

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	6
1.1 Сутність та класифікація медичного страхування	6
1.2 Аналіз основних моделей медичного страхування	16
1.3 Система охорони здоров'я в Україні.....	20
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	26
2.1 Аналіз показників ринку медичного страхування.....	26
2.2 Аналіз розвитку галузі охорони здоров'я в Україні.....	34
2.3 Медичне страхування в умовах пандемії.....	42
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	49
3.1 Зарубіжний досвід медичного страхування.....	49
3.2 Модель медичного страхування України	56
3.3 Основні проблеми медичного страхування в Україні та пропозиції його покращення.....	62
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	75

ВСТУП

Життя та здоров'я людини є найголовнішими та найціннішими її ресурсами, тому виникає потреба у їх збереженні і закрити таку потребу може медицина. Забезпечити доступність для населення якісними медичними послугами допоможе ефективна система медичного страхування, яка є важливим елементом соціальної захищеності населення. З кожним роком важливість впровадження медичного страхування зростає, як і зростає потреба у наданні доступних для широких верств населення медичних послуг. Враховуючи, що показники чисельності населення зменшуються, стан здоров'я людей працездатного віку погіршується та кількість економічно активного населення скорочується, соціальна відповідальність та потреба у медичному страхуванні починає зростати.

Актуальність теми полягає тому, що з кожним роком зростає проблема охорони здоров'я. Однією із цілей сталого розвитку є здоров'я та добробут населення, тому будь-яка держава зацікавлена у тому, щоб її населення було соціально захищеним, здоровим та працездатним. Медичне страхування виступає як альтернативна модель організації охорони здоров'я та є важливою складовою соціальної інфраструктури. Крім цього, медичне страхування здатне перекласти тягар з державного бюджету на плечі страхових компаній та забезпечить розвиток на ринку медицини конкуренції й підвищить її якість.

Мета і задачі дослідження. Метою даного дослідження є ідентифікація особливостей вітчизняного медичного страхування, висвітлення його основних проблем та формування можливих шляхів і стратегій їх усунення. Також важливим аспектом роботи є побудова моделі медичного страхування, яка б враховувала всі особливості наявної системи охорони здоров'я та механізми її фінансування, аби забезпечити ефективне функціонування охорони здоров'я, поширеність якісної та доступної медицини для усіх громадян з різним рівнем доходів.

Основними задачами дослідження є:

- визначення теоретичних аспектів медичного страхування;

- огляд основних моделей медичного страхування у світі;
- аналіз показників ринку вітчизняного медичного страхування та охорони здоров'я;
- порівняння медичного страхування України із провідними державами з метою висвітлення основних його проблем в Україні та знаходження шляхів покращення ефективності його роботи.

Для досягнення поставлених завдань в ході дослідження було використано наступні **методи дослідження**: порівняння, синтез, аналіз, а також метод моделювання.

Об'єктом дослідження дипломної роботи є вітчизняний ринок медичного страхування, відповідно **предметом дослідження** є страхові механізми забезпечення захисту населення.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі на підставі теоретичних досліджень та відповідно до тлумачень науковців формується визначення медичного страхування, характеризуються основні його ознаки, функції, об'єкт та завдання. Крім цього, наводиться класифікація медичного страхування, описуються відмінності обох його форм. Також описується історичний аспект розвитку медичного страхування та наведено хронологію подій, що стосуються його становлення в Україні. У першому розділі висвітлено також основні моделі медичного страхування у різних країн, наведена їх детальна характеристика, описані переваги та недоліки кожної з моделей. Розглядається наявна система охорони здоров'я в Україні, аналіз поточних кроків до її реформування та розгляд законів, на основі яких виконується реформа.

У другому розділі проводиться деталізований аналіз ринку медичного страхування за показниками валових та чистих страхових премій та виплат, кількістю договорів за різними видами медичного страхування. Крім цього розглядається галузь охорони здоров'я в цілому. Проаналізовано динаміку видатків на медицину, їх структуру за різними видами медичного забезпечення, частка видатків до ВВП, досліджено динаміку медичних кадрів та ліжко-місць.

У третьому розділі розкривається досвід функціонування охорони здоров'я та медичного страхування зокрема, в інших країнах, таких як: Німеччина, Італія, США, Канада, Польща і порівнюється із вітчизняною системою медицини. Детально характеризується досвід впровадження країнами обов'язкового медичного страхування, розглядаються програми медичного страхування, які впроваджують для різних типів населення. Виявляється основна проблематика вітчизняного медичного страхування на основі порівняння українського досвіду з вітчизняним за допомогою показників, що прямо характеризують розвиток медицини: середня тривалість життя, рівень смертності. Крім цього, розглядається структура витрат на медичні послуги різних країн. Особлива увага приділяється обов'язковому медичному страхуванню, яке має потенціал забезпечити доступними медичними послугами усіх громадян. На основі такого твердження пропонується модель обов'язкового медичного страхування, як альтернатива державному фінансуванню охорони здоров'я.

Елементом фіналізації дипломної роботи є висновки, в яких послідовно та детально висвітлено основні результати роботи.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Сутність та класифікація медичного страхування

Одним з основних показників економічного розвитку держави є добробут та благополуччя її громадян. Держава забезпечує своїм громадянам соціальну допомогу, вкладає кошти у покращення сфери медичного обслуговування, аби забезпечити суспільству розвиток, стабільність та покращити якість життя.

Беззаперечним фактом є те, що оптимальна та ефективна система охорони здоров'я відіграє головну роль в забезпеченні високого рівня життя, сприяє розвитку населення та безпеці економіки й держави в цілому. Збільшення потреб на дешеві та якісні медичні послуги відбувається одночасно зі зменшенням можливостей держави у фінансуванні охорони здоров'я. Дедалі більша частка стаціонарних та амбулаторних послуг стає платною, тому виникає потреба у створенні альтернативного інструменту ефективного забезпечення охорони здоров'я.

Медичне страхування є формою соціального захисту населення в сфері збереження здоров'я. Даний вид страхування забезпечує гарантії надання медичної допомоги на випадок втрати здоров'я з будь-яких причин, в тому числі і в зв'язку з хворобою чи нещасним випадком. Аби виокремити основні риси медичного страхування та сформулювати твердження про його сутність, слід розглянути визначення даної категорії, які були висвітлені вітчизняними науковцями (таблиця 1.1).

Відповідно до тлумачень вчених, спільною рисою цього виду особистого страхування є ризиковість, а саме ризик втрати здоров'я за будь-яких причин. Медичне страхування спрямоване на відшкодування тих витрат, що пов'язані з необхідністю лікування та надання певних медичних послуг.

Таблиця 1.1 Підходи до визначення терміну "медичне страхування"

<i>Автор</i>	<i>Визначення</i>
Вовчак О. Д.	всі види страхування, пов'язані з відшкодуванням витрат страхувальника у зв'язку із захворюванням та необхідністю лікування
Базилевич В. Д.	форма захисту інтересів індивіда на випадок втрати ним здоров'я із будь-якої причини
Говорушко Т. А.	страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком
Осадець С. С.	вид особистого страхування, що пов'язаний з компенсацією видатків громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я
Волохова Л. Ф.	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку
Стеценко В. Ю.	сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини на рахунок захисту майнових інтересів громадян при одержанні медичної допомоги у випадку настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються зі страхових внесків

Джерело: складено автором на основі даних [6, 7, 8, 9,10,11].

Спираючись на твердження науковців у своїх працях щодо медичного страхування, то цей термін слід розглядати по-перше, як сукупність суспільно-економічних відносин, де сторонами є страховик та страхувальник, а суб'єктами є держава, застраховані особи, роботодавці, медичні заклади, компанії, тощо, а по-друге, як сукупність правових норм, які регулюють відносини з приводу захисту

майнових інтересів осіб при отриманні медичної допомоги у разі настання страхового випадку, визначеного договором страхування.

Загалом медичному страхуванню притаманні ті ж самі ознаки, які є у інших видів страхування, проте слід також вказати певні особливості, до яких відносяться:

- страховий ризик у медичному страхуванні пов'язаний не з майном, а із самою застрахованою особою;
- інший склад учасників відносин у такому виді страхування: крім страхувальника, страховика та застрахованого додається ще один суб'єкт: медичні установи;
- у інших видах страхування у разі настання страхового випадку, кошти, тобто відшкодування страхова компанія виплачує безпосередньо застрахованій особі. У медичному страхуванні кошти виплачуються медичному закладу, який надавав послуги застрахованому.

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані із життям та здоров'ям громадян.

Основними завданнями медичного страхування є:

- контроль за якістю та кількістю виконання страхових медичних програм соціальними, лікувально-профілактичними та приватними медичними закладами;
- розрахунок за допомогою страхових фондів, які формуються внаслідок грошових внесків застрахованих, за надані медичні послуги з медичними закладами чи соціальними установами відповідно до угоди;
- посередницька діяльність, пов'язана із фінансуванням та організацією страхових програм пов'язаних із наданням медичної допомоги населенню [12].

Метою медичного страхування є обов'язок страховика забезпечити застрахованому одержання медичної допомоги чи фінансування профілактичних медичних заходів за рахунок накопичення коштів у разі настання страхового випадку, а саме захворювання особи. Сутність медичного страхування полягає у

тому, що громадянин, роблячи одноразовий страховий внесок, має змогу користуватися якісними медичними послугами на випадок несприятливої події – втрати здоров'я. Розвинене медичне страхування сприяє не тільки добробуту громадян, а й всієї держави, адже значно знімає навантаження на державний бюджет [6].

До основних функцій медичного страхування слід віднести: ризикову, попереджувальну, накопичувальну та контрольну. Ризикова функція полягає у захисті майнових інтересів громадян, які пов'язані із витратами на медичні послуги. Це проявляється завдяки формуванню страхових фондів на випадок страхових подій. Суть попереджувальної функції полягає у перешкоджанні чи зменшенні ризику настання страхового випадку. Накопичувальна функція проявляється у забезпеченні покращення рівня життя населення за допомогою механізму капіталізації. Контрольна функція у медичному страхуванні дозволяє забезпечувати достатність сформованих страхових фондів для виконання страховими компаніями їхніх обов'язків, а також контролювати якість медичних послуг. Варто зазначити, що перелічені функції поєднують у собі як соціальний, так і економічний аспект. Економічна значимість медичного страхування полягає у здійсненні фінансування охорони здоров'я, перерозподілі коштів на оплату медичних послуг, забезпеченні захисту населення, а також у підвищенні конкуренції між медичними закладами та зацікавленості у наданні якісних медичних послуг. Соціальна значимість медичного страхування полягає в удосконаленні ринку медичних послуг, підвищенні їх якості [13].

Роль медичного страхування полягає у гарантованості й доступності медичних послуг для усіх верств населення. За допомогою страхової медицини держава має змогу залучати додаткові ресурси в розвиток охорони здоров'я. страхова медицина охоплює широкий спектр послуг: витрати на розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, надання медичної допомоги, підготовка медичних кадрів, фінансування наукових досліджень у сфері медицини, тощо [14].

Існують різні ознаки, за допомогою яких класифікують медичне страхування. За формою залучення застрахованих осіб медичне страхування поділяють на індивідуальне та колективне. За характером фінансування системи у медичне страхуванні виділяють бюджетну, соціальну, приватну та змішану форми. Основну класифікацію медичного страхування зображено на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 – Форми медичного страхування

Джерело: складено автором на основі даних [1]

Відповідно до Закону України «Про страхування» від 1996 року, основними формами медичного страхування є обов'язкове та добровільне медичне страхування. Особливості кожної з форм медичного страхування наведені у таблиці 1.2.

Проте, відповідно до нового закону України «Про страхування», який вступить у дію з 2024 року, сформована абсолютно нова класифікація страхування. За даним законом усі види страхування відтепер будуть поділятися на класи. Всього існує 23 класи страхування. До класів інших, ніж страхування життя належать 18 класів, а до страхування життя належать 5 класів. Тому відповідно до нового закону повністю припиниться поділ медичного страхування на обов'язкову та добровільну форми. Натомість структура медичного страхування виглядатиме наступним чином:

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

- клас 22 – безперервне страхування здоров'я.

Дані класи медичного страхування за новим законом будуть діяти у співвідношенні до видів страхування за старим законом. Страхування від нещасного випадку, у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання буде замінити страхування медичних витрат, безперервне страхування здоров'я та медичне страхування. Страхування на випадок хвороби замінитиме також медичне страхування та безперервне страхування здоров'я. Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі замінитиме наступні види страхування: страхування медичних витрат та страхування фінансових ризиків. Клас безперервного страхування здоров'я діятиме в співвідношенні до старого закону, як страхування життя [1].

Таблиця 1.2 Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування

	Обов'язкове медичне страхування (ОМС)	Добровільне медичне страхування (ДМС)
Вид страхування	Державне, некомерційне	Комерційне
Характер	Соціальне	Приватне
Поширеність	Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне
Чим регламентується	Законопроект «Про медичне страхування громадян»	Закон України «Про страхування»
Хто визначає правила	Держава	Страхові компанії
Ким здійснюється	Державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою	Страховими організаціями різних форм власності
Страхувальники	Держава	Юридичні та фізичні особи
Джерела фінансування	Внески державного бюджету, працедавців та працюючого населення	Особисті доходи громадян або працедавці
Прибутки використовуються	Тільки для здійснення медичного страхування	Для будь-якої діяльності

Джерело: складено автором на основі даних [15].

Наразі, через відсутність нормативно-правової бази, обов'язкове медичне страхування в Україні не вдалось запровадити. До 2020 року планувалося

реалізувати законопроект про введення обов'язкового медичного страхування, де мав з'явитися гарантований державою пакет медичних послуг для кожного громадянина, проте реалізувати цей закон доволі важко без впровадження медичної реформи. У 2021 році реформа перейшла в другий етап, де були визначені чітко встановлені тарифи на надання медичних послуг, проте медична страхова модель ще має декілька недоліків, які все ще не вирішені до кінця.

Обов'язкове медичне страхування є видом соціального страхування, що здійснюється за умовами, передбаченими законом, відповідно до правил та базових програм обов'язкового медичного страхування, затверджених урядом країни. Необхідність обов'язкового медичного страхування полягає у потребі населення отримувати медичні послуги, гарантовані державою у потрібному обсязі та рівні, незалежно від соціального стану громадянина. Організація обов'язкового медичного страхування здійснюється за допомогою таких принципів:

- принцип всезагальності, який полягає у тому, що всі громадяни країни, незалежно від віку, статі чи соціального стану мають право на отримання медичних послуг в гарантованому державою обсязі;
- принцип обов'язковості, який полягає у тому, що всі юридичні особи та працівники мають обов'язково сплачувати страхові внески до фонду. Для непрацюючих – це внески до загальнодержавних фондів соціального страхування;
- некомерційний характер. Прибутки отримані під час здійснення ОМС спрямовуються на розширення страхових резервів [15].

Добровільне медичне страхування – це вид особистого страхування, що здійснюється на комерційній основі. Такій формі притаманний принцип еквівалентності, який означає, що страхувальник отримує такі види медичних послуг та такий їх обсяг, який покриває страхова премія. Добровільна форма медичного страхування ж покликана розширювати обсяг послуг й покращувати умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню [6]. Відносини між суб'єктами цієї форми страхування будуються на основі укладання одночасно двох договорів: договору страхування,

що укладається між страховиком та страхувальником, а також договором на надання лікувально-профілактичної допомоги, що укладається між страховою компанією та медичним закладом [8].

Обом формам медичного страхування властиві свої переваги та недоліки. В той же час, обов'язкове медичне страхування має одну велику перевагу, а саме воно забезпечує регулярність надходження грошових коштів, за допомогою чого можливо планувати надання медичної допомоги. У добровільної та обов'язкової форм також є спільні та відмінні риси. За обов'язкового медичного страхування координація відбувається через державу та характеризується безприбутковістю. Громадяни та юридичні особи страхові внески сплачують у формі податку. Ці внески здійснюються стабільно та відповідно до встановлених розмірів й часу, при цьому рівень страхового забезпечення залишається однаковим для всіх. За обов'язкового медичного страхування держава має право визначати розмір страхового внеску, хто застрахований, які саме послуги покриваються, як спрямовуються фінансові потоки, як взаємодіють між собою сторони. Відмінність добровільного медичного страхування полягає у цілеспрямованості страхового внеску, що може бути використаним тільки в медичних цілях, а також обмеженість ролі держави у здійсненні такої форми страхування. За добровільного медичного страхування, яке не суттєво координується державою, громадяни чи юридичні особи добровільно сплачують страхові премії, згідно із страховим договором, а страхові компанії, у свою чергу, отримують прибуток, який при цьому не є стабільним.

У добровільної та обов'язкової форм медичного страхування поряд із розбіжностями присутні також і спільні риси, до яких можна віднести однакову економіко-правову природу. Також добровільне та обов'язкове медичне страхування переслідують спільну мету, яка полягає у потребі застосовувати ці дві форми, як дві паралельні системи захисту майнових інтересів [14].

Є також ще одна класифікація медичного страхування, за якою його поділяють на :

- безперервне страхування здоров'я;

- медичний асистанс;
- страхування здоров'я на випадок хвороб.

Як показує світова практика, безперервне страхування здоров'я є найбільш популярним серед усіх видів медичного страхування. Такий вид страхування має довгостроковий характер. Мінімальний термін дії страхового договору безперервного страхування здоров'я складає 3 роки та покриває застрахованому стаціонарне, поліклінічне обслуговування, а також стоматологічні послуги та невідкладну допомогу.

Страхування здоров'я на випадок хвороби є одним із видів добровільного медичного страхування. Такий вид медичного страхування передбачає покриття витрат пов'язаних із конкретними захворюваннями застрахованого, тобто залежить від особливостей стану здоров'я людини.

Ще одним видом медичного страхування є медичний асистанс. Сутність цього виду страхування полягає у наданні медичних послуг асистуючою компанією, яка надає допомогу відповідно договору страхування туристів. Головна мета асистансу – негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання медичної, моральної, а також технічної допомоги. Міжнародний поліс (асистанс) у разі раптового захворювання або нещасного випадку забезпечує медичну допомогу протягом 24 годин у будь-якій країні світу. Поліс гарантує різні види медичної допомоги: оплату витрат на лікування, госпіталізацію, витрати на медичні послуги та ліки. Перебуваючи закордоном, застрахований оплачує послуги, які надаються асистансами, самостійно, а кошти йому повертаються про поверненні в країну громадянства, хоча оплата може залежати від специфіки договору зі страховиком і його домовленостями з відповідними асистуючими компаніями [16].

Для цілісного розуміння сутності медичного страхування доцільним буде також розглянути його розвиток та розвиток страхової медицини в Україні у історичному аспекті. В Україні медичне страхування зародилося ще у 19 столітті у вигляді обов'язкового медичного страхування. Сплеск розвитку медичного страхування був ініційований працівниками великих підприємств. Робітники за власні кошти створювали спеціальні товариства взаємодопомоги, які компенсували

своїм членам витрати на медичне обслуговування. Поява перших таких товариств відбулась в Одесі, а з 1894 року вони діяли вже на 22 підприємствах. З того часу створювались лікарняні каси, які стали організаційними осередками надання медичної допомоги. Механізм функціонування таких кас був схожим до сучасного медичного страхування – сплачувалися певні внески на кожного робітника, а при настанні нещасного випадку витрати покривалися за рахунок грошей з каси. В Україні існували лікарняні каси двох типів: заводські та об'єднані. Заводські каси організовували безоплатну допомогу працівникам заводів та їхнім сім'ям, в той час об'єднані каси не ставили обмежень у наданні медичної допомоги. Об'єднані лікарняні каси володіли значно більшими резервними коштами та мали ширший спектр послуг: стаціонарна та амбулаторна допомога, допомога хворим в домашніх умовах, екстренна медична допомога у нічний час. Загалом така система страхової медицини не дістала підтримки з боку держави і в 1921 році усі лікарняні каси було ліквідовано повністю, а у 1927 році було введено державну систему охорони здоров'я, яка в дещо зміненому вигляді функціонує в Україні й дотепер.

Після проголошення незалежності в Україні відбувалося багато змін, які торкнулися також і страхування. У 1993 році було прийнято Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування», який став першим законодавчим актом, що мав на меті впорядкувати страхові відносини та захист інтересів страхувальників. Положення Декрету були дуже узагальненими та не давали чітких відповідей на питання, закон було відхилено. Так, 7 березня 1996 року було прийнято Закон України «Про страхування», який до сьогодні є основним регулюючим документом у сфері страхування, в якому і закладено основу медичного страхування. Проте варто зазначити, що чітка законодавча база для регулювання медичного страхування досі відсутня. Спроби закріплення регламентації медичного страхування на законодавчому рівні проявлялися у кількох законопроектах «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» [17].

Відсутність чіткої законодавчої бази, яка б регулювала медичне страхування, робить вагомий вплив на його розвиток в Україні та визначає його економічну й соціальну ефективність. Необхідність медичного страхування визначається

багатьма чинниками: економічний добробут, демографічна ситуація, рівень захворюваності, тощо. Сучасні умови демонструють гостру потребу населення у наданні якісних послуг в сфері охорони здоров'я. Впровадження ефективної моделі медичного страхування та створення потужної системи охорони здоров'я дасть можливість державі забезпечувати якісне медичне обслуговування для усіх верств населення, соціальний захист, зменшити навантаження на державний бюджет та підвищити рівень життя громадянам.

1.2 Аналіз основних моделей медичного страхування

Основним рушієм для створення якісного функціонування медичного страхування є вибір державою ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, через яку б усі матеріальні ресурси розподілялися та використовувалися найбільш раціонально та результативно. Для кожної країни вибір найбільш релевантної системи охорони здоров'я дасть можливість покращити якість медичних послуг, покращити оздоровчу діяльність, збільшувати фінансування. Варто розуміти, що система охорони здоров'я це значно більше, аніж просто піраміда закладів громадської власності, а й міжгалузеві дії медичного персоналу, які покращують рівень здоров'я у населення.

Варто зазначити, що на даному етапі Україна знаходиться на шляху змін медичної системи, де функцію страховика на державному рівні виконує Національна служба здоров'я України (НСЗУ). За новою моделлю фінансування після укладення договору із НСЗУ медичні заклади отримують кошти. Велика трансформація спостерігатиметься у теперішній системі охорони здоров'я України, адже наразі та модель фінансування, яка існує зараз не є ефективною для держави та її громадян. Наразі не має ідеальної моделі, яка б могла використовуватися для усіх держав. Для кожної країни слід обирати найоптимальнішу модель, яка

враховуватиме всі економічні, соціальні та демографічні особливості, потреби та умови праці медичних працівників на різних ланках організації медичної системи.

Існує безліч класифікацій моделей фінансування охорони здоров'я, проте можна виділити 3 основні типи:

- модель Беверіджа або державна модель охорони здоров'я;
- модель Бісмарка або модель соціального медичного страхування;
- приватна модель [18].

Слід зазначити, що дані назви є здебільшого теоретичними, адже кожній державі притаманні свої особливості та власна система охорони здоров'я, яка є єдиною для усіх громадян і поєднується різними типами моделей.

Виділяють наступні критерії, за якими відрізняються моделі фінансування охорони здоров'я:

- доступність для громадян;
- джерела фінансування;
- роль держави;
- взаємовідносини між державним та приватним секторами;
- контроль за якістю медичного обслуговування;
- засоби стимулювання медичних працівників.

Модель Беверіджа була розроблена у 1948 році Вільямом Беверіджем у Великій Британії. Тоді за допомогою цієї моделі було введено те, що вперше замість сплати зборів чи страхування, кожен громадянин мав право на повністю безкоштовне медичне обслуговування. Здебільшого ця система поширилась на країни Північної Європи, а також на Нову Зеландію. Рівень фінансування за такою моделлю у країнах коливається від 7,5% до 10,5% ВВП. Яскравим прикладом державної моделі охорони здоров'я моделі Беверіджа є Великобританія. Державна система охорони здоров'я Беверіджа характеризується бюджетним фінансуванням, що контролюється на центральному або місцевому рівні.

У таблиці 1.3 узагальнено інформацію про три основні моделі, їх плюси, мінуси та особливості.

Таблиця 1.3 Характеристика основних медичних моделей

Назва моделі	Характеристика	Переваги	Недоліки	Країни, в яких використовується модель	Досвід для України
Модель Бісмарка	Суміш приватного та соціального медичного страхування. Фінансування за допомогою цільових 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. Орієнтація на первинну допомогу. Державне фінансування за допомогою прямого оподаткування.	Безкоштовні послуги доступні великій кількості населення. Загальнодоступність. Контроль за використанням коштів.	Обмеженість у виборі лікаря. Великі адміністративні витрати. Бюджетний дефіцит. Обмеженість прав медичних закладів.	Великобританія, 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 адміністративні витрати та вартість медичних послуг. Відсутність єдиної системи охорони здоров'я. Складність у повному та комплексному обстеженні	США, Ізраїль, Північна Корея	Використання для платоспроможного населення приватного медичного страхування. Розвиток державних програм

Джерело: складено автором на основі даних [18].

Систему охорони здоров'я регулює головний орган – Національна служба охорони здоров'я, яка є державною та фінансується за рахунок податкових надходжень, що й робить послуги безкоштовними. НСОЗ для всіх громадян надає послуги з первинної чи спеціалізованої медичної допомоги, профілактики. Уряд виступає єдиним платником, що автоматично виключає конкуренцію та дозволяє підтримувати низькі ціни. Кожен має однаковий доступ до медичних послуг. Держава є єдиним платником системи охорони здоров'я, тому витрати низькі, а

пільги стандартні та поширені по всій країні. Проте одним із головних недоліків такої системи є довгі списки очікування. Так як медичні послуги доступні всім, це може значно збільшити витрати. Інша ж проблема – нестійкість такої системи у період кризи, адже фінансує медичні послуги тільки держава, а в нестабільний економічний період фінансування може значно зменшитися.

Модель Бісмарка є моделлю соціального медичного страхування. На противагу моделі Бевериджа ця модель є більш децентралізованою. Таку систему охорони здоров'я було впроваджено Отто фон Бісмарком у 19 столітті. Ця модель діє у таких країнах, як Німеччина, Австрія, Франція, Канада. Рівень фінансування у цих країнах складає від 6,5% до 11,3% від ВВП. Медичні послуги надаються через лікарняні каси: державні (87%) та приватні (13%). Медичне обслуговування в такій моделі фінансується за допомогою державних службовців та роботодавців. Кожен працівник, який заробляє менше, ніж 49 тис. євро на рік, автоматично страхується в державній лікарняній касі. З 2011 року внесок, який платять за послуги щомісяця, складає 15,5% від заробітної плати, 7,3% з яких платить роботодавець, а інші – працівник. Право на державне медичне страхування також мають пенсіонери та безробітні, а також у державних касах на пільгових умовах страхують студентів віком до 30 років. Послугами приватних кас користуються особи, річний дохід яких становить суму вищу, ніж 49 тис. євро. В даному випадку внесок буде залежати від віку, статі та стану здоров'я людини. В середньому щомісяця сплачують 200-300 євро на рік.

Приватна модель заснована на платних медичних послугах, тобто на добровільному медичному страхуванні. Така система діє у США, Нідерландах та Північній Кореї. У США витрати на охорону здоров'я є найвищими. Сукупні витрати наразі становлять 17,2% від ВВП і до 2025 року прогнозується їх зростання до 20% від ВВП. Населення, що підлягає страхуванню сплачує страхувальнику внесок, розмір якого визначається від вартості медичних послуг в середньому. Вартість послуг оплачується застрахованими відповідно до встановлених тарифів. У даній моделі фінансування медичної галузі відбувається за рахунок ресурсів від добровільного медичного страхування та платних медичних послуг. Для даної

моделі характерною є надмірна вартість медичних послуг, що обмежує можливості поширення їх серед усіх верств. Проте існує й некомерційне страхування, яке здійснюється в рамках спеціальних програм для окремих верств [19].

Порівнюючи між собою всі моделі, не можна виділити одну, яка була б найкращою. Кожна держава сформувала власну модель, яка є поєднанням різних моделей організації охорони здоров'я, яка передбачає також певне фінансове забезпечення, яке відрізняється для кожної з держав. Метод, який працює для однієї держави, не може спрацювати для іншої. Проте, наявність саме ефективної системи медичного страхування дозволяє забезпечувати доступні та якісні медичні послуги для широких верств населення, знижувати навантаження на державний бюджет та на приватні витрати громадян зокрема, тому для вітчизняної системи постає гостра необхідність розвитку медичного страхування. Наразі в Україні відбувається перехід від пострадянської моделі Семашка, яка вже не працюватиме у світі розвинених медичних послуг. Дана модель потребує абсолютних змін, аби вітчизняне медичне страхування та медична галузь загалом були на високому рівні.

1.3 Система охорони здоров'я в Україні

В Україні до 2016 року функціонувала вище згадана модель Семашка, яка передбачала, що медичні послуги фінансувались централізовано і виключно із державного бюджету – за залишковим принципом і з колосальним дефіцитом. Дана модель діяла в СРСР і залишила суттєвий відбиток на нових країнах, які були створені після розпаду Союзу. Почала проявлятися необхідність у реформуванні такої системи охорони здоров'я. Сучасний світ більш мобільний і виникає потреба стабілізації та зростання медицини в Україні й більшої концентрації на розвитку якісних медичних послуг, доступних для усіх ланок населення.

Доцільно зауважити, що Всесвітня система охорони здоров'я визначає п'ять джерел фінансування охорони здоров'я, як це зображено на рисунку 1.2. До цих

джерел входять: бюджетні кошти, програми добровільного страхування роботодавців, кошти донорів або неурядових організацій, безпосередні витрати громадян (домогосподарств) та добровільне медичне страхування громадян. У більшості розвинених країнах світу найбільш популярним джерелом фінансування охорони здоров'я є добровільне медичне страхування, яке користується високою популярністю та доступне для усіх верств населення. Проте в Україні такий вид страхування не є поширеним, питома вага його є дуже малою та в структурі витрат на охорону здоров'я займає менше 1%. Нажаль, в Україні найбільш поширеним та основним джерелом фінансування та покриття медичних витрат є власні кошти громадян (витрати домогосподарств) [20].



Рисунок 1.2 – Основні джерела фінансування охорони здоров'я за ВООЗ

Джерело: складено автором на основі даних [20]

Першим кроком до покращення вітчизняного медичного страхування та медицини загалом стала розробка Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я, яка б дозволила покращити доступ до медичних послуг та їх якість, а також зменшувати фінансові ризики для населення. Ця стратегія

передбачала ідею реалізації перетворення комунальних та державних медичних закладів, що є бюджетними, у неприбуткові підприємства, аби надалі запровадити загальнодержавне соціальне медичне страхування.

У 2016 році Кабінетом Міністрів України було прийнято Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає фінансування медицини за страховим принципом, а саме за допомогою сплати податків до держбюджету. Відповідно до реформи, ці бюджетні кошти спрямовуються не на фінансування медичних закладів, як раніше, а на оплату медичних послуг, наданих конкретній людині. Пацієнт, незалежно від місцезнаходження і форми власності медичного закладу, самостійно вибиратиме лікаря, уклавши із ним декларацію, а держава оплачуватиме його лікування. Лікаря можна змінити у будь-який момент, розірвавши декларацію із попереднім лікарем та підписавши її із новим. Людина обрає лікаря, медичний заклад і обраним фахівцю і закладу прийдуть кошти за надання медичної допомоги пацієнту згідно встановленого тарифу. Даний механізм отримав назву «гроші йдуть за пацієнтом» [21].

Серед змін, які торкнулись українського законодавства, стало прийняття у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», за допомогою якого змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я, держава гарантує повну оплату коштом держбюджету необхідних медичних послуг, що пов'язані з наданням екстреної, первинної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги, допомоги дітям до 16 років, супроводу вагітності та пологів. Програма медичних гарантій стартувала 1 квітня 2020 року. Також починається процес автономізації медичних закладів, який закріплено разом із впровадженням Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». Прийняття цих законів дало старт медичній реформі в Україні [2, 3].

Ще одним кроком стала зміна принципу закупівлі лікарських препаратів на державному рівні. Державні закупівлі ліків почали проводити відкрито та на

конкурсній основі, що дало змогу покращити якість лікування та заощадити бюджет, який виділявся на закупівлю [22].

У 2018 році було створено Національну службу охорони здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, що виконує функцію страховика і замовника медичних послуг, а також здійснює контроль дотримання умов договорів про медичне обслуговування населення. Згідно із договором, встановлюється річний обсяг медичних послуг, які планується надати пацієнтам, тому медичні заклади фінансуються попередньо згідно із цим же запланованим об'ємом послуг. НСЗУ виконує функцію оператора, тобто перераховує кошти медичним закладам відповідно до укладених договорів. НСЗУ не володітиме коштами, всі кошти накопичуватимуться в державному бюджеті. На програму медичних гарантій мало закладатися не менше 5% від ВВП.

Станом на 1 січня 2021 року декларацію із сімейним лікарем підписало майже 31 млн українців, більшість договорів було підписано у містах (20 млн.). У 2021 році договір із НСЗУ підписали понад 2,5 тис. надавачів медичних послуг, 455 із них – це лікарі-ФОП та 185 – приватні медичні заклади. Станом на початок 2022 року 1,9 млрд грн виплатила Національна служба здоров'я надавачам медичної допомоги. Понад 1 мільярд 868 мільйонів гривень отримали надавачі первинної медичної допомоги по всій країні. Виплати отримали майже 1 800 закладів по всій країні, в тому числі - приватні заклади та лікарі-ФОП. Ще понад 20,6 млн грн отримали 53 заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Всього у 2021 році діяло 35 пакетів медичних послуг, на 4 пакети більше, ніж у попередньому році. З'явилося 2 нові пакети та 2 інші удосконалені (виокремлені/деталізовані). До нових пакетів послуг належать вакцинація від COVID-19 та супровід пацієнтів та супровід з туберкульозом на первинній ланці. Також НСЗУ підвищила оплату за пологи, збільшила тарифи на лікування туберкульозу, онкологічних захворювань. Важливим аспектом також стали зміни щодо фінансування медичної допомоги у випадку серцево-судинних захворювань. До 1 квітня на серцево-судинні захворювання був єдиний тариф, що становив 19,3

тис. грн., наразі розмір тарифу може становити до 97,8 тис. грн. і залежить від складності випадку.

Крім заходів проведених у рамках медичної реформи в Україні, важливим також має стати впровадження обов'язкового медичного страхування, яке є основою переходу системи охорони здоров'я на страхову медицину. Важливими аспектами для його запровадження є підготовка та затвердження чіткішої нормативно-правової бази, запровадження Закону України «Про обов'язкове медичне страхування», оновлення існуючого Закону України «Про страхування», завершення роботи над медичними стандартами та протоколами лікування, чітко визначені вартісні показники послуг, тарифи. Актуальним також залишається розвиток добровільного медичного страхування, яке є своєрідною подушкою безпеки під час періоду переходу країни на іншу модель охорони здоров'я [22, 23].

Для досягнення реальної цілісності та ефективності функціонування системи охорони здоров'я потрібні час та значні інвестиції. Найбільш пріоритетним напрямом у перебудові моделі охорони здоров'я має стати зміцнення фінансової системи галузі. Потрібен відбутися перехід від загальної системи фінансування до змішаної системи, що передбачає бюджетно-страхове фінансування за допомогою підприємств, установ, організації різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування.

Висновки до Розділу 1

У першому розділі було розглянуто теоретичні аспекти медичного страхування. Було визначено, що медичне страхування є формою захисту населення у сфері здоров'я, яка забезпечує гарантії надання медичної допомоги на випадок втрати здоров'я. Було визначено сутність, об'єкт, основні завдання та мету медичного страхування. Крім цього, також було розглянуто класифікацію медичного страхування, основою якої є два види: обов'язкове та добровільне медичне страхування, було визначено особливості кожного із цих видів, переваги та недоліки кожної із форм. Додатково було описано ще декілька видів медичного страхування, а саме: безперервне страхування здоров'я, страхування здоров'я на випадок хвороби та медичний асистанс.

Велика увага у першому розділі приділялась розгляду основних моделей медичного страхування, а саме: моделі Бевериджа (державній моделі охорони здоров'я), моделі Бісмарка (моделі соціального медичного страхування) та приватній моделі. Усі три моделі розглядались в рамках характеристики, основних переваг, недоліків та країн, де вони застосовуються. Було зроблено висновок про те, що немає чітко визначеної «ідеальної» моделі, яка б могла функціонувати в будь-якій країні, адже слід враховувати особливості кожної держави, тому дані три моделі функціонують у різних модифікаціях та підлаштовані під різні системи.

Крім цього у першому розділі було описано особливості системи охорони здоров'я в Україні. Було детально розглянуто медичну реформу, її результати, зміни у законодавстві. Визначено, що до 2016 року в Україні діяла система Семашка, яку наразі поступово замінює нова система на страховій основі, багато кроків вже було пройдено до удосконалення ринку медичних послуг в Україні, проте для приведення їх до ефективного функціонування необхідно провести ще низку змін, які стосуються як і обох форм медичного страхування, так і реформування системи охорони здоров'я загалом.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Аналіз показників ринку медичного страхування

Український ринок страхування вважається однією з найбільш динамічних ланок економіки, оскільки вже протягом багатьох років спостерігається тенденція до постійної зміни його показників. Страховий ринок України займає друге місце за рівнем капіталізації серед інших ринків небанківських послуг. Для детального дослідження його функціонування необхідно розглянути декілька основних показників, а саме: кількість компаній, показники валових та чистих виплат та премій, кількість укладених договорів, тощо. Станом на 2020 рік страховою діяльністю займалося 210 компаній. Зокрема, компанії, що займаються ризиковими видами страхування, тобто СК «non-life» становили 190 компаній, а інші 20 компаній, тобто СК «life» займалися страхуванням життя. Динаміка кількості страхових компаній протягом періоду 2016-2021 років представлена у таблиці 2.1.

Згідно з табличними даними, кожного року спостерігається тенденція від'ємної абсолютної зміни кількості страхових компаній на ринку. У 2020 році порівняно із 2019 свою діяльність припинило 23 компанії, 20 з яких займалися ризиковими видами страхування, а 3 інші – страхуванням життя. Станом на третій квартал 2021 року загальна кількість страховиків зменшилась до 169, 17 з яких – компанії, що займаються страхуванням життя.

Такий тренд можна пояснити зміною вектору розвитку вітчизняного страхового ринку на європейський, оскільки зменшення страховиків відбувається відповідно до стандартів регулювання платоспроможності. Крім цього, для менших компаній можливе злиття чи поглинання з більшими компаніями, а неконкурентоспроможні страховики закривають свою діяльність.

Ще однією особливістю українського страхового ринку є ступінь його концентрації. Незважаючи на значну кількість страховиків, всього лише 47,6% від

всіх СК non-life акумулюють 98,1% усіх валових премій, а 43,5% від всіх СК life мають під контролем 96,7% премій. Даний факт свідчить про те, що більша половина страховиків мають акумулюють лише 2-3% премій. Така статистика демонструє значний дисбаланс в акумулюванні коштів у різних страховиків, що негативно впливає на загальну картину розвитку страхування.

Таблиця 2.1 Динаміка кількості страхових компаній протягом 2016-2021 років

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	9 місяців 2021	Абсолютна зміна (+ / -)			
							2017-2016	2018-2017	2019-2018	2020-2019
СК “non-life”	271	261	251	210	190	152	-10	-10	-41	-20
СК “Life”	39	33	30	23	20	17	-6	-3	-7	-3
Разом	310	294	281	233	210	169	-16	-13	-48	-23

Джерело: складено автором на основі даних [24].

Із позитивної точки зору, можна говорити про те, що на ринку залишаються лише надійні та конкурентоспроможні гравці й завдяки цьому людина, яка планує застрахувати себе, може бути впевненою у виборі своєї страхової фірми. Проте з іншої точки зору, постійну тенденцію до зниження кількості компаній не можна не взяти до уваги, адже це говорить про недостатньо розвинену сферу страхування.

Інший важливий показник – страхові премії. Саме їхня динаміка дає зрозуміти попит населення на страхові послуги. У додатку А подано інформацію про рівень проникнення страхування у різних країнах.

У 2020 році валові страхові премії займали частку 1,4% у відношенні до ВВП, що на 0,12 менше, ніж у 2019 році. Україна за 2020 рік зайняла 73 місце за рівнем проникнення страхування і порівняно з 2019 роком знизилась у рейтингу на 3

місця, адже у попередньому році вона посідала 70 місце. Проте, згідно з показником частки загальних премій у ВВП інших країн можна сказати, що вітчизняне страхування все ж поступається їм у розвитку. Наприклад, за 2020 рік частка загальних премій від ВВП у Тайвані становить 17,4%, у США – 12%, у європейських країнах таких як Великобританія – 11,1%, Фінляндія – 10,7%, Нідерланди – 9,6%, Італія – 8,6%. Також у розвинених країн спостерігається, що більша половина частки премій у ВВП належить страхуванню життя, натомість у країнах, які не займають високі рейтинги за цим показником – ризиковому страхуванню (до таких належить Україна) [25].

Отже, рівень проникнення страхування, а тобто частка премій до ВВП в Україні є низькою порівняно із багатьма провідними країнами світу, де в середньому даний показник складає 8%-12%.

Невисокий відсоток проникнення страхування пояснюється недовірою населення до страхових послуг, низьким рівнем доходу та іншими багатьма чинниками. Наприклад, в Україні одна особа в середньому витрачає 52 дол. на страхові послуги. Тим часом, у Японії на одного громадянина припадає 3200 дол., у Німеччині – 3108 дол., у Польщі – 409 дол. [26].

Якщо говорити про валові та чисті страхові премії та виплати у медичному страхуванні, то можна помітити певну тенденцію. Результати динаміки цих показників показані у додатку Б. Упродовж 2015-2021 років добре на українському ринку розвиваються добровільні види медичного страхування, а саме: безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби та страхування медичних витрат. Усі три види страхування за шість років показали позитивні темпи динаміки за представленими у додатку показниками. Темп росту валових премій безперервного страхування здоров'я у 2020 році порівняно з 2015 роком склав 274%, а валових виплат – 228%. Страхування здоров'я на випадок хвороби за п'ять років за валовими преміями зросло на 336%, а за валовими виплатами на 342%. Темп росту страхування медичних витрат за валовими преміями становив 226%, а валових виплат – 152% за 5 років. Навідміну від добровільних видів, обов'язкова форма медичного страхування залишається в Україні нерозвинутою і не має

динаміки, оскільки показники премій і виплат займають майже нульову частку за весь аналізований період. Після 2016 року показники обов'язкового медичного страхування впали стрімко до 0, що означає про високу необхідність втручання у систему медичного страхування та необхідності активного реформування системи охорони здоров'я. У 2020 році з'являється певна динаміка за валовими преміями, які становлять 0,6 млн. грн, а виплати 0,3 млн. грн., тобто можна зробити висновок, що деякі незначні результати медичної реформи, яку почали проводити, все ж помітні.

На рисунку 2.1 подано динаміку валових страхових премій за медичним страхуванням та загальних премій, а також зображено частку валових премій медичного страхування у загальних преміях.

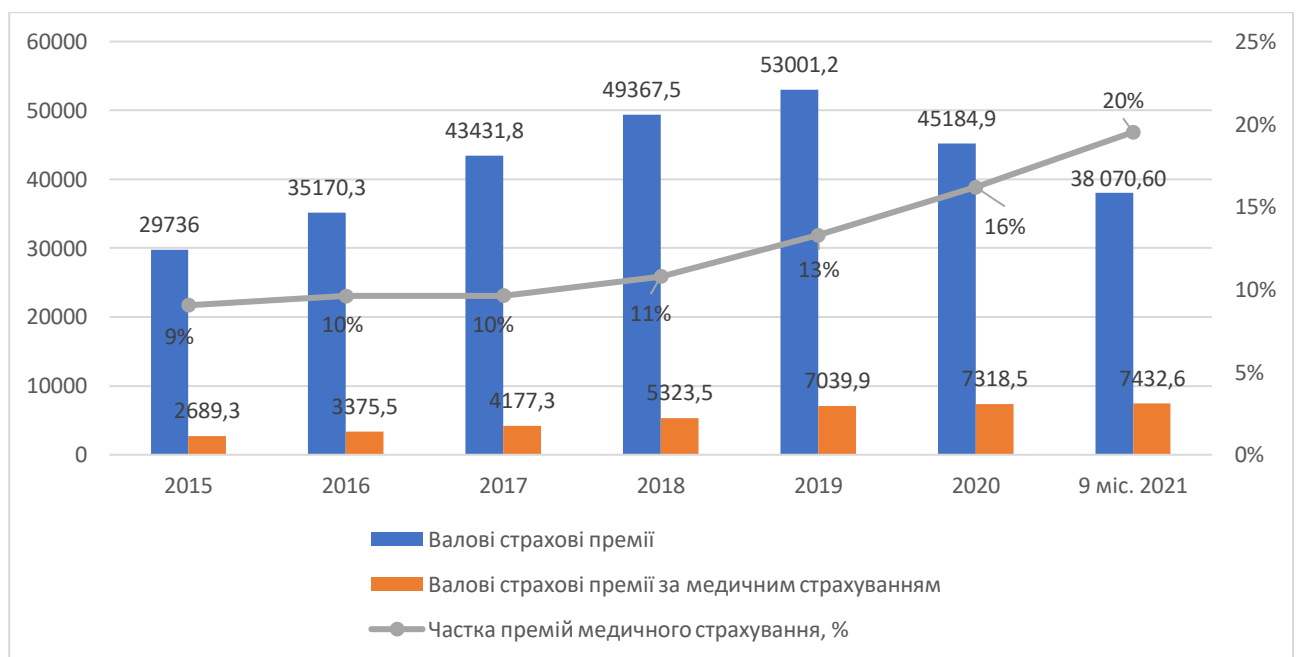


Рисунок 2.1 – Динаміка загальних валових премій та валових премій медичного страхування за 2015-2021 роки, млн. грн.

Джерело: складено автором на основі даних [24]

Як зображено графіку, упродовж аналізованого періоду загальні валові страхові премії мали тенденцію зростання, так як і премії за медичним страхуванням. Найбільші значення валових надходжень за медичним страхуванням

спостерігаються у 2020 році та становлять 7 318,5 млн. грн. І збільшилися порівняно із попереднім 2019 роком на 278,6 млн. грн. або на 4%.

Частка валових премій медичного страхування у загальних преміях також зростає у період 2015–2020 років. У 2020 році премії медичного страхування становили 16% від усіх премій, що на 3% більше від частки, яка була у попередньому періоді.

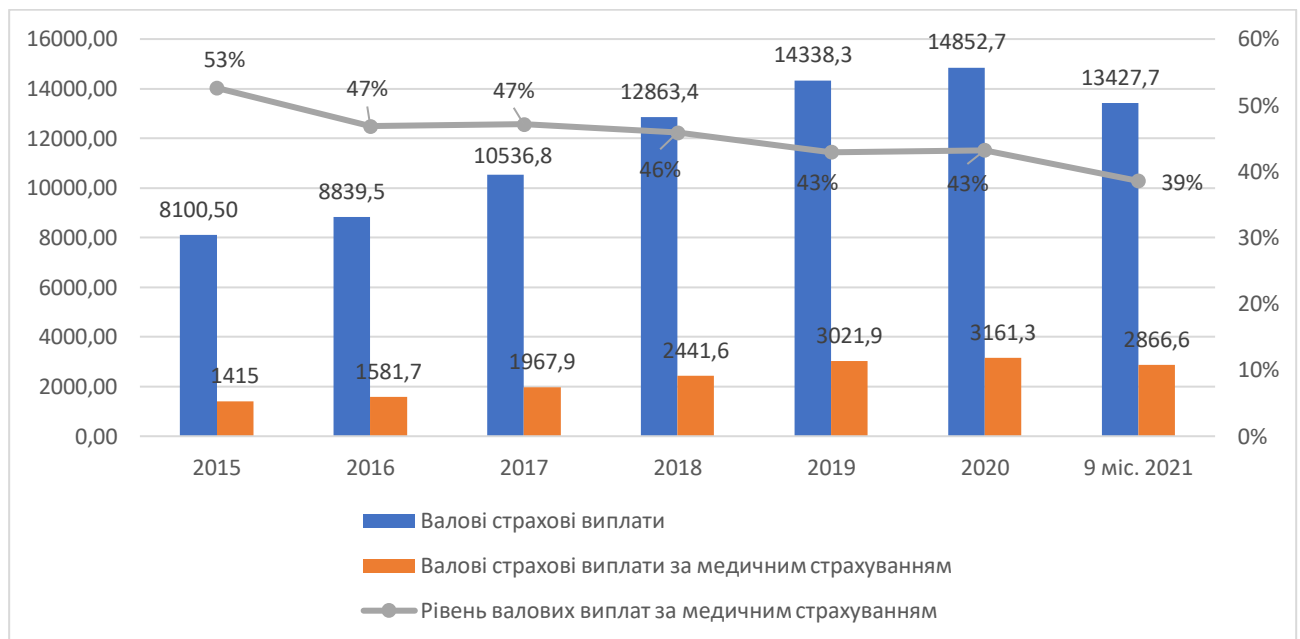


Рисунок 2.2 – Динаміка загальних валових виплат та валових виплат медичного страхування за 2015-2021 роки, млн. грн.

Джерело: складено автором на основі даних [24]

Рисунок 2.2 демонструє динаміку валових страхових виплат за медичним страхуванням та динаміку загальних валових страхових виплат. Як видно з графіку, за виплатами, як і загальними, так і виплатами за медичним страхуванням спостерігається тенденція зростання. У 2020 році валові виплати за медичним страхуванням становили 3 161,3 млн. грн., що на 139,4 млн. грн або на 4,6% більше. За увесь період також спостерігається високий рівень виплат. У 2020 році він становив 43%, як і у попередньому році. Високий рівень валових виплат є позитивним явищем, адже він демонструє хороші фінансові можливості страховиків, відносно чого формується довіра населення до них.

На рисунку 2.3 зображено структуру за видами медичного страхування.

Як видно на графіку, найбільшу частку упродовж усього аналізованого періоду займає добровільне медичне страхування, а саме безперервне страхування здоров'я. У 2020 році безперервне страхування здоров'я становило 72% від усього медичного страхування, 15% становило добровільне страхування медичних витрат та 12% становило добровільне страхування на випадок хвороби. Станом на 3 квартал 2021 року збереглась така ж тенденція: найбільшу частку займає безперервне страхування здоров'я (68%), потім добровільне страхування медичних витрат (21%) та найменшу частку займає добровільне страхування на випадок хвороби – 11%.



Рисунок 2.3 – Структура видів медичного страхування за 2015-2021 роки, %
Джерело: складено автором на основі даних [24]

Така закономірність розподілі по структурі притаманна кожному року упродовж 2015-2021 років, де найбільше фігурує саме безперервне страхування здоров'я. У структурі відсутнє обов'язкове медичне страхування.

Кількість договорів за різними видами медичного страхування впродовж 2015-2018 років в загальному збільшувалася (таблиця 2.2). Проте спостерігалось їх зменшення у 2019 році порівняно із попереднім роком за такими договорами: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) – зменшення кількості договорів на 16 758 одиниць, страхування здоров'я на випадок хвороби – кількість

зменшилась на 200 109 одиниць. Збільшилися договори у 2019 році лише за страхуванням медичних витрат на 2 023 864 одиниць. У 2020 році відбулось збільшення кількості договорів за безперервним страхуванням здоров'я на 2,8% порівняно із 2019 роком. Зменшилась кількість договорів за страхуванням здоров'я на випадок хвороби та за страхуванням медичних витрат на відповідно. Станом на 9 місяців 2021 року кількість договорів зі страхування на випадок хвороби продовжує зменшуватись, в той час як страхування медичних витрат збільшується за договорами.

Таблиця 2.2 Динаміка кількості договорів за видами медичного страхування за 2015-2021 роки

Роки	Види медичного страхування			
	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхування медичних витрат	Обов'язкове медичне страхування
2015	994 242	1 108 722	2 434 661	0
2016	1 533 158	1 659 704	2 913 540	1
2017	1 584 214	5 458 354	3 612 472	0
2018	2 267 963	5 356 048	4 462 721	0
2019	2 251 205	5 155 939	6 486 585	0
2020	2 315 120	4 089 494	3 741 044	197
9 міс. 2021	2 007 006	2 650 748	4 563 556	16

Джерело: складено автором на основі даних [24].

Обов'язкова ж форма медичного страхування протягом аналізованого періоду майже не показала динаміки. У 2016 році було укладено 1 договір обов'язкового медичного страхування. У 2020 році кількість укладених договорів за цим видом становила 197 одиниць. Тобто можна зробити висновок про те, що помітно перші результати початку реорганізації медичної системи, проте все ще не можна стверджувати, що вона функціонує ефективно, адже така кількість у 2020 році означає, що медична реформа працює недостатньо. Потрібні зміни, аби

обов'язкове медичне страхування стало поширеним і доступним для усіх верств населення.

На даний момент до головних проблем у запровадженні обов'язкового медичного страхування можна віднести: оптимізацію видатків на охорону здоров'я, яку держава має гарантувати кожному громадянину, достатній рівень оподаткування роботодавців та громадян з метою формування Фонду обов'язкового медичного страхування. Актуальним питанням також залишається удосконалення добровільного медичного страхування, розвиток додаткових медичних послуг, окремих програм, доступних для усіх верств населення [23]. У багатьох розвинених країнах держави вибудовують ефективні механізми управління та нагляду за страховими компаніями, відповідностей їх дій законодавству. У державах, де обов'язкове медичне страхування займає найбільшу частку серед усіх витрат на охорону здоров'я, приділяється багато коштів та уваги, тому більша частина видатків іде саме на розвиток його механізму, тобто держава не фінансує медицину самостійно, а створює такі, умови, аби вона працювала ефективно та фінансувалась страховими фондами. Ще однією причиною низьких темпів розвитку добровільного медичного страхування є висока вартість страхового полісу. Через відсутність конкуренції за клієнта у медичному страхуванні не з'являється стимули щодо вдосконалення вітчизняної медицини. Як показує зарубіжний досвід, саме конкуренція лікарняних кас та страхових компаній стимулює слідкування інституцій за наданням якісних послуг, тим самим підвищуючи рівень охорони здоров'я в країні. Звідси й з'являється інтерес роботодавців впроваджувати для своїх працівників медичне страхування в соціальний пакет, адже послуги якісні, доступні для всіх, а також здатні зменшити навантаження на державні бюджети [27].

2.2 Аналіз розвитку галузі охорони здоров'я в Україні

Важливим показником соціально-економічного добробуту країни та основним завданням держави 'в контексті соціальної політики є побудова ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна забезпечити всі верстви населення доступною та якісною медичною допомогою. Вітчизняна медична система Семашка, яка залишилась після розпаду Радянського Союзу уже підтвердила свою неефективність та незбалансованість. Доведенням стало багато міжнародних рейтингів, де за різними показниками порівнювали рівень охорони здоров'я у багатьох країнах. Так, за результатами дослідження рівня здоров'я населення, що проводилося у 2016 році одним із медичних видань, було проаналізовано показники здоров'я населення протягом 1990-2015 років, де Україні посіла 119 місце із 188 держав [28].

Система Семашка розглядає декілька рівнів медичних установ у відповідності до рівня складності медичних послуг. Розподіл відбувається наступним чином: на первинному рівні – сімейні лікарі та поліклініки, вторинний рівень чи рівень спеціалізованої медичної допомоги – міські, обласні та районні лікарні та третинний рівень – науково-дослідницькі інститути. Ефективність такої системи згодом почала зменшуватись через її складність у структурі медичних закладів. Створювалось значне додаткове фінансове навантаження та бюджет, збільшувалась кількість лікарень та ліжко-місць, все це відображалось на якості медичних послуг та на зарплатні лікарів.

На рисунку 2.4 подано інформацію про кількість лікарняних закладів та ліжко-місць в період 1995-2021 років. Дані демонструють той факт, що фінансування коштів з багаторівневої системи є неефективним. Кількість ліжко-місць у 1995 році становила 639 тис. і до 2021 року зменшилась до 244 тис., тобто більше ніж у два рази. За системи Семашка фінансування відбувається не за фактичним наданням медичної допомоги, а за ліжко-місцями, де немає гарантії, чи дійсно вони будуть заповнені пацієнтами. Якщо розглядати показник лікарняних

ліжок на 10 000 осіб, то він хоч і поступово зменшується, але перевищує рекомендацію ВООЗ за кількістю ліжок на 40-50%. Це свідчить про те, що за таких умов розподіл коштів відбувається не оптимально і не дає змоги покрити фактичні випадки звернень пацієнтів до медичних закладів.

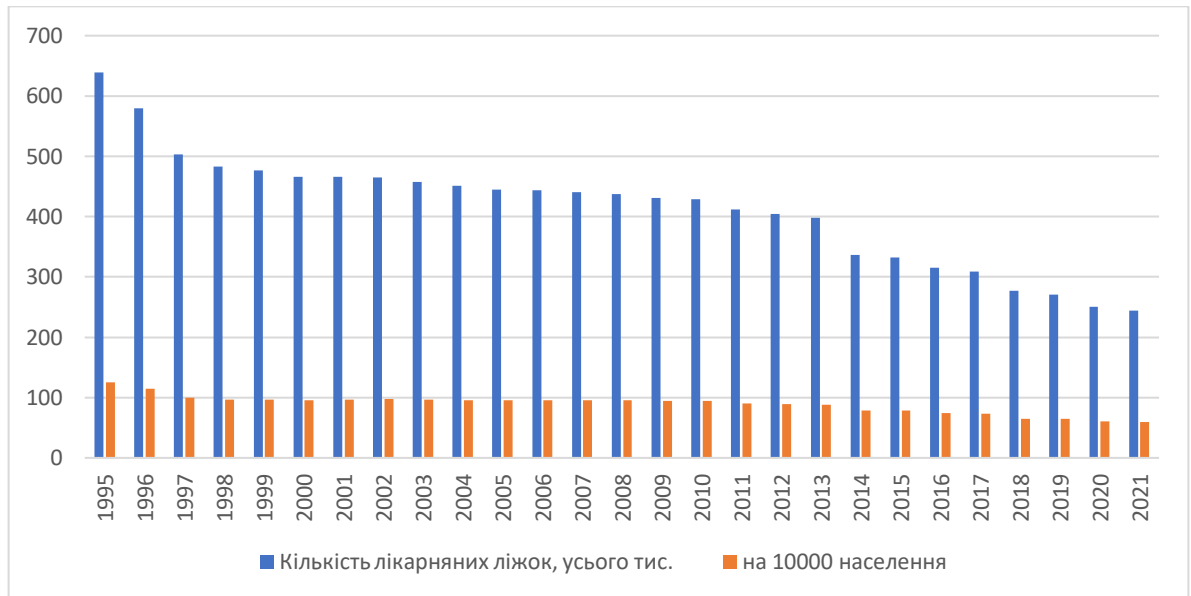


Рисунок 2.4 – Ліжковий фонд України упродовж 1995-2021 років, тис. одиниць

Джерело: складено автором на основі даних [29]

Ще однією великою проблемою, яка впливає на вітчизняну медицину є недостатнє забезпечення кваліфікованими медичними кадрами. Станом на 2021 рік медичну допомогу в закладах різних форм власності надавали 144,1 тис. осіб, що значно менше, ніж у 2009 році – 225 тис. осіб (рисунок 2.5). Так, кількість усіх лікарів тільки за останній рік зменшилась на 35 тис. осіб. Відповідно до даних МОЗ, рівень забезпеченості практикуючими лікарями в закладах охорони здоров'я становить 24,7 осіб на 10 тис. населення, що є найнижчим показником за останні роки. За даними ВООЗ, забезпеченість лікарями на 10 тис. населення в європейському регіоні становить 34,1 осіб. Через неувагу правління до питань людських ресурсів в галузі медицини існують проблеми зменшення кількості лікарів та молодших медичних працівників з вищою медичною освітою, зниження

престижності медичних професій, дисбалансу медичних працівників між містом, селом, а також між різними ланками медичного забезпечення. Низька та неконкурентна заробітна плата медиків спонукає багатьох мігрувати в інші країни з набагато кращими умовами праці [30].

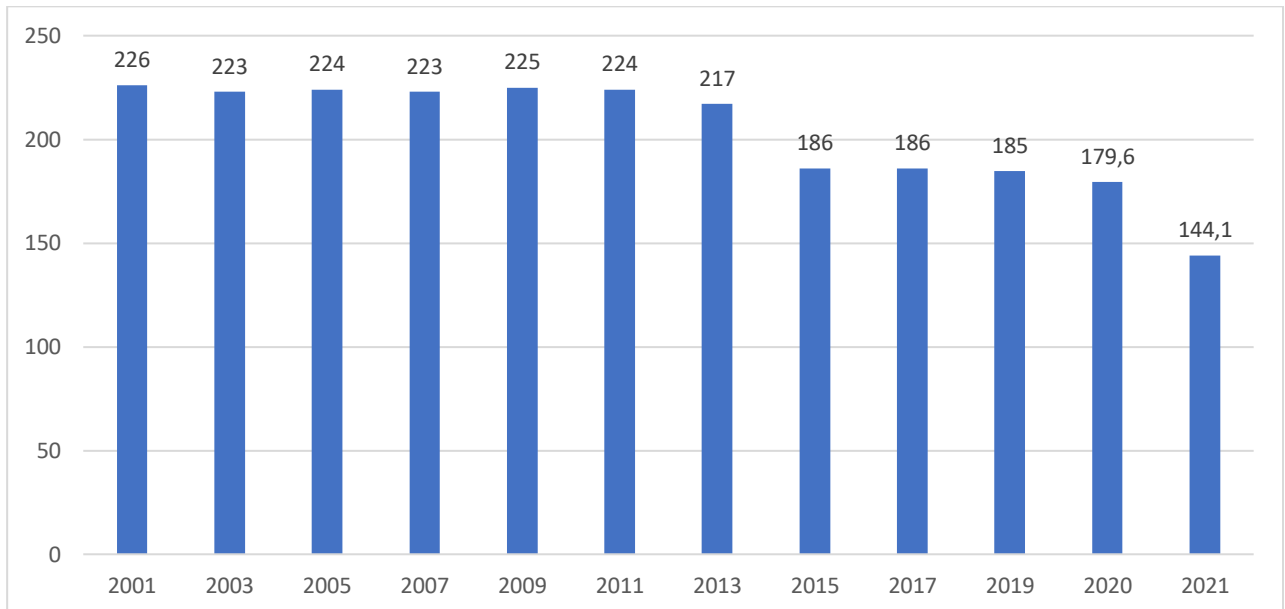


Рисунок 2.5 – Кількість лікарів усіх спеціальностей за 2001-2021 роки, тис. осіб

Джерело: складено автором на основі даних [29]

Ще однією проблемою наявної системи охорони здоров'я України є те, що основним джерелом її фінансування є приватні кошти громадян, тобто кошти домогосподарств. В той час, коли основним джерелом фінансування охорони здоров'я у більшості розвинених країн світу виступає добровільне медичне страхування, яке в той час в Україні займає мізерну частку – всього лише 1% в структурі витрат на охорону здоров'я. Водночас у вітчизняній системі медицини присутня наступна динаміка: приватні витрати, тобто витрати громадян на охорону здоров'я з кожним роком зростають, а державні витрати зменшуються. На рисунку 2.6 зображено динаміку часток приватних та державних витрат на охорону здоров'я в Україні впродовж 2009-2019 років.

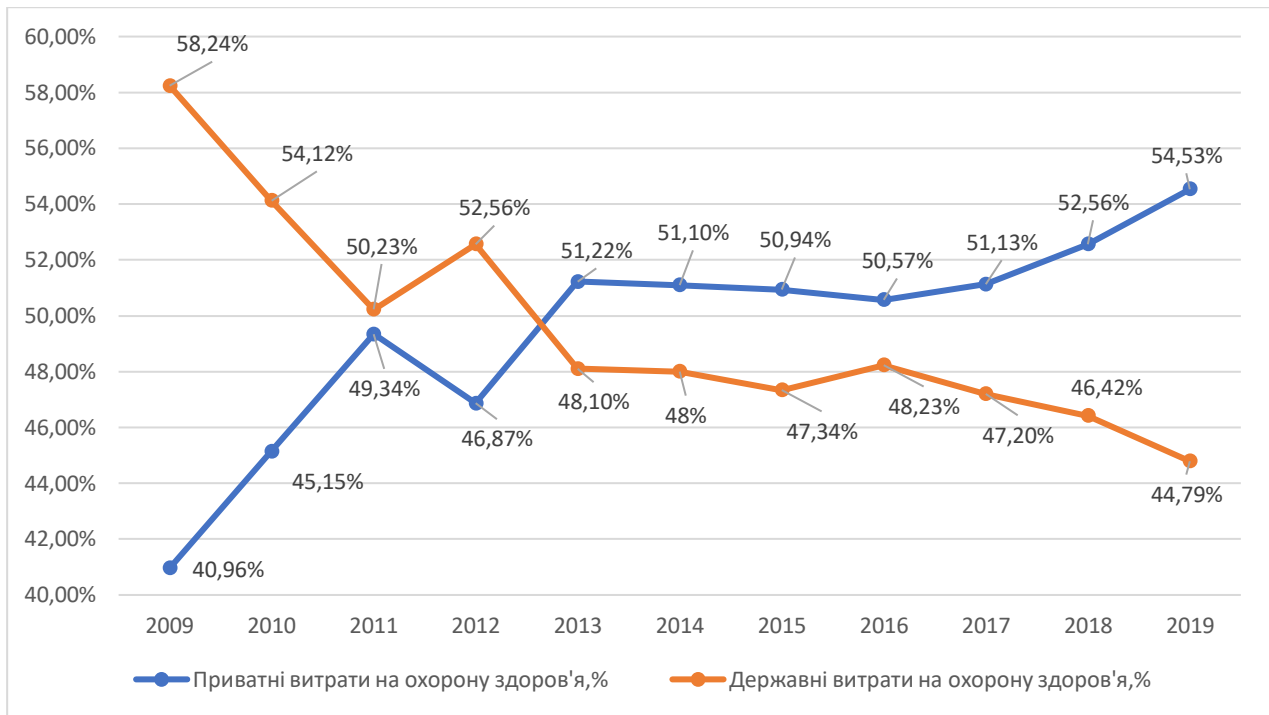


Рисунок 2.6 – Частка державного та приватного фінансування охорони здоров'я у загальній структурі охорони здоров'я за 2009-2019 роки, %

Джерело: складено автором на основі даних [31]

Якщо проаналізувати структуру витрат на охорону здоров'я в Україні протягом 10 років, можна зробити висновок про значне недофінансування української медицини коштами державного бюджету. Згідно з даними Світового банку, за 10 років темп приросту частки державних витрат на охорону здоров'я становив -23%. У 2009 році витрати державного сектору становили 58,24%, а в 2019 році стали становити 44,79%. Натомість громадяни за цей час стали значно більше витрачати коштів на охорону здоров'я. Якщо у 2009 році витрати громадян на медицину становили 40,96%, а в 2019 році збільшилися до 54,53%. В абсолютному вимірі на сьогодні обсяг витрат домогосподарств на охорону здоров'я становить 200 млрд. грн. на рік. За даними Міжнародного Фонду «Відродження», 33% домогосподарств в Україні витрачають більше 10% щомісячних витрат на медичні послуги, в той час як в країнах ЄС цей показник становить 5,8%. 15% пацієнтів відмовились від медичних послуг через їх високу вартість, яку вони не в змозі забезпечити власними коштами [32].

Слідом за неефективною медичною системою в Україні досі існує проблема недостатнього рівня фінансування на утримання ефективної системи охорони здоров'я, який залишається вкрай низьким та не дозволяє покривати усі потреби в галузі медицини. Основні показники фінансування охорони здоров'я наведені на рисунку 2.7. Аналіз статистичної інформації показує, що видатки на охорону здоров'я збільшились упродовж 2016-2021 років з 75,4 млрд. грн. до 200,5 млрд. грн. або на 18%.



Рисунок 2.7 – Основні показники фінансування охорони здоров'я України за 2016-2021 роки

Джерело: складено автором на основі даних [33]

Показник частки видатків на охорону здоров'я до ВВП впродовж 5 років тримався майже на однаковому рівні, присутнє його незначне збільшення із 3,2% до 3,9%, тобто фактично на 21%, водночас частка видатків до усього Зведеного бюджету за 2016-2021 роки незначно збільшилась з 9,0% до 11,0%, або ж на 22%. З аналізованих даних можна зробити висновок про те, що незважаючи на швидші темпи зростання економіки, а саме зміни ВВП, частка видатків на охорону здоров'я у ВВП зростала повільнішими темпами. Тобто приріст державних видатків на охорону здоров'я відносно ВВП був значно повільнішим, ніж саме економічне зростання.

У таблиці 2.3 наведено пріоритети видатків за 2016-2021 роки. Аналіз структури видатків бюджету України свідчить, про те, що протягом аналізованого періоду найбільша увага приділяється фінансуванню економічної інфраструктури, безпеки і судової влади, оборони, соціального захисту.

Таблиця 2.3 Динаміка консолідованих видатків Державного бюджету України за 2016-2021 роки, %

Стаття бюджету	Видатки у % до ВВП						Видатки у % до Зведеного бюджету					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Загальнодержавні функції, в т. ч.: обслуговування боргу	5,6	5,6	5,4	5,1	4,9	4,8	16,1	15,7	15,3	14,8	12,8	13,7
2. Оборона	2,5	2,5	2,7	2,7	2,9	2,4	7,1	7,0	7,8	7,8	7,6	6,9
3. Безпека та судова влада	3,0	3,0	3,3	3,6	3,8	3,4	8,6	8,4	9,4	10,5	10,0	9,6
4. Економічна діяльність	2,8	3,4	4,0	3,9	6,3	5,6	7,9	9,7	11,3	11,2	16,4	15,9
5. Охорона довкілля	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6
6. ЖКГ	0,7	0,9	0,9	0,9	0,8	1,1	2,1	2,6	2,4	2,5	2,0	3,1
7. Охорона здоров'я	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,9	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2	11,0
8. Духовний та фізичний розвиток	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	2,0	2,3	2,3	2,3	2,0	2,3
9. Освіта	5,4	6,0	5,9	6,0	6,0	6,0	15,5	16,8	16,8	17,4	15,8	16,9
10. Соціальний захист	10,8	9,6	8,7	8,1	8,3	7,0	30,9	27,0	24,7	23,4	21,8	19,9
Усього	35	35,4	35,2	34,5	38,2	35,2	100	100	100	100	100	100

Джерело: складено автором на основі даних [33].

Нажаль, сьогодні ці статті є більш пріоритетними, аніж витрати на охорону здоров'я. Частка видатків на охорону здоров'я до ВВП упродовж 5 років майже не змінювалась і знаходилась на рівні 3%. У 2020 році частка видатків на медицину у ВВП становила 3,0%, але у 2021 році збільшилась на 0,9% і знаходилась на рівні 3,9%, що не відповідає Законодавству України, де було визначено, що розмір коштів, що витрачатимуться з держбюджету лише на надання першої медичної допомоги становитиме не менше 5% від ВВП України. Як показує практика

зарубіжних країн, такий низький показник є негативним та недостатнім для того, аби побудувати сучасну, доступну для всіх та ефективну систему медичного забезпечення. Якщо поглянути на частку видатків на охорону здоров'я до зведеного бюджету, можна побачити таку ж картину у пріоритизації фінансування. Більша увага приділяється соціальному захисту, економічній діяльності та освіті.

Було розглянуто структуру видатків охорони здоров'я за різними рівнями медичного забезпечення. Детальну інформацію за статтями видатків зображено у додатку В.

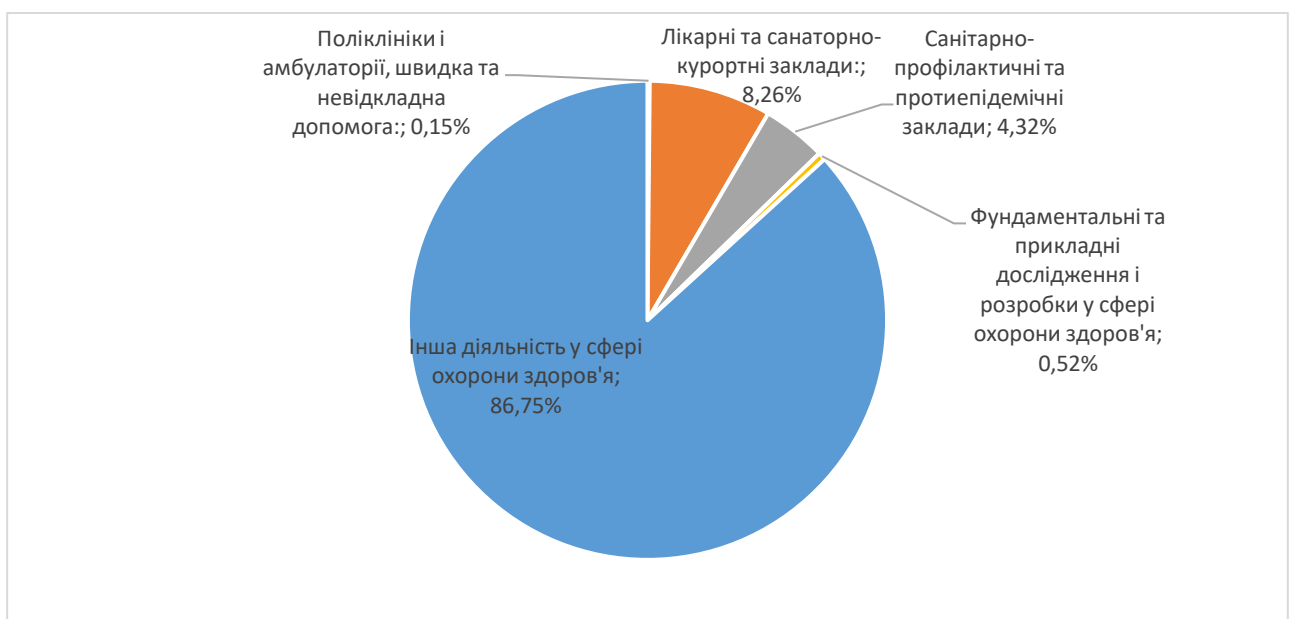


Рисунок 2.8 – Структура видатків з Державного бюджету на охорону здоров'я у 2021 році, %

Джерело: складено автором на основі даних [33]

Якщо візуалізувати ці дані, як це зроблено на рисунку 2.8, то можна побачити, що найбільше коштів, а саме 87% виділяється на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я, в яку повністю входить фінансування спеціалізованих та стоматологічних поліклінік. 9% займає фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів, фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я, а саме третинна ланка медичного забезпечення, займає 0,52%. 5% займає частка, що припадає на фінансування санітарно-профілактичних та

протиепідемічних закладів та 0,15% займають поліклініки, амбулаторії, швидка та невідкладна допомога.

До статей, які не було профінансовано за рахунок Державного бюджету відносяться: поліклініки загального профілю та амбулаторії, центри первинної допомоги, фельдшесько-акушерські пункти, перинатальні центри та пологові будинки. Ці статті було профінансовано за рахунок місцевих бюджетів. Відповідно до таких статистичних даних, можна зробити висновок, що в загальному з Державного бюджету фінансується здебільшого вторинна ланка медичного забезпечення, тоді як первинна ланка, а саме амбулаторна та перша допомога є найменшими у даній структурі. Такий розподіл у видатках суперечить тим пріоритетам, які були поставлені МОЗ щодо розвитку первинної ланки медичної допомоги.

На рисунку 2.9 зображено стратегію щодо пріоритетності напрямів розвитку системи охорони здоров'я на 2022 рік. На цей рік уряд планує збільшити видатки до 224 млрд. гривень. Очікується збільшення фінансування охорони здоров'я через програму медичних гарантій до понад 70%. Очікується, що все більше медичних послуг буде реалізовано НСЗУ через цю програму. До бюджету закладено такі пріоритети, як: ПМГ – 157,5 млрд. грн., надання високоспеціалізованої медичної допомоги та централізована закупівля ліків – 19,1 млрд. грн., розвиток системи громадського здоров'я, зокрема закупівля вакцин від COVID-19 – 6 млрд. грн. та майже однакові суми закладено на придбання медичного обладнання та підтримку регіональних закладів охорони здоров'я.

В рамках програми медичних гарантій перехід до орієнтованих на результат методів фінансування медицини дозволяє полегшити НСЗУ спрямування коштів відповідно до потреб.

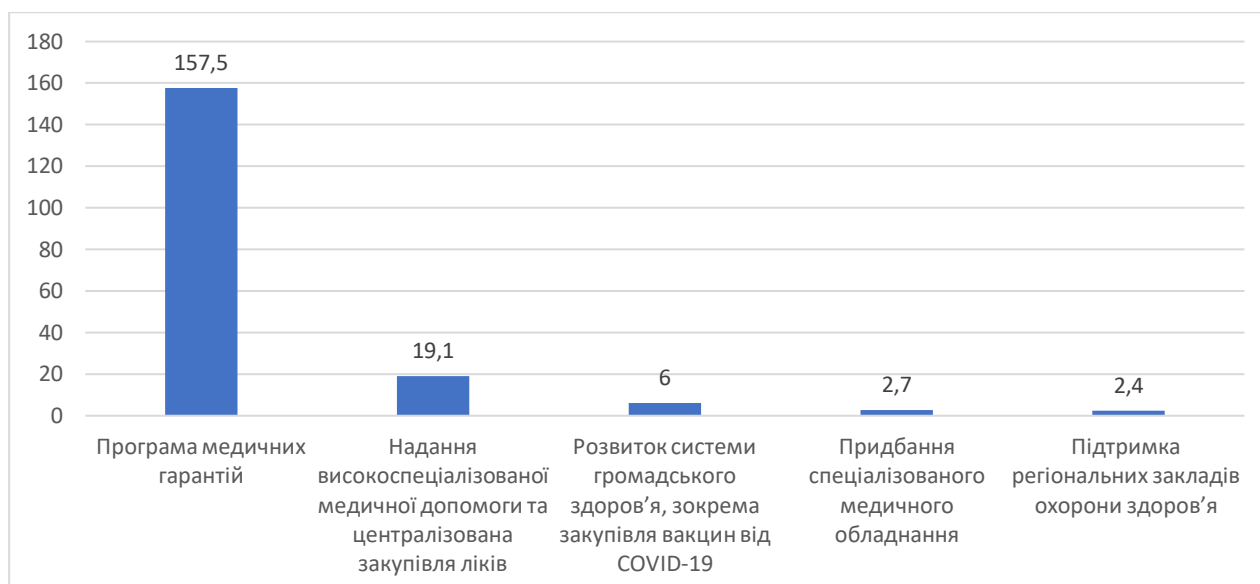


Рисунок 2.9 – Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я на 2022 рік, млрд. грн.

Джерело: складено автором на основі даних [34]

Проте, наразі досі існує проблема недовершеності вже початої медичної реформи, що пов'язана з відсутністю пріоритетності розподілу бюджету на користь охорони здоров'я, яка не отримала додаткового бюджетного простору. Це призвело до зменшення видатків на охорону здоров'я порівняно з внесками в освіту, безпеку та економічний розвиток.

2.3 Медичне страхування в умовах пандемії

На теперішньому етапі розвитку основною причиною нестабільності економічного середовища став початок у березні 2020 року в Україні пандемії COVID-19, яка суттєво вплинула на всі ланки держави. Враховуючи те, що пандемія спричинила не тільки велику смертність населення, а й фінансово-економічну кризу у світі, держави стали пристосовуватись до ситуації та шукати шляхи вирішення тих проблем, які виникли. Так, у середині березня чимало страхових компаній з усього світу стали інформувати щодо подальшої політики,

пов'язаної з коронавірусом. Для прикладу, в Італії страховики створили окремі поліси безпосередньо для захисту від COVID-19. В Китаї розширили страхове покриття чинних страхових договорів, щоб оплатити витрати на лікування або ж надати виплату в разі смерті застрахованого від ковіду. Додаткове покриття було надано для працівників охорони здоров'я та журналістів [35].

Світова статистика свідчить, що витрати на лікування від коронавірусу є доволі значними та мають вагоме фінансове значення. Зокрема, у США у Фонд боротьби з пандемією COVID-19 було виділено 2 трильйони доларів. Президентом США було підписано закон про надання фінансової допомоги постраждалим від спалаху епідемії та було виділено для цього 100 млрд. дол. Було включено оплачувану відпустку інфікованих працівників та безкоштовне тестування на вірус. Італія на витрати, що пов'язані з коронавірусом виділила 25 млрд. євро. Для італійців, які позбавлені можливості працювати на карантині передбачені спеціальні виплати. 600 млрд. євро виділила у Фонд боротьби з коронавірусом Німеччина. Невеликі фірми та малі підприємства мають змогу отримати прямі субсидії розміром 15 тис. євро. В Україні на боротьбу з пандемією COVID-19 у Фонд виділили 66 млрд. грн, і витрачено при цьому 52% від цієї суми. На сферу охорони здоров'я використано 5,8 млрд. грн. із передбачених 16,3 млрд. грн.. У сфері соціального захисту використано 9,3 млрд. грн. з передбачених 10,4 млрд. грн. [36].

В Україні вірус COVID-19 показав особливо негативний стан системи охорони здоров'я, а саме в доступності та якості медичних послуг. Одним з таких чинників стало неефективне державне медичне страхування. В розвинених країнах світу дієвим є добровільне медичне страхування, в той час коли в Україні воно займає менше 1% витрат на охорону здоров'я.

Слід зауважити, що в сучасній вітчизняній системі медицини діють певні обмеження в умовах пандемії. Наразі присутня дуже мала кількість приватних стаціонарів, які готові прийняти хворих на COVID-19, а державні лікарні перенавантажені. Але в таких умовах придбання полісу медичного страхування стає корисним, адже це забезпечує отримання страхувальником первинної

допомоги, а саме: медичний супровід з дому, оплату ліків та організацію пошуків лікарні, яка готова прийняти застрахованого. В Україні для того, аби отримати медичну допомогу від COVID-19 не достатньо мати лише звичайний поліс медичного страхування, адже тут це захворювання є винятком зі стандартного договору медичного страхування. Найчастіше страховики посилаються на те, що з 25 лютого 2020 року відповідно до змін МОЗ COVID-19 належить до особливо небезпечних інфекцій. Першим страховим продуктом від вірусу стало медичне страхування туристів. Таким чином, люди, які подорожують і потенційно можуть захворіти на COVID-19 мають можливість скористатись медичною страховкою та отримати медичну допомогу [37]. Згодом стало розвиватись страхування від коронавірусу не тільки для туристів.

Якщо говорити про добровільне медичне страхування, то багато українців, які мають договір ДМС з ініціативи своїх роботодавців зіткнулись із тим, що страхові компанії відмовляли їм у компенсації витрат на лікування, посилаючись на той факт, що ковід було включено до списку небезпечних захворювань. Проте в даному випадку немає перешкод для того, аби отримати допомогу та підтримку в лікуванні до моменту встановлення точного діагнозу, тобто позитивного тесту на COVID-19. На даний момент існує низка страхових компаній, які стали пропонувати програми страхування від коронавірусу. Для прикладу, у СК «ВУСО», крім базового покриття від коронавірусу, туристам пропонують розширений захист «СТОП Ковід». Якщо у туриста ПЛР-тестом підтверджено діагноз, але він проходить безсимптомно, то компанія зобов'язується здійснити оплату карантинних заходів протягом 14 днів. Багато страховиків пропонують своїм клієнтам включати в стандартні програми договорів ДМС спеціальну опцію страхування від COVID-19, проте включення такої опції все ж пов'язане з певними труднощами, адже не завжди в умовах переповненості лікарень страховики можуть гарантувати вчасну госпіталізацію страхувальника. Багато компаній також пропонують корпоративним клієнтам програми, які покривають лише ризик ковіду. Мінімальні програми можуть покривати госпіталізацію в разі важкого перебігу недуги, максимальні ж програми гарантують компенсацію амбулаторного

та стаціонарного лікування, госпіталізацію та виплату при смерті застрахованого. Вартість таких договорів може коливатись від 600 до 2 000 грн на людину.

Що стосується індивідуальних клієнтів, то вибір страхових продуктів є більшим. У таблиці 2.4 подано різні програми страхування від COVID-19, що пропонують страховики для своїх потенційних клієнтів. Популярними пропозиціями серед страхових компаній стали пропозиції програм-конструкторів, де застрахований сам обирає наповнення пакета та терміни страхування.

Серед програм страхових компаній, що згадані у таблиці, діапазон максимальних страхових сум коливається від 10 000 до 100 000 грн. Терміни страхування від 1 місяця до 1 року, проте найбільш популярним є термін 6 місяців. Усі компанії даного списку покривають ризик смерті від коронавірусу, що становить 100% від страхової суми. Такі компанії як ARX, ІНГО, Провідна, VUSO, Оберіг, Універсальна забезпечують клієнту госпіталізацію. Компанії зобов'язуються виплатити кожен день перебування на стаціонарі в сумі, що не перевищує половини розміру максимальної страхової виплати. Також більша половина програм включає в себе амбулаторне лікування, де присутня фіксована сума за кожен день лікування. За встановлення діагнозу коронавірусу страховики також готові виплачувати певні суми. СК Універсальна за виявлення вірусу готова виплатити клієнту суму 5 000 грн, а VUSO за діагностування виплачує 2 000 грн.

Проте такі програми, крім плюсів, мають також і свої недоліки. Зокрема, покриття активується лише через 2-3 дні після оформлення, а в деяких випадках дія договору починається з 15 календарного дня. Існують також певні обмеження щодо укладення договорів страхування від коронавірусу.

Укласти такі договори можуть не всі. Вийняток є українці віком понад 60-65 років – у кожного страховика свої вікові межі. Страховики відмовляють також клієнтам, у яких присутні перша чи друга група інвалідності, інфекції ВІЛ та СНІД, онкологічні захворювання. Часто також відмовляють громадянам із цукровим діабетом.

Таблиця 2.4 Програми страхування від COVID-19

Страхова компанія	Строки страхування	Ліміти з виплат	Що компенсують
Провідна	6 місяців	В залежності від програми максимальна страхова виплата від 15 000 грн. до 50 000 грн.	Госпіталізація (1% від страхової суми на день) Смерть (максимальна сума виплати 50 000 грн)
Універсальна	3, 6 і 12 місяців	В залежності від програми від 50 000 до 100 000 грн.	Встановлення діагнозу (максимальна сума виплати 5 000 грн.) Стационар (максимальна сума виплати 50 000 грн.) Смерть (максимальна сума виплати 100 000 грн.)
ARX	3 і 6 місяців	Від 10 000 до 50 000 грн. залежно від програми	Амбулаторно-поліклінічна допомога при пневмонії (виплата 25% від загальної страхової суми) Госпіталізація з пневмонією (виплата 100% страхової суми)
VUSO	6 місяців	Максимальна страхова виплата 70 000 грн.	Діагностування (2 000 грн) Пневмонія з ускладненнями (+7 000 грн) Пневмонія з реанімацією (+30 000 грн) Смерть (+31 000 грн)
ІНГО	6 місяців	Від 30 000 до 100 000 грн. залежно від програми	Екстрена госпіталізація (максимальний ліміт – 20 000 грн., у тому числі 600 грн за кожен день перебування в стаціонарі). Смерть (максимальна виплата 100 000 грн.)
Оберіг	6 місяців	Від 10 000 до 50 000 грн. залежно від програми	Стационарне лікування (до 1 000 грн. за добу) Смерть (максимальна сума виплати 50 000 грн.)

Джерело: складено автором на основі даних [35, 36, 37].

Незатребуваною на ринку є послуга страхування медичних працівників. Компанії готові страхувати медичний персонал від ковіду, коли буде страхуватись весь колектив, проте ця послуга нині нажаль не користується популярністю серед

роботодавців. Саме медичні працівники є під найбільшим ризиком захворіти на коронавірус. Зазначені працівники державних і комунальних закладів, а також державних наукових установ підлягають обов'язковому державному страхуванню на випадок захворювання на інфекційну хворобу за умовами Кабінету Міністрів. Проте наразі в Україні розроблено лише порядок страхування медиків на випадок виявлення ВІЛ, а порядку страхування від інших інфекцій немає [36].

Таким чином, можна стверджувати, що незважаючи на ряд програм страхування від COVID-19, що пропонують страхові компанії, в Україні все ще існує проблема з державним медичним страхуванням, яке має недостатньо коштів, аби здійснювати фінансування виявлення та лікування коронавірусу. Для успішного подолання кризи, яку спричинила пандемія доречно було б розвивати як і державне страхування, так і добровільне медичне страхування, яке є доволі поширеним у інших країнах світу та показує хороший досвід в управлінні ризиками, пов'язаними з COVID-19.

Висновки до Розділу 2

У другому розділі було проведено аналітичне дослідження ринку медичного страхування, фінансування системи охорони здоров'я в Україні та розглянуто розвиток медичного страхування в період пандемії COVID-19. В ході аналізу ринку вітчизняного медичного страхування було розглянуто наступні показники: кількість страховиків на ринку, валові та чисті страхові премії у медичному страхуванні, кількість страхових договорів, а також структуру медичного страхування за видами. Було визначено, що кількість страховиків на ринку загалом з кожною роком зменшується, що пов'язано зі зміною вектору страхового ринку під європейські стандарти, з ринку виходять неконкурентоспроможні гравці. Відповідно до статистичних даних було зроблено висновок про хороші показники динаміки валових страхових премій медичного страхування, які зростали протягом аналізованого періоду, як і валові страхові виплати. Присутній також високий рівень валових страхових виплат, що є позитивним явищем. Було визначено, що найбільш популярним видом на ринку українського медичного страхування є добровільна форма, а саме безперервне страхування здоров'я, яке займало

впродовж аналізованих років більше половини у загальній структурі видів медичного страхування. Найменш розвиненим видом у даній структурі стало обов'язкове медичне страхування, в якому майже відсутня динаміка показників, що характеризує те, що за допомогою медичної реформи процес впровадження в Україні страхової медицини ще не почався.

Було проведено огляд фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Визначено, що вітчизняна система Семашка є неефективною і створює значне навантаження на бюджет держави через неякісний розподіл коштів, за яким відбувається фінансування ліжко-місць, а не фактичного лікування пацієнта. Має місце також зменшення кваліфікованих спеціалістів в галузі медицини, на яке впливає низка факторів: низькі зарплати, відсутність гідних умов праці та соціальних пакетів, міграції працівників за кордон, тощо. Було проаналізовано також динаміку та структуру видатків у сфері охорони здоров'я та визначено, що дана галузь є в меншому пріоритеті державного бюджету, аніж освіта, розвиток економічної інфраструктури чи безпека та судова влада. Було зроблено висновок про те, що видатки на охорону здоров'я хоч і зростають, проте не так швидко, як національна економіка. Охорона здоров'я займає дуже низьку частку у ВВП країни, що суперечить планам розвитку медицини в Україні. Зі структури видатків на охорону здоров'я було визначено, що найбільше фінансується вторинна ланка медичного забезпечення, в той час як в первинну медичну допомогу з державного бюджету витрачається найменше, що пов'язано з початком децентралізованого управління, адже первинна ланка почала фінансуватись з місцевих бюджетів.

Було розглянуто розвиток медичного страхування в умовах пандемії, описано програми страхування від коронавірусу від різних компаній, їх умови та особливості та передбачено, що без розвитку добровільного та обов'язкового медичного страхування державі важко забезпечити повне фінансування усіх верств населення лікування від пандемії.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Зарубіжний досвід медичного страхування

Сьогодні життя та здоров'я громадян є основними чинниками гармонійного та ефективного розвитку сучасної спільноти. Медичне страхування є новою своєрідною системою соціального захисту, яка формується за рахунок розвитку ринкових відносин та реформування медичної системи в Україні. Раніше підкреслювалась неефективність пострадянської моделі, яка спричинила значне недофінансування охорони здоров'я України, погіршення якості надання медичних медичної допомоги громадянам, особливо мало захищеним верствам.

Для більшого розуміння того, яка має бути подальша стратегія вдосконалення системи медичного страхування в Україні, потрібно розглянути індикатори розвитку медичного страхування в розвинутих країнах. Тривалість життя є визначним індикатором, що прямо показує те, як розвивається сфера охорони здоров'я у країні. Українці живуть в середньому на 9 років менше, ніж живуть громадяни країн ЄС. Якщо в Україні показник середньої тривалості життя становив 72 роки, то в країнах Європейського союзу це 81 рік [38].

На рисунку 3.1 зображено середню тривалість життя в різних країнах упродовж 2010-2020 років. Як видно на даному графіку, серед обраних для цього аналізу країн, Україна є найнижчою за рейтингом показника тривалості життя. Більше того, у 2020 році показник зменшився, порівняно з 2019 роком. У 2019 році показник середньої тривалості життя в Україні був 72 роки, а в 2020 році став 71 рік. У країни-сусіда, Польщі, середня тривалість життя становить 77 років, у Словенії та Німеччині 81 рік, у Франції та Італії 82 роки. Тобто, можна зробити висновок про те, що вітчизняна система охорони здоров'я працює неналежним чином. Медичне страхування, яке б дозволило вирішити проблеми гарантованості

та доступності медичних послуг для усіх громадян, теж не є пріоритетом у нашій країні.

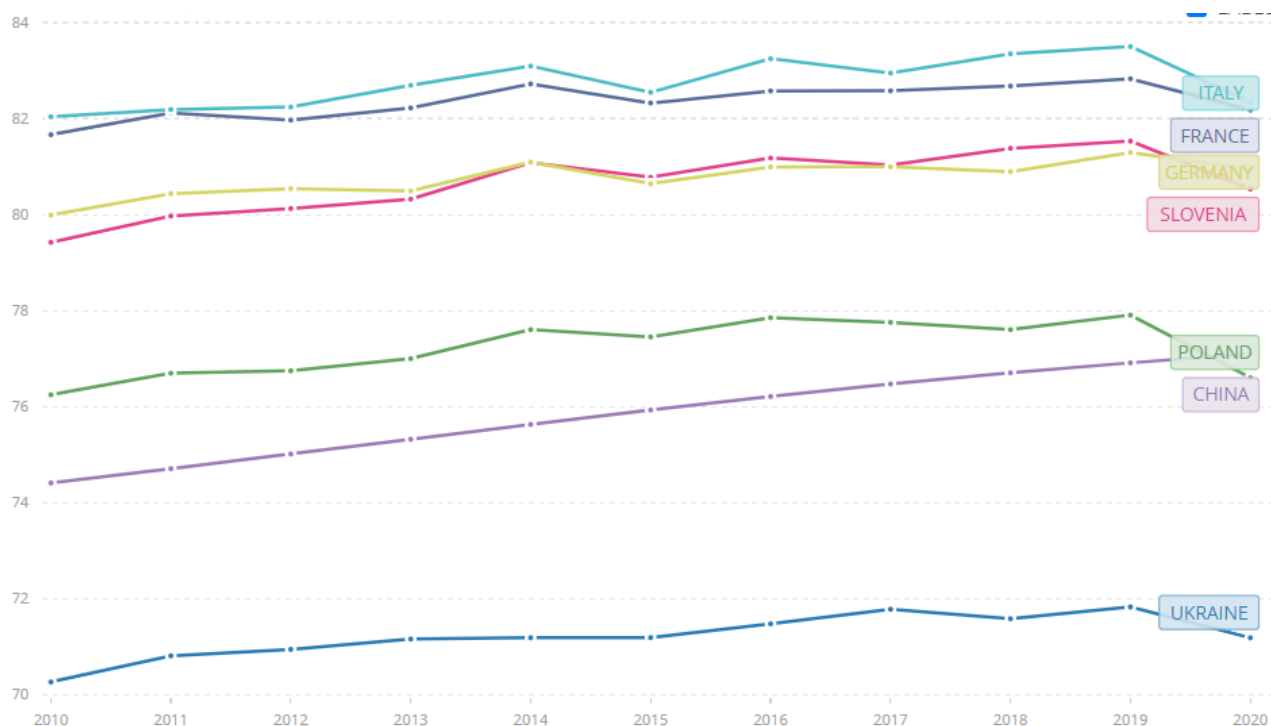


Рисунок 3.1 – Середня тривалість життя в Україні та інших країнах світу за 2010-2020 роки

Джерело: складено автором на основі даних [31]

Багато українців не користуються послугами медичного страхування, оскільки через велику вартість самого полісу воно вважається розкішшю. Проте досвід багатьох країн показує те, що система страхової медицини є дійсно дієвою. Витрати на медичне страхування серед витрат на охорону здоров'я у розвинених країнах займають досить велику частку, адже медичне страхування дозволяє забезпечувати доступні послуги та гарантує покриття витрат пацієнтів на медицину [38].

Наступним показником, який демонструє рівень розвитку охорони здоров'я є показник смертності населення. На рисунку 3.2 зображено коефіцієнт смертності в різних країн світу. Коефіцієнт (‰) розраховано як середньорічну кількість смертей на 10 000 осіб. Україна має один з найгірших показників смертності населення і у 2021 році зайняла 4 місце у рейтингу за даним показником (13,9 на 10 000 населення). Німеччина у 2021 році зайняла 13 місце з рівнем смертності 12,22.

Країна-сусід України, Польща, має нижчий рівень смертності – 10,68 із 25 місцем у рейтингу. Найменший показник смертності з даного рейтингу спостерігається у Франції, що становить 9,58, Великій Британії – 9,41, Швейцарії – 8,44, США – 8,35 та Канаді 8,08.

В Україні натомість майже 60% такого високого показника смертності займає смертність від серцево-судинних захворювань, яка є однією з найвищих у світі, 13% - смертність від онкологічних захворювань. Такі статистичні дані чітко та голосно говорять про те, що вітчизняна система охорони здоров'я потребує покращення й інтеграція в систему медичного страхування зможе вирішити такі проблеми [39].

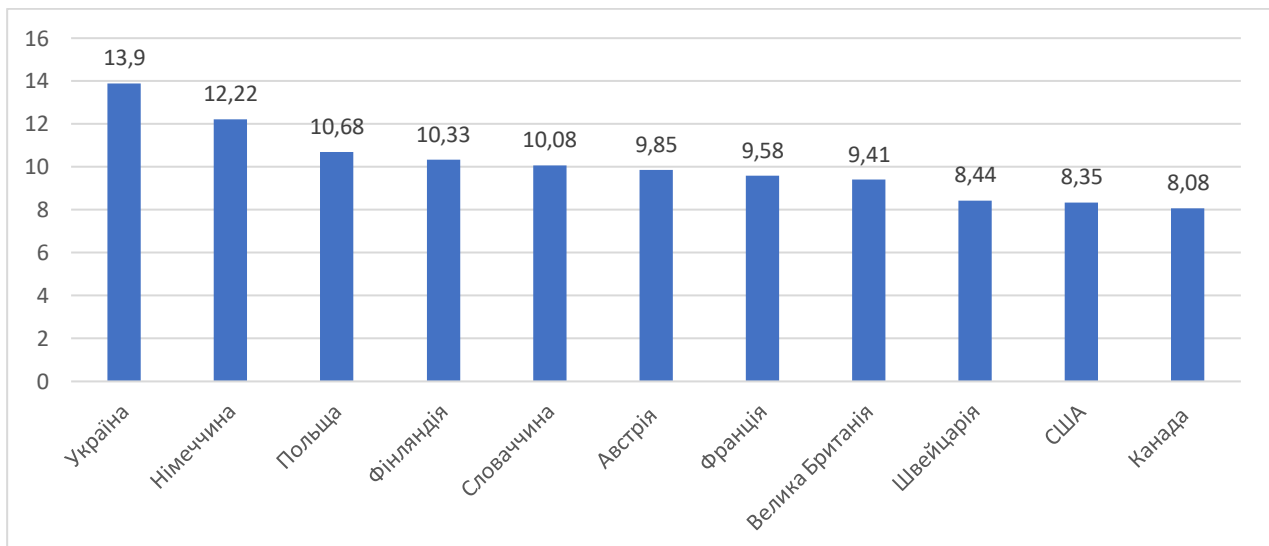


Рисунок 3.2 – Рівень смертності населення у світі за 2021 рік, %

Джерело: складено автором на основі даних [40]

На рисунку 3.3 зображено структуру витрат на охорону здоров'я у різних країнах світу. Відповідно до проаналізованих даних видно, що в більшості країнах світу основним механізмом фінансування охорони здоров'я є добровільне медичне страхування. Найбільша його частка у період 2019 року спостерігалась в таких країнах, як Естонія – 66% від загальної кількості витрат на охорону здоров'я, Німеччина – 78%, Франція – 78% та Польща – 62%. В розглянутих країнах доволі мало громадян платять за послуги з медицини з власної кишені. Помітно, що в

структурі витрат приватні витрати займають не таку високу частку. У США приватні витрати на охорону здоров'я становлять 6%, у Норвегії 14%, у Естонії 24%, Канаді – 15%, у Німеччині та Франції – 13% та 9% відповідно. Обов'язкове страхування має місце в таких країнах, як США (57%), Китай (38%), Польща (6%) та Франція (6%). Якщо поглянути на структуру витрат на охорону здоров'я в Україні, то можна побачити іншу картину. Найбільша частка, 54%, належать прямим витратам пацієнтів, 44% займає державне фінансування, і лише 1% мізерна – частка – належить ДМС.

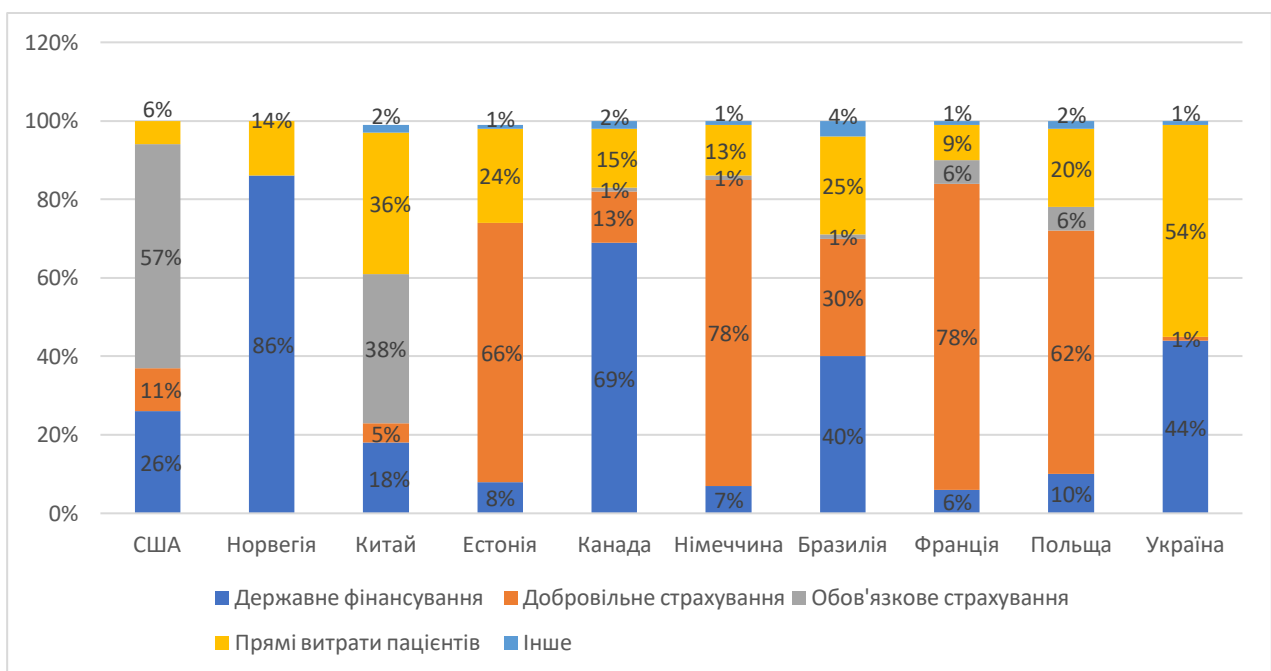


Рисунок 3.3 – Механізми фінансування охорони здоров'я в 2020 році
Джерело: складено автором на основі даних [41]

Таким чином, медичне страхування можна вважати дієвим механізмом фінансування охорони здоров'я, враховуючи той факт, що не кожна держава може дозволити собі повністю забезпечувати медицину за лише за рахунок державного бюджету. Тому наразі більшість країн все більше впроваджують та розвивають ефективну систему страхування, яка дозволяє забезпечувати доступну та якісну медицину широким верствам. Для прикладу у США оформлення страхового полісу є досить дорогою процедурою, тому не кожен може її собі дозволити, проте

розробили різні федеральні та державні програми, такі як Medicaid (для незаможних людей), що становлять четверту частину від усіх витрат на охорону здоров'я. Ще 22% покриваються системами соціального медичного страхування, такими як, наприклад, Medicare – для пацієнтів, що старше 65 років. (стаття аптека) Існують також наступні програми медичного страхування у США: COBRA – для пацієнтів, що втратили роботу (страховка надається тимчасово і при цьому враховується причина, чому пацієнт втратив роботу), Medicare Part D – сюди включаються медикаменти, що людина отримує на пільгових умовах, SCHIP – страхування для дітей сім'ям, які не відносяться до категорії тієї, що задовольняє програма Medicaid, але їй не спроможні фінансово на оформлення приватної страховки, RCIP – окрема програма для людей з серйозними захворюваннями, тобто для тих у кого високий страховий ризик [42].

У Німеччині, де уряд практично не бере на себе відповідальність фінансування охорони здоров'я, а лише надає умови для того, щоб працівники та роботодавці створювали необхідні фонди, держава здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи охорони здоров'я. Тут діє децентралізовано система медичного страхування, яким займається близько 1200 страхових кас, побудованих за професійним принципом. За незаможних громадян держава самотійно сплачує внески у розмірі 2%. Оплата лікарів тут здійснюється безпосередньо за послугу. Лікарняні каси укладають контракт із Асоціацією лікарів лікарняних кас. Тому головною функцією уряду є саме контроль діяльності страхових фондів та відповідність їхніх дій до норм законів. У Франції в теперішній час існує ієрархія страхових кас та діє вертикальна система медичного страхування за рахунок Національної страхової організації, що контролюється Міністерством соціального забезпечення та праці й покриває 78% населення, має 129 відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує з іншими. Окрім цього у Франції є розвинена структура приватних страхових компаній, що як працює так само, як і будь-яка страхова каса – покриває рахунки пацієнта за ліки та відвідування лікаря [43].

На рисунку 3.4 зображено діаграму, що демонструє глобальну структуру премій з ризикових видів страхування у 2020 році. Як можна побачити на даному графіку, майже половину від усіх премій у світі, тобто 48% займає медичне страхування. 24% займають так звані комерційні види. Сюди входять автострахування, страхування відповідальності, майнове страхування. 28% займають так звані персональні види, до яких входять автострахування та страхування відповідальності, а також інші види. Якщо перевести показник 48% у абсолютні виміри, то медичне страхування за 2020 рік у світі отримало 1 680 млрд дол. США премій. Згідно зі звіту, що складає найбільший перестраховик у світі Swiss Re очікується, що й надалі премії з медичного страхування будуть зростати, та збільшаться у 2021 році ще на 2,5%, а у 2022 темп зростання буде 3%. Пояснюється це тим, що потреба на такий вид страхування й надалі зростатиме в країнах із стабільним розвиненим ринковим попитом. Натомість за прогнозами компанії, у країнах, що розвиваються і там де системи охорони здоров'я є слабкими, не буде такого зростання попиту на медичне страхування.

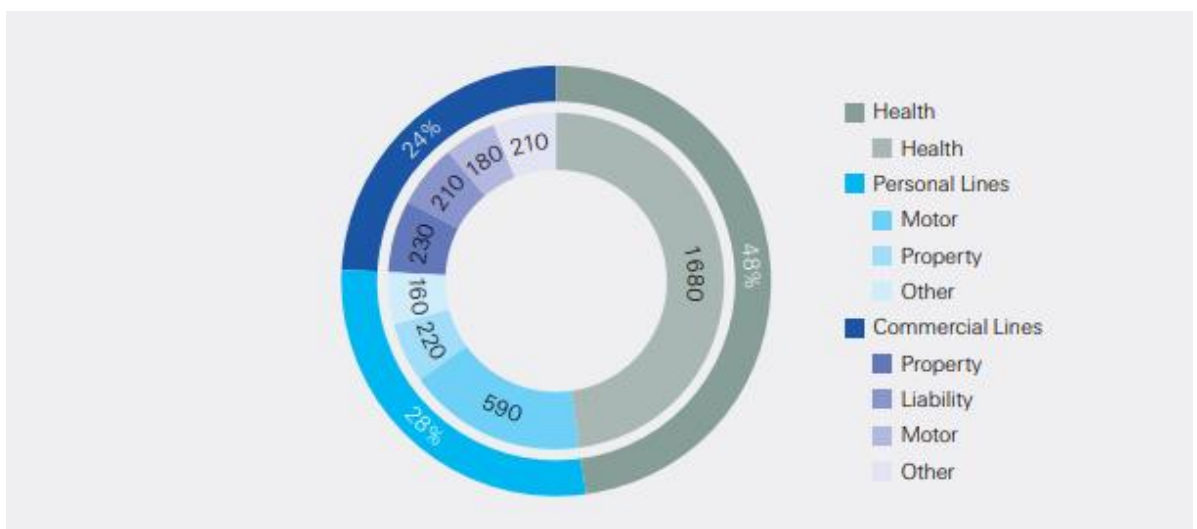


Рисунок 3.4 – Світові премії з ризикових видів страхування в 2020 році, млрд. дол. США

Джерело: складено автором на основі даних [44]

Наступний та не менш важливий показник розвитку медичного страхування та охорони здоров'я в цілому – видатки на охорону здоров'я на душу населення,

що зображено на рисунку 3.5. Найбільше видатків на одного громадянина припадало у США. Витрати на медицину у 2019 році тут оцінювались у більш ніж 10 тис. доларів на одну особу. Як зазначалося раніше, у більшості країнах в середньому близько 75% від всіх витрат на охорону здоров'я фінансується за допомогою державного бюджету або ж обов'язкового страхування. У США з моменту прийняття закону про доступну допомогу (Affordable Care Act) у 2014 р. ця частка становить 85%, що відображає наявність індивідуального мандату на придбання медичного страхування. Федеральні та державні програми, такі як Medicaid та Medicare, продовжують відігравати важливу роль у придбанні медичної допомоги. У Німеччині одна особа витрачає на охорону здоров'я 5 986 доларів, у Франції – 4 965 дол., в Італії – 3 428 дол., в Польщі – 1 014 дол. Натомість в Україні у 2019 році видатки на охорону здоров'я на одну особу склали 248 дол. США., що знаходиться на рівня таких країн, як Беліз та Екваторіальна Гвінея.

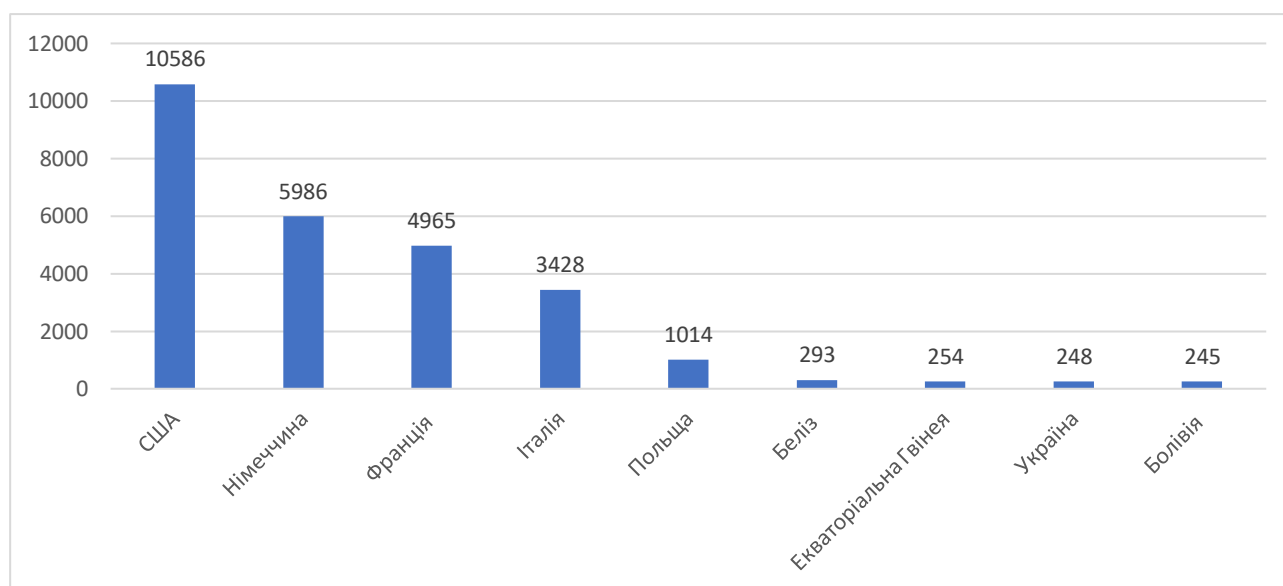


Рисунок 3.5 – Видатки на охорону здоров'я на душу населення у 2019 році, дол. США

Джерело: складено автором на основі даних [31]

Усі ж проаналізовані вище показники доводять, що українська система охорони здоров'я є нерозвиненою. Вагому роль в усіх розвинених країнах та загалом у світі відіграє медичне страхування. За рахунок саме цього виду

страхування країни зможуть забезпечити населенню соціальну захищеність та добробут. Відсутність ефективної системи медичного страхування в Україні негативно позначається на середній тривалості життя населення, система охорони здоров'я залишається катастрофічно недофінансованою з боку держави, поки у розвинених країн вже давно і доволі добре працює обов'язкове медичне страхування, яке забезпечує широкі верстви населення якісними медичними послугами та страховими продуктами.

3.2 Модель медичного страхування України

Система Семашка уже давно довела свою неефективність та безрезультатність у розвитку як страхової медицини, так і для охорони здоров'я загалом. Система охорони здоров'я в Україні є розбалансованою та катастрофічно недофінансованою. Пандемія COVID-19 теж чітко виявила слабкі сторони української медицини та показала значні проблеми, пов'язані з доступністю та якістю медичних послуг, умовами роботи медичного персоналу.

Жодна країна, навіть з найвищим рівнем ВВП, не може взяти на себе такої відповідальності – повністю забезпечувати населення безкоштовними медичними послугами. Тому дієвим механізмом виступає добровільне медичне страхування, яке в Україні займає мізерну частку у структурі витрат, а також система обов'язкового медичного страхування та присутність спеціальних програм, які доступні для широких верств населення. Хоч і видатки на охорону здоров'я постійно збільшуються, проте фінансувати неефективну систему медицини може не дати дієвих результатів [32].

Показники свідчать, що коштів на оплату витрат на всі медичні послуги не вистачатиме і демонструють гостру потребу в створенні якісної системи охорони здоров'я. Саме медичне страхування може стати дієвим механізмом фінансування медицини, зняти навантаження як з державного бюджету, так і зменшити приватні

витрати громадян на медицину. Ефективна система фінансування охорони здоров'я має базуватись на бюджетно страховій структурі фінансування (ОМС, ДМС, державний бюджет). Страховий ринок же в свою чергу має стати активним учасником створення ефективної системи охорони здоров'я. На рисунку 3.5 зображено схему пропонованої моделі фінансування охорони здоров'я. Пропонується пострадянську модель Семашка замінити на нову багаторівневу бюджетно-страхову модель медичного страхування, що має три складові фінансування охорони здоров'я: обов'язкове медичне страхування (ОМС), добровільне медичне страхування (ДМС) та бюджет.

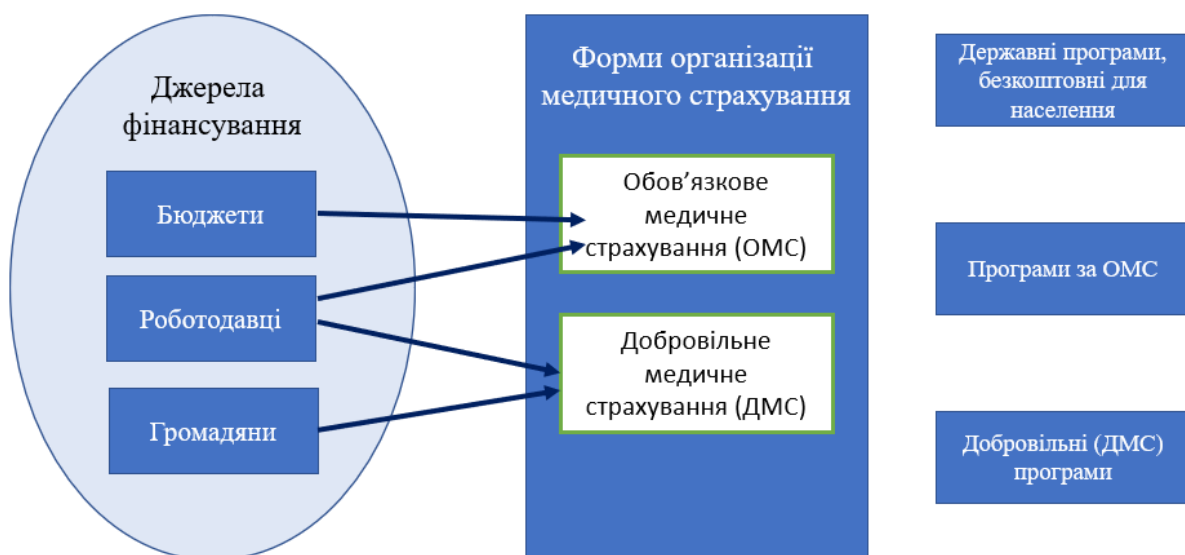


Рисунок 3.5 – Багаторівнева бюджетно- страхова модель медичного страхування

Джерело: складено автором

Згідно з даною схемою пропонується те, що функціонувати система охорони здоров'я буде не лише за рахунок коштів з бюджетів, а й за рахунок ДМС та ОМС. Тобто в кінцевому результаті існуватимуть три рівні відповідно яких будуть надаватися медичні послуги. Перший рівень – це державні програми, які будуть безкоштовними для населення, так званий життєзберігаючий рівень. Другий рівень – програми обов'язкового медичного страхування. Організацію обов'язкового

медичного страхування будуть забезпечувати як і держава, так і роботодавці. Добровільне медичне страхування зможуть забезпечити роботодавці і громадяни (за рахунок власних коштів). Розвиток обов'язкового медичного страхування дасть можливість знизити навантаження на бюджет держави та сформувати пакет медичних послуг, який буде доступний для усіх громадян. Проте для розвитку ОМС в Україні потрібно й враховувати деякі особливості, що наразі існують в законодавстві.

Наразі процес впровадження ОМС є доволі проблематичним. Введення цього виду страхування в ефективну роботу є складним на законодавчому рівні, адже проект щодо розвитку обов'язкової форми вже доволі довго існує. У 2020 році планувався законопроект щодо введення в Україні ОМС. Даний проект є важливим кроком у формуванні страхової моделі охорони здоров'я. Серед позитивних аспектів, які висвітлені у даному законопроекті є: введення страхових функцій у вітчизняну систему медицини, більшість коштів виділяється у місцеві бюджети, тощо. Але попри те, що законодавча база для розвитку ОМС має позитивні моменти, вона також має й безліч недоліків. Основним з них є недопрацювання у фінансуванні страхових внесків за непрацююче населення з місцевих бюджетів, так як в законі не зазначено джерела походження коштів на покриття внесків на медичну страховку [4].

Як відомо, вітчизняна середня заробітна плата знаходиться на одному з найнижчих рівнів серед країн Європи та СРСР. Так, як медичне страхування не є послугою з дешевих, правильно побудована модель обов'язкового медичного страхування дасть змогу поширити його серед усіх верств населення. Для подальшого розвитку системи обов'язкового медичного страхування пропонується модель з використанням диференціального підходу в залежності від рівня доходу громадян. Держава повинна забезпечувати соціальною підтримкою ті верстви населення, які є незахищеними, не мають доходу, або ж громадян із низьким рівнем доходу, відштовхуючись від законодавчо встановленого її рівня. На рисунку 3.6 зображено трирівневу сегментацію населення за рівнями доходів. Оскільки станом на 1 січня 2022 року мінімальний розмір заробітної плати становив 6 500 грн, тому

першим рівнем будуть громадян з доходами, що не перевищують цей показник. Сюди можна віднести пенсіонерів, студентів, дітей, непрацюючих громадян. До другого рівня відноситимуться ті громадяни, що мають стабільний рівень доходу (від 6 500 до 30 000 грн.). До третьої категорії входить уже заможні громадяни із розміром щомісячного доходу від 30 000 грн.



Рисунок 3.6 – Пропонована диференціація громадян за доходами

Джерело: складено автором

Така сегментація дозволить збалансувати систему фінансування охорони здоров'я та дасть поштовх до введення обов'язкового медичного страхування в Україні та охопить усі широкі верстви населення. Для кожного громадянина в залежності від рівня його доходу буде представлений свій пакет медичних послуг та свої умови функціонування ОМС. Дані представлено у таблиці 3.1.

Згідно з умовами, представленими у таблиці, дана модель ОМС передбачає сегментацію громадян за доходами, встановлення та накладання єдиного соціального внеску, відсоток якого залежатиме від групи людей за доходами. Сплата ЄСВ за ОМС послуги обов'язкового страхування в перспективі має дати можливість поповнювати місцеві бюджети, що не тільки дозволить забезпечувати

ефективне обов'язкове страхування, але й дасть можливість таким чином поповнювати кошти на фінансування галузі охорони здоров'я в цілому.

Таблиця 3.1 Умови функціонування моделі ОМС в Україні

Показник умови	Дохід нижче 12 000	Дохід від 12 000 до 50 000	Дохід вище 50 000
Розмір нарахування ЄСВ на заробітну плату	1,5%	2,5%	3,5%
Пакет медичних послуг	Поліклінічне та стаціонарне обслуговування. Відвідування лікаря будь-якої спеціальності (крім стоматолога). Здача аналізів (крім приватних клінік).	Поліклінічне та стаціонарне обслуговування. Відвідування лікаря будь-якої спеціальності (крім стоматолога). Здача аналізів. Консультації та онлайн-консультації лікаря та супровід під час захворювання. Знаходження на стаціонарі протягом місяця.	Послуги та супровід лікаря. Проходження обстежень у індивідуальному порядку без черг. Здача аналізів та перебування на стаціонарі протягом 2 місяців безкоштовно.
Страхова сума	До 70 000 грн	До 140 000 грн	Від 200 000 грн
Щомісячні ліміти	Лікар – 1 відвідування. Невідкладна медична допомога -2 рази. Аналізи – до 2 000 грн.	Лікар – 2 відвідування. Невідкладна медична допомога – 4 рази. Аналізи – до 4 000 грн	Необмежені послуги.
Вартість позалімітних послуг	Швидка – 500 грн. Лікар – 200 грн. Аналізи – в залежності від виду	Швидка – 500 грн. Лікар – 200 грн. Аналізи – в залежності від виду	Швидка – 500 грн. Лікар – 200 грн. Аналізи – в залежності від виду
Вартість послуг у стоматолога	Безкоштовне обстеження, деякі види лікування. Ліміт – 600 грн.	Безкоштовне обстеження, деякі види лікування, легкі операції. Ліміт – 2 000 грн.	Безкоштовне обстеження, деякі види лікування, операції складнішого типу. Ліміт – 10 000 грн.

Джерело: складено автором

Для того, аби зробити певний висновок про ефективність такої моделі медичного страхування, потрібно приблизно вирахувати прогнозу кількість ЄСВ, що надходитиме до бюджету щомісяця. Так як точної статистики, яка кількість населення отримує заробітну плату в залежності від її розміру немає, тому для розрахунку береться середня заробітна плата, яка зараз є на ринку і становить вона 14 500 грн на місяць. Якщо припустити, що середню заробітну плату отримує все зайняте населення (14 957,3 млн. осіб) та взяти для розрахунку ставку ЄСВ 2%, то розрахунки будуть виглядати наступним способом:

Рівень доходу 12 000-50 000 = $14957,3 * (14500 * 2,5\%) = 5\,422\,021\,250$ (грн).

Таким чином, припускається, що прогнозоване місячне надходження ЄСВ за пропонованою моделлю становитиме 5 422 021 250 грн. Дані надходження ЄСВ за 2021 рік подані у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 Надходження Єдиного соціального внеску за 2021 рік

Дата	Надходження (млн. грн.)	Надходження окремо за місяць
01.02.2021	23 075,10	-
01.03.2021	49 651,20	26 576,10
01.04.2021	76 645,70	26 994,50
01.05.2021	106 474,80	29 829,10
01.06.2021	132 785,10	26 310,30
01.07.2021	165 031,90	32 246,80
01.08.2021	194 311	29 279,10
01.09.2021	221 408,80	27 097,80
01.10.2021	250 317,90	28 909,10
01.11.2021	280 645,50	30 327,60
01.12.2021	310 451,60	29 806,10

Джерело: складено автором на основі даних [45].

Відповідно до даних таблиці можна зробити висновок про те, що за функціонування пропонованої моделі обов'язкового медичного страхування прогнозується значно більше надходження Єдиного соціального внеску. Таким чином можна говорити, що впровадження її б дало поштовх до покращення системи охорони здоров'я в цілому, забезпечення поповнення бюджету країни,

покращення умов роботи лікарів та медичних установ. Підхід, який передбачає сегментування населення за доходами є соціально справедливим, таким чином обов'язкове медичне страхування пошириться на широкі верстви.

3.3 Основні проблеми медичного страхування в Україні та пропозиції його покращення

Несформована цілісність комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування галузі охорони здоров'я є головною проблемою, яка не дозволяє внести корективи та забезпечувати медицину на засадах медичного страхування. Так як медичне страхування тісно пов'язане з усією галуззю охорони здоров'я, потрібно звернути увагу на її реформування. В країні потрібно створити умови, які б допомогли безболісно впровадити ОМС. Стаття 49 Конституції України суперечить умовам впровадження ОМС, адже вона стосується «безкоштовної медицини». Водночас, за статистикою найбільшу частку витрат на охорону здоров'я займають власні витрати громадян [46].

У сучасних ринкових умовах медицина не може бути повністю безкоштовною, а радянська система Семашка уже вичерпала свою ефективність. Ця система фінансується лише з державного бюджету, базується на загальних податках, контролюється децентралізовано, тому й ефективно працює лише за достатності коштів. Наразі українська медицина є недофінансованою.

Держава об'єктивно не зможе забезпечувати її безкоштовність повністю лише за рахунок усього бюджету, тому пропозиції щодо збільшення фінансування бюджету не можуть надати результат без якісної системи охорони здоров'я. За рахунок державних коштів мають фінансуватись стратегічні програми, тобто як уже зазначалось – програми першого рівня або життєзберігаючі, решта медицини має підпадати під обов'язкове та добровільне медичне страхування. Для того аби така система фінансування почала успішно імплементуватися в Україні, для

початку уряду потрібно чітко визначити, які види медичних послуг будуть надаватись абсолютно безкоштовно та які види будуть покриватися медичним страхуванням, а ті медичні послуги, що не підпадають під перший і другий рівень фінансування, будуть покриватися за допомогою добровільного виду страхування. Впровадження в Україні моделі страхової медицини дозволить покращити усю галузь в цілому, а саме: підвищити якість медичних послуг, сприяти розвитку науки та медичної інфраструктури, збільшувати розміри фінансування закладів охорони здоров'я, надавати доступ до якісних медичних послуг громадянам з низьким рівнем доходів.

Проте наразі є низка проблем, які перешкоджають впровадженню медичного страхування в Україні, серед яких:

- недостатня проінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини;
- недостатня підготовка спеціалістів у даній сфері, низькі зарплати лікарів, зниження престижності професії медика;
- застаріла матеріально-технічна база;
- уникнення страховими компаніями зобов'язань щодо оплати медичних послуг, адже страховики часто відмовляють покривати витрати за різними причинами;
- небажання страховиків здійснювати страхування осіб з низькою платоспроможністю та високими ризиками, що є основною частиною населення України;
- недопрацьована до кінця законодавча база, яка б регулювала медичне страхування;
- різне бачення механізму функціонування моделі чиновниками, медиками та страховиками;
- відсутність конкуренції на ринку медичних послуг [47];
- оподаткування страховиків, відсутність будь-яких податкових пільг. З початку 2015 року український страховий ринок перейшов на змішану систему оподаткування, а це означає, що страхові компанії крім 3% податку

з доходу почали сплачувати ще 18% податку від розміру прибутку, тобто отримали подвійний податок. Як це зазначено у Податковому кодексі України, страховики сплачують податок на прибуток 18%. Водночас тільки для страховиків Кодекс додатково визначає поняття дохід (об'єкт), яким є страхові премії нараховані за договорами страхування і співстрахування. До такого доходу (об'єкту) страховиків застосовується ставка податку у розмірі 3%. Перехід на подвійну систему наклав на страхові компанії податковий тягар, адже крім цього страховики змушені сплачувати й інші податки, наприклад, податок на додану вартість, який становить 20%, 22% податку, як ставки до сплати єдиного соціального внеску [5].

Забезпечення ефективності функціонування медицини та впровадження до неї страхового механізму на основі обов'язкового та добровільного медичного страхування потрібно здійснювати наступним чином:

- скористатись методикою надання платних медичних послуг не тільки у приватних медичних закладах, а й державних та комунальних установах, що сприятиме зменшенню кількості тіньових платежів лікарям. Для того, щоб запропонована модель медичного страхування почала працювати, передбачається, що кожна послуга має коштувати певну суму грошей, відповідно до прайс-листу, що повинен сформувати кожен заклад.

Керуючись принципом «гроші йдуть за пацієнтом», лікарні отримуватимуть повну фінансову автономію та забезпечуватиметься конкуренція як між приватними, так і державними закладами;

- підвищення рівня розвитку інфраструктури на науки в галузі медицини;
- надання доступу до якісних медичних послуг населенню з мінімальним рівнем доходів;
- акцентування уваги громадян на первинному медичному обслуговуванні та на профілактиці захворювань;
- вдосконалення контролю над якістю надання медичних послуг;
- створення чіткої нормативно правової бази для здійснення медичного страхування;

- заохочення страховиків здійснювати діяльність обов'язкового медичного страхування за допомогою податкових пільг;
- підвищення страхової культури населення.

Таким чином, медичне страхування в Україні й досі знаходиться на етапі становлення і його розвиток тісно пов'язаний із тим, якою буде система охорони здоров'я. Подальші кроки до реформування галузі медицини разом із впровадженням бюджетно-страхового принципу фінансування охорони здоров'я дасть можливість забезпечити якісні медичні послуги для широких верств населення, не перенавантажуючи таким способом державний бюджет.

Висновки до Розділу 3

У третьому розділі було розглянуто зарубіжний досвід функціонування медичного страхування та було запропоновано можливі шляхи вдосконалення теперішньої системи охорони здоров'я. Було визначено, що більшість розвинених країн світу сконцентровують свою увагу на розвитку обов'язкового та добровільного медичного страхування, що покращує галузь медицини в цілому, на що вказують такі показники як рівень смертності та середня тривалість життя. За допомогою статистичної інформації визначено, що світовий ринок медичного страхування буде зростати, так і буде зростати його попит у всьому світі. Проте, там де медицина не є розвиненою, як і економіка самих країн такого зростання не передбачається. Для того, аби забезпечити якісну та доступну всім медицину інші країни використовують медичне страхування, на що й варто звернути увагу Україні на даний момент.

Спираючись на міжнародний досвід, враховуючи розбалансованість вітчизняної системи охорони здоров'я та недоступності її для усіх верств населення, на що вказує велика частка приватних витрат на медицину в Україні, у даному розділі пропонується власна модель на основі бюджетно-страхового принципу фінансування охорони здоров'я та на основі сегментування населення за трьома категоріями доходів. Дана модель базується на створенні окремих умов обов'язкового медичного страхування для кожної категорії населення. Впровадження такої моделі медичного страхування в сучасну медицину має

наступні переваги: модель є соціально справедливою, адже внески громадяни сплачуватимуть відповідно до рівня своїх доходів, медичними послугами будуть забезпечуватися усі верстви населення, усі матимуть доступ до якісних медичних послуг, на ринку медичних послуг та серед медичних закладів створюватиметься конкуренція, за допомогою ринкових механізмів та конкуренції забезпечуватиметься ефективна система охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

На підставі проведених досліджень та аналізу можна зробити наступні висновки:

1. Медичне страхування є важливим елементом соціального добробуту населення. Державі потрібно приділяти достатньо уваги для його розвитку, адже воно сприяє підвищенню якості та доступності надання медичних послуг. За допомогою ефективної системи медичного страхування можна зменшити навантаження на державні бюджети та перекласти їх на плечі страхових компаній.
2. В роботі досліджено характеристику, переваги та недоліки основних моделей фінансування охорони здоров'я: модель Бісмарка, модель Бевериджа та приватна модель. Було досліджено історію становлення медичного страхування в Україні та розглянуто вітчизняну модель Семашка й визначено, що вона не є ефективним механізмом фінансування охорони здоров'я в Україні, так як розподіл коштів є нецільовим і відбувається за ліжко-місцем, а не за фактично надані медичні послуги. Розглянувши основні моделі, можна зробити висновок, що ідеального варіанту системи фінансування охорони здоров'я не існує, тому що у кожній країні свої особливості, пов'язані із структурою населення, розміром податків, тощо. В Україні мала б місце та модель, яка б забезпечувала населення необхідними йому медичними послугами персоніфіковано відповідно рівня доходів населення за рахунок внесків.
3. У другому розділі було проведено детальний аналіз ринку медичного страхування та галузі охорони здоров'я України. Було визначено наступне: кількість страхових компаній з кожним роком зменшується, що можна пояснити зміною вектору страхового ринку під європейські стандарти, на ринку залишаються найбільш надійні гравці. Валові страхові премії з медичного страхування протягом аналізованого періоду зростають, крім цього зростає і частка валових страхових премій з медичного страхування у загальній структурі премій. Валові страхові виплати з медичного страхування також показують динаміку

зростання, спостерігається високий рівень валових виплат з медичного страхування. У структурі премій за видами медичного страхування присутні добровільні види страхування такі як: безперервне страхування здоров'я, що займає найбільшу частку у структурі, страхування медичних витрат та страхування на випадок хвороби. Обов'язкове медичне страхування не фігурує у структурі, що пояснюється тим, що дана форма медичного страхування не працює ефективно та не має попиту серед населення. Неefективність функціонування системи Семашка ще раз доводиться статистикою ліжко-місць. Їх кількість перевищувала норму ВООЗ на 40-50%. Фінансування ліжко-місць без гарантій їх заповнення є неефективним, як і сама система.

4. Аналіз динаміки медичних кадрів дає виявити наступні проблеми, які впливають на зменшення кількості медичних працівників: зменшення кількості лікарів та молодших медичних працівників з вищою медичною освітою, зниження престижності медичних професій, дисбаланс медичних працівників між містом, селом, а також між різними ланками медичного забезпечення, низька та неконкурентна заробітна плата. Наступна проблема, що спонукає висувати пропозиції щодо зміни системи фінансування охорони здоров'я – це структура витрат на дану галузь. Більше половини витрат на медицину припадає на приватні витрати громадян, в той час як добровільне та обов'язкове медичне страхування займає мізерну частку в даній структурі.

5. Аналіз структури видатків за різними програмами дає зрозуміти, що галузь охорони здоров'я не є найбільш пріоритетною галуззю як освіта чи безпека та громадський порядок. Хоч і видатки на охорону здоров'я з кожним роком зростають, проте частка витрат на охорону здоров'я до ВВП залишається малою, а зростання економіки в цілому відбувається швидшими темпами, ніж зростання частки видатків на охорону здоров'я. В структурі видатків за різними рівнями медичного забезпечення найбільше з державного бюджету фінансується вторинна ланка, тоді як первинна ланка фінансується за кошти місцевих бюджетів. Пандемія COVID-19 повністю показала, що вітчизняна система охорони здоров'я є неефективною. Незважаючи на ряд програм страхування від COVID-19, що

пропонують страхові компанії, в Україні все ще існує проблема з державним медичним страхуванням, яке має недостатньо коштів, аби здійснювати фінансування виявлення та лікування коронавірусу. Забезпечення обов'язковим медичним страхуванням лікарів відсутнє. Наразі в Україні розроблено лише порядок страхування медиків на випадок виявлення ВІЛ, а порядку страхування від інших інфекцій немає.

6. У третьому розділі розглянуто зарубіжний досвід функціонування медичного страхування. Розглянуто показник середньої тривалості життя і виявлено, що середнє цього значення в країнах Європи сягає 81 рік, в той час в Україні люди живуть на 9 років менше. За аналізом показника рівня смертності було виявлено, що в Україні цей показник є одним з найбільших у світі, що говорить про нерозвинену систему охорони здоров'я. Розглянувши зарубіжний досвід, можна сказати, що серед витрат на охорону здоров'я основну частину займають витрати на добровільне страхування та обов'язкове страхування, в той час як в Україні переважають приватні витрати громадян. Розгляд структури світових премій за різними видами страхування дає зрозуміти, що медичне страхування є одним з найбільш популярних видів страхування і що його попит надалі зростатиме. Аналіз вітчизняного та іноземного досвіду медичного страхування дає виявити наступні проблеми його функціонування в Україні: недостатня проінформованість населення про можливості медичної страховки, недостатня підготовка спеціалістів у даній сфері, відсутність чіткого законодавства, відсутність податкових пільг для страховиків, подвійне оподаткування, різне бачення страховиками та іншими учасниками медичної страхової моделі.

7. На підставі теоретичних досліджень та проведеного аналізу пропонується власна модель медичного страхування з акцентом на обов'язкову його форму. Враховуючи неефективність наявної моделі, недостатнього фінансування медицини, сильну корумпованість та недоступність медичних послуг усім громадянам, пропонується сегментувати населення за рівнем доходів, де кожен громадянин має належати до однієї із трьох категорій. Для кожної з цих груп буде свій набір медичних послуг та відсоток ЄСВ, що залежатиме від доходу. За

допомогою такого механізму сплати ЄСВ досягатиметься більша його кількість, аніж наявна зараз. Крім цього, поповнюватиметься бюджет країни і держава зможе розподіляти отримані доходи на покращення якості медичних послуг, фінансування медичних закладів, тощо. Дана модель сприятиме збільшенню кількості застрахованих, збільшенню надходжень ЄСВ та забезпечить доступність медицини для усіх верств населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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>
2. 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. 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>
4. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Проект Закону України від 19.03.2013 № 2957. Київ. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A>
5. Податковий кодекс України. Кодекс від 02.12.2010 № 2755-VI. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>
6. Вовчак О.Д. Страхування: Навч. Посібник. Львів, 2006. 480 с.
7. Базилевич В. Д., Філонюк О. Ф., Базилевич К. С. та ін.. Страхування: Підручник. Київ, 2008. 1019 с.
8. Говорушко Т. А. Страхіві послуги: Підручник. Київ, 2011. 376 с.
9. Осадець С. С. Страхування: Підручник. Київ, 2002. 599 с.
10. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Фінансові послуги*. 2017. № 1. С.35-39.
11. Стеценко В. Медичне страхування як складова системи страхування. *Форум права*. 2009. № 3. С. 597-602.
12. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43-47.

13. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2017. № 23. С. 76-80.

14. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні в сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 55-60.

15. Базилевич А. Я. Види медичного страхування: кому і що вони гарантують? *Вісник Львівського медичного університету*. 2015. № 1. С. 9-12.

16. Баєв В. В., Антоненко І. Я., Баєва О. В. Організаційно-правові засади медичного страхування туристів. *Гроші, фінанси і кредит*. 2019. № 2. С. 137-147.

17. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. 2020. №53. С.104-114.

18. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. 2021. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny>

19. Петрушка, О. В. Світовий досвід фінансової підтримки охорони здоров'я: уроки для України. *Науковий вісник Полісся*. 2016. №3. С.247-252.

20. Стешенко О. Д. Медичне страхування в умовах пандемії. *Економіка та суспільство*. 2021. № 25. С. 1-5.

21. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5. С. 109-114.

22. Що потрібно знати про медичну реформу? URL: <https://vysh.gov.ua/shho-potribno-znaty-pro-medychnu-reformu/>

23. Розвиток економіки та бізнес-адміністрування: наукові течії та рішення. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції. (21 жов. 2021, Київ). Київ, 2021. 253 с.

24. Статистика страхового ринку України. Інтернет-журнал «Форіншурер». URL: <https://forinsurer.com/>

25. Sigma 4/2020. World insurance: riding out the 2020 pandemic storm. URL:https://www.swissre.com/dam/jcr:05ba860548d340b6bb79b891cbd11c36/sigma4_2020_en.pdf
26. Терещенко Т. Є., Карпушкіна О. С., Клокова Л. О. Аналіз рівня довіри населення до страхових послуг. *Ефективна економіка*. 2019. № 6. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7148>
27. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки університету «КРОК»*. 2018. № 49. С.80–92.
28. Сабецька Т. І. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2021. № 27. С. 1-8.
29. Центр медичної статистики МОЗ України. Київ, 2022. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>
30. Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Організація охорони здоров'я*. 2020. №1. С. 20-26.
31. Worldbank data. 2022. URL: <https://data.worldbank.org/>
32. Чи є майбутнє у добровільного медичного страхування в Україні? 2021. URL: <https://www.pravda.com.ua/columns/2021/01/29/7281700/>
33. Державний веб-портал бюджету для громадян. Київ, 2022. URL: <https://openbudget.gov.ua/>
34. Бюджетні видатки на охорону здоров'я зростуть до 224 млрд грн у 2022 році. Київ, 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/byudzhetni-vidatki-na-ohoronu-zdorovya-zrostut-do-224-mlrd-grn-u-2022-roci-roman>
35. Климук Н. Я., Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов Covid-19. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 47-50.
36. Сосновська О. О., Баліцька Г. О. Розвиток медичного страхування в умовах COVID-19. *Збірник наукових праць Університету державної фіскальної служби України*. 2020. №1. С. 325-337.

37. Кириченко А. В. Досвід українського та італійського медичного страхування в боротьбі з COVID-19. 2021. С. 64-68.

38. Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. (05 лис. 2021, м. Дніпро). Дніпро, 2021. 432 с.

39. Інформаційне суспільство: технологічні, економічні та технічні аспекти становлення. Матеріали міжнародної наукової інтернет конференції. (11-12 трав. 2022, м. Тернопіль). Тернопіль, 2022. 133 с.

40. Death rate – the world factbook. 2022. URL: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/death-rate/country-comparison>

41. Офіційний сайт міжнародної організації співробітництва та розвитку. Париж, 2022. URL: <https://data.oecd.org/>

42. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де – найдорожчі. URL: <https://www.apteka.ua/article/524775>

43. Актуальні питання економіки, обліку та фінансів в Україні. Матеріали міжвузівської студентської науково-практичної конференції. (29 бер. 2018, м. Ірпінь). Ірпінь, 2018. 277 с.

44. Sigma 3/2021. Recovery gains pace. URL: <https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research/sigma-2021-03.html>

45. Офіційний сайт Міністерства Фінансів України. Надходження ЄСВ. Київ, 2022. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/treasury/social/>

46. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики у сфері охорони здоров'я. *Інвестиції, практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83-86.

47. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2020. № 1. С. 34-48.

ДОДАТКИ

Додаток А

Страхові премії до ВВП у 2019-2020 роках, %

Рейтинг	Країна	Загальні премії		Страховання життя		Ризикове страхування	
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
2	Тайвань	19,97	17,4	16,51	14	3,46	3,4
5	США	11,43	12	2,92	3	8,51	9
7	Великобританія	10,30	11,1	7,99	8,8	2,31	2,3
9	Фінляндія	10,17	10,7	8,30	8,9	1,87	1,8
10	Нідерланди	9,22	9,6	1,59	1,5	7,63	8,1
13	Італія	8,33	8,6	6,15	6,3	2,18	2,3
45	Чехія	2,83	2,9	0,91	0,9	1,93	2,0
49	Мексика	2,42	2,6	1,13	1,2	1,29	1,4
59	Еквадор	1,66	2,2	0,40	0,5	1,26	1,7
73	Україна	1,52	1,4	0,12	0,1	1,4	1,3
74	Росія	1,35	1,4	0,37	0,4	0,97	1
83	Казахстан	0,69	0,7	0,22	0,2	0,47	0,5

Джерело: складено автором на основі даних [25].

Додаток Б

**Динаміка валових та чистих страхових премій та виплат за видами
медичного упродовж 2015-2021 років (млн. грн.)**

Роки	Показник	Види медичного страхування			
		Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхування медичних витрат	Обов'язкове медичне страхування
2015	ВСП	1 929,2	269,4	490,7	0
	ЧСП	1 862,1	265,7	469,1	0
	ВСВ	1 198,5	47,3	169,2	0
	ЧСВ	1 197,8	47,3	169,1	0
2016	ВСП	2 356	292,6	726,9	0,0001
	ЧСП	2 280,2	290,4	671,2	0,0001
	ВСВ	1 341,3	23,7	216,7	0
	ЧСВ	1 339,0	23,7	216,1	0
2017	ВСП	2 881,3	405,1	890,9	0
	ЧСП	2 673,9	394,8	833,2	0
	ВСВ	1 672,0	32,5	263,4	0
	ЧСВ	1 671,6	32,5	261,3	0
2018	ВСП	3 486,7	491,8	1 345,0	0
	ЧСП	3 243,1	473,7	1 098,7	0
	ВСВ	2 095,4	33,4	312,8	0
	ЧСВ	2 094,9	33,4	311,4	0
2019	ВСП	4 470,3	684,1	1 885,5	0
	ЧСП	4 268,8	614,5	1 685,8	0
	ВСВ	2 602,8	69,3	349,8	0
	ЧСВ	2 602,8	69,3	349,7	0
2020	ВСП	5 300,5	906,9	1 110,5	0,6
	ЧСП	5 078,2	835,8	1 034,6	0,6
	ВСВ	2 740,6	161,8	258,6	0,3
	ЧСВ	2 739,6	161,8	258,4	0,3
9 міс. 2021	ВСП	5 028,6	835,1	1 568,9	0,0
	ЧСП	4 885,7	812,6	1 486,5	0,0
	ВСВ	2 438,8	225,4	202,3	0,1
	ЧСВ	2 438,4	225,4	201,1	0,1

Джерело: складено автором на основі даних [24].

Додаток В

**Структура видатків з Державного бюджету за різними рівнями медичного
забезпечення за 2021 рік**

Стаття видатків	Сума, млрд. грн
Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога:	252 914 243,70
<i>Поліклініки загального профілю та амбулаторії</i>	0,00
<i>Спеціалізовані та стоматологічні поліклініки</i>	252 914 243,70
<i>Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги</i>	0,00
<i>Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги</i>	0,00
<i>Фельдшерсько-акушерські пункти</i>	0,00
Лікарні та санаторно-курортні заклади:	14 088 269 576,17
<i>Лікарні загального профілю</i>	1 543 969 029,59
<i>Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади</i>	11 618 900 521,83
<i>Перинатальні центри та пологові будинки</i>	0,00
<i>Санаторно-курортні заклади</i>	925 400 024,75
Санітарно-профілактичні та протиепідемічні заклади	7 363 157 219,69
Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері охорони здоров'я	881 484 983,29
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	147 919 347 017,81
<i>Інші заклади у сфері охорони здоров'я</i>	147 919 347 017,81
<i>Будинки дитини</i>	0,00
<i>Станції переливання крові</i>	0,00
Охорона здоров'я	1 490 258 911 358,77

Джерело: складено автором на основі даних [33].