуг [45, 49].

Реформа охорони здоров’я в Україні, що базується на принципах європейських моделей, має низку переваг, серед яких: збільшення доступності медичних послуг, зменшення корупції у сфері медицини, забезпечення стабільного фінансування через страхові внески. Однак, існують також проблеми, пов’язані з недостатньою інформованістю населення щодо страхових механізмів, а також із труднощами у запровадженні приватних страхових компаній в умовах економічної нестабільності [3, 9].

Для успішної реалізації медичного страхування в Україні необхідно забезпечити належне правове регулювання та стабільну підтримку з боку держави, зокрема шляхом забезпечення прозорого контролю за страховими фондами. Досвід європейських країн демонструє, що успіх реформи залежить від здатності держави забезпечити збалансоване фінансування та гарантувати якість надання послуг [11].

1.2. Уточнення основних понять дослідження: «система охорони здоров’я», «медичне страхування», «імплементація», «національна служба здоров’я»

Важливою складовою будь-якого наукового дослідження є чітке визначення основних понять і термінів, які використовуються в роботі. У контексті дослідження впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні необхідно уточнити такі ключові терміни, як «медичне страхування», «імплементація», «система охорони здоров’я» та «національна служба здоров’я». Ці поняття визначають основний напрямок дослідження і є фундаментальними для розуміння процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Система охорони здоров'я має свої структуру та функції.

Система охорони здоров’я — це сукупність інституцій, ресурсів і заходів, спрямованих на забезпечення медичної допомоги та збереження здоров’я населення. Вона складається з державних і приватних медичних закладів, органів управління охороною здоров'я, системи фінансування медичних послуг, а також нормативно-правової бази, що регулює її діяльність [35].

Система охорони здоров’я кожної країни має свої особливості, залежно від історичного розвитку, соціальної структури суспільства, економічного стану та політичної ситуації. Основними функціями системи охорони здоров’я є надання медичних послуг, профілактика захворювань, реабілітація хворих, а також підтримка здорового способу життя. Крім того, система охорони здоров’я виконує функцію соціального захисту, оскільки забезпечує доступ до медичних послуг для всіх верств населення [48].

Ефективна система охорони здоров'я повинна не тільки забезпечувати медичні послуги, але й створювати умови для збереження здоров'я населення через профілактичні заходи та підтримку здорового способу життя. Сучасні системи охорони здоров’я в розвинених країнах включають низку елементів, серед яких важливу роль відіграють медичне страхування, державне

фінансування, управління медичними установами, а також регулювання фармацевтичного ринку.

В Україні система охорони здоров'я перебуває на етапі реформування, основними цілями якого є підвищення ефективності надання медичних послуг, поліпшення якості медичної допомоги та забезпечення доступу до неї для всіх громадян. Реформа передбачає поступовий перехід до страхової моделі фінансування охорони здоров'я, що дозволить зменшити фінансовий тягар на державний бюджет і забезпечити більш ефективний розподіл ресурсів.

Медичне страхування відрізняється своєю сутністю та має різні дефініції. У процесі вивчення наукової літератури було проаналізовано (додаток Б) різні визначення медичного страхування.

На основі проведеного аналізу можемо підсумувати, що в науковій літературі на даний момент відсутнє однозначне трактування сутності медичного страхування. На нашу думку, досить доступно сутність медичного страхування відображає таке тлумачення – вид особистого страхування, який передбачає, згідно зі законом або договором, обов’язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та профілактичної допомоги, наданої застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади і громадян.

Медичне страхування функціонує як механізм перерозподілу фінансових ресурсів, що дозволяє знизити тягар витрат на охорону здоров’я для окремих осіб і зробити медичні послуги доступнішими. Воно є важливим компонентом соціальної політики, оскільки забезпечує захист населення від ризиків, пов’язаних зі здоров’ям. Медичне страхування дозволяє не тільки забезпечити фінансову стійкість системи охорони здоров’я, але й гарантує справедливий доступ до медичних послуг для різних верств населення.

Імплементація в управлінському контексті означає процес практичного впровадження політик, програм або моделей, які були розроблені на законодавчому чи стратегічному рівні. Це ключовий етап у будь-якому процесі

реформування, оскільки передбачає адаптацію існуючих моделей до нових умов і їхнє впровадження в національну практику.

У контексті медичного страхування, імплементація є процесом введення нових механізмів фінансування, управління та регулювання медичних послуг через систему страхових внесків. Цей процес охоплює кілька етапів: підготовка законодавчої бази, створення інституційних механізмів, навчання кадрів, інформування населення, впровадження інформаційних технологій для управління страховими фондами та контролю якості послуг [10].

Імплементація європейського досвіду медичного страхування вимагає системного підходу, що включає адаптацію нормативно-правових актів, модернізацію інфраструктури охорони здоров'я та забезпечення фінансової стабільності системи. Для того щоб процес імплементації був успішним, необхідно враховувати особливості національної системи охорони здоров'я, економічний стан країни, а також соціальні потреби населення.

У країнах Європи імплементація медичного страхування була тісно пов'язана із процесом створення відповідних законодавчих і інституційних рамок. У Німеччині, наприклад, впровадження системи соціального страхування на початку XX століття вимагало значних змін у правовій і фінансовій системах держави. Важливим кроком стало створення спеціалізованих органів управління страховими фондами, що забезпечили ефективний контроль за розподілом коштів і виконанням зобов'язань зі сторони медичних установ. Успішна імплементація страхових моделей залежить від здатності держави створити прозорі та ефективні інструменти контролю, які б забезпечили раціональне використання коштів і підвищення якості медичних послуг [50] .

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є ключовою інституцією, що відповідає за фінансування медичних послуг у межах реформи охорони здоров'я. Служба утворена і Положення про неї затверджене Кабміном 27 грудня 2017 року в рамках впровадження нової форми фінансування медичних послуг, яка базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Основна

функція НСЗУ полягає в укладенні договорів з медичними закладами на надання послуг населенню та здійсненні оплати цих послуг з державного бюджету [44, 49].

Національна служба здоров'я діє як адміністратор медичних коштів, контролює якість медичних послуг і забезпечує їхню доступність для населення. НСЗУ стала важливим елементом у забезпеченні прозорого фінансування охорони здоров’я, що сприяє підвищенню відповідальності медичних закладів за якість наданих послуг.

Однією з ключових функцій НСЗУ є моніторинг якості медичних послуг і забезпечення дотримання стандартів лікування. НСЗУ укладає договори з медичними установами тільки за умови виконання ними визначених вимог щодо якості обслуговування пацієнтів. Це стимулює медичні заклади покращувати якість послуг, щоб отримати фінансування від держави [63].

НСЗУ також відповідає за впровадження електронної системи охорони здоров’я, яка забезпечує зручне адміністрування фінансових ресурсів, збір статистичних даних про пацієнтів, а також контроль за наданням послуг. Електронна система дозволяє автоматизувати процеси реєстрації пацієнтів, видачі електронних рецептів і направлень, що значно спрощує роботу медичних установ і зменшує корупційні ризики [56].

Національна служба здоров’я України у 2023–2024 роках стикається з низкою системних проблем, які ускладнюють її ефективну роботу. Однією з ключових є нерівномірність фінансування медичних закладів. Модель оплати за договором з НСЗУ спричиняє значні диспропорції: лікарні у великих містах отримують більше коштів завдяки інтенсивнішій роботі та більшій кількості пацієнтів, тоді як заклади у сільській місцевості часто залишаються недофінансованими. Це поглиблює нерівність у доступі до медичної допомоги, особливо для вразливих категорій населення [53].

Іншою серйозною проблемою є складність укладення договорів між медичними закладами та НСЗУ. Багато установ охорони здоров’я, особливо в регіонах, не мають достатньої технічної бази та адміністративного персоналу

для виконання вимог служби. Це призводить до затримок у фінансуванні та знижує їхню здатність надавати якісні послуги. Технічна інфраструктура НСЗУ також залишається недостатньо розвиненою. Часті технічні збої в електронній системі «eHealth» ускладнюють облік даних про пацієнтів і фінансові операції, що негативно впливає на роботу медичних закладів і довіру до системи.

Додатково, низький рівень інформування населення про послуги, які фінансує НСЗУ, створює нерозуміння механізмів її роботи. Багато громадян не знають про свої права та доступні безоплатні послуги, що знижує довіру до системи та сприяє збереженню тіньових платежів у медицині. Недостатній моніторинг якості послуг, слабкий контроль за виконанням стандартів, а також обмежена координація між НСЗУ та іншими органами влади додають до проблем, які потребують термінового вирішення.

Перший розділ магістерської роботи аналізує теоретичні основи медичного страхування та методологічні засади впровадження європейського досвіду в Україні. Медичне страхування визначається як ключовий механізм фінансування охорони здоров'я, що базується на обов'язкових або добровільних внесках, тоді як імплементація розглядається як адаптація міжнародних практик до національних умов. Проаналізовано успішні моделі медичного страхування в країнах ЄС, таких як Німеччина та Польща, де ключову роль сприяють прозорість, високі стандарти якості та контроль держави. Визначено основні проблеми системи охорони здоров'я України: недостатнє фінансування, недовіра до страхових компаній та слабка правова база. Використання системного, порівняльного та нормативно-правового підходів дозволило закласти основу для подальшого аналізу та розробки практичних рекомендацій щодо реформування медичного страхування в Україні.

Методологічний аналіз імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні підтвердив необхідність системного підходу до дослідження цієї проблематики. Теоретичний огляд засвідчив, що медичне страхування є ключовим елементом сучасної системи охорони здоров’я, який забезпечує фінансовий захист населення, рівний доступ до послуг та високу

якість медичного обслуговування. З'ясовано, що ефективність медичного страхування базується на чітких принципах солідарності, доступності та фінансової стійкості, які є фундаментом для європейських моделей охорони здоров'я. Уточнення ключових понять, таких як «медичне страхування», «імплементація» та «система охорони здоров'я», створило концептуальну основу для дослідження, що забезпечує структурованість та обґрунтованість подальшого аналізу. Використання порівняльного, системного та історичного методів дозволило застосувати роль держави в регулюванні страхових відносин, забезпечити якість медичних послуг та підтримати системи фінансової стабільності. Розглянуті європейські моделі, зокрема системи Бісмарка та Беверіджа, слугують прикладом того, як за допомогою страхування можна досягти соціальної рівності та високої ефективності. Отримані результати підкреслюють необхідність адаптації європейського досвіду до українських умов з урахуванням особливостей національної системи охорони здоров'я та соціально-економічного контексту.

РОЗДІЛ 2
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Правові засади імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні

Правові засади впровадження медичного страхування мають фундаментальне значення для забезпечення доступності та якості медичних послуг у країні. В Україні, де система охорони здоров'я знаходиться в процесі трансформації, розробка відповідної нормативно-правової бази, що враховувала б європейські стандарти, є необхідною умовою для ефективного функціонування страхової медицини. На сьогодні багато країн Європи реалізують соціальні моделі страхування, що побудовані на принципах солідарності, рівності та обов'язковості участі всього населення, незалежно від рівня доходу. Такий підхід дозволяє створити стійку та фінансово ефективну систему охорони здоров'я, яка забезпечує усім громадянам рівний доступ до медичних послуг.

В українських реаліях ключовим викликом у впровадженні обов’язкового медичного страхування є визначення його видів і механізмів реалізації. Вирішення цього питання можливо лише за умови детального аналізу еволюції страхування як соціально-правового феномену, зокрема, його ролі у забезпеченні доступу громадян до якісних медичних послуг [52].

Законодавче регулювання відносин у сфері страхування базується на положеннях Цивільного та Господарського кодексів України, а також на Законах України «Про страхування» та «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», доповнених іншими нормативними актами [17, 18, 70].

Імплементація європейського досвіду медичного страхування в Україні є ключовим завданням на шляху до інтеграції в ЄС та реформування системи охорони здоров'я. Впровадження Директиви 2011/24/ЄС, що регулює права пацієнтів на транскордонну медичну допомогу, передбачає комплексну адаптацію українського законодавства, фінансових механізмів та інституційної структури. Основним викликом є створення умов для доступу громадян до якісних послуг як в Україні, так і за її межами, при цьому забезпечуючи фінансову стійкість системи охорони здоров'я [12, 16].

Одним із ключових елементів імплементації є гармонізація нормативно-правової бази. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» потребує змін, які дозволять чітко визначити обсяг медичних послуг, що покриваються державою, а також механізми відшкодування витрат на лікування за кордоном. Для цього необхідно створити національний контактний пункт, який забезпечить пацієнтів інформацією про їхні права, доступні послуги та процедури отримання дозволу на лікування. Процес упорядкування тарифів є ще однією критичною складовою. В Україні сьогодні існує різниця у фінансуванні медичних послуг залежно від регіону та закладу охорони здоров'я. Уніфікація тарифів, розробка чітких формул розрахунку вартості послуг та введення єдиних стандартів дозволять забезпечити прозорість та справедливість у відшкодуванні витрат.

Іншим важливим аспектом є впровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників. Це не лише відповідатиме стандартам ЄС, але й посилить захист пацієнтів і стимулюватиме підвищення якості медичних послуг. Для цього потрібні зміни до Закону України «Про страхування», що розширять перелік професій, які підлягають обов'язковому страхуванню. Процес визнання рецептів також вимагає уніфікації та створення електронної платформи, що дозволить інтегрувати українську систему з європейською. Важливо забезпечити підготовку медичних працівників до роботи за новими стандартами, зокрема через тренінги та освітні програми. Це

сприятиме підвищенню кваліфікації кадрів і відповідності наданих послуг європейським вимогам [20, 57].

Ефективна реалізація цих змін залежить від рівня обізнаності громадян. Інформаційні кампанії мають пояснювати права пацієнтів, умови доступу до послуг і процедури відшкодування витрат. Одночасно потрібен перехідний період для поступового тестування нових механізмів і адаптації до змін. Моніторинг і оцінка ефективності впровадження директиви є необхідними для забезпечення її успішної реалізації. Регулярні аудити, аналіз індикаторів та внесення коректив сприятимуть зниженню ризиків і підвищенню ефективності змін [20].

Україна може використати досвід інших країн, таких як Польща, де імплементація директиви супроводжувалася фінансовими обмеженнями та складними процедурами. Це дозволило мінімізувати навантаження на бюджет, але створило додаткові бар’єри для пацієнтів.

У Польщі процес реформування системи охорони здоров'я розпочався в 1990-х роках у рамках загальної трансформації незалежності країни від соціалістичного табору. Головною наказом було створено ефективну модель фінансування медичних послуг, яка базується на принципах солідарності та справедливості. У 1997 році був прийнятий закон "Про загальне медичне страхування" (Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym), який заклав основу для створення Національного фонду охорони здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ). Цей фонд відповідає накопиченню страхових вкладів та фінансуванню медичних послуг для застрахованих осіб [79].

Основою реформи стало запровадження обов’язкового медичного страхування, яке охоплює всю частину населення, включно з працівниками, підприємцями, безробітними, пенсіонерами та студентами. Фінансування оплати за рахунок внесків, які сплачуються працівниками та роботодавцями, а також державою для незахищених категорій громадян. Розмір внесків у відсотках від доходу та регулярно переглядається відповідно до економічної ситуації.

Однією з Польщі з головними проблемами, з якими стик сталася під час впровадження страхової медицини, було забезпечено рівний доступ до медичних послуг. Через нерівномірний розподіл ресурсів та значні регіональні відмінності окремі групи населення, особливо мешканці сільської місцевості, відчували труднощі в доступі до якісної медичної допомоги. Для вирішення цієї проблеми держава запровадила субвенцію для регіонів з обмеженими фінансовими ресурсами та ініціювала програми покращення інфраструктури охорони здоров’я.

Крім того, процес реформ проводився складнощами, пов’язаними з недостатньою підготовкою медичного персоналу до нових умов роботи, а також низьким рівнем довіри населення до страхової медицини. Для подолання цих бар'єрів уряд реалізував масштабні інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності громадян щодо переваг обов'язкового медичного страхування.

Одним із ключових досягнень Польщі у сфері страхової медицини є стабілізація системи фінансування охорони здоров'я. Завдяки чіткому розподілу коштів та створенню прозорих механізмів їх використання дозволило мінімізувати корупційні ризики та забезпечити безперервність надання медичних послуг. Крім того, впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Zdrowie) сприяло оптимізації адміністрування та покращенню обліку медичних даних [76].

Водночас досвід Німеччини та Нідерландів демонструє, що ефективна координація між урядовими структурами й установами охорони здоров’я може забезпечити швидку адаптацію до вимог директиви.

Система страхової медицини в Німеччині, яка ніні є найуспішнішою у світі, бере початок у 1883 році з прийняттям Закону про страхування на випадок хвороб (Krankenversicherungsgesetz). Ініціатива канцлера Отто фон Бісмарка була спрямована на покращення соціального забезпечення населення та підвищення продуктивності праці шляхом забезпечення доступу працівників до медичної допомоги.

Сучасна система охорони здоров’я Німеччини базується на двох основних формах страхування: обов’язковому медичному страхуванні (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) та приватному медичному страхуванні (Private Krankenversicherung, PKV). Обов'язкове страхування охоплює приблизно 90% населення та фінансується через зовнішні працівники і роботодавців. Його основним принципом є солідарність: внески залежать від доходу, але всі застраховані мають рівний доступ до більшості медичних послуг. Приватне страхування обслуговує близько 10% населення, включаючи осіб з високими доходами, державних службовців і підприємців. Воно надає ширший спектр послуг і дозволяє клієнтам отримати додаткові переваги [79].

Обов'язкове страхування регулюється федеральним законом і створюється через нарахування страхових фондів, які діють як неприбуткові організації. Внески встановлюються на рівні фіксованого відсотка від доходу, а держава субсидує страхування незахищених верств населення, таких як безробітні, пенсіонерів та студентів. Крім того, існує система зворотних платежів, яка дозволяє фінансово підтримувати фонди, що обслуговують регіони з меншими доходами.

Однією з головних переваг німецької системи є високий рівень якості медичних послуг. Це стало можливим отримати чітко регламентованими стандартами, конкурентним середовищу серед медичних закладів та інвестицій у медичну інфраструктуру. Однак система також виникає з викликами, такими як зростання витрат на охорону здоров'я через старіння населення та впровадження дорогих технологій.

Важливим етапом для Німеччини стало впровадження Директиви 2011/24/ЄС про право власності у сфері транскордонної охорони здоров’я. Ця директива, ухвалена Європейським Союзом, мала на меті покращити доступ громадян до медичних послуг у будь-якій країні ЄС. Основні положення директиви передбачають право отримати медичну допомогу в інших країнах-членах ЄС і відшкодування витрат на рівні, що відповідає вартості аналогічного лікування в їхній країні.

Для впровадження Директиви 2011/24/ЄС Німеччина внесла зміни до Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch, SGB V). Було створено національні контактні пункти для інформування громадян про їхні права на лікування за кордоном, а також встановлено процедури відшкодування витрат. Ці сприяли покращенню доступності медичних послуг для громадян Німеччини, особливо в умовах, коли особливе лікування недоступне в Європі [74, 79].

Водночас процес впровадження директиви супроводжувався викликами. Однією з головних проблем стало узгодження правових норм на рівні федерального уряду та землі, які мають певну автономію в регулюванні сфери охорони здоров'я. Крім того, існували труднощі у взаємодії з іншими країнами ЄС, зокрема у частині відшкодування витрат на потреби, які обирали лікування в державах із вищими тарифами.

Попри ці труднощі, Німеччина досягла значних успіхів у реалізації положення директиви. Було розроблено механізми координації між страховими фондами, лікарнями та закладами охорони здоров'я інших країн, що дозволило забезпечити безперервність надання послуг і утримання прав споживачів. Крім того, було вдосконалено електронну систему охорони здоров’я (eHealth), яка спростила обмін даними та підвищила прозорість.

Досвід Німеччини у впровадженні страхової медицини та адаптації до Директиви 2011/24/ЄС демонструє важливість комплексного підходу до реформ. Ключовими факторами успіху стали стабільно нормативно-правова база, прозорі механізми фінансування, тісна співпраця між державними структурами та медичними закладами, а також активне використання сучасних технологій [16].

Система страхової медицини в Норвегії є одним із прикладів того, як можна побудувати ефективну, доступну та універсальну систему охорони здоров’я, яка забезпечує високу якість послуг для всіх громадян. Основу системи охорони здоров'я Норвегії становить принцип універсалізму, що забезпечує рівний доступ до медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу громадян. Це стало можливим використовувати системи

фінансування через податкові надходження, а також тісному зв'язку між державою, страховими фондами та закладами охорони здоров'я.

Розвиток системи охорони здоров'я значно прискорився після Другої світової війни. У 1946 році було створено Національну страхову систему (Folketrygden), яка стала базовою структурою для організації медичного страхування. Ця система забезпечувала всім громадянам право на доступ до послуг і була фінансована за рахунок медичних податків та страхових внесків. У 1956 році введено обов'язкове медичне страхування, яке поширилося на всі верстви населення, що стало числом кроків до забезпечення рівності у доступі до медичної допомоги [76, 34].

Сучасна система охорони здоров'я Норвегії побудована на принципах універсалізму, солідарності та децентралізації. Універсалізм означає, що всі громадяни мають рівний доступ до більшості медичних послуг, незалежно від рівня доходів. Солідарність реалізується через системи фінансування охорони здоров’я за рахунок прогресивного оподаткування, що дозволяє забезпечити високий рівень послуг для всіх груп населення. Децентралізація забезпечує передачу повноважень з управління системою охорони здоров’я на місцевий рівень, що дозволяє зменшити специфіку кожного регіону.

Фінансування системи охорони здоров'я Норвегії переважно за рахунок податків. Центральний уряд виділяє кошти на охорону здоров'я, які потім розподіляються між регіональними органами управління охорони здоров'я та муніципалітетами. Крім того, громадяни сплачують невелику вартість медичних послуг у вигляді співфінансування, але ця сума є обмеженою і не обмежена встановленою межею. Для вразливих груп населення, таких як діти, пенсіонери та особи з інвалідністю, механізми повного звільнення від співфінансування.

Система охорони здоров'я Норвегії надає широкий спектр послуг, включаючи первинну медичну допомогу, спеціалізовану медицину, лікування в лікарнях, реабілітацію, нагляд за літніми людьми та психіатричну допомогу. Основою надання медичних послуг є первинна медична допомога, яка працює

сімейними лікарями. У Норвегії кожен громадянин має право звернути свого лікаря, що забезпечує персоналізований підхід до лікування. Спеціалізована медична допомога надається в лікарнях, які фактично перебувають у державній власності.

Важливою складовою системою охорони здоров'я Норвегії є впровадження інформаційних технологій. Електронні медичні картки (EHR) широко застосовуються для обміну інформацією між медичними закладами, що забезпечує ефективність лікування та зменшує адміністративні витрати. Крім того, Норвегія активно впроваджує телемедицину, яка дозволяє надавати медичні консультації віддалено, що особливо важливо для віддалених районів країни [80].

У 2011 році Норвегія, як член Європейської економічної зони, приєдналася до впровадження Директиви 2011/24/ЄС про права використання у сфері транскордонної охорони здоров’я. Ця директива дозволяє громадянам країн ЄС та Європейської економічної зони отримувати медичні послуги в інших країнах-членах та відшкодовувати витрати на лікування. Для Норвегії впровадження цієї директиви стало першим кроком у забезпеченні права вибору громадян на місце лікування.

З метою реалізації положень директиви Норвегія адаптувала своє законодавство, зокрема забезпечила створення національного контактного пункту, який інформує громадян про їхні права в транскордонній сфері медицини. Також були встановлені процедури відшкодування витрат на лікування за кордоном. Водночас Норвегія зіткнулася з певними викликами, пов’язаними із забезпеченням рівного доступу до транскордонних послуг для мешканців віддалених районів країни, де доступ до інформації та транспортування є складнішими.

Норвегія досягла значних успіхів у впровадженні Директиви 2011/24/ЄС. Було створено механізми координації між медичними закладами та страховими фондами інших країн ЄС, що забезпечило безперебійне надання послуг громадянам. Крім того, норвезька система охорони здоров'я активно

використовує цифрові технології для спрощення адміністративних процедур і підвищення якості лікування. Однак залишаються виклики, пов'язані із забезпеченням відшкодування витрат для громадян, які обирають лікування в країнах із вищими тарифами на медичні послуги [16].

Ключовими етапами впровадження страхової медицини в Україні є розробка законодавчої бази, створення ефективної системи управління, забезпечення прозорості та доступності інформації, інтеграція в європейські стандарти та подолання соціальних бар'єрів.

Першим кроком є прийняття закону про обов'язкове медичне страхування, яке забезпечує фінансування через зовнішні громадяни, а також забезпечує соціальну підтримку для вразливих груп, як це робить Норвегія та Польща. Важливо створити прозору систему управління, яка буде координувати державні структури, страховиків і медичні установи, як це роблять у Німеччині та Польщі.

Другим аспектом є забезпечення доступу до інформації про медичні послуги. Впровадження цифрових рішень, таких як електронні картки та онлайн-консультації, є елементом для полегшення доступу до послуг та зменшення адміністративного завантаження, що підтверджує досвід Норвегії. В Україні слід також впровадити механізми транскордонного лікування відповідно до Директиви 2011/24/ЄС, що забезпечує доступ громадян до медичних послуг в інших країнах ЄС [16].

Нарешті, необхідно впровадити механізми субсидування малозабезпечених громадян, щоб забезпечити рівний доступ до медичних послуг. Врахування європейського досвіду дозволяє Україні створити ефективну систему медичного страхування, забезпечуючи рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян.

2.2. Механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні.

Механізми медичного страхування в європейських країнах базуються на принципах соціальної солідарності, обов'язковості, доступності та фінансової стійкості, які забезпечують ефективну роботу системи охорони здоров'я. Європейські моделі страхування, такі як системи Бісмарка та Бевериджа, дозволяють збалансувати фінансове навантаження між державою, роботодавцями та громадянами, що забезпечує надійне фінансування медичних послуг та стабільну підтримку для медичних закладів.

Розглядаючи можливість впровадження в Україні обов'язкового державного медичного страхування, варто відзначити, що реформування системи охорони здоров'я в організаційно-фінансовому аспекті є одним із найбільш актуальних викликів сьогодення. Запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування може стати ключовою основою для формування ефективної взаємодії між медичними закладами, установами-фінансистами та громадянами, а також сприяти розвитку конкретних механізмів страхової медицини. При цьому необхідно зважати на те, що у країнах із соціально орієнтованою ринковою економікою навіть при страховій моделі фінансування медицини держава та органи місцевого самоврядування фінансують з бюджетів не менше половини видатків на охорону здоров'я [20, 62].

Найголовнішим і одночасно найскладнішим у системі механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я є механізм фінансування, створений з використанням операціоналізованих концептів Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я та з урахуванням вимог Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (рис. 1)



Рис. 1. Елементи механізму фінансування у сфері охорони здоров'я [56].

Дія механізму фінансування у сфері охорони здоров'я поширюється на всі лікувальні заклади незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності. Але через низку ускладнень приватні медичні заклади майже не охоплені дією цього механізму, особливо в частині співпраці з головним замовником медичних послуг – Національною службою здоров'я України (НСЗУ) [49].

Механізм фінансування охорони здоров'я містить державний гарантований пакет медичної допомоги, передбачає створення єдиного національного замовника медичних послуг, автономізацію постачальників медичної допомоги, перехід на нові методи оплати праці та нову систему управління якістю послуг [75].

За результатами аналізу механізму фінансування охорони здоров'я є підстави стверджувати, що його використання не забезпечує повноту оплати вартості наданих медичних послуг через недостатність бюджету Національної служби здоров'я України, головною причиною чого є достатньо низькі тарифи на них, збільшити які в поточний час у державі можливості немає, слабке поширення добровільного медичного страхування населення та «зрівнялівка» у

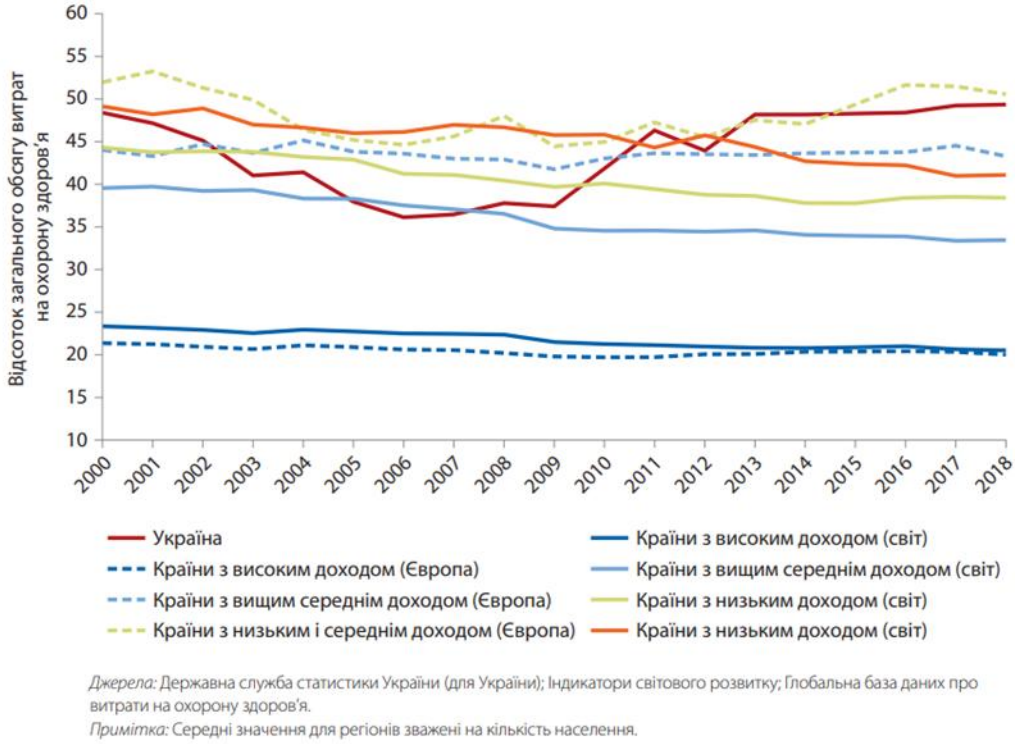
відшкодуванні вартості наданих медичних послуг. Адже тарифи на медичні послуги однакові для всіх надавачів і не передбачають їхню диференціацію залежно від поліпшення якості медичних послуг, розумного скорочення тривалості лікування за умови належної його результативності, використання новітніх технологій лікування та підвищення кваліфікації лікарів [53, 31, 32].

На сьогоднішній момент як один із етапів трансформації медицини є перетворення медичних закладів вітчизняної системи охорони здоров'я в Україні із суто споживачів бюджетних коштів на «заробітчан» коштів, які отримують оплату за фактично надані медичні послуги. Чинний механізм управління медичними закладами значно розширює їхні права у сфері кадрової політики, мотивації медичного персоналу, а також щодо майнового режиму, а фундаментальні підстави механізму закладає автономізація медичного закладу. Характерні риси механізму управління медичними закладами та отримувані переваги чітко окреслені в додатку В .

Всі перераховані позитивні управлінські механізми є підготовчим етапом до переходу державних медичних закладів від звичної системи до системи страхової медицини.

2.3. Принципи та методи дослідження імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні.

В Україні діє бюджетна система фінансування охорони здоров'я, яка базується на державному бюджеті. Через обмеженість державних фінансових ресурсів, спрямованих на численні потреби, галузь охорони здоров'я отримує недостатнє фінансування. Це комплексує забезпечення сучасного обладнання, належної кількості медичних закладів та регулярного підвищення кваліфікації медичних працівників. Як внаслідок значної частини населення звертається до приватних медичних послуг, які оплачуються за власні кошти [29]. На *рисунку 2* наведено витрати на медичні послуги «з власних кишень» громадян України.



Джерела: Державна служба статистики України (для України); Індикатори світового розвитку; Глобальна база даних про витрати на охорону здоров'я.
Примітка: Середні значення для регіонів зважені на кількість населення.

Рис. 2. Витрати «з кишені» як частка витрат на охорону здоров'я в Україні та вибраних групах країн, 2000–2018 рр. [58].

За даними витрати з власної кишені на медицину в Україні з кожним роком зростають. Частота випадків катастрофічних витрат зросла в Україні впродовж останніх десяти років. У період з 2010 по 2019 р. частка населення, яке витрачає на охорону здоров'я більше 10 відсотків від загального бюджету споживання, зросла з 6,9 до 7,8 відсотка, а частка домогосподарств, чиї витрати на охорону здоров'я перевищували нормативний поріг, який був розроблений та використовується для Європейського регіону ВООЗ, зросла з 11,5 відсотка до 16,7 відсотка. Таким чином, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я в Україні є від недостатнього бюджетного фінансування, що неможливе повне покриття витрат. Це зумовлює потребу залучення додаткових фінансових джерел, зокрема, завдяки розвитку ринку добровільного медичного страхування (ДМС), яке може частково викликати цю проблему. Водночас, зміна суспільного ставлення до фінансування медицини є фактором маси: більшість українців вже не вважають медичні послуги з використанням державного обов'язку. За даними соціологічного опитування «Рейтинг» 2021 року, 60% респондентів підтримують ідею часткової платності медицини для

підвищення її якості, що свідчить про готовність населення до впровадження нових моделей фінансування [62, 72].

При початку медичної реформи у 2016 році її реалізація відбувається повними темпами через нестабільну фінансово-економічну ситуацію в країні, що ускладнює досягнення запланованих цілей та підвищення ефективності галузі. Аналіз та прогнозування перспектив розвитку ДМС залишаються актуальними завданнями для України. У 2016 році в Україні стартувала реформа медичної галузі, проте її реалізація просувається повільно через нестабільну фінансово-економічну ситуацію в державі. Це сталося внаслідок перенавантаження системи через Covid-19, а також в результаті повномаштабного вторгнення та запровадження військового стану [6]. Частка фінансування медицини щодо загальних видатків українського бюджету впала, але лише через те, що загальні витрати країни стали значно більшими через війну. У той же час, суми, що виділяються, незважаючи на повномасштабну війну і завершення пандемії, продовжують зростати. Аналітики проаналізували, як вплинули на фінансування охорони здоров'я важкі часи і як змінюється державна підтримка медиків з кожним роком [53].

Для аналізу було обрано зміни з 2014 до 2023 рік, а також закладені витрати на 2024-й (*рис 3*.).



Рис. 3. Частка видатків на охорону здоров'я у державному бюджеті 2014-2024 рр. [62]

Через велику війну витрати на медицину довелося трохи скоротити. На 2023 рік було закладено 178 млрд грн, це на 9% менше від показників 2022 року. Також скоротилася і загальна частка на МОЗ із усього «воєнного» бюджету. На 2024 рік у вже прийнятому держбюджеті закладено понад 201 млрд грн на охорону здоров'я. Тобто, попри війну, країні вдається збільшувати витрати МОЗ (порівняно з 2023 роком). Але через недоліки в системі управління, через корумпованість та відносну прозорість медичних закупівель, іноді некомпетентність керівного складу медичних закладів частина бюджетних коштів втрачається або використовується нецілеспрямовано [31].

Впровадження бюджетно-страхової медицини в Україні сприятиме вирішенню низки важливих завдань. Очікується, що медична реформа забезпечить суттєве підвищення якості медичних послуг, реалізацію принципу соціальної доступності, що гарантуватиме кожному громадянину можливість отримати необхідне медичне обслуговування. Також заплановано перехід на міжнародні стандарти лікування, автономізацію медичних закладів та інші важливі зміни. Ці заходи створюють сприятливі умови для подальшого розвитку як системи медичного страхування, так і страхового ринку в цілому [31, 68].

Теоретичне дослідження впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні виявило важливість правових, організаційних і методологічних основ для успішного реформування національної системи охорони здоров’я. Аналіз європейських моделей страхування, таких як системи Бісмарка і Беверіджа, підтвердив, що ключовими принципами ефективної страхової медицини є солідарність, доступність, рівність та фінансова стійкість. Визначено, що гармонізація українського законодавства з європейськими стандартами є основним етапом у побудові прозорої та функціональної системи. Особливо приділено роль обов’язкового медичного страхування як механізму забезпечення універсального доступу до якісних медичних послуг та зменшення фінансового навантаження на державу та громадян. Важливими компонентами є впровадження чітких тарифів, моніторинг якості медичних

послуг та забезпечення професійної відповідальності медичних працівників. Досвід країн ЄС продемонстрував, що системний підхід до адаптації міжнародних практик, включно з фінансовими моделями, інформаційними технологіями та інформаційними кампаніями, сприяє досягненню високих результатів у реформуванні охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Аналіз впливу імплементації європейського досвіду медичного страхування на доступність та якість медичних послуг в Україні.

Імплементація європейського досвіду медичного страхування має значний вплив на доступність і якість медичних послуг, що в Україні є важливим етапом реформування системи охорони здоров'я. У країнах ЄС медичне страхування є обов'язковим і базується на чітких принципах соціальної справедливості, прозорості фінансування та доступності послуг для всіх громадян. На відміну від цього, в Україні система охорони здоров'я залишається переважно бюджетною, з низьким рівнем покриття страхуванням та значними бар'єрами у доступі до якісних медичних послуг [38].

Існуючі у Європі моделі медичного страхування: модель Бісмарка (Німеччина, Нідерланди) та модель Бевериджа (Великій Британії та Італії). Перша базується на обов'язкових страхових внесках роботодавців і працівників, які фінансують незалежні страхові фонди. Така модель забезпечує високу якість медичних послуг через конкуренцію між страховиками. Друга модель, яка діє у, фінансується через податки, забезпечуючи універсальний доступ до базової медицини. Впровадження цих підходів в Україні потребує комплексного реформування правової бази, створення нових фінансових механізмів та підвищення рівня обізнаності населення [29, 42].

Однією з ключових переваг європейського медичного страхування є його вплив на доступність медичних послуг. Наприклад, у країнах ЄС пацієнти мають право отримувати медичну допомогу як у своїй країні, так і за кордоном із можливістю компенсації витрат. Це дозволяє забезпечити широкий спектр послуг для різних категорій громадян. В Україні ж відсутність обов'язкового

страхування та значна частка платних медичних послуг створюють фінансові бар'єри для більшості населення [77].

Щодо якості послуг, європейські моделі страхування запроваджують стандарти якості та механізми контролю. У Нідерландах, наприклад, держава забезпечує жорсткий контроль над якістю медичних послуг, стимулюючи лікарів до професійного розвитку. В Україні ж низький рівень фінансування та недостатня прозорість механізмів оплати праці медичних працівників є основними перешкодами для забезпечення якісного обслуговування [58, 80].

Аналізуючи наявний ринок ДМС в Україні звернули увагу на рейтинг страхових компаній за 1 півріччя 2024 року, (додаток Г).

Найбільший обсяг виплат та премій за 6 місяців мають страхові компанії УНІКА, UNIVERSALNA, ІНГО. Також було виконано аналіз тенденцій добровільного медичного страхування в Україні (2022–2023).

За основними показниками у 2022 році загальні премії страхових компаній у сфері добровільного медичного страхування (ДМС) становили 4,34 млрд грн, із виплатами 2,37 млрд грн. У 2023 році ці показники зросли відповідно до 5,42 млрд грн і 2,93 млрд грн, що свідчить про підвищення попиту на ДМС та збільшення фінансової активності страхових компаній.

Серед тенденцій 2022-го року лідерами ринку є компанії УНІКА (711,4 млн грн) та ПРОВІДНА (652,4 млн грн), що зібрали найбільші премії. Лідерами за обсягом виплат були ті ж самі компанії: УНІКА (418,7 млн грн) і ПРОВІДНА (400,2 млн грн), забезпечуючи високий рівень виконання страхових зобов'язань. Коефіцієнт виплат у середньому становив 54,6%, що свідчить про помірну частку компенсацій у зібраних преміях.

На відміну від 2022 року, у наступному 2023-му відзначається зростання ринку, що відображається у підвищенні премій на 25%. Даний показник демонструє підвищення попиту на ДМС. Ключовим гравцем та лідером залишається УНІКА, зібравши понад 1,07 млрд грн премій, виплативши 573,2 млн грн. Загальні виплати зросли на 23%, досягнувши 2,93 млрд грн. Коефіцієнт виплат становив 54,1%, залишаючись на рівні попереднього року.

Підсумовуючи, можна сказати, що добровільне медичне страхування в Україні демонструє стабільне зростання, що свідчить про його роль у покращенні доступу до медичних послуг. Подальший розвиток ДМС залежить від підвищення довіри до страховиків, збільшення державного регулювання та вдосконалення умов для страхувальників [74].

3.2. Оцінка рівня задоволеності населення системами медичного страхування в Україні

Якість системи охорони здоров'я та перспективи впровадження медичного страхування залишаються актуальними питаннями для України. Для оцінки задоволеності населення поточною системою та ставлення до можливого впровадження обов’язкового медичного страхування нами було проведено опитування. Форма опитувальника була розроблена в процесі дослідження (дивись додаток Д). У цьому взяли участь 320 осіб. У цьому розділі проаналізовано основні результати оцінювання, які відображають рівень доступності медичних послуг, задоволеність їхньою якістю, ставлення до сімейних лікарів, фінансові витрати громадян на медицину та їхню готовність до впровадження страхової медицини.

Оцінка доступності медичних послуг проводилась згідно аналізу проведеного анкетного опитування. Результати опитування свідчать, що лише 12,5% респондентів (40 осіб) вважають доступ до медичних послуг у своєму регіоні «дуже хорошим». Найбільша частина, 43,8% (140 осіб), оцінила доступ як «добрий, але із труднощами». Водночас 37,5% респондентів (120 осіб) заявили про «задовільний, але обмежений» доступ, а 6% (20 осіб) заявили про «поганий» рівень доступності. Такий розподіл демонструє, що значна частина населення стикається з обмеженнями у доступі до базових медичних послуг.



Рис.4. Оцінка доступності медичних послуг

Щодо якості медичних послуг, лише 12,5% респондентів (40 осіб) повністю задоволені, то як 43,8% (140 осіб) зазначили, що «загалом задоволені, але є нюанси». Нейтрально ставляться до якості медичних послуг 37,5% (120 осіб), а 6% (20 осіб) висловили негативне ставлення. Отримані дані свідчать про недостатній рівень задоволеності населення якістю медичних послуг, що вимагає як структурних реформ, так і вдосконалення професійної підготовки медичних працівників.

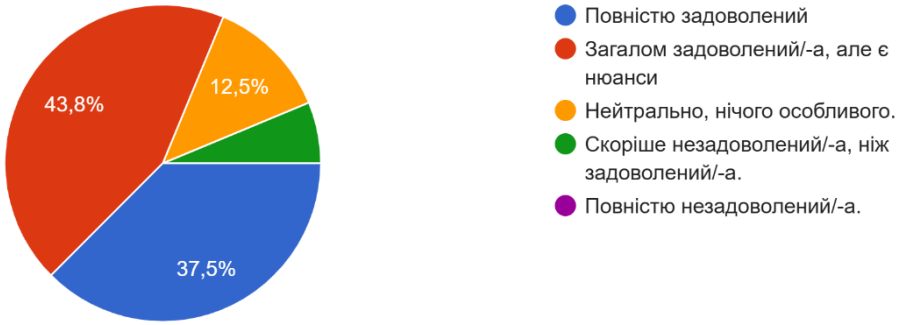


Рис.5. Оцінка задоволеності медичними послугами

На думку опитаних, лише 12,5% (40 осіб) вважають роботу сімейних лікарів «дуже доброю», а ще 25% (80 осіб) оцінили її як «добру, але з недоліками». Більша частина респондентів, 31,3% (100 осіб), оцінили роботу як «задовільну», а ще 31,3% (100 осіб) вважають її «поганою». Результати підкреслюють потребу у підвищенні кваліфікації сімейних лікарів та вдосконаленні стандартів надання первинної медичної допомоги.

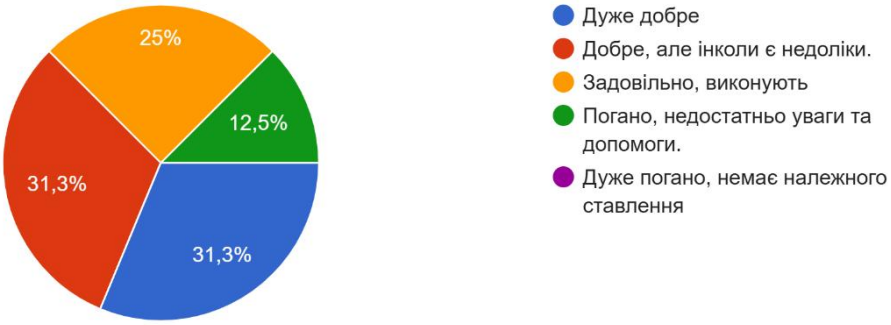


Рис.6. Оцінка роботи сімейних лікарів

Серед основних недоліків медичної системи 43,8% респондентів (140 осіб) заявили про застаріле обладнання, а ще 43,8% (140 осіб) заявили про корупцію. Відсутність кваліфікованих фахівців є проблемою для 12,5% (40 осіб). Ці дані підкреслюють необхідні не лише модернізацію інфраструктури, й боротьбу з корупцією та вдосконалення підготовки кадрів.

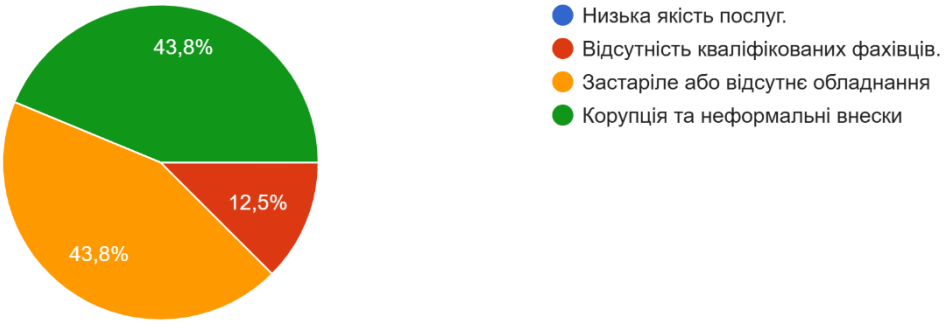


Рис.7. Недоліки медичної системи

Фінансові витрати на медицину оцінювались згідно отриманих результатів на питання анкетування, при цьому було запропоновано відповіді у

відсотковому відношенні для кращого розуміння того, наскільки респонденти готові витрачати власні кошти на медичні послуги.

Близько 43,8% респондентів (140 осіб) заявили, що витрачають на медицину до 10% свого доходу, тоді як 25% (80 осіб) витрачають 10%. Ще 18,8% (60 осіб) виробляють 20% своїх доходів, а решта (12,5% або 40 осіб) зазначили, що їхні витрати становлять 30%. Дані свідчать про значні фінансові навантаження на громадян, які можуть бути знижені шляхом запровадження ефективної системи обов'язкового медичного страхування.

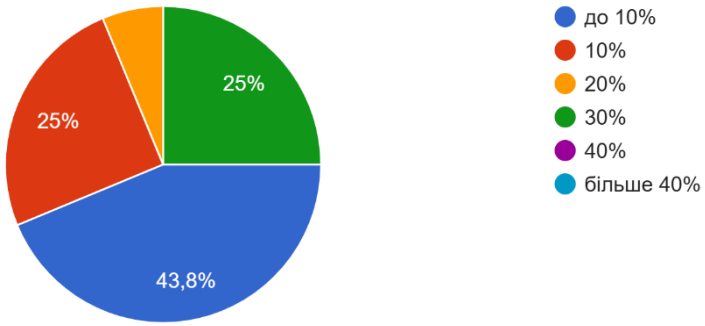


Рис.8. Відсоток витрат на медицину з власних доходів

Ставлення до обов'язкового медичного страхування у більшості відповідей респондентів є беззаперечно позитивним. Стосовно підтримки обов'язкового медичного страхування, 25% респондентів (80 осіб) однозначно підтримують цю ідею, а ще 25% (80 осіб) швидше підтримують. Нейтральну позицію займають 43,8% (140 осіб), тоді як жоден із респондентів не висловив категоричної незгоди. Це свідчить про високий рівень активності населення у впровадженні страхової медицини за умови забезпечення якості послуг.

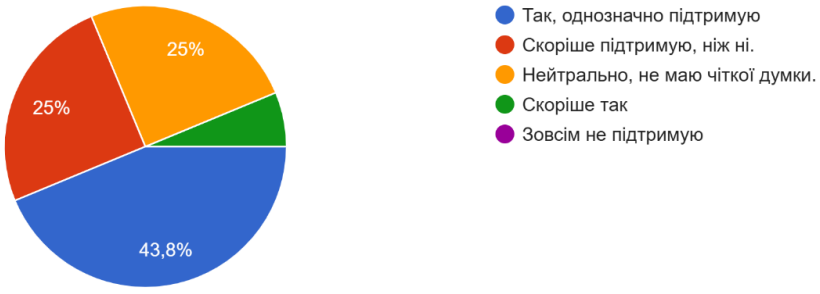


Рис.9. Підтримка впровадження системи медичного страхування

Готовність до фінансових внесків респондентів була оцінена згідно якісного питання щодо готовності анкетованих, надалі було запропоновано кількісний фінансовий показник у вигляді відсотку від доходів респондентів, які вони готові віддавати на обов’язкове медичне страхування.

Результати опитування показали, що 12,5% респондентів (40 осіб) готові сплачувати внески на страхування, якщо це забезпечити якісну медицину, а ще 25% (80 осіб) висловили обережну готовність. Нейтрально ставитися до цього питання 25% (80 осіб), тоді як 50% (160 осіб) висловили готовність лише за певними умовами.



Рис.10. Готовність населення сплачувати внески на ОМС

Аналіз опитування демонструє, що населення України переважно не задоволене поточною системою охорони здоров'я через низьку якість послуг, фінансові бар'єри та системні проблеми, як-от корупція. Водночас існує високий рівень підтримки обов’язкового впровадження медичного страхування, яке, на думку громадян, може підвищити якість і доступність послуг. Для успішної реалізації цієї реформи необхідно розробити прозору систему фінансування, модернізувати медичну інфраструктуру та забезпечити соціальні гарантії для найбільш уразливих верств населення [66].

3.3. Визначення перспектив розвитку систем медичного страхування в Україні з урахуванням європейського досвіду

Реформування системи охорони здоров'я в Україні є основною потребою, основні складові якої вже визначені експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я. Деякі елементи реформи вже запроваджено, проте їхня повна реалізація є критично важливою [43, 48, 54, 79, 33].

1. Єдиний гарантований пакет медичних послуг : на державному рівні має бути створений обов’язковий набір медичних послуг, доступний для всього населення без них. Це забезпечує рівний доступ до базової медичної допомоги для кожного громадянина незалежно від місця, стану здоров’я чи фінансових можливостей.

2. Єдина агенція-замовник : Національна агенція з фінансування систем охорони здоров'я з регіональними представництвами має виступати єдиним замовником медичних послуг.

3. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» : фінансування медичних послуг має здійснюватися на основі фактичного звернення до споживача. Оплата лікування здійснюється відповідно до нормативів на одного громадянина та тарифів за випадки лікування в рамках спеціалізованої допомоги.

4. Автономізація медичних закладів: медичні заклади повинні функціонувати як самостійні суб'єкти господарювання.

Комплексна реалізація цих складових здатностей забезпечить доступність, прозорість та якість медичних послуг в Україні.

Для України пропонується модель кооперації всіх рівнів державної влади в питаннях фінансування та надання медичних послуг, сформована на основі європейського досвіду та з урахуванням сучасних реалій (рис.10).

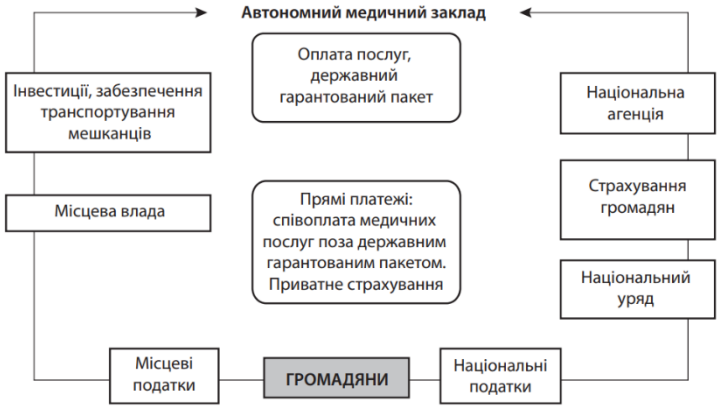


Рис.10. Механізм фінансування нової моделі системи охорони здоров'я [76]

Основні особливості інноваційної моделі охорони здоров'я можна відзначити у вигляді переліку рекомендацій, до якого входять три пункти.

1. Незалежність фінансових структур: фонди страхування чи спеціальні агентства, відповідальні за збір і розподіл коштів. Фінансові ресурси будуть спрямовуватися лише до бюджетів медичних закладів, мінімізуючи бюджети місцевих органів влади.

2. Роль місцевого самоврядування: участь місцевих органів у фінансуванні медичних послуг буде мінімальною, однак їх роль у поточному наданні послуг залишається суттєвою.

3. Мінімізація місцевих витрат: як і в необхідних європейських країнах, частина місцевих видатків на систему охорони здоров'я буде невеликою від загального бюджету.

Основними передумовами для впровадження страхової медицини, як і в інших країнах, є недофінансування системи охорони здоров'я, зростання кількості громадян, які потребують медичної допомоги (до 60%), підвищення вартості медичних послуг та чисельності лікарів, дефіцит кваліфікованих спеціалістів, рівень тінізації економіки. в галузі, а також посилена централізація фінансування та управління [46].

В Україні є аналогічна ситуація, що підкреслює необхідність впровадження нової моделі фінансування. Основним завданням на цьому етапі реформування є не збільшення обсягів фінансування, а підвищення ефективності використання наявних ресурсів. Для забезпечення кращого

доступу населення до медичної допомоги необхідно вдосконалити фінансові та організаційні механізми, зокрема усунути фінансові, територіальні та структурні бар’єри. Розробка і впровадження таких механізмів не тільки покращить доступ до медичних послуг, але й сприятиме накопиченню соціального капіталу, зміцнюючи соціальну стабільність у державі [55].

Основні етапи реалізації обов’язкового та добровільного медичного страхування [71] можуть включати оптимізацію тарифів у вигляді розробки тарифів для обов’язкового медичного страхування на основі актуальних розрахунків із врахуванням факторів, що впливають на ймовірність страхових випадків.

Беззаперечним є визначення страхових внесків з обґрунтуванням оптимального розміру внесків для непрацюючого населення, пенсіонерів та дітей.

Необхідно запровадити компромісні методи відшкодування, як приклад, це може бути впровадження прогресивних підходів до компенсації витрат медичних установ за обов'язковими страховими програмами.

Для ефективної та коректної роботи медичної системи з боку державного управління обов’язковим є система додаткових стимулів із запровадженням податкових пільг для страховиків і страхувальників, що мають довгострокові договори страхування.

Підвищення тарифів для громадян, які користуються обов'язковим страхуванням, та звільнення від сплати осіб, які вже беруть участь у програмах добровільного страхування є ключовим критерієм впровадження нової медичної моделі для дотримання цілей рівності та доступності та сталого розвитку населення та держави.

Як запобіжний захід слід розробити систему запобігання дублювання платежів, що унеможливлює подвійну оплату медичних послуг за програмами обов'язкового та добровільного страхування.

Для цілісної та єдиної загальнодержавної системи медичного страхування з боку уряду та державних службовців необхідним є розробка та запровадження

єдиних стандартів послуг за допомогою розробки стандартів і регламентів лікування та послуг медичних закладів науковцями у сфері охорони здоров’я та медичними працівниками, а також визначення відповідальності медичних установ і персоналу.

Можливими кроками для розвитку медичного страхування в Україні можуть бути:

- відпрацювання змішаної моделі фінансування, яка включає використання коштів населення для недержавних страхових організацій;
- організація комплексного пакета послуг, що охоплює лікування, профілактичне та санаторно-курортне обслуговування;
- коригування податкового законодавства для стимулювання розвитку галузі медичного страхування.

Принципи нової моделі фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ):

- надання одного обсягу медичної допомоги всім громадянам;
- фінансовий захист населення при захворюваннях;
- ефективний розподіл фінансових ресурсів;
- усунення неформальних платежів (хабарів, «подяк»).

Запровадження вказаної моделі сприятиме підвищенню доступності медичних послуг, підвищенню їх якості та створенню прозорої системи фінансування охорони здоров’я та зменшення навантаження на державний бюджет та профільні департаменти.

Емпіричний аналіз впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні забезпечив значний потенціал цього процесу для підвищення доступності та якості медичних послуг, а також удосконалення механізму фінансування охорони здоров’я. Виявлено, що успішні моделі, такі як системи Бісмарка і Беверіджа, створюють сприятливі умови для забезпечення соціальної справедливості, прозорості фінансування та якісного медичного обслуговування. Разом з тим, в Україні система охорони здоров'я стикається з бар'єрами у вигляді недостатнього фінансування, низької обізнаності населення про переваги страхування та нерівного доступу до

медичних послуг, що посилюється високою часткою витрат «з кишені». Створення механізмів обов'язкового інструментарію медичного страхування, впровадження законодавства, впровадження гармоній державного регулювання якості та залучення додаткових фінансових потоків є першочерговими завданнями для вирішення цих проблем. Запровадження стандартів, аналогічних, сприяти ефективнішому використанню ресурсів, зниження фінансового навантаження на громадян та підвищення європейської задоволеності населення медичним обслуговуванням. Важливим є підвищення прозорості процесів через інтеграцію електронних систем управління та забезпечення контролю за виконанням страховими компаніями своїх зобов'язань. Проведене дослідження підтвердило необхідність комплексного реформування української системи охорони здоров'я із залученням досвіду ЄС, що може стати основою для адаптації найкращих практик до національних реалій.

ВИСНОВКИ

Дослідження підтвердило, що впровадження європейського досвіду медичного страхування в Україні є необхідним етапом для забезпечення якості доступності та медичних послуг, підвищення фінансової стійкості систем охорони здоров’я та соціальної захисту громадян. Висвітлені в роботі аспекти підкреслюють потребу комплексного підходу до реформування системи охорони здоров'я з використанням передових моделей, таких як системи Бісмарка та Беверіджа, які довели свою ефективність у країнах Європейського Союзу.

Аналіз методологічних засад продемонстрував можливість уточнення ключових понять, зокрема «медичне страхування», «імплементація», «система охорони здоров'я». Ці терміни складають основу для теоретичного осмислення процесу реформування. Порівняльний аналіз моделей страхування в ЄС підтвердив доцільність впровадження принципів солідарності, рівності, доступності та фінансової стійкості, які гарантують рівний доступ до медичних послуг незалежно від фінансового стану громадян. Досвід Німеччини та Великої Британії працює про ефективність державного контролю та прозорого фінансування, що є першими передумовами успішної імплементації.

У теоретичному аспекті йдеться про правові засади імплементації європейського досвіду, що включають адаптацію українського законодавства до європейських стандартів. Підкреслено важливість ухвалення змін до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», гармонізації тарифів на медичні послуги, запровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників. Створення ефективного фінансового механізму, заснованого на обов’язкових внутрішніх відносинах громадян і роботодавців, а також розробка національних контактних пунктів для інформування забезпечена необхідними кроками.

Емпіричний аналіз засвідчив позитивний вплив європейського досвіду на доступність та якість медичних послуг. Обов'язкове медичне страхування забезпечує можливість отримання незалежної допомоги від рівня доходів

громадян, покращення прозорості та ефективності фінансування. Водночас дослідження показало, що в Україні ключовими перешкодами залишаються нерівномірність фінансування медичних закладів, низька обізнаність населення щодо переваг страхової медицини, значна частка витрат «з кишені» та недостатній контроль якості.

Реформування системи охорони здоров'я України на основі європейських стандартів вимагає значної уваги до усунення існуючих правових бар'єрів і трансформації управлінських механізмів. Як показало дослідження, проведене в роботі, вирішення цих питань є критичним для створення ефективної страхової медицини, яка забезпечує універсальний доступ до якісних послуг.

Виокремлено два основних напрями подолання проблем імплементації страхової медицини в Україні: правові та управлінські. Правові шляхи передбачають адаптацію національного законодавства до європейських стандартів згідно вимог Директиви 2011/24/ЄС, що регулює право на транскордонну медичну допомогу. Це включає розробку чітких механізмів фінансування страхових виплат, визначення обсягу послуг, які покриваються обов’язковим медичним страхуванням, та принципів розподілу ресурсів. Зміни до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» повинні передбачити деталізацію обсягу застрахованих медичних послуг, порядок компенсації витрат на лікування за кордоном, а також встановити стандарти якості, які відповідають європейським вимогам. Із дієвих інструментів правового регулювання є запровадження обов’язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників, що стимулює дотримання високих стандартів якості та одним захистом прав. Відповідні зміни слід внести до Закону України «Про страхування». Крім того, необхідно розробити єдиний тарифний механізм, який дозволить уніфікувати тарифи на медичні послуги, забезпечивши прозорий розподіл фінансових ресурсів та усунувши регіональні диспропорції у фінансуванні закладів охорони здоров’я. Інтеграція електронних платформ управління є швидким кроком у підвищенні прозорості та зниження корупційних ризиків. Це забезпечує створення єдиної

цифрової системи реєстрації платежів, обліку страхових вкладень та моніторингу наданих послуг. Також варто посилити інформаційну підтримку населення, зокрема через масштабні інформаційні кампанії, які ознайомлять громадян з їхніми правами, доступними послугами та механізмами компенсації витрат.

Управлінські механізми ефективного функціонування страхової медицини вимагають посилення ролі Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка має стати центральним органом для забезпечення прозорого фінансування медичних послуг, оформлення договорів із медичними закладами та контролю за дотриманням стандартів якості. Можливо впровадити автоматизовану систему моніторингу діяльності медичних закладів, розробити механізми стимулювання закладів для підвищення якості послуг через диференційоване фінансування та розширити повноваження НСЗУ у сфері управління бюджетними ресурсами. Важливим завданням є адаптація управлінських структур медичних закладів. Автономізація лікарень, яка вже розпочалася в Україні, має бути посилена через надання більшої свободи у прийнятті рішень щодо кадрової політики, фінансування та організації роботи.

Реформування механізму фінансування охорони здоров'я передбачає розробку моделі багатоканального фінансування, що об'єднує обов'язкові страхові внески, бюджетні витрати та добровільне медичне страхування. Держава повинна гарантувати фінансування базового пакета послуг, тоді як додаткові послуги можуть забезпечуватися через добровільні страхові програми. Покращення системи контролю за якістю послуги є ще одним числом елементів. Це впровадження незалежних аудиторських механізмів для перевірки якості медичних послуг та дотримання стандартів лікування. Контрольні функції можуть бути передані спеціалізованим агенціям або залишені за НСЗУ, що сприятиме прозорості та підвищенню довіри до нової системи охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз ринку медичного страхування в Україні 2020 рік. Pro Consulting. 2020. URL: https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-rynka-medicinskogo-strahovaniya-v-ukraine-2020-god (дата звернення: 01.11.2024)

2. Ахвледіані Ю. Т., Шахов В. В. Медичне страхування: теоретичні аспекти та практична реалізація. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2022; 1 (1). С. 45-50.

3. Базилевич В.Д. Основи медичного страхування: соціально-економічний аспект. *Економіка: реалії часу.* 2021; №5. С. 33-34.

4. Базові системи охорони здоров'я: їх характеристики, переваги та недоліки. Харківський національний медичний університет; 2020. URL: https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/563cf0ad-7f89-4e3c-a7fb-3810271564df/content (дата звернення: 01.10.2024) .

5. Брежнєва-Єрмоленко О. В., Байдуж А. О. Медичне страхування в Україні: аналіз та перспективи розвитку. *Економіка: реалії часу*. 2022; №6. С. 33-34.

6. Бурбель Л. Шість головних викликів, з якими зустрівся страховий ринок упродовж шести місяців війни. 2022. URL: https://interfax.com.ua/news/blog/856594.html (дата звернення: 05.10.2024).

7. Внукова Н. М. Медичне страхування як форма соціального захисту населення в Україні: теоретичні засади та практичні аспекти. *Економіка і суспільство.* 2022; №27. С. 123-130.

8. Волохова Л. Ф., Осталенко Д. О. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. *Вісник Національного університету «Остромадська академія»*. 2023; № 2 (2). С. 25-30.

9. Гомон Д. О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров’я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. *Серія : Юридичні науки.* 2016. Вип. 4(1). С. 123-126.

10. Громова А. Є., Пархонюк Ю. М., Щур А. В. Перспективи запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. *Гроші, фінанси і кредит.* 2020 рік; № 12. С. 45-50.

11. Державне регулювання медичного страхування в Україні: сучасні виклики та рішення. Ваше здоров'я. 2020. URL: https://www.vz.kiev.ua/medychne-strahuvannya-v-ukrayini-fantom-zamist-realnoyi-perspektyvy/ (дата звернення: 25.10.2024).

12. Директива 2011/24/ЄС Європейського Парламенту і Ради про застосування прав населення в межах транскордонного медичного обслуговування від 9 березня 2011 року; URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_041-13 (дата звернення: 30.10.2024).

13. Доступне медичне страхування — наступний етап реформи МОЗ України. Міністерство охорони здоров'я України. 2018. URL: https://moz.gov.ua/uk/dostupne-medichne-strahuvannja---nastupnij-etap-reformi-moz-ukraini- (дата звернення: 25.10.2024).

14. Державне регулювання медичного страхування в Україні: сучасні виклики та рішення. Ваше здоров’я. 23 жовтня 2020 року;. URL: https://www.vz.kiev.ua/medychne-strahuvannya-v-ukrayini-fantom-zamist-realnoyi-perspektyvy/(дата звернення: 15.10.2024).

15. Журавка О. С., Босак І. Л., Кубах Т. Г., Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету. Серія Економіка*. 2022. № 2. С. 50−58.

16. Забезпечення прав власності у відносинах з наданням медичних послуг: імплементація Директиви 2011/24/ЄС в Україні. *Науковий журнал «Право і суспільство»*. 2023; № 2. С. 45-52.

17. Закон України «Про страхування». 1996 рік; 7 березня. URL: https://forinsurer.com/public/03/03/07/1089. (дата звернення: 10.10.2024).

18. Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.08.2001;. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 2002, N 1, ст. 1.

19. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-2959-indikatori-yakosti-medichnoi-dopomogi-ta-ix-rol-v-upravlinni-oxoronoyu-zdorov-ya. (дата звернення: 20.10.2024).

20. Інститут стратегічних досліджень «Нова Україна». Особливості функціонування моделей медичного страхування в Україні та світі. *Актуальні проблеми регіонального економічного розвитку*. 2021. № 1(17). С. 204-215.

21. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Науковий форум*. 2012 рік; № 1. С. 284-290.

22. Камінська Т. М., Громов А. А. Основні принципи медичного страхування в Україні: соціально-економічний аналіз. *Економіка і суспільство*. 2021; № 27. С. 123-130.

23. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України до реформування. Геніальний. 2020 рік; 11 червня. URL: https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny (дата звернення: 15.10.2024).

24. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров’я в Україні: стан і системотворення. Бізнес Інформ. 2024. №2. С. 36–46. https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-2-36-46 (дата звернення: 10.10.2024).

25. Колісніченко, Н.. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров’я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №2 (12). С. 38–52.

26. Котенко О. В., Грищенко А. В. Моделі медичного страхування: європейський досвід та його адаптація в Україні. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2021; № 2 (1). С. 25-30.

27. Коцюрубенко Г. М. Функції медичного страхування в контексті медичної реформи в Україні. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2020; № 1(2). С. 218-223.

28. Кравченко Н. С., Михайловська Н. С. Принципи медичного страхування: теоретичні основи та практичні аспекти. *Вісник Національної академії управління.* 2022; №3. С.45-52.

29. Кравченко О., Тарасова О. Ефективність діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування в Україні. Реалії та перспективи розвитку добровільного медичного страхування. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023; № 9. С. 245-250.

30. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. 2023. URL: https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01 (дата звернення: 09.10.2024).

31. Ляшко В. Пріоритети Української доктрини в медичній сфері закладені у проект бюджету-2024. Міністерство охорони здоров'я України; 2023. URL: https://moz.gov.ua/uk/viktor-ljashko-prioriteti-ukrainskoi-doktrini-v-medichnij-sferi-zakladeni-u-proekt-bjudzhetu-2024 (дата звернення: 10.10.2024).

32. Ляшко В. Проект Державного бюджету на 2024 рік: видатки на охорону здоров'я. Кабінет Міністрів України; 2023. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/v-proekti-derzhbiudzhetu-na-2024-rik-uriad-zaklav-zbilshennia-vydatkiv-na-okhoronu-zdorovia-na-244-mlrd- hrn-viktor-liashko (дата звернення: 01.10.2024).

33. Малонога С. О. Публічне управління екстреною медичною допомогою в кризових ситуаціях: формування системи реагування. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. № 9. С. 137–142.

34. Медичне страхування для українців у ЄС: законодавчі вимоги. 2022. URL: https://consultant.net.ua/consultant-article/11151 (дата звернення: 15.10.2024).

35. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформації системи та її реформування. *Фінансовий контроль і аудит*. 2022; №1(42). С.125–133.

36. Михайловська Н. С., Романчук О. В. Дослідження принципів медичного страхування в Україні та світі. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2020; № 2 (1). С. 45-50.

37. Міжнародна організація праці (МОП). Доступність медичних послуг через систему страхування: ключові аспекти соціальної політики. 2020. URL: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_754100/lang--uk/index.htm (дата звернення: 23.10.2024).

38. Міністерство охорони здоров'я України. Доступність та якість медичної допомоги – основні показники системи охорони здоров'я. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/paciyent-maye-pravo-yak-kozhen-ukrayinec-mozhe-realizuvati-svoye-pravo-na-dostupnist-u-galuzi-ohoroni-zdorovya (дата звернення: 30.10.2024).

39. Орланюк-Маліцька Л. О. Соціальний захист населення через медичне страхування: проблеми та шляхи підтримки. *Науковий журнал «Соціум»*. 2020; №4 (1). С. 12-18.

40. Основи медичного страхування. ХНМУ. 2021. URL: https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/05194805-d008-4bd3-8710-d95d88b99e18/content (дата звернення: 05.09.2024).

41. Пацурія Н.Б. Науково-правовий дискурс щодо проблем та перспектив запровадження в Україні обов’язкового медичного страхування. 2020. URL: https://coordynata.com.ua/naukovo-pravovij-diskurs-sodoproblem-ta-perspektiv-zaprovadzenna-v-ukraini-obovazkovogo-medicnogo-strahuvanna (дата звернення: 10.09.2024).

42. Податковий кодекс України. Кодекс від 02.12.2010 № 2755-VI. Київ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17 (дата звернення: 05.11.2024)

43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я:

Закон України від 06.04.2017 № 2002 – VIII. Київ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19 (дата звернення: 11.09.2024).

44. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо договорів про медичне обслуговування населення. Міністерство охорони здоров'я України. 2018 рік; 20 грудня. URL: https://moz.gov.ua/uk/proekt-postanovi-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-vnesennja-zmin-do-dejakih-postanov-kabinetu-ministriv-ukraini-schodo-dogovoriv-pro-medichne-obslugovuvannja-naselennj (дата звернення: 01.09.2024).

45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168 – VIII. Київ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/ed20171019#Text 3 (дата звернення: 05.10.2024).

46. Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування. Проект Закону України від 19.03.2013 № 2957. Київ. URL: https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A (дата звернення: 3.11.2024).

47. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-ВР. Київ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text (дата звернення: 25.09.2024).

48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Кабінет Міністрів України. 2016 рік; 30 листопада. URL: https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689 (дата звернення: 01.09.2024).

49. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України № 1101. 2017 р.; 27 грудня. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF (дата звернення: 25.09.2024).

50. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні: законодавчі та практичні аспекти. *Науковий журнал «Економіка та управління»*. 2019 рік; № 5(1). С. 12-20.

51. Проект Закону України «Про обов'язкове медичне страхування» № 2347-20, 2022 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20 (дата звернення: 01.09.2024).

52. Проект Закону України «Про обов'язкове медичне страхування». Верховна Рада України; 2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1234-20 (дата звернення: 25.09.2024).

53. Радуцький М . Фінансування сфери охорони здоров'я у 2024 році: зміни та виклики. Інтерфакс-Україна. 2023; 16 вересня. URL: https://interfax.com.ua/news/pharmacy/934858.html (дата звернення: 15.09.2024).

54. Радченко О., Лагодієнко В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров’я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління.* 2021. № 20(1(47). С. 34–48.

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

56. Сабецька Т. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров’я України. *Економіка та суспільство*. 2021. № 27. С. 345-348.

57. Сабецька, Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров’я України. *Економіка та суспільство*. 2022. № 40. С. 286-295.

58. Світовий банк. Співоплата в охороні здоров'я: аналіз катастрофічних витрат в Україні. 2023. URL:https://documents1.worldbank.org/curated/en/099630108192224756/pdf/P1703 2108441460e009eef0dcf0dbebf7e7.pdf (дата звернення: 26.11.2024).

59. Система медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи. Міністерство охорони здоров'я України. 2020 рік; 11 червня. URL: https://moz.gov.ua/article/publications/sistema-medicinogo-strahuvannya-v-ukraini-problemi-ta-perspektivi (дата звернення: 01.09.2024).

60. Система медичного страхування Німеччини: державна та приватна. Страхування Топ. 2024; URL: https://insurancetop.com/markets/11 (дата звернення: 01.12.2024).

61. СК «Універсальна». Добровільне медичне страхування в Україні: сучасні тенденції та виклики. 2020. URL: https://universalna.com/health-insurance/ (дата звернення: 25.10.2024).

62. Слово і Діло. Медичне страхування: які моделі працюють у світі. 2021;13 серпня. URL: https://www.slovoidilo.ua/2021/08/13/infografika/suspilstvo/medychne-straxuvannya-yaki-modeli-pracyuyut-sviti (дата звернення: 25.10.2024).

63. Стандартизація медичної допомоги в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. 2023. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-259695-standartizatsiya-medichnoyi-dopomohy-v-ukrayini-suchasnij-stan-problemi-ta-perspektivi-rozvitku (дата звернення: 30.10.2024).

64. Статистика страхового ринку України. Інтернет-журнал «Форіншурер». 2024. URL: https://forinsurer.com/ (дата звернення: 02.12.2024).

65. Страхова група ТАСС. Добровільне медичне страхування: рішення для отримання якісних медичних послуг в Україні. 2022. URL: https://sgtas.ua/health-protection/ (дата звернення: 30.09.2024).

66. Терещенко Т. Є., Карпушкіна О. С., Клокова Л. О. Аналіз рівня довіри населення до страхових послуг. *Ефективна економіка*. 2019. № 6. С. 55-62.

67. Федорович І. М. Економічні та соціальні функції медичного страхування: аналіз та перспективи. *Економіка і управління*. 2023. №10(3). С. 45-50.

68. Федорович І. М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Національного університету «Остромадська академія»*. 2021; № 2. С. 45-50.

69. Центр медичної статистики МОЗ України. Київ, 2022. URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html (дата звернення: 11.10.2024).

70. Цивільний кодекс України. Стаття 979. Договір страхування. URL: https://protocol.ua/ua/tsivilniy_kodeks_ukraini_stattya_979/ (дата звернення: 20.09.2024).

71. Черніховський Р. Публічне управління в сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. *Дніпровський науковий часопис публічного управління психології права.* 2023. №6. С.277-282.

72. Чи є майбутнє у добровільного медичного страхування в Україні? 2021. URL: https://www.pravda.com.ua/columns/2021/01/29/7281700/ (дата звернення: 10.11.2024).

73. Шалько М. Н. Роль держави в управлінні системою охорони здоров'я: сучасні виклики та рішення. *Економіка, управління та адміністрування.* 2023. №3(105). С.146-149.

74. Шупа, Л. З. Світовий досвід обов'язкового медичного страхування та імплементація його в Україні. *Наука молода* : зб. наук. праць молодих вчених ТНЕУ, м.Тернопіль, 4 березня 2016р. № 25. С. 101-108.

75. Як працюватиме Національна служба здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України. 2017 рік; 29 грудня. URL: https://moz.gov.ua/uk/jak-pracjuvatime-nacionalna-sluzhba-zdorovja-ukraini (дата звернення: 30.11.2024).

76. Bredenkamp C., Dzhygyr Y., Habicht J. et al. Health financing reform in Ukraine: progress and future directions. World Health Organization. Regional Office for Europe and the World Bank. 2022. URL: https://iris.who.int/handle/10665/366374 (дата звернення: 25.11.2024).

77. Levkovich O. Onyshkevych N. Prospects for the development of health insurance in Ukraine taking into account foreign experience. *Business Inform*. 2019. № 11. С. 323-329.

78. Sigma 4/2020. World insurance: riding out the 2020 pandemic storm. 2020. URL: https://www.swissre.com/dam/jcr:05ba860548d340b6bb79b891cbd11c36/sigma4_2020_en.pdf (дата звернення: 30.11.2024).

79. Sybblis S. Mediation in the health caresystem: Creative problem solving. *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*. 2006. Vol. 6.Iss. 3. p. 493-517.

80. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health financing policy : a guide for decision-makers. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 2008. URL: https://iris.who.int/handle/10665/107899 (дата звернення: 01.12 2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Характеристика основних медичних моделей

Назва моделі	**Характеристика**	**Переваги**	**Недоліки**	**Країни, в яких використо-вується модель**	**Досвід для України**
Модель Бісмарка	Суміш приват-ного та соціаль-ного медичного страхування. Фінансування за допомогою цільо-вих платежів суб'єктів. Часткова участь держави.	Розвиток та інновації. Якісна безкоштовна медична допомога та вільний вибір лікаря. Додаткові джерела фінансування.	Високі адміністративні витрати. Надання послуг ризиковим верствам населення.	Німеччина, Швейцарія, Японія, Австрія	Підвищення інновацій, впровадження обов'язкової форми медичного страхування.
Модель Бевериджа	Головну роль в управлінні та контролі за якістю медичних послуг відіграє держава. Орієн-тація на первинну допомогу. Державне фінан-сування за допо-могою прямого оподаткування.	Безкоштовні послуги доступні великій кількості населення. Загальнодоступ-ність. Контроль за використанням коштів.	Обмеженість у виборі лікаря. Великі адміні-стративні витрати. Бюджетний дефіцит. Обмеженість прав медичних закладів.	Велико-британія, Ірландія, Італія, Канада, Іспанія	Модель з'явилась на основі існуючої вітчизняної моделі Семашка.

Приватна модель	Фінансування за допомогою приватних коштів. Наявність державних страхових програм. Децентралізована система.	Велика кількість медичних закладів. Наявність високого доходу медичних працівників. Високі інноваційність та ефективність. Контроль за якістю надання медичних послуг.	Високі адміні-стративні витрати та вартість медичних послуг. Відсутність єдиної системи охорони здоров'я. Складність у повному та комплексному обстеженні	США, Ізраїль, Північна Корея	Використання для платоспро-можного населення приватного медичного страхування Розвиток державних програм

Джерело: складено автором на основі даних [21, 23, 59, 60].

Додаток Б

Авторські тлумачення поняття «медичне страхування»

Автор	Автор
Ю. Т. Ахвледіані і В. В. Шахов	сукупність видів страхування на випадок втрати здоров'я через хворобу або нещасний випадок, що передбачають обов'язки страховика зі здійснення страхових виплат, які компенсують додаткові витрати застрахованого, викликані зверненням до медичної установи за медичними послугами, включеними в програму страхування
В.Д. Базилевич	форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів
Л.Ф. Волохова і Д.О. Осталенко	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує отримання медичної допомоги шляхом накопичених коштів, а також, у разі настання страхового випадку, фінансування профілактичних медичних заходів
Л.О. Орланюк-Маліцька	сукупність видів особистого страхування, які передбачають компенсацію матеріальних втрат і витрат застрахованих осіб, пов'язаних із відновленням здоров'я
Н. М. Внукова	один із механізмів соціального захисту громадян, спрямованих на відшкодування витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг
Д. Д. Третяк	вид соціального захисту, який виконує функцію забезпечення фінансування медичних послуг для застрахованих осіб за рахунок накопичених страхових коштів

О. К. Шихов	сукупність страхових відносин, які передбачають, відповідно до закону і договору (правил) страхування, обов'язки страховика щодо організації та повної або часткової оплати вартості медичної допомоги, на даної застрахованій особі при настанні страхового випадку
І. П. Хомініч	вид страхування, що містить широкий перелік покриттів, які поширюються практично на будь-які види витрат, пов'язаних з амбулаторним або стаціонарним лікуванням, а також зі супутніми послугами, наданими застрахованій особі

Джерело: складено автором на основі данних [2, 3, 8, 7, 39]

Додаток В

Характерні риси механізму управління медичними закладами системи охорони здоров'я в Україні.

Характерні риси	Отримувані переваги медичного закладу
Перетворення з бюджетної установи на суб'єкт господарювання	Діяльність автономізованого медичного закладу регулюється Господарським, а не Бюджетним кодексом. За характером діяльності автономізований медичний заклад є суб'єктом господарювання (надавачем медичних послуг). Має управлінську незалежність, господарює самостійно, без вказівок «згори». Керівник медзакладу самостійно управляє активами, переданими закладу на правах оперативного управління, самостійно визначає кадрову політику та внутрішню організаційну структуру закладу
Фінансова незалежність	Автономізований медичний заклад фінансується не за традиційним кошторисом витрат за статтями, а на основі власного фінансового плану. Заклад має рахунки в банках, може відкривати депозити
Гнучка політика матеріальної винагороди персоналу	Керівник закладу розробляє систему оплати праці (можлива відмова від «бюджетної сітки»), премій або бонусів за певними показниками. Рішення щодо зарплатної політики в кожному медичному закладі ухвалює колектив, що вноситься до колективного договору
Власна кадрова політика	Медзаклади можуть запрошувати на роботу за договорами підряду лікарів, що мають статус ФОП (зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики)

Складено авторами на основі джерел [24, 25, 33]

Додаток Г

ТОП 20 Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування за 1 півріччя 2024 року. [69]

№	Страхова компанія	Платежі, тис.грн.	Виплати, тис.грн.
1	УНІКА	799 131	391 429
2	UNIVERSALNA	358 053	214 160
3	ІНГО	342 554	238 654
4	ARX	277 345	162 936
5	УСГ	209 825	145 570
6	ВУСО	208 952	209 891
7	PZU УКРАЇНА	162 208	117 429
8	ТАС СГ	150 731	136 975
9	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	111 762	42 439
10	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	100 251	73 925
11	КРАЇНА	96 471	75 846
12	КНЯЖА	81 684	49 595
13	ЄВРОІНС УКРАЇНА	65 824	51 763
14	ПЕРША	45 097	26 614
15	UPSK	19 823	5 909
16	ОБЕРІГ	19 108	83
17	ОРАНТА	18 902	4 631
18	ББС ІНШУРАНС	17 124	7 176
19	ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	5 639	3 018
20	ГРАВЕ УКРАЇНА	3 275	1 212
		3 093 759	**1 959 254**

Додаток Д

Опитувальник: «Оцінка рівня задоволеності населення медичною системою та перспектива впровадження системи обов’язкового медичного страхування в Україні»

№	Питання	Варіанти відповідей
1	Як Ви оцінюєте доступність медичних послуг у Вашому регіоні?	○ дуже добре ○ добре ○ задовільно ○ погано ○ дуже погано
2	Чи задоволені Ви якістю медичних послуг?	○ повністю задоволений ○ загалом задоволений, ○ нейтрально ○ скоріше незадоволений, ○ повністю незадоволений
3	Як Ви оцінюєте роботу сімейних лікарів у Вашому регіоні?	○ дуже добре ○ добре ○ задовільно ○ погано ○ дуже погано
4	Чи доводилося Вам сплачувати додаткові витрати за медичні послуги в державних медичних закладах?	○ ніколи ○ рідко ○ часто ○ постійно
5	Який відсоток від вашого доходу доводиться витрачати на медичні послуги та лікарські медичні засоби на місяць?	○ до 10% ○ 10% ○ 20% ○ 30% ○ 40% ○ більше 40%
6	Чи підтримуєте Ви обов'язкове впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні?	○ так ○ однозначно підтримую ○ скоріше підтримую ○ нейтрально ○ скоріше так

		○ зовсім не підтримую
7	Як Ви оцінюєте перспективу покращення медичної системи через обов'язкове медичне страхування?	○ дуже позитивно ○ скоріше позитивно ○ нейтрально ○ скоріше негативно ○ дуже негативно
8	Чи готові Ви сплачувати внески на обов'язкове медичне страхування?	○ так, готовий ○ скоріше готовий ○ нейтрально ○ скоріше не готовий ○ зовсім не готовий
9	Який, на Вашу думку, основний недолік нинішньої системи охорони здоров'я?	○ низька якість послуг ○ відсутність кваліфікованих фахівців ○ застаріле обладнання ○ корупція
10	Чи доводилося Вам стикатися з корупцією в медичних закладах?	○ ніколи ○ рідко ○ інколи ○ часто ○ постійно
11	Скільки ви готові сплачувати відсотків зі своїх доходів на систему обов’язкового медичного страхування для забезпечення якісної медичної допомоги?	○ 2% ○ 3% ○ 4% ○ 5% ○ 6%

Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Діденко Едуард Вікторович, магістрант 2 курсу магістратури, форма навчання заочна, факультет соціології та управління, спеціальність «публічне управління та адміністрування» освітньо-професійна програма «публічне управління та адміністрування», адреса електронної пошти didenko.ed18@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Публічно-управлінські механізми імплементації європейського досвіду медичного страхування в Україні» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згоден на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (студент) Діденко Е.В.

Дата_____ Підпис_____ ПІБ (науковий керівник) Широбокова О.О.