

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

«До захисту допущено»

Директор НН ІПО

_____ **О.А. Ганич**
(підпис)

«__» _____ **2020р.**

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня «магістр»

на тему: «Страхування в системі фінансування галузі охорони здоров'я України»

Виконав студент ІІ курсу, групи ДС-22-19а
Спеціальності 281 Публічне управління і адміністрування
Освітньо-професійна програма підготовки «Державна служба»

ГУСАК Олександр Вікторович

Керівник: к.е.н., доцент, доцент кафедри управління
і фінансово-економічної безпеки Марина А.С.

(підпис)

Рецензент: д.е.н., професор, завідувач кафедри управління
і фінансово-економічної безпеки Попова О.Ю.

(підпис)

*Засвідчую, що у цій кваліфікаційній роботі
немає запозичень з праць інших авторів без
відповідних посилань.*

Студент _____
(підпис)

Покровськ–2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Освітній ступінь «магістр»

Спеціальність 281 Публічне управління і адміністрування

Освітньо-професійна програма підготовки «Державна служба»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Директор НН ІПО

_____ **О.А. Ганич**
(підпис)

«__» _____ 2020 р.

**ЗАВДАННЯ
НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

1.Тема проекту (роботи) _____

Керівник проекту (роботи) _____,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Затверджені наказом від «__» _____ 2020 року № _____

2.Строк подання студентом проекту (роботи) _____

3.Вихідні дані до проекту (роботи) _____

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) _____

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

6.Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

7.Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строки виконання етапів проекту (роботи)	Примітка

Студент

(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

(підпис) (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Гусак О.В. Страхування в системі фінансування галузі охорони здоров'я України / Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (освітньо-професійна програма «Державна служба»). – ДВНЗ ДонНТУ, Покровськ, 2020.

Галузь охорони здоров'я на сьогодні чи не найбільше потребує фінансування не тільки з державного бюджету, а й за рахунок коштів спеціалізованих фондів. Прийнята концепція реформування медичної галузі в Україні передбачає кардинальну зміну в підходах формування фінансових ресурсів медичними закладами. В теоретичній частині роботи досліджено підходи до фінансування системи охорони здоров'я України, проаналізовано необхідність та стан реформування вітчизняної медичної галузі, охарактеризовано роботу Національної служби здоров'я України.

В аналітичній частині проаналізовано стан фінансування медицини у світі, визначено загальносвітові тенденції формування видатків на охорону здоров'я, оцінено стан фінансування галузі охорони здоров'я України, охарактеризовано програми державних медичних гарантій як ключового елемента системи реформування фінансування галузі охорони здоров'я.

В рекомендаційній частині досліджено особливості медичного страхування, зокрема добровільного медичного страхування, проаналізовано розвиток вітчизняного ринку добровільного медичного страхування, оцінено перспективи впровадження медичного страхування для оплати медичних послуг в Олександрівському районі Донецької області.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медична субвенція, програма медичних гарантій, медичні послуги, медичне страхування.

ABSTRACT

Gusak O.V. Insurance in the Ukraine's health care financing system // Qualifying work for obtaining an educational degree «Master» in specialty 281 «Public management and administration» (educational and professional program «Civil service»). – Donetsk National Technical University, Pokrovsk, 2020.

Healthcare today most of all needs funding not only from the state budget, but from specialized funds. The adopted concept of reforming the medical industry in Ukraine provides for a radical change in the approaches to the formation of financial resources of medical institutions. In the theoretical part of the work, approaches to financing the health care system of Ukraine are investigated, the necessity and state of reforming the domestic medical industry are analyzed, the work of the National Health Service of Ukraine is characterized.

In the analytical part, the state of financing of medicine in the world is analyzed, global trends in the formation of health care costs are determined, the state of financing of health care in Ukraine is assessed, programs of state medical guarantees are characterized as a key element of the system of reforming health financing.

In the recommendatory part, the features of medical insurance, including voluntary medical insurance, are investigated, the development of the domestic market of voluntary medical insurance is analyzed, the prospects for the introduction of medical insurance to pay for medical services in the Aleksandrovsy district of the Donetsk region are assessed.

Keywords: health care system, medical subvention, medical guarantee program, medical services, medical insurance.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ	
ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	9
1.1 Система фінансування медичних послуг	9
1.2 Реформування системи фінансування медицини в Україні	14
1.3 Діяльність Національної служби здоров'я України	21
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	27
2.1 Оцінка стану фінансування медицини у світі	27
2.2 Оцінка стану фінансування медицини в Україні	33
2.3 Програми державних медичних гарантій	39
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3	45
3.1 Особливості медичного страхування	45
3.2 Програми страхової медицини	52
3.3 Перспективи впровадження недержавного страхування в Олександрівському районі	59
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70

ВСТУП

Галузь охорони здоров'я на сьогодні чи не найбільше потребує фінансування не тільки з державного бюджету, а й за рахунок коштів спеціалізованих фондів. Прийнята концепція реформування медичної галузі в Україні передбачає кардинальну зміну в підходах формування фінансових ресурсів медичними закладами. Створення Національної служби здоров'я України та реалізація програми державних медичних гарантій є першими кроками покращення і якості надаваних медичних послуг і умов фінансування закладів охорони здоров'я. Разом з тим, досить перспективним і широко використовуваним інструментом залучення фінансових ресурсів у світовій практиці є добровільне медичне страхування. В Україні розвиток даного сегменту страхового ринку гальмується низкою об'єктивних факторів, зокрема недовіра населення до фінансових установ та низький загальний рівень доходів громадян відносно вартості полісів добровільного медичного страхування. Тому дослідження перспектив включення медичного страхування до складу альтернативних джерел фінансування розвитку галузі охорони здоров'я України є досить актуальним та своєчасним завданням.

Метою роботи є визначення ролі страхування в системі фінансування закладів охорони здоров'я України на основі дослідження процесу реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я та вивчення позитивного досвіду системи медичного фінансування країн світу.

Для досягнення поставленої мети в роботі були поставлені та вирішені наступні завдання:

- проаналізувати існуючі підходи до побудови фінансування галузі охорони здоров'я;

- дослідити стан реформування вітчизняної медичної галузі;

- охарактеризувати діяльність Національної служби здоров'я України;

- проаналізувати стан фінансування галузі охорони здоров'я у світі;

оцінити рівень фінансування медичної галузі в Україні;
розглянути програми державних медичних гарантій;
дослідити особливості медичного страхування;
проаналізувати розвиток вітчизняного ринку добровільного медичного страхування;

оцінити перспективи впровадження послуг недержавного медичного страхування в діяльність районного закладу охорони здоров'я.

Об'єктом роботи є система фінансування закладів охорони здоров'я України.

Предметом роботи є теоретичні та методичні підходи, практичні рекомендації щодо використання недержавного медичного страхування в якості джерела фінансування закладів охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети в роботі використовувалися загальнонаукові та спеціальні методи: узагальнення, групування, аналізу та синтезу, коефіцієнтний метод, графічного представлення результатів.

Інформаційною базою роботи є нормативне та методичне забезпечення реформування галузі охорони здоров'я України, накази та положення щодо організації фінансування медичних закладів, наукові, публіцистичні та аналітичні матеріали щодо розвитку системи добровільного медичного страхування, публікації вітчизняних та зарубіжних науковців та практиків щодо систем фінансування галузі охорони здоров'я, соціального та медичного страхування, статистичні дані Державної служби статистики України, матеріали мережі Інтернет.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Система фінансування медичних послуг

Світова пандемія, викликана коронавірусним захворюванням (COVID-19) змусила не тільки громадськість, а й керівництво країн та світових організацій переглянути цінності та перемістити акценти в галузь охорони здоров'я. Відповідно до дослідження Світової організації охорони здоров'я (*World Health Organization*) [3] тривалість здорового життя у глобальному вимірі стає довшою, проте, звісно, залишаються істотні дисбаланси в наданні медичних послуг в різних регіонах світу. Разом з поширенням медичних послуг, зростає їх вартість: в країнах що розвиваються в середньому на 6 % в рік дорожчає медицина, в розвинених країнах щорічний приріст вартості медичних послуг складає 4 %. У 2019 р. витрати на медицину становили 10 % глобального ВВП, випереджаючи за темпами зростання світову економіку. Разом з тим у переважній більшості країн що розвиваються існує проблема фінансування галузі охорони здоров'я.

У світовій практиці в основному використовуються три основних джерела фінансування медичної допомоги населенню країни (рис. 1.1). Відсутність єдиного «ідеального» підходу до фінансування галузі охорони здоров'я є наслідком появи чисельних аналітичних звітів, оглядів та рейтингів, для побудови яких використовуються різні показники, фактори, умови. Проте переважна більшість країн використовує моделі страхової медицини, яка, звісно ж залежить від джерела фінансування медичних послуг. Вітчизняна галузь охорони здоров'я на сьогодні також опинилася перед необхідністю впровадження певних елементів системи страхової медицини, що обумовлено необхідністю залучення додаткових джерел фінансування та розвитку галузі.



Рис. 1.1 – Джерела фінансування медичних послуг

На думку [50] усі існуючі на сьогодні системи фінансування охорони здоров'я можна привести до одного з чотирьох основних типів: модель Бісмарка, модель Беверіджа, гібридна модель та модель прямої оплати (рис. 1.2).

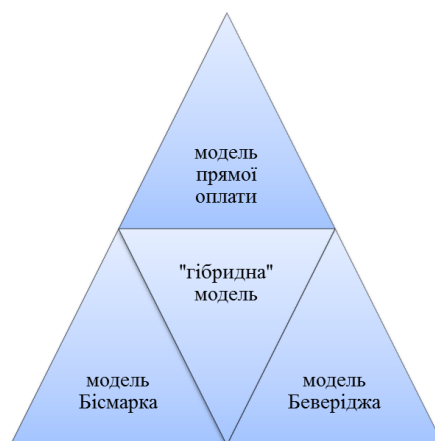


Рис. 1.2 – Моделі страхової медицини.

За моделлю Бісмарка передбачається функціонування приватних медичних закладів, а фінансування послуг з охорони здоров'я за рахунок спільних внесків роботодавців та робітників. Модель Беверіджа навпаки описує надання медичних послуг державними закладами охорони здоров'я за рахунок фінансування урядом країни. «Гібридна» модель передбачає використання елементів обох попередніх моделей: певні державні (національні) страхові програми обмежуються відшкодуванням за окремі медичні послуги,

встановлюючи черговість отримання медичних послуг громадянами. В умовах застосування моделі прямої оплати можливе існування і державних і приватних закладів охорони здоров'я, послуги яких оплачуються безпосередньо споживачем. Порівняльна характеристика зазначених моделей наведена в табл.1.1.

Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика основних моделей страхової медицини

Модель	Країни, в яких застосовуються	Форма власності закладів охорони здоров'я	Фінансування медичних послуг	Формування фонду фінансування
модель Бісмарка	Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди, Японія, Швейцарія, деякі країни Латинської Америки	Приватні медичні заклади	Фонд страхування працівників	Спільне фінансування роботодавцями та працівниками шляхом вирахувань з заробітної плати
модель Беверіджа	Великобританія, Іспанія, більша частина Скандинавії, Нова Зеландія	Більшість медичних закладів державні	медичне обслуговування надається та фінансується урядом	за рахунок податкових відрахувань
«Гібридна модель»	Канада, Тайвань та Південна Корея	Приватні медичні заклади	Державні програми страхування	За рахунок внесків кожного громадянина
Модель прямої оплати	застосовується у багатьох розвинених країнах	Приватні та державні медичні заклади	За рахунок споживачів медичних послуг	Персональні фонди громадян

Складено за матеріалами [50]

Україна розпочала реформування як самої системи охорони здоров'я так і форм її фінансування, при чому необхідність впровадження страхової медицини вже не викликає гострих дискусій. Окремі дослідження свідчать про необхідність подальших суттєвих змін в системі формування та перерозподілу коштів на медичне забезпечення населення. Наявний на сьогодні механізм фінансування передбачає покриття поточних медичних витрат всім пацієнтам за рахунок загального фонду державного бюджету. При чому спостерігалось

скорочення видатків на охорону здоров'я в структурі державного бюджету за функціональною класифікацією. Для продовження функціонування державної моделі фінансування потрібні чималі видатки з бюджету, зокрема у Великобританії в середньому на рік на одного пацієнта витрачається майже 4 500 дол. США, в Норвегії та Швейцарії – 7 000 дол. США, Люксембурзі – 8 000 дол. США, Сполучених штатах – 10 000 дол. США. В Україні ж обсяг витрат на медичне обслуговування одного пацієнта складає близько 100 дол. США, це з урахуванням того, що майже 60 % медичних послуг сплачуються безпосередньо пацієнтом, а не державою [50, 23]. Відсутність окремих страхових фондів покриття витрат на охорону здоров'я значно ускладнюють процес реформування системи фінансування охорони здоров'я. В формуванні спеціалізованих фондів доречно скористатися позитивним досвідом зарубіжних країн (табл. 1.2), які використовують збори на обов'язкове медичне страхування (ОМС) з доходів населення.

Таблиця 1.2 – Використання зборів обов'язкового медичного страхування

Країна	Розмір ставки	Принцип розподілу	Примітка
Молдова	7% від доходу працівника	3,5% – роботодавець, 3,5% – працівник	за непрацюючих платить держава
Польща	7,77% від доходу працівника	повністю сплачує роботодавець	
Казахстан	5% від доходу працівника	3% – роботодавець, 2% – працівник	Поступова система впровадження до 2020 р. для роботодавця: 1%; 1,5%; 3%; для працівника 1%, 2%
Литва	9% від доходу працівника	3% – роботодавець 6%– працівник	
Естонія	13% від доходу працівника	повністю сплачує роботодавець	
Латвія	5% від мінімальної заробітної плати	за працівника сплачує роботодавець	Фіксований річний платіж

Складено за матеріалами [23]

Відповідно до дослідження [50] за 2015-2020 рр. країна вже зробила перші кроки до впровадження медичного страхування й робота в цьому напрямку передбачає активізацію. Впровадження повноцінної системи

обов'язкового медичного страхування з формуванням окремого страхового фонду дозволить вирішити чималу кількість проблем у процесі фінансування як закладів охорони здоров'я так і самих медичних послуг. В цілому ж становлення страхової медицини в Україні можна умовно поділити на три етапи (рис. 1.3).

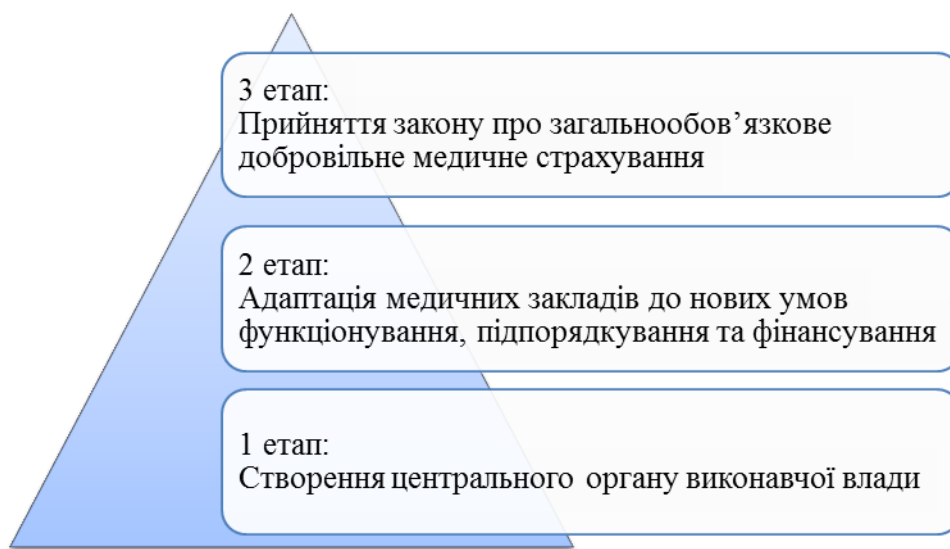


Рис. 1.3 – Етапи впровадження страхової медицини в Україні

На першому етапі створено центральний орган виконавчої влади, який має реалізовувати державну політику у сфері фінансового забезпечення медичного обслуговування населення країни. Національну службу здоров'я України (НСЗУ) було створено у грудні 2017 р. і вона мала стати попередником органу обов'язкового державного страхування. НЗСУ реалізує програми державних медичних гарантій, в межах яких вже функціонує первинна допомога. З першого півріччя 2020 р. за програмами медичних гарантій почали фінансуватися екстрена, вторинна, третинна, паліативна допомога та реабілітація.

На другому етапі передбачається адаптація медичних закладів до нових умов функціонування, підпорядкування та фінансування. Передбачається

формування конкурентного середовища на рику медичних послуг шляхом надання можливості пацієнтам самостійно обирати медичний заклад для отримання медичної допомоги. Неефективні підходи до управління медичними закладами або невідповідний рівень послуг призведуть до того, що з ринку піде частина медичних установ.

На третьому етапі передбачається прийняття закону про загальнообов'язкове добровільне медичне страхування із залученням до цього процесу як державних так і приватних страхових компаній, оскільки державний страховальник повинен забезпечувати мінімальний набір медичних послуг з врахуванням пріоритезації, а приватні страхові компанії в змозі забезпечити додаткові страхові програми на більш широкий спектр медичних послуг та для окремих популяцій населення, наприклад, для працюючих осіб.

Загалом впровадження страхової медицини має сприяти покращенню якості надання медичних послуг, рівня фінансування закладів охорони здоров'я та надати гарантії отримання необхідної медичної допомоги. При цьому держава має забезпечити мінімальний рівень страхування (невідкладна допомога) для малозабезпечених верств населення та надати можливість розширеного страхування через приватні страхові компанії

1.2 Реформування системи фінансування медицини в Україні

Система охорони здоров'я в Україні вже тривалий час потребувала реформування, про що свідчить якість та обсяги надаваних медичних послуг, рівень задоволеності населення медичними послугами, матеріальний стан закладів охорони здоров'я та рівень фінансування галузі. У дослідженні [16] наголошується на необхідності першочергового реформування саме системи фінансування галузі охорони здоров'я України з використанням позитивного досвіду іноземних країн.

До початку реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я кошти надходили з державного та місцевих бюджетів, при чому істотний дефіцит бюджету галузі та його постійне скорочення призвели до значного погіршення як якості медичної допомоги так і можливостей функціонування окремих закладів охорони здоров'я. Існуючий механізм фінансування закладів охорони здоров'я (рис. 1.4) не надавав можливостей розвитку надавачам медичних послуг.



Рис. 1.4 – Порядок фінансування закладів охорони здоров'я України [16]

Посідаючи одне з останніх місць в Європі за станом галузі охорони здоров'я, маючи високі показники захворюваності та смертності на фоні низької тривалості життя населення, у 2014 році Україна обирає шлях до реформування системи охорони здоров'я. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на 2015-2020 рр. [27] визначила три фундаментальні принципи, що повинні застосовуватися в усіх секторах системи охорони

здоров'я та відображатися на кожному етапі проваджуваної реформи (табл.1.2).

Таблиця 1.2 – Фундаментальні принципи реформування системи охорони здоров'я України

	Принцип	Основні результативні складові
1	Орієнтованість на людей	система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо.
2	Орієнтованість на результат	результативність допомоги та/ або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості.
3	Орієнтованість на втілення	Необхідність проведення підготовчої роботи, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

Складено за [27]

Поряд з архітектурою системи, принципами функціонування оновлених закладів охорони здоров'я (з урахуванням оптимізації їх чисельності), в Стратегії також висвітлено новий механізм фінансування галузі. Джерелом більшої частини фінансування має залишитись надходження з загального бюджету з поступовим зменшенням частки готівкових платежів пацієнтів. При чому зазначається необхідність залучення додаткових коштів на основі нових організаційних моделей залучення коштів, зокрема страхування, спільні спеціалізовані фонди тощо. Також мають бути розподілені функції покупців та постачальника медичних послуг. Зростання ефективності використання коштів

у сфері охорони здоров'я вбачається також у переході від прямого управління фінансуванням закладів охорони здоров'я до узгоджених схем відшкодування на основі договорів з надання медичних послуг.

З метою вирішення питань фінансування галузі охорони здоров'я в контексті виконання Національної стратегії реформування галузі пропонується створення напівавтономної структури – Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я. Ключовими функціями даної структури мають бути закупівля медичних послуг, проведення переговорів з їх постачальниками, здійснення централізованих платежів за надані медичні послуги.

Концептуальним документом, яким було закріплено курс на реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні стало Розпорядження Кабінету міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р від 30.11.2016 р. [40] Основний етап реформування системи охорони здоров'я розпочався у 2017 р. з ухвалення Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [38], в якому закріплено підходи до фінансування системи охорони здоров'я та створення Національної служби охорони здоров'я (НСЗ). Тож у 2016 році розпочалося впровадження комплексних змін у галузі охорони здоров'я (рис. 1.5).

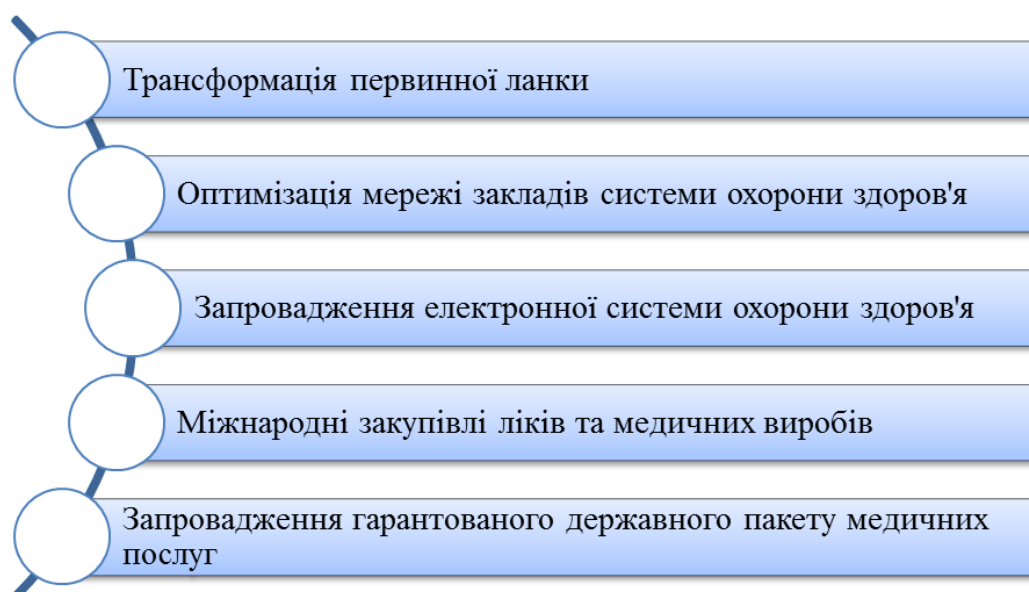


Рис. 1.5 – Комплекс напрямів реформування галузі охорони здоров'я

Реформування системи охорони здоров'я розпочалося з первинної ланки – населення країни самостійно, незалежно від місця проживання та реєстрації отримало можливість обирати сімейного лікаря (терапевта чи педіатра). Покриття витрат для пацієнтів здійснюється НСЗУ з державного бюджету на основі підписаних декларацій. Автономізація закладів первинної медико-санітарної допомоги надала можливість вільного розпорядження наявними коштами, що сприяє більш ефективному їх використанню. Керівники медичних закладів виходячи з наявного бюджету установи можуть переоснащувати заклад, встановлювати надбавки персоналу, проводити лабораторні дослідження тощо.

На балансі Міністерства охорони здоров'я з початку незалежності країни знаходиться чимало закладів охорони здоров'я, що є економічно необґрунтованим. Відповідно до змін системи фінансування (субвенції залежать від кількості населення регіону) провадиться оптимізація мережі медичних установ. Утворюються певні госпітальні округи з центральною лікарнею, яка має надавати достатній рівень медичної допомоги на рівні багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування (в ній лікуватимуть найскладніші випадки) та інші лікарні другого рівня (виконуватимуть допоміжні функції). В межах одного госпітального округу громадянин-пацієнт повинен мати змогу добратися до центральної лікарні самостійно (або «швидкою допомогою») протягом однієї години.

Ще одним кроком реформування системи є запровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth, яка допомагає медичним працівникам надавати, а пацієнтам отримувати якісну медичну допомогу. Система дозволяє контролювати ефективність використання виділених на охорону здоров'я державних коштів, а також запобігати зловживанням. В системі eHealth вже реалізується програма «Доступні ліки» - пацієнти отримують медикаменти лише за електронними рецептами. Для лікарів первинної ланки в тестовому режимі вже доступний продукт «Електронна медична картка», триває робота

над запровадженням електронних лікарняних листів.

В рамках трансформації системи охорони здоров'я розпочалися централізовані закупівлі ліків за рахунок держави через міжнародні організації. Завдяки співпраці з міжнародними організаціями в країні з'явилися нові препарати, які зареєстровані та доступні для громадян; з'явилася можливість придбати певні медичні препарати за більш низької ціною, що дозволяє економити бюджетні кошти та більш ефективно їх використовувати. З 2018 р. розпочало діяльність Державне підприємство «Медичні закупівлі України», яке є основною закупівельною організацією медичних препаратів в країні, забезпечує своєчасне постачання якісних препаратів закладам охорони здоров'я та населенню країни.

Наступний етап реформування системи охорони здоров'я – впровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Найсуттєвішою реформою в системі фінансування має бути перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги. Запропонований механізм оплати має забезпечувати додаткові стимули для медичних працівників реагувати на потреби усіх без винятку пацієнтів, дотримуючись при цьому економії витрат та ефективності лікування. Впроваджується принцип «гроші ідуть за пацієнтом». Важливим етапом в реформуванні механізму фінансування галузі є запровадження медичного страхування. Надходження від медичного страхування мають суттєво покращити фінансовий стан системи, зменшити навантаження на бюджет, при цьому за рахунок держави мають фінансуватися два соціально важливі пакети послуг – універсальний нестраховий пакет та державний страховий пакет.

«Універсальний нестраховий пакет» [27] передбачає певні профілактичні програми та фінансовану державою медичну допомогу незалежно від місця проживання та фінансових можливостей громадянина. До складу універсальних нестрахових послуг мають входити галузь громадського здоров'я, випадки хронічних захворювань, що не покриваються страховим полісом, а також ризики катастрофічних витрат на лікування. Покриття пакету може включати:

громадське здоров'я (щеплення, туберкульоз, ВІЛ), психічне здоров'я, рідкісні захворювання, ургентне лікування незастрахованої частини населення, покриття витрат на здоров'я що перевищують певний поріг (катастрофічні витрати).

У межах «Державного страхового пакету» держава гарантує і забезпечує більш широке медичне страхування для соціально вразливих верств населення виходячи з наявних ресурсів. При цьому пацієнти зможуть самостійно обирати страхові компанії, що прийматимуть участь в урядовій програмі; уряд та страхові компанії мають попередньо погодити мінімальний набір послуг, а також стандарти страхового пакету.

У 2019 р. було ініційовано пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який сприяє опрацюванню нових механізмів оплати вторинної та третинної медичної допомоги. До кінця 2020 р. планується закінчити процес автономізації закладів охорони здоров'я та їх приєднання до нового механізму медичних гарантій.

Відповідно до вимог сьогодення та існуючих практик має бути реорганізована система екстреної медичної допомоги. Міністерством вже затверджено відповідну концепцію, яка передбачає зміни в системі диспетчеризації (протоколи диспетчерів та порядок дій бригад), впровадження нової ІТ-інфраструктури, вимоги до обладнання тощо. В межах концепції передбачається перебудова приймальних відділень в лікарнях із забезпеченням доступу до обладнання 24/7. Особлива увага в процесі реформування екстреної медичної допомоги приділяється працівникам: впродовж 2019-2023 рр. понад 33 тисячі фахівців мають пройти перепідготовку для здобуття кваліфікації «парамедик» та «екстрений медик-технік». Пілотний проект з розвитку системи екстреної медичної допомоги стартував у 2019 р. у п'яти областях та м. Києві: заплановано придбання сучасного обладнання та транспорту, підвищення заробітної плати медичним працівникам, які успішно пройдуть нову програму екстреної медицини.

1.3 Діяльність Національної служби здоров'я України

Певно найважливішим елементом зміни моделі фінансування системи охорони здоров'я є Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Являючи собою напівватному структуру, НСЗУ має забезпечувати прозорі та зрозумілі для кожного громадянина гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, сприяти отриманню кращого фінансового захисту пацієнтами під час хвороби, гарантувати ефективність та справедливість розподілу коштів держави, виділених на охорону здоров'я, а також створювати умови для покращення якості медичної допомоги усіх форм власності. Основні завдання та функції НСЗ наведено на рис. 1.6.

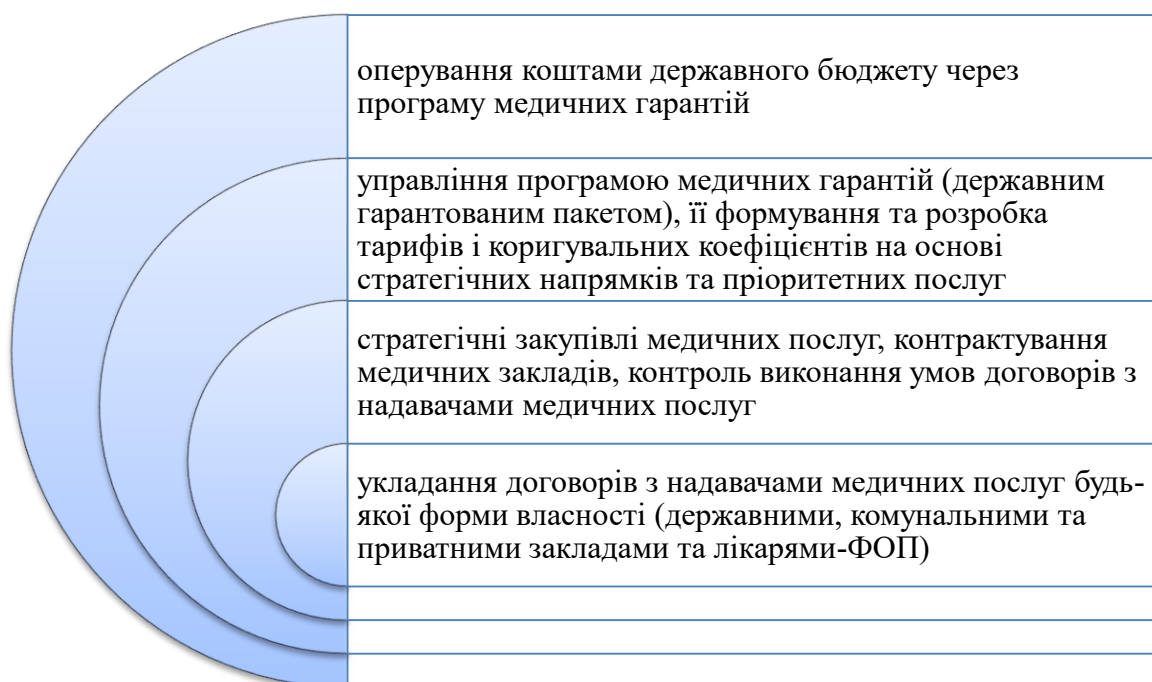


Рис. 1.6 – Завдання та функції НСЗ України [6]

Таким чином, основним завданням НСЗУ є здійснення дій в найкращих інтересах пацієнтів з отримання медичної допомоги та охорони здоров'я, зокрема закупівля медичних послуг та лікарських засобів. Служба здійснює

оцінку потреб населення в медичних послугах та обирає найкращих надавачів (з урахуванням безпеки та якості послуг), визначає методи оплати. Реалізація принципу «гроші ходять за пацієнтом» здійснюється через програми медичних гарантій. Медичні заклади отримують державні кошти за надані пацієнтам послуги відповідно до укладених договорів. При цьому пацієнти вільно обирають лікаря первинної допомоги, уклавши з ним відповідну декларацію. За потреби пацієнт може бути направлений лікарем первинної допомоги на отримання послуг спеціалізованої медичної допомоги (вторинна та третинна ланки). І знову ж таки право вибору закладу охорони здоров'я та лікаря вторинної та третинної допомоги залишається за пацієнтом. При цьому у невідкладному стані пацієнту зобов'язані надати медичну допомогу незалежно від наявності декларації та/або направлення від лікаря первинки.

Розпочавши свою роботу у 2017 р., в 2020 р. НСЗУ вже являє собою потужну структуру (рис. 1.7), яка впроваджує зміни у системі охорони здоров'я.

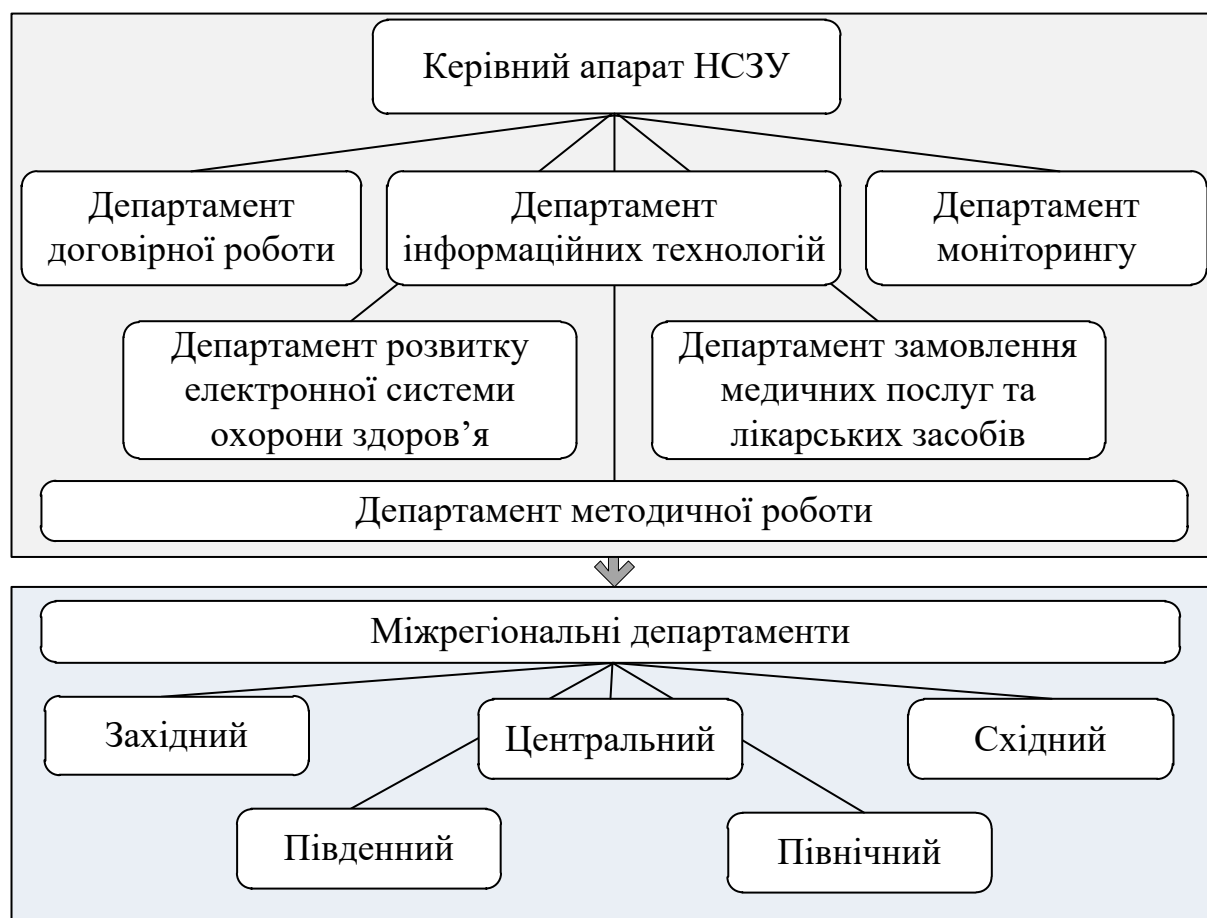


Рис. 1.7 – Структура НСЗУ

В департаменті договірної роботи здійснюється розробка, укладання, внесення змін та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів за програмою медичних гарантій. В цьому департаменті також здійснюється проведення розрахунків за укладеними договорами.

Діяльність департаменту моніторингу спрямована на визначення ефективності використання коштів за програмою медичних гарантій на основі методів автоматичного, фактичного та клінічного спостереження за процесом надання медичних послуг.

Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я займається розробкою та впровадженням програмних продуктів системи eHealth (електронна медична картка, електронний лікарняний тощо), забезпечує ефективне функціонування системи та управління даними в ній, у тому числі діяльність із забезпечення захисту персональних даних пацієнтів. Важливою складовою діяльності НСЗУ є впровадження цифрової трансформації системи охорони здоров'я. Використання електронних інструментів спрямовано на спрощення процедур внесення, обробки та аналізу статистичної інформації щодо потреб пацієнтів в медичних послугах та лікарських засобах.

В департаменті інформаційних технологій забезпечується безперебійна робота внутрішньої структури та мереж служби здоров'я, внутрішніх баз даних та аналітичних систем, впроваджуються системи автоматизації окремих процесів та обробки даних.

Департамент замовлення медичних послуг та лікарських засобів здійснює аналіз та прогнозування потреб населення країни у медичних послугах та лікарських засобів, за результатами чого розробляє проект програми медичних гарантій на наступний плановий період, пропозиції щодо розмірів тарифів та коригувальних коефіцієнтів; здійснює заходи із забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмами медичних гарантій.

Для забезпечення зрозумілості та прозорості впроваджуваних змін в системі охорони здоров'я департаментом методичного забезпечення

створюються публіцистичні матеріали, навчальні курси та методичні посібники для медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я.

Координацію змін в системі охорони здоров'я первинної та вторинної ланки здійснюють п'ять міжрегіональних департаментів: Центральний (м. Київ, Київська, Вінницька, Житомирська і Черкаська області), Західний (Львівську, Рівненську, Волинську, Івано-Франківську, Чернівецьку, Тернопільську, Хмельницьку та Закарпатську), Південний (Одеська, Миколаївська та Херсонська), Північний (Полтавська, Харківська, Чернігівська, Сумська області) та Східний (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Луганська та Донецька області).

Діяльність НСЗУ з укладання договорів з закладами охорони здоров'я розпочалася з первинної ланки. У 2018 році було реалізовано три «підходи» до укладання договорів, за результатами яких 623 медичні заклади перейшли на нову модель фінансування. З 2019 року всі медичні заклади первинного рівня запрацювали за новими механізмами фінансування (табл. 1.3).

Таблиця 1.3 – Динаміка укладених договорів про надання медичної допомоги НСЗУ із закладами охорони здоров'я

	2018	2019	2020*
Комунальні некомерційні підприємства	981	1 050	1 662
Приватні медичні заклади	104	168	242
Лікарі-ФОП	100	248	350
Разом	1185	1466	

* Станом на 01.04.2020 р.

Складено за даними [18, 19, 12]

Для того, щоб прийняти участь у програмі медичних гарантій заклад охорони здоров'я – надавач медичних послуг укладає договір з НСЗУ. Обов'язковими умовами «контрактування» закладів охорони здоров'я є автономізація медичного закладу, технологічне (зокрема комп'ютерне) оснащення установи, підключення до центральної бази даних системи eHealth через обрану інформаційну систему, наявність легітимної ліцензії на

провадження господарської діяльності з медичної практики.

З 2018 р. працює контакт-центр НЗСУ – інформаційно-довідкова служба для громадян, представників органів місцевої влади, медичних працівників, керівників закладів охорони здоров'я, фармацевтичних підприємств та інших зацікавлених осіб. За коротким номером служби в автоматичному режимі можна отримати інформацію щодо змін в системі охорони здоров'я, правил та підходів роботи сімейних лікарів, переліку послуг в гарантованому пакеті, особливості функціонування ланок системи охорони здоров'я тощо. За даними [19] у 2019 р. контакт-центр користувався попитом як серед пацієнтів, так і серед медичних працівників та керівників медичних закладів. Найпоширенішими питаннями від керівників медичних закладів були умови укладання договорів (75 %) і подання звітів (14 %), а від пацієнтів – щодо обрання лікаря та процедури подання декларації.

Висновки до розділу 1

Система фінансування галузі охорони здоров'я визначається як архітектурою даної системи, так і обраними моделями участі держави у забезпеченні фінансовими коштами процесу надання та отримання пацієнтами медичної допомоги. Виділяють щонайменше три основні моделі фінансування медичної галузі: модель Бісмарка, модель Беверіджа та модель прямої оплати. Хоча в «чистому» вигляді на сьогодні вони відсутні. В більшості країн моделі фінансування медичної галузі залежать від соціальної політики держави та її фінансових можливостей.

В Україні у 2020 р. розпочався другий етап реформування галузі охорони здоров'я, який має забезпечити підвищення ефективності діяльності галузі в цілому, покращення основних показників розвитку нації (народжуваність, тривалість життя, тривалість здорового життя, рівень смертності, природний

приріст, якість медичних послуг тощо). Трансформація системи почалася з впровадження фінансової автономії закладів охорони здоров'я, введення системи медичних декларацій та електронної системи охорони здоров'я. З 2019 р. заклади первинної медичної допомоги запрацювали за новими правилами і отримали фінансування на нових умовах.

Реформування галузі обумовило необхідність створення напівдержавного органу, що здійснював би від імені держави укладання договорів з надавачами медичних послуг, оплату за фактично надані послуги з охорони здоров'я, а також контроль за кількістю та якістю наданих медичних послуг населенню. У 2017 році було створено Національну службу здоров'я України яка і здійснює виконання зазначених функцій. Ще у 2019 НСЗУ було укладено 1 466 договорів на надання медичних послуг населенню, у квітні 2020 р. укладено 2 436 договорів з комунальними та приватними медичними закладами, лікарями-ФОП,

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Оцінка стану фінансування медицини у світі

На рівень витрат населення на охорону здоров'я впливають чимало факторів, серед яких потреби та рівень життя населення, рівень (якість) надання медичних послуг, підходи до організації системи медичної допомоги, пріоритети в наданні послуг з охорони здоров'я тощо. Витрати країн коливаються в межах від 16,9 % (Сполучені штати Америки) до 3,1 % (Індонезія) від ВВП країни (рис. 2.1).

За даними Організації економічного співробітництва (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD*) [1] та Всесвітньої організації охорони здоров'я (*World Health Organization – WHO*) [4] темпи зростання витрат на охорону здоров'я в переважній більшості країн випереджають темпи зростання ВВП. У жодній з країн-членів *OECD* до 2030 року не прогнозується зменшення видатків на охорону здоров'я (рис. 2.2).

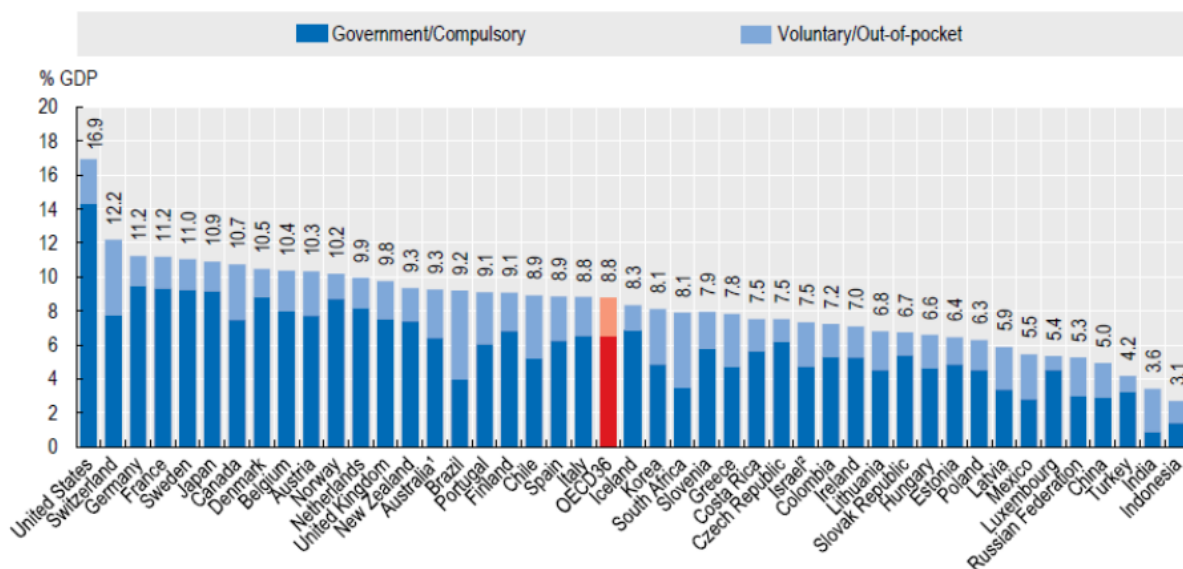


Рис. 2.1 – Видатки країн на охорону здоров'я, % від ВВП країни [1]

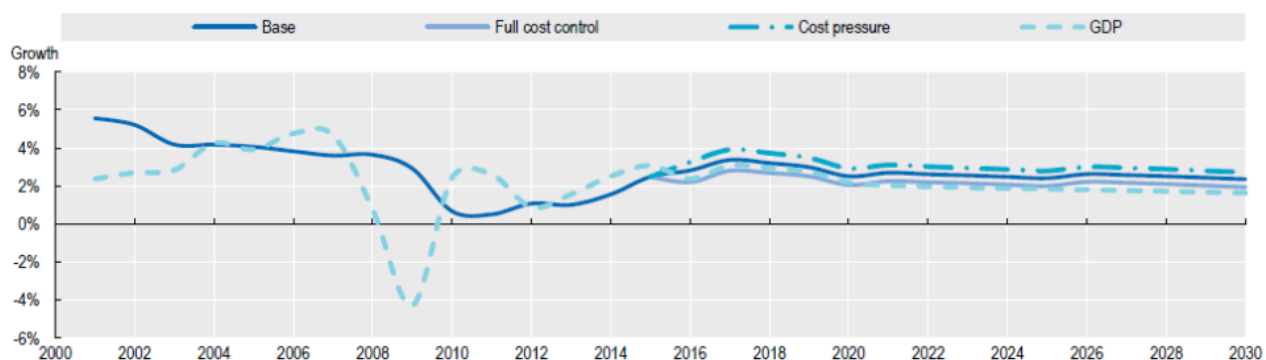


Рис. 2.2 – Сценарії динаміки витрат на охорону здоров'я [1]

У звіті *OECD «Health at a Glance 2019. OECD Indicators»* [1] відображено, що найбільшу питому вагу серед витрат на охорону здоров'я в розрізі постачальників послуг, займають стаціонарні та амбулаторні медичні послуги (рис. 2.3). Вони складають приблизно 60 % сукупних витрат на охорону здоров'я. Медичні товари становлять майже 20 %, наступна за розміром стаття витрат – довготривала допомога, частка якої зростає та у 2017 р. становить майже 14 %. Решта витрат – профілактичні заходи, а також адміністрування й державне управління системою охорони здоров'я.

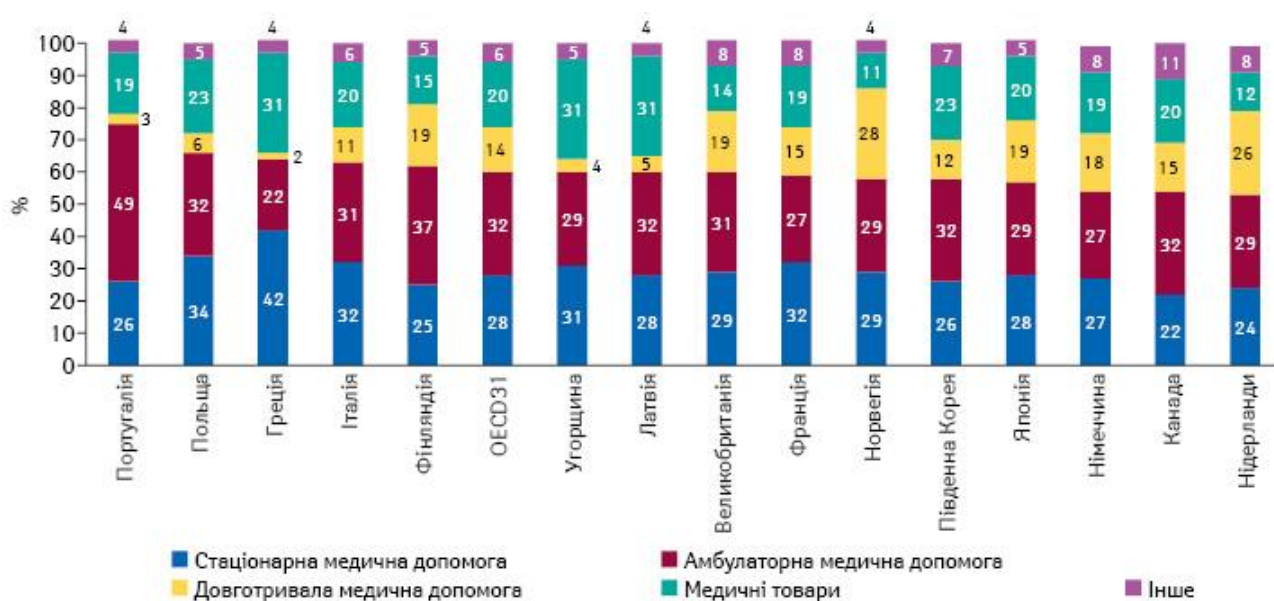


Рис. 2.3 – Витрати на медичну допомогу у структурі видатків на охорону здоров'я у деяких країнах у 2017 р. (або найближчому році) [51]

Звичайно, структура витрат значно коливається в залежності від побудови самої системи (моделі) охорони здоров'я в країні, участі держави у фінансуванні медичних послуг для населення. Так, у Греції більше 40 % становлять видатки на реабілітаційні та лікувальні (стаціонарні) послуги. Це значення майже на 14 % вище за середній показник для референтних країн. В багатьох країнах Північної Європи, а також в Канаді витрати на стаціонарні послуги становлять близько 25 % (або навіть менше) сукупних витрат на охорону здоров'я.

Амбулаторна допомога включає консультації лікарів загального профілю та вузьких спеціалістів, в середньому складає 32 % загальних видатків на охорону здоров'я. Найвищі у відносному значенні витрати на амбулаторну допомогу у Португалії (49 %) та Фінляндії (37 %).

Третьою за величиною статтею витрат є медичні товари (у тому числі лікарські засоби). Як правило, ціни на медикаменти менше відрізняються між країнами ніж вартість медичних послуг. З цього виходить, що витрати на ліки та медичні витрати становлять більшу частку витрат населення на охорону здоров'я в країнах з нижчим рівнем доходу. Медичні товари склали майже третину сукупних витрат на охорону здоров'я у Греції, Латвії та Угорщині. Найменші частки витрат на медичні засоби у Норвегії, Нідерландах.

Довготривала медична допомога передбачає наявність врегульованих державних або приватних програм догляду за особами похилого віку, особами з певними хронічними захворюваннями, інвалідністю. В країнах з такими офіційними заходами частка витрат на довготривалу медичну допомогу може сягати 25 % сукупних видатків на охорону здоров'я. До таких країн належать Норвегія, Швеція, Нідерланди. В більшості країн Південної, Центральної та Східної Європи сектор довготривалої медичної допомоги є нерегульованим, тому витрати на такий вид медичних послуг є незначними. У Португалії, Греції, Угорщина вони складають від 2 до 4 %, у Польщі, Латвії 5-6 %.

Важливою складовою системи охорони здоров'я є первинна допомога. В дослідженні *OECD* [1] до складу первинної допомоги входить загальна

амбулаторна допомога, профілактичні послуги, стоматологія, лікувальні послуги амбулаторії, що надаються «на дому». Відповідно до запропонованої методології, в середньому 13 % витрат на охорону здоров'я становлять видатки на первинну медичну допомогу (рис. 2.4). Найбільші витрати первинки спостерігаються в Естонії (18 %), Польщі (17 %) та Литві (16 %), найменші – Нідерландах (10 %) та Швейцарії (9 %).

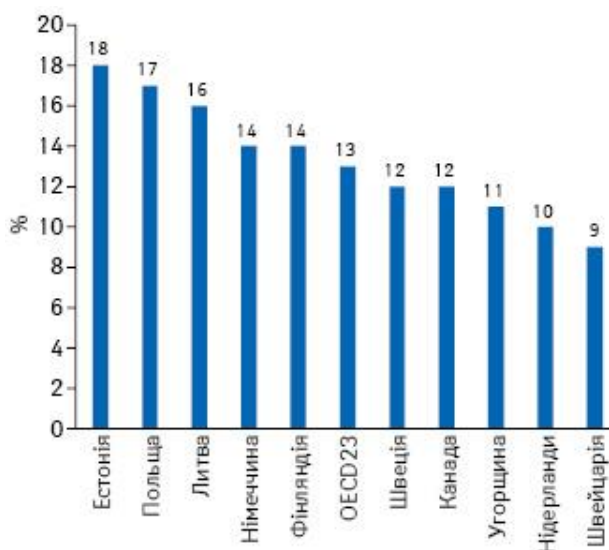


Рис. 2.4 – Витрати на первинну медичну допомогу у структурі видатків на охорону здоров'я у деяких країнах [51]

Істотну частину витрат на охорону здоров'я складають видатки на медичні послуги, які надаються у лікарнях. Кожна країна організовує систему надання медичних послуг та фінансування галузі охорони здоров'я виходячи із власних стратегічних пріоритетів, потреб населення, наявних можливостей та певних історично сформованих звичаїв. В середньому лікарні отримують близько 38 % загального фінансування галузі охорони здоров'я, проте є й виключення. У Туреччині на утримання лікарень витрачається більше половини сукупних видатків на охорону здоров'я. Естонія, Південна Корея та Італія також мають розвинений госпітальний сектор надання медичної допомоги, витрати на утримання якого становлять близько 45 %. Німеччина та Мексика навпаки витрачають менше 30 % видатків галузі охорони здоров'я на

утримання лікарень [51].

Наступною великою категорією постачальників медичних послуг є амбулаторії. До цієї категорії відноситься доволі широкий перелік установ, структура яких залежить від системи організації надання медичних послуг в конкретній країні. Переважна більшість витрат відноситься до організації медичної практики (враховуючи кабінети лікарів загальної практики та спеціалістів) – Австрія, Франція та Німеччина – або утримання амбулаторних медичних центрів Фінляндія, Ірландія та Швеція. В країнах, які брали участь у дослідженні *OECD*, майже 25 % витрат на охорону здоров'я припадають на послуги, що надаються амбулаторіями. Вищими витрати є в Ізраїлі, Бельгії, Сполучених Штатах, Люксембурзі, Німеччині та Мексиці – понад 30 %; найменшими – у Греції, Нідерландах, Туреччині, Словачії. Майже 2/3 витрат амбулаторії складають витрати лікарів загальної практики і спеціалісти, а також утримання установи, 1/5 – стоматологічні кабінети. Досить великими постачальниками медичних послуг є фармацевтичні заклади, що здійснюють роздрібну торгівлю (в основному аптеки) – вони акумулюють в середньому до 18 % витрат на охорону здоров'я та заклади довготривалого догляду – їх частка в структурі витрат деколи сягає 9 % витрат галузі.

В залежності від структури та організації системи охорони здоров'я в країні існує велика різниця та варіація заходів й послуг, що можуть надаватися однаковими категоріями постачальників. Ці відмінності найбільш представлені у лікарнях. Стаціонарне лікування та реабілітаційна допомога складають більшу частку лікарняних витрат майже в усіх країнах-учасниках дослідження [1], лікарні також є важливими постачальниками амбулаторної допомоги, яка може надаватися через відділення екстреної допомоги та невідкладних станів/ситуацій, спеціалізовані амбулаторні відділення, лабораторні та інші послуги. Однофункціональні лікарні представлені в системі охорони здоров'я Греції та Німеччини, переважна більшість витрат яких становить послуги стаціонарної медичної допомоги (майже 93 %). У лікарнях Данії, Естонії, Швеції, Португалії та Фінляндії навпаки частка амбулаторної

допомоги становить більше 40 %. В цих країнах лікарі, як правило, здійснюють прийом пацієнтів в амбулаторних відділеннях. Для підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я та скорочення часу очікування допомоги для пацієнтів в деяких країнах здійснюється перенесення певних медичних послуг зі стаціонару в денний стаціонар.

За прогнозами *OECD* [1] в досліджуваних країнах збережеться тенденція до зростання обсягу витрат на охорону здоров'я. За прогнозами, очікувати зростання витрат більш ніж на 4 % на рік слід Словаччині, Туреччині й Кореї, зростання на рівні до 2 % на рік у Німеччині, Італії, Литві, Португалії, Бельгії. У 20 з 36 досліджуваних країн очікується зростання в межах $\pm 1\%$. За базовим сценарієм прогнозу, витрати на охорону здоров'я по відношенню до ВВП країни у 2030 р. зростуть в середньому до 10,2 % (рис. 2.5).

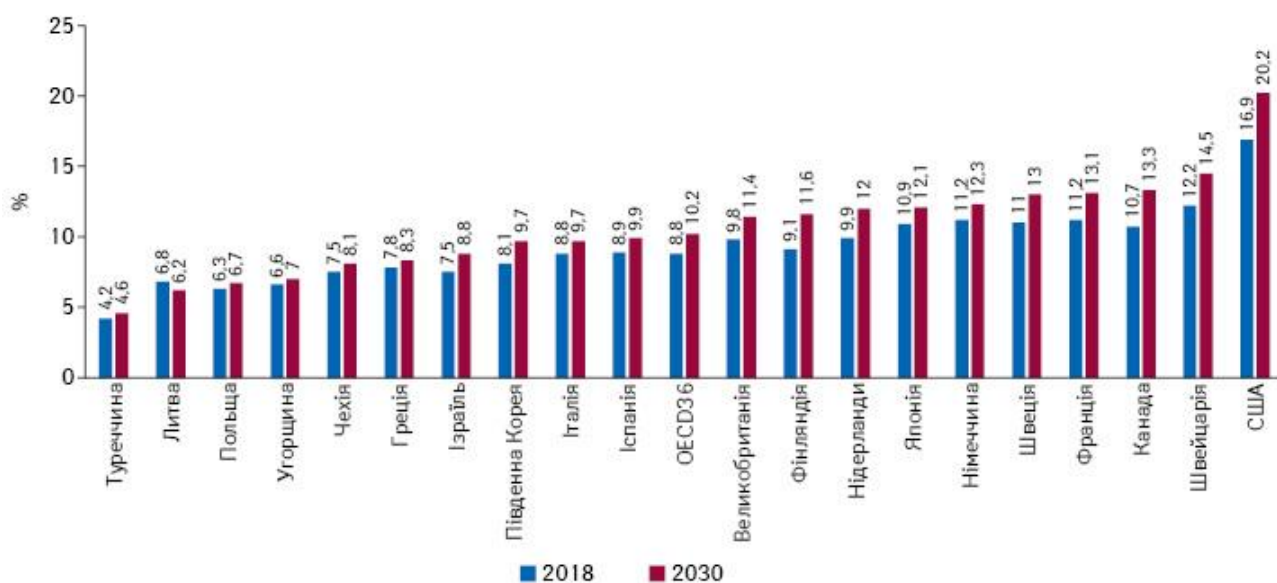


Рис. 2.5 – Прогноз витрат на охорону здоров'я (% до ВВП) [51]

Незначне зменшення витрат на охорону здоров'я по відношенню до ВВП країни очікується в Литві і пов'язано з прогнозованим зменшенням чисельності населення в цій країні протягом наступних 10 років. За усіма сценаріями в переважній більшості країн очікується помірне збільшення витрат на охорону здоров'я по відношенню до ВВП.

2.2 Оцінка стану фінансування медицини в Україні

Кошти на охорону здоров'я з 2015 року виділялися урядом через механізм субвенцій територіальним адміністративним одиницям. До створення єдиного органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – медичні субвенції охоплювали первинну медичну допомогу, амбулаторну й стаціонарну медичну допомогу, заходи з профілактики захворюваності. Медична субвенція являла собою частку державного бюджету, розподілену на кожну територіальну одиницю на основі спеціальної формули (з урахуванням чисельності населення адміністративної одиниці, рівень забезпеченості медичними послугами тощо). Субвенція розподілялася наступним чином: 1/3 до обласних бюджетів, 2/3 – громади, райони та міста. Таким чином, кожна з адміністративних одиниць створювала власний фонд ресурсів, джерелом якого був бюджет, при чому ці фонди були адміністративно децентралізованими та дуже часто накладалися один на один. Існуюча схема призводила до дублювання надаваних послуг та неефективного використання наявних ресурсів. Через механізм державних субвенцій урядом фінансувалася основна частина медичних послуг, що в середньому становило 77% державних витрат на охорону здоров'я. За рахунок ресурсів місцевих органів самоврядування фінансувалися решта витрат (рис. 2.6).

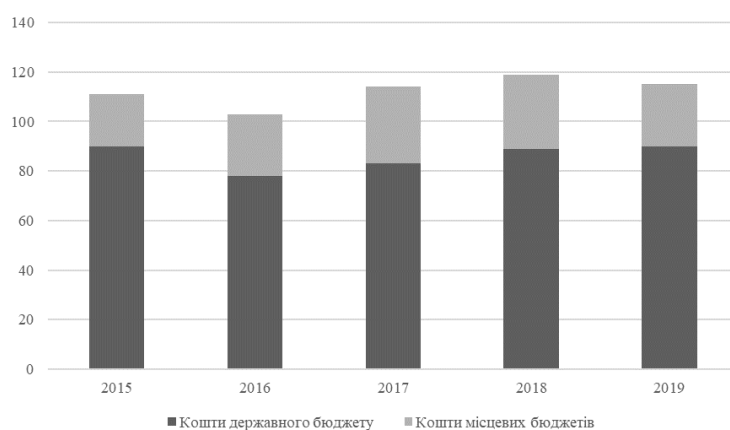


Рис. 2.6 – Державні витрати на охорону здоров'я [45]

Втім, витрати держави на забезпечення населення медичною допомогою охоплювали в середньому 51 % від загального обсягу витрат на охорону здоров'я. Приватні витрати на забезпечення охорони здоров'я у співвідношенні з державними були одними з найвищих в країнах Європейського Союзу та Східної Європи. При цьому у складі приватних витрат майже 95 % були коштами населення (домогосподарств) і лише 5 % становили страхові виплати, донорська та міжнародна допомога.

Безоплатними медичні послуги для населення тривалий залишалися виключно на папері. За даними Державної служби статистики України, у тривалий час пацієнти покривали за рахунок власних коштів майже половину витрат на охорону здоров'я, що є досить високим показником серед країн Європи та СНД (рис. 2.7). Загальні витрати на забезпечення охорони здоров'я в Україні у 2012-2018 рр. в середньому становили 7,7 % ВВП на рік, при цьому близько 4,1 % становили кошти державного бюджету, та приблизно 3,6 % кошти населення, що істотно відрізняється від загальносвітового та європейського трендів.

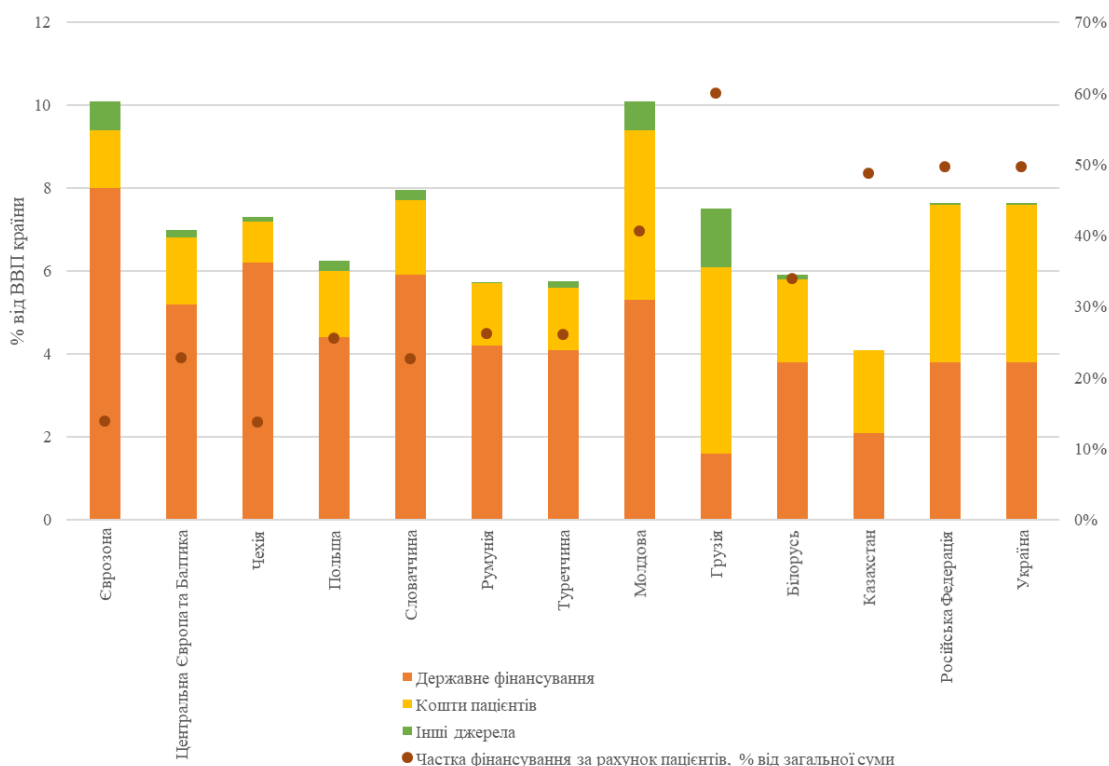


Рис. 2.7 – Витрати на охорону здоров'я населення у деяких країнах світу [28]

Переважна більшість витрат населення на забезпечення охорони здоров'я виплачувалися безпосередньо надавачам медичних послуг. Що унеможливило їх інвестування в модернізацію закладів охорони здоров'я та чинить дестимуляційний вплив на реформування системи фінансування галузі охорони здоров'я.

На охорону здоров'я у 2019 р. з державного бюджету вже було виділено 98 млрд грн, що становило 2,43 % від ВВП країни. В той же час рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я обґрунтовують потреби в державних видатках на охорону здоров'я на рівні 5-7 % ВВП (рис. 2.8). Отримувані кошти з державного бюджету використовувалися закладами охорони здоров'я в основному для виплати заробітної плати та оплати комунальних послуг (майже 75 % загального фінансування). За таких обставин у медичних закладів були відсутні фінансові можливості для фактичного фінансування медичних послуг, модернізації обладнання, закупівлі витратних матеріалів, медичних препаратів тощо.

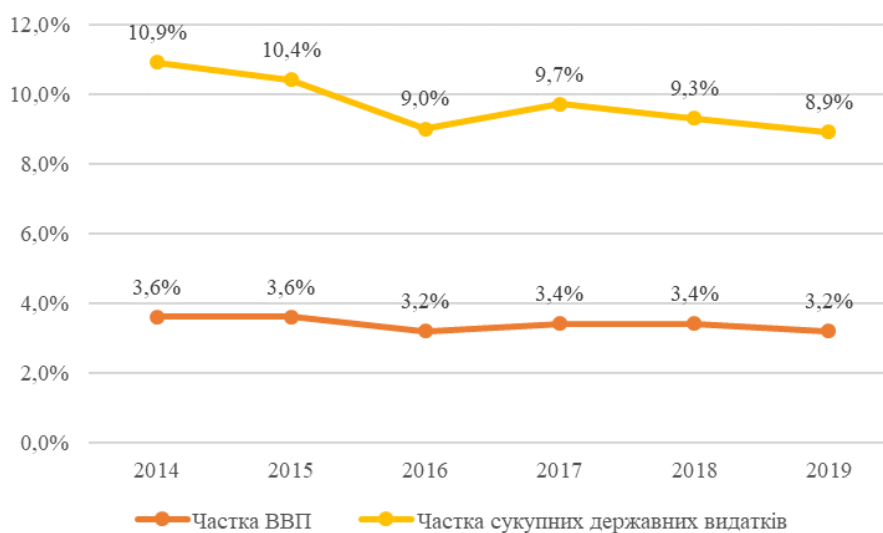


Рис. 2.8 – Видатки на охорону здоров'я у ВВП та видатках країни

Досить високий рівень видатків на охорону здоров'я (рис. 2.9) призводить до катастрофічних наслідків для бюджетів домогосподарств. Таким чином значна частка населення, що потребує медичної допомоги, не може собі

дозволити якісні медичні послуги.

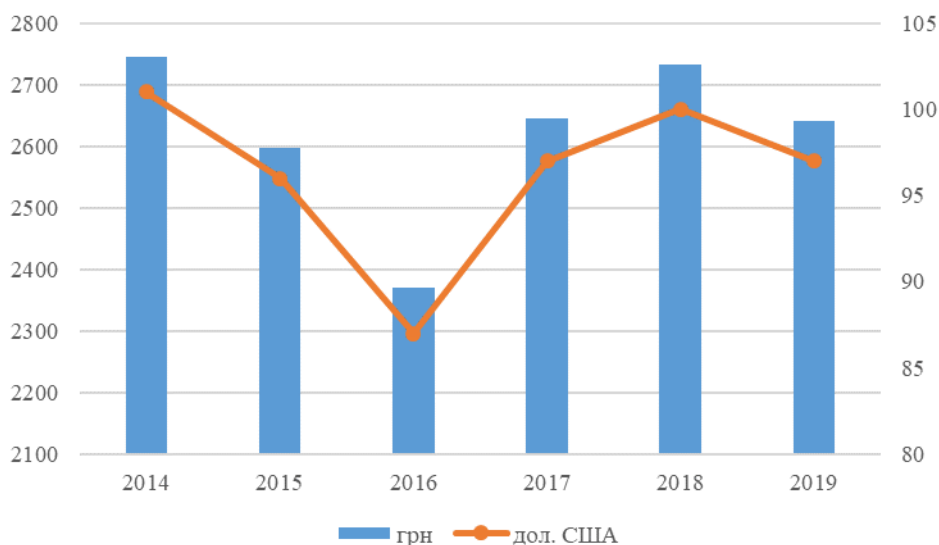


Рис. 2.9 – Витрати на охорону здоров'я на душу населення у цінах 2018 р.

Найсуттєвішими статтями витрат домогосподарств на охорону здоров'я є діагностичні заходи, стаціонарна допомога та лікарські засоби. Тому пацієнти часто затягують з початком або відкладають продовження лікування. Це призводить до погіршення показників тривалості життя, здорової тривалості життя, підвищення відсотка випадків інвалідності, розвитку хронічних хвороб, смертності (рис. 2.10).

У загальних видатках держави на охорону здоров'я лише 12 % становлять лікарські засоби, що значно нижче ніж у країнах Європи (рис. 2.11). Проте, реформа охорони здоров'я та урядові програми передбачають збільшення покриття населення лікарськими засобами.

Автономізація закладів охорони здоров'я значно розширює їх можливості до впровадження інноваційних програм лікування, які впливатимуть на конкурентоспроможність установи на ринку медичних послуг. Також заклади можуть самостійно встановлювати розмір виплат медичним працівникам, з урахуванням норм Закону [38] щодо обчислення тарифів НСЗУ (за основу вартості оплати праці приймається 250 % середньої заробітної плати по країні за липень попереднього року).

	 Чехія	 Угорщина	 Латвія	 Словаччина	 Польща	 Україна
Тривалість життя ч. [роки]	77	73	70	74	74	67
Тривалість життя ж. [роки]	83	80	80	82	82	77
Смертність [% на 1 тис. людей]	11	14	15	10	11	15
Смертність дітей до 1 року [на 1 тис. живонародж. дітей]	2.6	3.6	3.8	4.9	3.7	7.5
DALY (роки життя з поправкою на інвалідність) [роки на 1 млн людей]	323	394	424	320	338	456
Смертність від серцево- судинних захворювань [випадки на 100 тис.]	447	631	808	379	477	908
Витрати на вакцинацію на душу населення [євро]	3,9	4,9	2,3	6,1	1,5	0,6
Державні витрати на лікарські засоби на душу населення [євро]	236	222	195	243	115	9

Рис. 2.10 – Показники якості охорони здоров'я України [17]



Рис. 2.11 – Розподіл ринку лікарських засобів за напрямками по вартості [17]

Впровадження нової схеми фінансування закладів охорони здоров'я розпочалося з первинної медичної допомоги. У 2018 р. Міністерство фінансів передало частину медичних субвенцій до НСЗУ, яка уклала договори з державними та приватними надавачами медичних послуг на основі капітаційної

ставки. З 2020 р. такий принцип фінансування буде застосовуватися для усіх медичних послуг, охоплених програмами медичних гарантій. У переважній більшості регіонів країни заклади охорони здоров'я подали пропозиції та отримали проекти на 26 пакетів медичної допомоги, що забезпечує доступність даних послуг для населення. Лікарні отримуватимуть кошти за медичні послуги, надані конкретному пацієнту [44]. Заклади охорони здоров'я, які обиратимуть пацієнти, зможуть збільшити обсяги свого фінансування за новою схемою. За даними Міністерства охорони здоров'я [44] приблизно 40 % медичних закладів у 2020 р. збільшили бюджет у порівнянні з державним та місцевим фінансуванням у 2019 р. Ще 20 % медичних закладів сформували бюджет більший за розмір медичної субвенції.

Найбільше фінансування за регіонами отримали заклади охорони здоров'я Полтавської області, в основному завдяки оптимізації мережі та роботи місцевої влади над переоснащенням лікарень та наявності в них кваліфікованого персоналу. Медичні заклади змогли укласти договори з більшою кількістю пацієнтів, подати договори на більшу кількість пакетів послуг, серед яких й пріоритетні медичні послуги за які НСЗУ сплачує за підвищеним тарифом.

На забезпечення Програми медичних гарантій у 2020 році виділено 70,4 млрд грн. Первинна ланка отримає приблизно 26,6 % від цієї суми (майже 18,7 млрд грн). Також НСЗУ підписала контракти з усіма центрами екстреної медичної допомоги на оплату послуг яких передбачено приблизно 4,7 млрд грн.

За даними НСЗУ Програма медичних гарантій збільшує обсяги фінансування на цілий ряд медичних послуг у порівнянні з медичною субвенцією – гемодіаліз, онкологічне лікування, паліатив, медична реабілітація тощо.

2.3 Програми державних медичних гарантій

Програма медичних гарантій – основна складова частина медичної реформи в Україні, яка представляє собою певний перелік медичних послуг, які держава безоплатно гарантує громадянину. Для доступу до безоплатних послуг пацієнту потрібне направлення від лікаря первинної ланки чи лікуючого лікаря. Першим кроком доступу до програми медичних гарантій є укладання декларації з сімейним лікарем або педіатром. Екстрена медична допомога надається кожному пацієнту незалежно від наявності декларації. Також не потребують направлення консультації гінеколога, психіатра, стоматолога й нарколога.

Основи реалізації національної програми медичних гарантій закладено в Законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [38]. Уповноваженим органом з виконання програми медичних гарантій є НСЗУ, яка закуповуватиме медичні послуги у населення у закладів охорони здоров'я усіх рівнів надання допомоги, форм власності, організаційно-правової форми і оплачувати їх за договором. Процедура закупівель медичних послуг передбачає дотримання закладами охорони здоров'я певних умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги (групи послуг). Вимоги до певної медичної послуги згруповані в пакети медичних послуг. Пакет медичних послуг, таким чином, являє собою сукупність безпосередньо медичних послуг до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації і встановлюються єдині умови їх надання. Також о усіх медичних послуг пакету буде застосовуватися єдиний тип тарифу, тобто підхід до оплати цих послуг.

Вимоги до медичних послуг формувалися на основі уніфікованих медичних протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, галузевих стандартів, міжнародних рекомендацій та інших нормативно-правових документів, що регулюють надання медичних послуг. Відповідно до Закону, до гарантованого пакету

входять послуги та лікарські засоби, пов'язаних із наданням первинної та екстреної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Основним підходом при розробці програми медичних гарантій є визначення пріоритетів. Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я щодо пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я до 2022 р. ними стали: доступність ліків, амбулаторна, профілактична та первісна медична допомога, екстрена медична допомога (рис. 2.12). В наказі також визначено перелік захворювань (інфекційних та неінфекційних) щодо яких має бути запроваджено першочергове забезпечення.

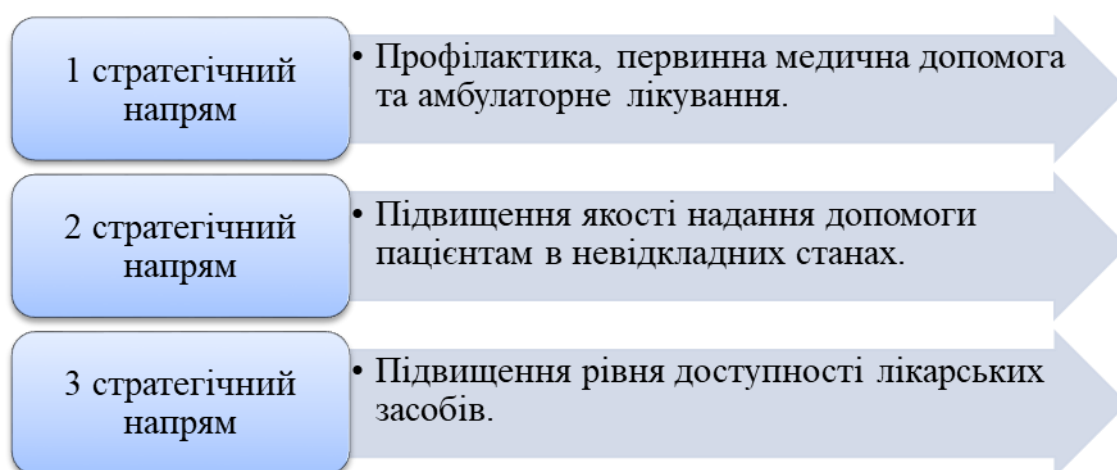


Рис. 2.12 – Стратегічні напрями розвитку галузі охорони здоров'я до 2022 р.

Для пріоритетних послуг розроблено більш жорсткі вимоги до надання послуг, тому що за них НСЗУ буде сплачувати за більш високим пріоритетним тарифом. Проте деякі медичні послуги не будуть оплачуватися за кошти програми медичних гарантій. Перелік таких медичних послуг визначено Постановою кабінету міністрів №1138 «Про затвердження переліку платних послуг». Оплата послуг в межах програми медичних гарантій здійснюється на основі обчислених НСЗУ тарифів (рис. 2.13).

Тип тарифу	Назва	Тип оплати
Перший тип тарифу	Капітаційна ставка	за одну людину (per capita)
Другий тип тарифу	оплата за ДСГ (DRG)	за одну госпіталізацію
Третій тип тарифу	ставка за медичну послугу	за одну послугу
Четвертий тип тарифу	глобальна ставка	за роботу закладу
П'ятий тип тарифу	ставка за результатами виконання договорів	за досягнення визначених показників при наданні послуг

Рис. 2.13 – Типи тарифів програми медичних гарантій

Капітаційна ставка є першим типом тарифу, вона вже використовується для оплати первинної медичної допомоги. Капітаційна ставка означає оплату за одну людину (за одну укладену декларацію). При цьому людина може і не звернутися до закладу охорони здоров'я за медичною допомогою протягом періоду дії цієї оплати, тариф сплачується за готовність надати медичну допомогу пацієнту у разі його звернення. Тариф першого типу може застосовуватися для оплати лікування осіб із певним захворюванням (оплачується фіксована сума за кожного пацієнта за певний період часу – термін дії договору за програмою медичних гарантій).

Другий тип тарифу представлений ставками за пролікований випадок (оплата за діагностичноспорідненими групами, оплата за ДСГ, оплата DRG). Під час реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я такий тип тарифів буде використовуватися виключно для оплати стаціонарного лікування. НСЗУ буде сплачувати не за окремі медичні послуги, що будуть надаватися пацієнту при стаціонарному лікуванні, а певний комплекс медичних послуг при лікуванні певних випадків. Розробці такого тарифу передусє проведення

дослідження щодо вартості лікування пацієнтів з певним діагнозом (з урахуванням витрат на лікування коштом пацієнтів).

Третій тип тарифу – це безпосередньо вартість окремої медичної послуги. Одиницею оплати виступає певна медична послуга, що надається закладом охорони здоров'я чи лікарем-ФОП.

Четвертий тип тарифу – глобальна ставка або глобальний бюджет. Даний тип тарифу має забезпечити найбільш стабільне фінансування закладів охорони здоров'я. Для розрахунку глобального бюджету беруться інші тарифи, вона визначається як добуток запланованого обсягу послуг у певному періоді і тарифів на оплату таких послуг. Заклад охорони здоров'я, відповідно, звітує про здійснену роботу щодо надання послуг або здійснення госпіталізації.

П'ятий тип тарифу – ставка за результатами виконання договорів про медичне обслуговування. Передбачається виплата цього типу тарифу для закладів, що досягли певних позитивних результатів. Він дозволяє фінансово заохочувати заклади охорони здоров'я та медичних працівників досягати позитивних результатів при наданні медичних послуг. Тариф буде застосовуватися після переходу усієї системи охорони здоров'я на нові методи фінансування та оплати.

В Законі [38] визначено досить загальні категорії медичних послуг, які включені до програми медичних гарантій. Певні категорії є досить комплексними (первинна медична та екстрена допомога), а деякі (спеціалізована допомога) можуть передбачати досить велику кількість медичних послуг. Зважаючи на те, що у переважній більшості випадків отримання медичної допомоги пацієнт не сплачує за кожну окрему послугу, а оплачує певний «набір» медичних послуг з лікування, недоцільним є укладання договорів за досить широкими категоріями. Складним був би й процес оплати за такими договорами. Медичні послуги досить часто надаються у комплексі, тому медичні гарантії також визначені на більш узагальненому рівні. Таким чином пакети медичних послуг є певною перехідною ланкою між широкими категоріями медичної допомоги і окремими медичними послугами.

Кожен пакет медичних послуг містить три ключові характеристики: специфікацію, вимоги до надання послуг і тип тарифу. В специфікації міститься докладний опис медичних послуг, що є доступними в межах запропонованого пакету медичних послуг. Послуги згруповані в певний пакет і до всього пакету застосовуються єдині вимоги. Тарифи на окремі медичні послуги в середині пакету в грошовому вимірі можуть бути різні, проте підхід до оплати базова ставка однакові для усього пакету.

В 2020 році доступними для укладання договорів з надавачами послуг, а відтак, і для пацієнтів є 31 пакет медичних послуг (рис. 2.14) [30].



Рис. 2.14 – Пакети медичних послуг у 2020 р.

Пакети медичних послуг розроблені на основі потреби пацієнтів в медичних послугах, результативності застосовуваних на сьогодні методів лікування, забезпечення захисту пацієнта від катастрофічних витрат на охорону здоров'я, а також реалістичності – обсяг коштів на програму має відповідати запланованим тарифам та кількості наданих послуг.

Висновки до розділу 2

Структура витрат на окремі послуги з охорони здоров'я в переважній більшості випадків залежить від рівня добробуту населення країни, побудови системи медичних закладів, системи її фінансування. Вартість медичних засобів та ліків є відносно однаковою (зіставною) в різних країнах, а ціни на медичні послуги залежать від рівня оплати праці в тій чи іншій країні. Основними тенденціями є збільшення видатків на профілактичні заходи та довготривалу медичну допомогу на тлі загального зростання видатків на охорону здоров'я.

Реформування структури та підходів до фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я дозволили оптимізувати витрати бюджету та підвищити ефективність використання державних коштів, підвищити якість надання медичних послуг та їх доступність для населення країни. Автономізація закладів охорони здоров'я сприяла покращенню стану фінансового забезпечення переважної більшості медичних установ.

Програми медичних реформ є гарантією доступу громадян до безоплатної якісної медичної допомоги. На сьогодні розроблені та затверджені понад 30 програм медичних гарантій за якими заклади охорони здоров'я укладають угоди з НСЗУ. Стандартизовані специфікації та вимоги до закладів охорони здоров'я сприяють покращенню матеріально-технічної бази останніх та підвищенню якості надаваних медичних послуг.

РОЗДІЛ 3

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Особливості медичного страхування

Із реформуванням системи охорони здоров'я України та підходів до її фінансування зростає популярність страхової медицини. При чому страхові послуги пропонує держава у вигляді пакетів медичних послуг та приватні страхові компанії. Головною метою страхової медицини є надання гарантій відшкодування вартості медичної допомоги в повному обсязі при настанні страхового випадку на основі укладеної застрахованою особою угоди.

Відповідно до [29, с.233] страхова медицина базується на трьох основних принципах (рис. 3.1).

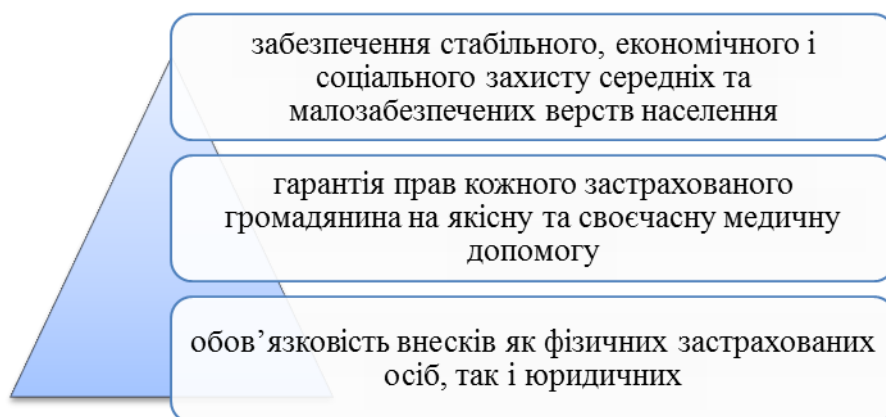


Рис. 3.1 – принципи страхової медицини

Сардинець І [43] відзначає, що медичне страхування являє собою різновид соціального страхування, за якого лікування оплачується за рахунок приватних, державних або громадських коштів.

Об'єктом медичного страхування є життя та здоров'я громадянина, а його

основною метою – забезпечення застрахованій особі при виникненні страхового випадку права на отримання якісної медичної допомоги та фінансування профілактичних заходів. Суб'єктами медичного страхування є страхові компанії, державні органи, заклади охорони здоров'я, застраховані особи. При забезпеченні виконання страховиками зобов'язань, до суб'єктів медичного страхування можуть також бути залучені додаткові компанії, експерти якості медичної допомоги тощо. Таким чином медичне страхування має забезпечувати максимальну доступність медичних послуг для населення й компенсацію витрат страхувальників.

В. Рудень [41] надає тлумачення дефініції «медичне страхування», визначаючи його як окремий вид страхування населення за якого страховик (медична організація чи страхова компанія) на основі страхових премій створює спеціальний фонд, за кошти якого зобов'язується фінансувати застрахованим нею громадянам медичні послуги в обсягах, передбачених договором.

Відповідно до світових стандартів, медичне страхування має покривати дві основні групи ризиків: видатки на медичні послуги з лікування (відновлення здоров'я), реабілітації, догляду та втрату трудового доходу (що викликано неможливістю здійснення професійної діяльності під час захворювання і після нього в разі настання інвалідності). Відповідно до вітчизняного законодавства [39] медичне страхування відрізняється від страхування життя, оскільки не передбачає ризику смерті або дожиття до повного віку.

Медичне страхування май ті ж ознаки, що й інші види страхування, проте має й певні особливості, зокрема страховий ризик в медичному страхуванні пов'язаний виключно зі станом здоров'я застрахованої особи; більш розширений склад учасників страхових правовідносин (страхова компанія – застрахована особа – надавач медичних послуг). Також у разі настання страхового випадку грошові кошти виплачується не застрахованій особі, а на рахунок установи, в якій застрахованій особі надавалася медична допомога. Заключним етапом настання страхового випадку в медичному страхуванні є

надання застрахованій особі (пацієнту) повного обсягу медичної допомоги відповідно до договору страхування. В медичному страхуванні використовуються страхові поліси, що мають юридичну силу договору. Оформлений поліс обумовлює обсяг медичних послуг, умови їх отримання тощо.

Розрізняють добровільне та обов'язкове медичне страхування з різними джерелами фінансування системи охорони здоров'я (рис. 3.2).

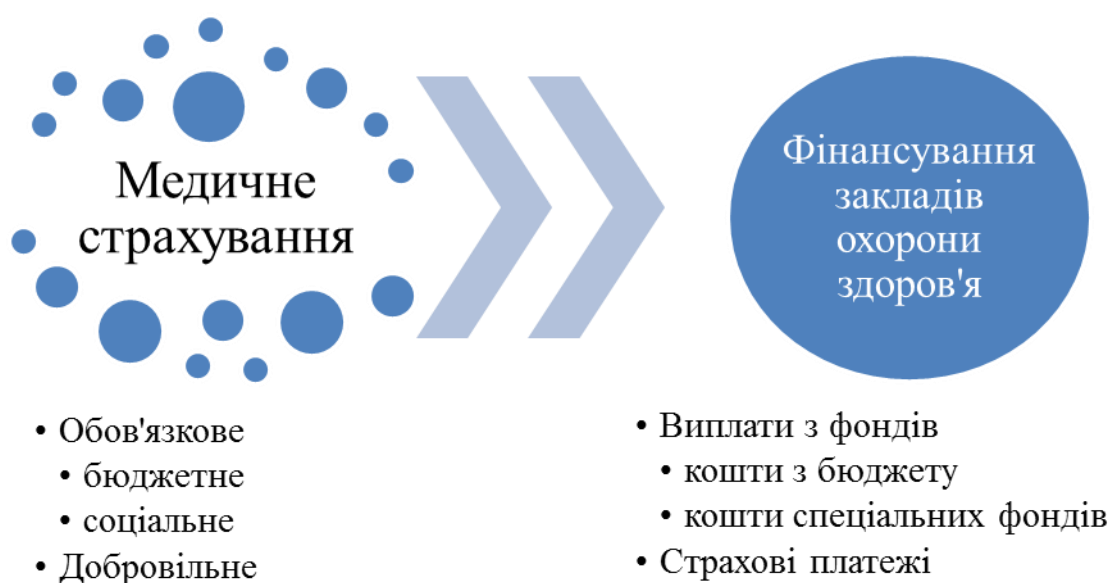


Рис. 3.2 – Види медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування в Україні реалізується через програму медичних гарантій та пакети медичних послуг. Що стосується добровільного медичного страхування, то цей сектор розвивається в країні не надто бурхливими темпами. Програми добровільного медичного страхування, що пропонуються страховими компаніями різняться за переліком медичних послуг, вартістю, установами, в яких застрахована особа може отримати медичну допомогу, вимогами до стану здоров'я застрахованої особи тощо. Схематично процес добровільного медичного страхування можна представити наступним чином (рис. 3.3).

Страховий поліс медичного страхування або договір щодо добровільного

медичного страхування повинен містити відомості про застраховану особу, термін дії договору, розмір та порядок оплати страхових внесків, умови набуття застрахованою особою права на отримання медичних послуг, обсяг зобов'язань страховика, умови дострокового припинення дії договору, права та обов'язки сторін, відповідальність сторін.

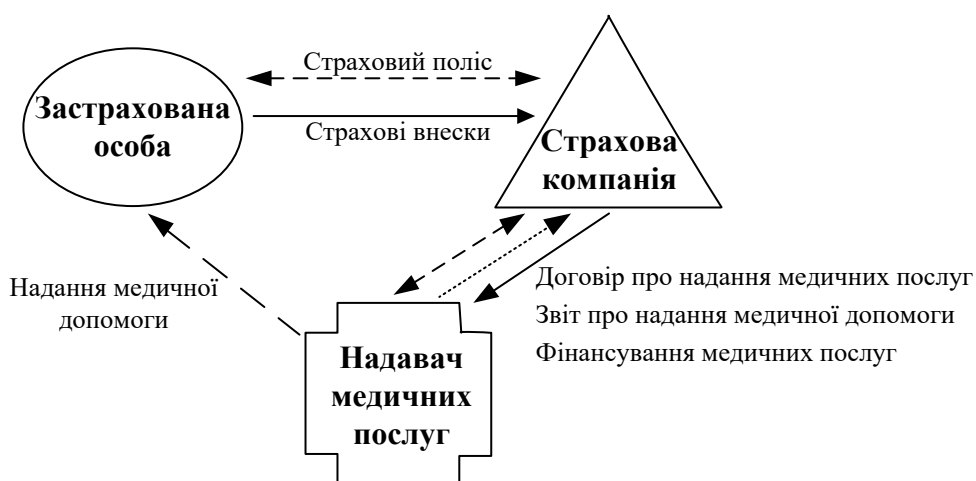


Рис. 3.3 – Схема добровільного медичного страхування

Тарифи на медичні послуги узгоджуються між страховою компанією і медичним закладом, з диференціацією залежно від статі, віку та стану здоров'я застрахованої особи.

Ринок добровільного медичного страхування України досить динамічно розвивається, ним почали цікавитись зарубіжні компанії. При цьому страхувальники віддають перевагу корпоративним програмам медичного страхування. Індивідуальні програми страхування фізичних осіб досить часто є збитковими (середній рівень збитковості за полісами медичного страхування для фізичних осіб може перевищувати 100 %), тому їх вартість на 20-30 % більша ніж аналогічні пакет медичних послуг для корпоративних програм медичного страхування.

На думку експертів [47] вартість програм медичного страхування для фізичних та юридичних осіб можна зменшити за рахунок низки факторів (рис. 3.4), зокрема встановлення лімітів на ліки, введення франшизи на лікарів,

скорочення переліку приватних «елітних» медичних закладів, виключення стоматологічної допомоги із загального пакету послуг.

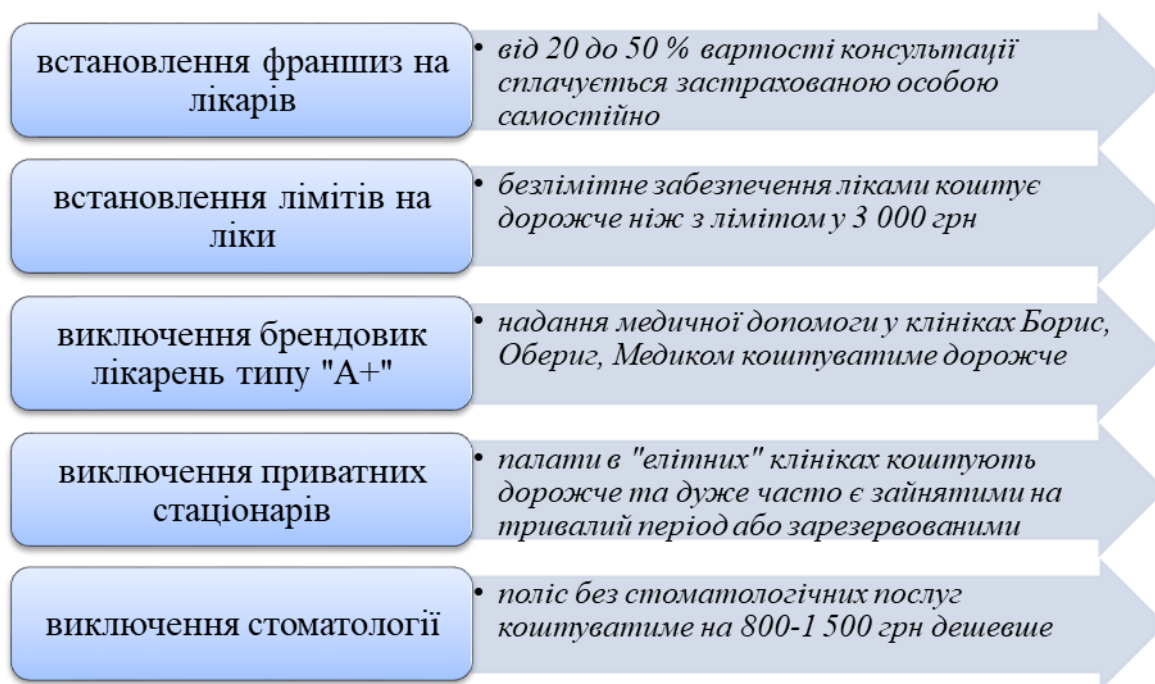


Рис. 3.4 – Напрями скорочення вартості полісів добровільного медичного страхування

Разом з тим програми добровільного медичного страхування не є жорстко стандартизованими – вони можуть розроблятися індивідуально під запити конкретного клієнта, формуватися з певних «блоків» в залежності від побажань та фінансової спроможності замовника.

Першим документом для оформлення полісу медичного страхування є заява, яку особа, що бажає застрахуватися чи застрахувати когось подає до страхової компанії. Заява містить набір даних щодо намірів особи, певні умови страхування та мінімальний набір даних щодо заявника. В заяві передбачається також викладення можливі особливості ризику, який особа бажає застрахувати. Страхова компанія приймає рішення щодо укладення договору медичного страхування або відхилення заяви на основі декларації про стан здоров'я особи встановленої форми, яка обов'язково додається до заяви. Рішення щодо прийняття особи на страхування чи відхилення приймає довірений страховою

компанією лікар протягом 10 днів після одержання декларації про стан здоров'я. Страхова компанія може запропонувати потенційному клієнту пройти додаткові обстеження за рахунок компанії для отримання достовірних даних щодо стану здоров'я особи та можливих страхових ризиків.

Застрахована особа під час укладання полісу медичного страхування має право обирати програму медичного страхування, в якій страховою сумою буде вважатися граничний рівень страхового забезпечення, який визначається відповідно до переліку і вартості медичних послуг, передбачених договором медичного страхування. Чим більшим є перелік страхових подій, які страхова компанія покриває, тим вищим є розмір страхового внеску. Страхові внески, відповідно до умов договору, сплачуються застрахованою особою у фіксованій сумі (щомісяця, щоквартально, щороку).

Страхові компанії часто додають до полісів медичного страхування право не відшкодовувати медичній установі послуги, що були надані застрахованій особі, якщо остання набула травматичні пошкодження у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння чи іншого розладу здоров'я внаслідок здійснення умисного злочину. Також страхові компанії не оплачують надання медичних послуг, які відсутні в страховому полісі. Спеціалізовані страхові поліси (вагітність і пологи, рак, СНІД тощо) надають змогу застрахованим особам на отримання гарантованої медичної допомоги.

При настанні страхової події послуги з охорони здоров'я застрахованій особі надає визначений страховою компанією медичний заклад. Медичну допомогу надають тільки за умови пред'явлення страхового полісу, паспорту або іншого документа, що посвідчує особу застрахованої особи. Виплата страхових сум здійснюється відповідно до узгодженого з програмою страхування випадку, який зазначений в договорі страхування. Підставою для виплати страхової суми є узгоджене зі страховою компанією надання медичної послуги в період дії договору страхування. Заклади охорони здоров'я, які надали узгоджені зі страховою компанією медичні послуги застрахованій особі, передають страховій компанії звіт про надані послуги (акт наданих пацієнтам

медичних послуг).

Відповідно до Закону «Про страхування» [39], страхові компанії можуть укладати договори з закладами охорони здоров'я незалежно від їх форм власності та організаційно-правової форми.

Послуги, які пропонують страхові компанії в сфері добровільного медичного страхування передбачають послуги невідкладної медичної допомоги, консультації лікарів (у т.ч. вузьких спеціалістів), поліклінічне (у т.ч. аптечне) та стаціонарне обслуговування. Пропоновані страховими компаніями страхові послуги з медичного страхування є досить стандартними.

Заклади охорони здоров'я, які співпрацюють зі страховими компаніями несуть відповідальність за невиконання умов договору медичного страхування. Додатковою функцією страхових компаній в системі медичного страхування є контроль за якістю наданих медичних послуг та їх відповідність медичним стандартам. Під якістю медичної послуги мається на увазі виконання медичним персоналом професійних та кваліфікаційних функцій, застосування сучасних знань, ефективне використання ресурсів, врахування ступеню ризику для пацієнта (небезпека пошкодження чи травмування, захворювання через медичне втручання), а також задоволення пацієнта рівнем медичного обслуговування.

Контроль за наданням медичних послуг у закладах охорони здоров'я здійснюється, як правило, експертною комісією – спеціальним підрозділом страхової компанії. Експертна комісія оцінює правильність встановленого діагнозу, підходів до лікування спеціалістами медичного закладу, доречність застосування певних медичних процедур чи препаратів.

Заклад охорони здоров'я має право відмовити в наданні медичних послуг та знімає з себе відповідальність за стан пацієнта, який в усній чи письмовій формі відмовляється від призначеного спеціалістом цього закладу лікування. Про такі випадки медичний заклад повідомляє страхову компанію, в якій пацієнт оформив страховий поліс.

3.2 Ринок страхової медицини в Україні

Добровільне медичне страхування останніми роками набуло позитивних тенденцій розвитку. За даними аналітиків [2] щороку майже 2,5 млн громадян України користуються послугами страхових компаній з медичного страхування. В умовах карантину обсяги медичного страхування зберегли позитивну динаміку. Страхові компанії почали пропонувати страхові продукти з включенням послуг на випадок Covid-19. За період 2016-2020 рр (9 місяців поточного року) страховими організаціями врегульовано більше 11 млн звернень застрахованих осіб, сплачено 9 млрд грн закладам охорони здоров'я за надані застрахованим особам послуги, придбані ліки і вироби медичного призначення.

Ринок добровільного медичного страхування України представлений двома основними видами страхових послуг: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я та страхування медичних витрат. За 9 місяців 2020 р. обсяги валових страхових премій за договорами медичного страхування склали 75 % надходжень попереднього року.



Рис. 3.5 – Валові страхові премії на ринку добровільного медичного страхування (2020 р. за 9 місяців)

У 2019 р. спостерігається збільшення валових страхових платежів на 28,2 % (983,6 млн грн) у порівнянні з 2018 р. Певний час зростання валових страхових премій пояснювалося підвищенням вартості полісів добровільного медичного страхування. Це пояснюється зростанням цін на послуги закладів охорони здоров'я, медичні засоби, ліки, що призвело до зростання виплат страховими компаніями, а, відтак, і цін страхових полісів медичного страхування.

За обсягами страхових платежів, і відповідно за кількістю та розміром страхових полісів, перші позиції за 9 місяців займають Київська обл. та м. Київ з обсягом страхових платежів понад 1,5 млрд грн, Запорізька обл. 111 млн грн, Донецька (74,9 млн грн) та Дніпропетровська (73,4 тис. грн) що становить 93 % усього обсягу страхових платежів (рис. 3.6).

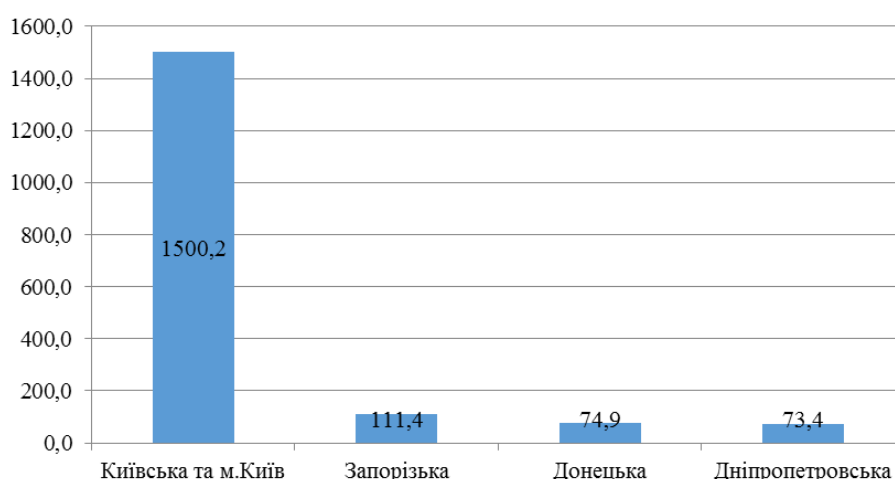


Рис. 3.6 – Розміри страхових внесків у 4-х регіонах

У Миколаївській, Вінницькій, Львівській, Харківській та Одеських областях страхові внески складають від 14 до 20 млн грн. Слід зазначити про істотну диференціацію між регіонами країни за обсягами страхових платежів полісів добровільного медичного страхування. Так у Кіровоградській, Херсонській та Чернівецькій областях страхові внески становлять близько 1 млн грн, а в Закарпатській, Луганській та Хмельницькій областях ще менше (рис. 3.7).

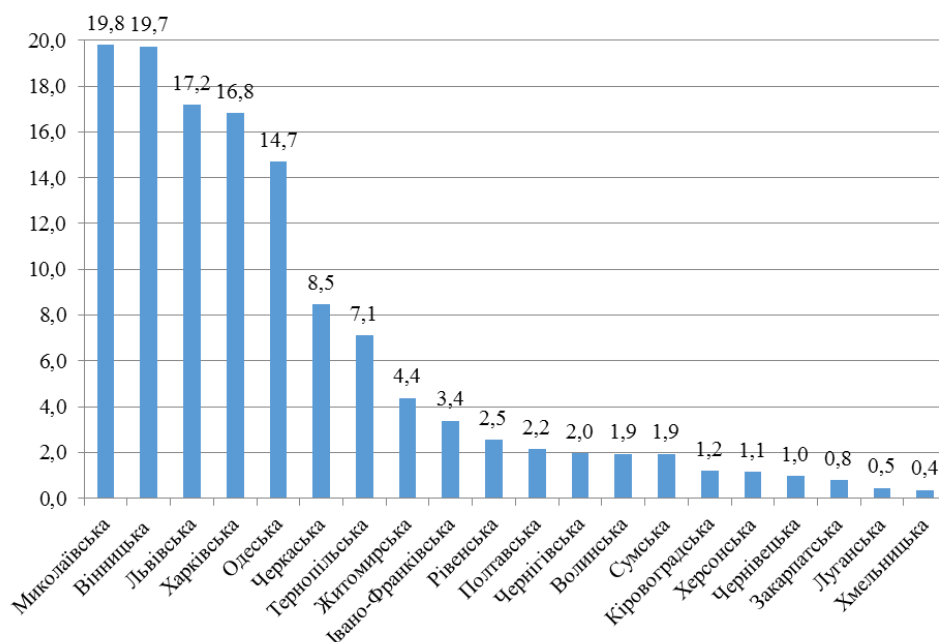


Рис. 3.7 – Розміри страхових внесків за регіонами України (за 9 місяців 2020 р.)

За страховими виплатами також наявне зростання на ринку добровільного медичного страхування. З 2017 р. спостерігається щорічне зростання обсягів страхових виплат на рівні більше 20 % на рік (рис. 3.7).



Рис. 3.7 – Динаміка страхових виплат на ринку добровільного медичного страхування

Компанією Фрііншуренс [47] складено рейтинги компаній добровільного медичного страхування за трьома ключовими показниками: страхові премії (розмір страхової компанії, її надійність та спроможність виконувати свої зобов'язання), страхові виплати (скільки страхові компанії виплатили за договорами медичного страхування), рівень страхових виплат (прибутковість або збитковість страхової компанії в поточному році) (рис. 3.8).

Місце в рейтингу	Страхові премії	Страхові виплати	Рівень страхових виплат
	Компанія	Компанія	Компанія
1.	УНІКА	УНІКА	МЕГА-ПОЛИС
2.	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА	АЛЬФА Страхування
3.	INGO Україна	АЛЬФА Страхування	АСКА
4.	ARX	INGO Україна	КОЛОННЕЙД Україна
5.	АЛЬФА Страхування	Нафтогазстрах	Нафтогазстрах
6.	Нафтогазстрах	ARX	ИНТЕР ЭКСПРЕСС
7.	КРАЇНА	КРАЇНА	ПРОВІДНА
8.	PZU Україна	PZU Україна	КРОНА
9.	ТАС Страхова група	КОЛОННЕЙД Україна	КРАЇНА
10.	UNIVERSALNA	ТАС Страхова група	ЕВРОПЕЙСКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС
11.	КОЛОННЕЙД Україна	UNIVERSALNA	PZU Україна
12.	UPSK	АСКА	INGO Україна
13.	КНЯЖА	ЕВРОПЕЙСКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	ТАС Страхова група
14.	ЕВРОПЕЙСКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	РАРИТЕТ	ПРОСТО-Страхування
15.	РАРИТЕТ	ІнтерЕкспрес	РАРИТЕТ
16.	ВУСО	UPSK	УНІКА
17.	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	МЕГА-ПОЛИС	ARX
18.	АСКА	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	АРСЕНАЛ Страхування
19.	ІнтерЕкспрес	ВУСО	ВУСО
20.	Мотор ГАРАНТ	КРОНА	САЛАМАНДРА

Рис. 3.8 – Рейтинг страхових компаній України на ринку добровільного медичного страхування

Як видно з рис. 3.8 рейтинг очолюють страхові компанії Уніка, Провідна, INGO Україна, ARX, АЛЬФА Страхування, Нафтогазстрах. За даними [2] добровільне медичне страхування займає 76 % у портфелі страхової компанії

Провідна, досить велику частку у портфелі страховика даний вид послуг займає в компаніях Раритет (97 %), КРОНА (75,8 %), Мега-Поліс (66,3 %). В середньому, для великих страхових компаній, частка страхових платежів за договорами добровільного медичного страхування становить від 25 до 35 %.

На сьогодні, зі зростанням доступу споживачів до переважної більшості послуг за допомогою інформаційних технологій, є можливість обрати компанію та страховий продукт на онові введення у спеціальні поля електронних сервісів основні вимоги клієнта. Так, допомогу з вибором страхової компанії відповідно до потреб особи пропонують сайти Форіншурер (<http://med-insurance.com.ua/zayavka>), Хотлайн (<http://hotline.ua>), Простобанк Консалтинг (<https://www.prostobank.ua/>) та інші. Зокрема, якщо особа цікавиться особистим страхуванням, або бажає застрахувати родину, скоріш за все їй надійдуть пропозиції від страхової компанії INGO Україна або Укрспецстрах. Бізнесу (корпоративне страхування) варто звернути увагу на компанії Уніка, INGO Україна, АРСЕНАЛ страхування, ARX, ВУСО та Укрфінстрах.

Обираючи ту чи іншу страхову компанію для укладення договору (полісу) про добровільне медичне страхування, варто звернути увагу на надійність та сумлінність виконання зобов'язань установи. Набір критеріїв для вибору страховика, насправді, не дуже великий (рис. 3.9), проте кожна складова варта уваги при виборі компанії, що захищатиме інтереси «здоров'я».

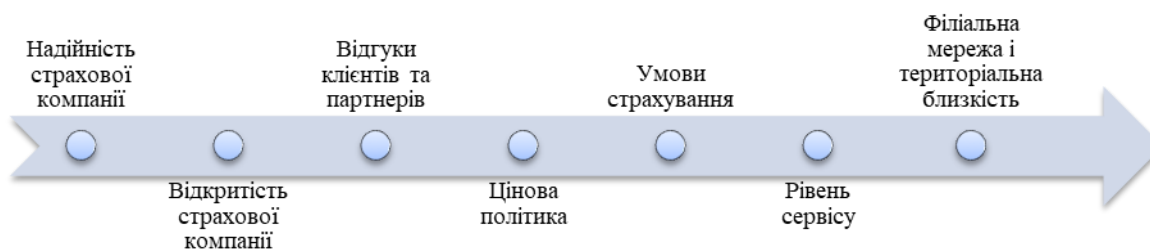


Рис. 3.9 – Критерії вибору страхової компанії з медичного страхування

Надійність страхової компанії – дуже широке поняття, яке охоплює фінансові показники та відгуки щодо роботи компанії, структуру та партнерів.

Допомогти у вивченні надійності компанії можуть різноманітні рейтинги, які складаються спеціалізованими незалежними міжнародними або вітчизняними агентствами. Вони аналізують та узагальнюють показники, що характеризують фінансовий стан та репутацію страхових компаній, роблять висновки та складають рейтинги за окремими показниками. Важливим фактором впливу на надійність страхової компанії є її портфель страхових послуг. Чим більшою є ліцензованих програм страхування з якими компанія працює на ринку – тим краще, оскільки тоді портфель вважається збалансованим.

Досить важливим критерієм є відкритість страхової компанії, тобто чи можна з офіційних джерел швидко отримати інформацію щодо власників компанії, складу акціонерів та менеджменту. Компанії з іноземним капіталом у 95 % випадків мають більш високу платоспроможність у порівнянні з виключно національними страховими компаніями.

Щодо цінової політики компанії, то найнижчий страховий тариф за певним видом страхування є не досить гарним показником. Досить часто занижені тарифи приховують велику кількість обмежень і винятків, відповідно до яких страховик відмовляється здійснювати відшкодування.

При виборі страховика обов'язково необхідно враховувати умови договору страхування, тобто обсяг відповідальності страхової компанії, перелік ризиків, що покриваються певним медичним полісом і виключення, на які покриття не поширюється, наявність і величина франшизи, терміни і порядок розгляду страхових випадків, порядок отримання страхового відшкодування.

У будь-якому випадку, головним пріоритетом страхової компанії є якість обслуговування клієнтів. Тому обираючи страхову компанію варто звернути увагу на наявні відгуки щодо неї в мережі, рівень сервісу, вчасність здійснення платежів тощо.

Не зважаючи на наявну позитивну динаміку, розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні перешкоджають низка факторів. По-перше, це низький рівень фінансового забезпечення переважної більшості населення, відсутність довіри до фінансових структур, висока

вартість страхових полісів. По-друге, відсутність чіткого механізму контролю зі сторони страхової компанії за якістю наданих закладами охорони здоров'я медичних послуг, порушення умов надання страхових послуг усіма сторонами угоди – застрахованою особою, закладом охорони здоров'я та страховою компанією. По-третє, досить високий відсоток шахрайства зі сторони суб'єктів страхових відносин, наслідком чого є необґрунтоване завищення вартості медичних послуг закладами охорони здоров'я, а також пошук підстав для відмови застрахованій особі в оплаті медичних послуг.

Іншими факторами, що поки що стримують розвиток ринку є неврегульованість фінансових аспектів, зокрема оподаткування інструментів фінансового сектору. На сьогодні фізичні особи не зацікавлені у створенні довгострокових заощаджень (легальних) та вкладень в медичне страхування (з метою компенсації в майбутньому коштів на сплату послуг медичних закладів та лікарів-ФОП). Наявність додаткового податкового навантаження на застрахованих осіб за договорами добровільного медичного страхування (18 % податок на доходи фізичних осіб + 1,5 військовий збір) також є стримуючим фактором розвитку даного виду страхових послуг.

Ще однією проблемою є відсутність доступу страхових компаній до електронної системи охорони здоров'я (записів про направлення та рецепти застрахованої особи, листів непрацездатності, результатів обстеження тощо), що значно спростило би співпрацю між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я. Концепція реформування охорони здоров'я і впровадження медичного страхування передбачає вдосконалення алгоритму надання медичних послуг і ліків застрахованим особам за страховими полісами медичного страхування і типового договору про співпрацю (в якому визначається порядок обслуговування застрахованих осіб, порядок розрахунку за надані послуги, умови доступу страхової компанії до первинної документації щодо лікування, електронного документообігу, електронних рецептів). Реалізація концепції медичного страхування можлива лише за умови тісної співпраці закладів охорони здоров'я і страхових компаній.

Страхові компанії вбачають наступні необхідні кроки зі сторони медичних закладів для покращення співпраці [2]:

розміщення в доступному для споживача місці інформації щодо порядку обслуговування застрахованих осіб;

надавати звіти про лікування осіб за договорами добровільного медичного страхування при проведенні акредитації закладів охорони здоров'я;

стимулювати заклади охорони здоров'я до застосування нових клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги при наданні медичних послуг пацієнтам;

впроваджувати підходи до он-лайн консультування (первинне консультування) без попереднього відвідування закладу охорони здоров'я.

3.3 Перспективи впровадження недержавного страхування в Олександрівському районі

Комунальне некомерційне підприємство «Олександрівська лікарня планового лікування» розташоване в с. Олександрівка Донецької області і здійснює надання медичних послуг населенню відповідно до діючого законодавства. Відповідно до штатного розкладу, у закладі охорони здоров'я 15 штатних лікарняних посад і 41 посада медичних робітників. Забезпеченість населення лікарями у 2019 р. склала 6,9 на 10 000 населення. Укомплектованість штатних посад лікарів у 2020 р. склала 60 %, молодших медичних спеціалістів 97,5 %. Первинну медико-санітарну допомогу надають шість лікарів практики сімейної медицини, які мають відповідну кваліфікаційну категорію, у 2018 р. таку допомогу надавали вісім лікарів. У 2019 р. атестацію пройшли три лікаря сімейної медицини та 5 медичних спеціалістів.

Дохідна частина бюджету закладу охорони здоров'я складається з фінансування за програмами медичних гарантій, регіональними програмами

розвитку медицини та надання платних послуг. Видаткова частина представлена витратами на оплату праці, комунальних платежів, вартості витратних матеріалів та медикаментів, сплатою послуг сторонніх організацій та поліпшенням матеріально-технічної бази (рис. 3.10).



Рис. 3.10 – Бюджет закладу охорони здоров'я [14]

НКП «Олександрівська ЛПЛ» укладено угоди з НСЗУ щодо надання медичної допомоги за чотирма програмами медичних гарантій з відповідним фінансуванням (табл. 3.1), строком дії кожної програми з 01.04.2020 по 31.12.2020 р. Загальний обсяг фінансування за програмами медичних гарантій у 2021 році заплановано у сумі 8 715 758,79 грн. З них майже 60 % становить стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій. При цьому для двох програм медичних гарантій застосовувалися коригувальні коефіцієнти (табл. 3.2).

Залучення регіонального та приватного фінансування послуг з охорони здоров'я є досить складним питанням. В 2018-2019 рр. закладом охорони здоров'я використовувалося виключне державне фінансування. При чому у 2018 р. загальний обсяг фінансування становив 89,4 % потреб в коштах, а в 2019 р. скоротився на 9 в.п. і склав 80,2 % потреб закладу освіти в фінансових коштах. У структурі видатків НКП «Олександрівська ЛПЛ» переважають

витрати на заробітну плату з нарахуваннями, що складає майже 86 % сукупних витрат (рис. 3.11).

Таблиця 3.1 – Фінансування КНП «Олександрівська лікарня планового лікування» у 2020 р. за програмами медичних гарантій

№ з/п	Код та найменування медичної послуги (групи послуг)	Запланована кількість випадків, од.	Обсяг фінансування, грн		
			за випадок	загальний	за глобальною ставкою
1.	3 Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	286	5 093,61	1 456 773,24	1 143 006,67
2.	4 Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	1481	3 360,87	4 977 452,61	3 901 469,20
3.	9 Амбулаторна допомога вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стаціонарну допомогу	--	--	2 118 027,49	2 118 027,49
4.	21 Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ	--	--	163 505,45	163 505,45
	<i>Разом</i>			<i>8 715 758,79</i>	<i>7 326 008,81</i>

Джерело: складено за [30]

Таблиця 3.2 – Тарифи та коригувальні коефіцієнти за програмами медичних гарантій 2020 р. для КНП «Олександрівська ЛПЛ»

№ з/п	Код та найменування медичної послуги (групи послуг)	Тариф (ставка), грн	Коригувальні коефіцієнти		
			Запланований середній індекс структури випадків	Коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово	Коефіцієнт збалансованості бюджету
1.	3 Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	4 563,64	1,11612937	1	1
2.	4 Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	4 563,64	0,73644564	-	1

Джерело: складено за [30]



Рис. 3.11 – Структура витрат КНП «Олександрівська ЛПЛ» у 2018-2019 рр.

Джерело: складено за матеріалами НКП «Олександрівська ЛПЛ»

За статистичними даними населення району у 2019 р. складало 18 029 осіб, у тому числі дорослого населення 15 445 осіб, працездатного населення 10 836 осіб. Декларації з сімейними лікарями та педіатрами уклали 12 999 осіб, у тому числі доросле населення 10 604 особи, працездатне населення 6 844 особи, підлітки 375 осіб, дітей 2 020 осіб. Негативною тенденцією в районі є від'ємний природний приріст населення, який за підсумками 2019 р. склав -11,7. Основними причинами смертності залишаються серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання та захворювання органів травлення, захворювання органів дихання та травматизм (табл. 3.3).

Таблиця 3.3. Структура смертності населення Олександрівського району Донецької області у 2018-2019 рр.

Вікова група	2017	2018	2019	Основні причини смерті			
				Серцево-судинні захворювання		Онкологічні захворювання	
				2018	2019	2018	2019
До 1 року	1	2	0	228	234	52	36
1-50 років	30	40	33				
51-60 років	43	41	36				
61-70 років	67	55	58				
71-80 років	78	90	74				
81 рік і старше	90	99	109				

Джерело: складено за матеріалами НКП «Олександрівська ЛПЛ»

Протягом 2019 року до закладу охорони здоров'я звернулося 49 678 жителів району, з яких 13 185 (26,5 %) було здійснено з профілактичною метою у 2018 році аналогічні показники становили 52 272 звернення, 11 413 (21,8 %) з профілактичною метою. Це свідчить про зростання уваги населення до стану здоров'я та переміщення акцентів зі стадії «лікування» на стадію «попередження хвороби».

За наданням медичної допомоги до лікарні у 2019 р. звернулося 14 597 пацієнтів, з них 19,9 % направлено на консультацію до лікарів вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) ланок. 80 % пацієнтів почали та закінчили лікування у спеціалістів лікарні (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Амбулаторна та клінічна робота КНП «Олександрівська ЛПЛ», осіб

	2018	2019	Відхилення
Усього звернень за медичною допомогою, у т.ч.	15 773	14 597	-1 176
направлено на консультацію до лікарів вторинної та третинної допомоги	2 858	2 909	51
почали та закінчили лікування у лікарів КНП «Олександрівська ЛПЛ»	12 915	11 688	-1 227
отримали амбулаторне лікування у лікарів КНП «Олександрівська ЛПЛ»	484	524	40
Отримали стаціонарне лікування	2 374	2 385	11

Джерело: складено за матеріалами НКП «Олександрівська ЛПЛ»

У 2019 р. виконання плану охоплення профілактичними оглядами становило 98 % (оглянуть 6 455 осіб при плані 6 582 особи), у 2018 р. виконання плану за профілактичними оглядами склало 94,3 % (оглянуто 9 210 осіб, план 9 763 особи). Скорочення планових показників становило 33,8 %.

Все більша увага на сьогодні відводиться методам лікування, що замінюють стаціонарне лікування. В районі функціонує 20 ліжок. Забезпеченість ліжками становить 11,0 на 10 000 населення. У 2019 році в денному стаціонарі отримували медичну допомогу 626 пацієнтів, у 2018 році – 1 427 пацієнтів, у 2017 році – 1 508 пацієнтів. В стаціонарах «на дому» пройшли лікування 670 хворих у 2019 р., 1 745 хворих у 2018 р., 1 079 хворих у

2017 р. Середня тривалість лікування у 2017-2019 рр. склала відповідно 8,4 – 7,2 – 9,4 дні.

Зважаючи на недостатність коштів для фінансування поточної діяльності та розвитку матеріально-технічної та медикаментозної бази КНП «Олександрівська ЛПЛ» необхідно залучати додаткове фінансування, зокрема завдяки співпраці зі страховими компаніями за полісами медичного страхування.

Серед страхових компаній, які пропонують на сьогодні послуги з добровільного медичного страхування, досить великий вибір програм страхування й відповідно, умов надання медичної допомоги. Починаючи від викликів медичної та екстреної допомоги до оплати хірургічних операцій (табл. 3.5). Відповідно до переліку медичних послуг, включеного до полісу, визначається вартість: починаючи від страхового тарифу у 250 грн/рік й до тарифу понад 25 000 грн на рік.

Зважаючи на рівень доходів населення Олександрівського району, необхідно умовою впровадження добровільного медичного страхування є зниження ціни страхового поліса. На думку спеціалістів [] є кілька способів зменшення ціни на поліс добровільного медичного страхування. По-перше, це зменшення страхової суми, яка не має принципового значення (на відміну від страхування від нещасних випадків, коли розмір виплат залежить від страхової суми). Якщо програма страхування передбачає отримання медичної допомоги в комунальних некомерційних підприємствах, то обирати поліс зі страховою сумою в 100 000 грн і більше не має сенсу. По-друге, зменшити вартість полісу можна за допомогою франшизи на деякі види медикаментів чи види медичної допомоги. Введення 50 % франшизи на лікарські засоби для лікування в клініці допоможе заощадити половину вартості цієї базової опції. Зменшити вартість страховки можна і за допомогою встановлення лімітів на окремі види медичних послуг, або повністю виключивши їх з полісу. Відмова від таких послуг як «стоматологія» або «профілактичні оздоровчі послуги» дозволяє скоротити вартість полісу на 15-20 %. Заощадити кошти можна також відкоригувавши

перелік медичних установ – виключивши з нього найбільш дорогі.

Таблиця 3.5 – Страхові поліси добровільного медичного страхування

Страхова компанія	Страхова програма	Страховий тариф, грн/рік	Страхова сума, грн	Покриття
ARX	Базова	1 080	60 000	2 виклики медичної та екстреної допомоги
	Стандарт	2 040	80 000	Програма «Базова» + 2000 грн на лабораторну діагностику гострого стану; 5 малих та 2 великих обстеження гострого стану;
	Преміум	2 880	100 000	Програма «Стандарт» + 3 консультації лікаря; 1000 грн на ліки
УІКА	Стандарт	12 410	75 000	цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс; обслуговування в комерційних медичних клініках; амбулаторно-поліклінічна допомога; екстрена госпіталізація та забезпечення медикаментами; планова стаціонарна допомога, хірургія в межах 3 000 грн; екстрена стоматологія покривається в межах 500 грн
	Класика	16 425	125 000	цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс; обслуговування в комерційних медичних клініках; амбулаторно-поліклінічна допомога; екстрена госпіталізація та забезпечення медикаментами; планова стаціонарна допомога, хірургія в межах 4 000 грн; екстрена стоматологія покривається в межах 1000 грн
	Престиж	21 900	175 000	цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс; обслуговування в комерційних медичних клініках; амбулаторно-поліклінічна допомога; екстрена госпіталізація та забезпечення медикаментами; планова стаціонарна допомога, хірургія в межах 5 000 грн; екстрена стоматологія покривається в межах 2000 грн
INGO Україна	Соціальний	1 000	110 000	Швидка та невідкладна допомога в межах 50 км за містом; амбулаторно-поліклінічна допомога (консультації, діагностики, аналізи); забезпечення лікарським засобами при амбулаторно-поліклінічній допомозі; виклик лікаря 50 км за межами міста; 10 процедур фізіотерапії; екстрений стаціонар; плановий стаціонар; забезпечення лікарськими засобами при плановій допомозі. Рівень медичних закладів 1
	Комфорт		150 000	Пакет Соціальний + Рівень медичних закладів 2
	Комфорт+		180 000	Пакет Соціальний + Рівень медичних закладів 3
	Преміум		210 000	Пакет Соціальний + Рівень медичних закладів 4

Джерело: складено на основі [15, 21, 22]

Програмами медичних гарантій 2020 р. передбачено покриття всього 19 % звернень 2019 р. За умови залучення до співробітництва страхових компаній і покриття за рахунок страхових полісів добровільного медичного страхування хоча б 20 % звернень, КНП «Олександрівська ЛПЛ» зможе додатково отримати фінансування за надані медичні послуги у розмірі 10,6 млн грн, якщо брати за базу розрахунку рівень звернень та середньозважену вартість одного пролікованого випадку (обчисленого за даними табл. 3.1):

$$14\,597 * 0,20 * 3\,641,33 = 10\,630\,491,80 \text{ грн}$$

При чому співпраця зі страховими компаніями сприятиме підвищенню іміджу заходу охорони здоров'я і якості надання медичних послуг населенню, що в свою чергу сприятиме популяризації закладу, зростанню обсягів фінансування за державними та регіональними програмами.

Висновки до розділу 3

Користувачами послуг добровільного медичного страхування в Україні є не більше 5-6 % населення, хоча цей сегмент страхового ринку має досить позитивні тенденції протягом останніх років, що пов'язано з реформуванням системи охорони здоров'я. На ринку страхування здоров'я працюють понад 70 страхових компаній з чималим досвідом роботи.

Розширення співпраці між закладами охорони здоров'я і страховими компаніями дозволить отримати позитивні результати і для населення в частині покриття витрат на охорону здоров'я за рахунок страхових полісів, і для лікарень в частині зростання обсягів фінансування за надані медичні послуги, і для страхових компаній у зростанні страхових платежів.

ВИСНОВКИ

Розвиток будь-якої галузі залежить від достатніх обсягів фінансування поточної діяльності та впровадження необхідних трансформаційних перетворень. Вітчизняна галузь охорони здоров'я на сьогодні знаходиться в реформаційному перетворенні та відчуває гострий брак фінансових ресурсів, пов'язаний, по-перше, із забезпеченням самих трансформацій, по-друге, зі світовою пандемією, викликаною коронавірусним захворюванням covid-19. Тому залучення додаткового фінансування, зокрема за рахунок полісів добровільного медичного страхування є досить перспективним напрямом діяльності автономізованих закладів охорони здоров'я.

При аналізуванні існуючих підходів до побудови системи фінансування галузі охорони здоров'я встановлено існування трьох принципових моделей фінансування: модель Бісмарка, модель Беверіджа та модель прямої оплати. При чому в жодній з країн світу зазначені моделі не представлені в «чистому» вигляді, а набули модифікацій та вдосконалень відповідно до цілей соціального розвитку та можливостей певної країни. Найбільш популярними є моделі з елементами обов'язкового та добровільного соціального страхування.

Реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я було обумовлено її вкрай тяжким станом, низькою якістю медичних послуг, недоступністю для переважної більшості населення якісної медичної допомоги. Перші кроки в реформуванні були здійснені з ухваленням Концепції розвитку медичної галузі, визначення пріоритетним напрямом саме потреби пацієнта та рівень задоволеності якістю медичних послуг. Запропоновано впровадження нових стандартів та підходів до організації діяльності медичних послуг та принципово нові підходи до фінансування. Реформування розпочалося у 2017 році зі створенням Національної служби здоров'я України, яка і почала впроваджувати у життя окреслені зміни.

Національна служба здоров'я є основним органом за допомогою якого

реалізуються державні програми розвитку галузі охорони здоров'я. На НСЗУ покладено функції оцінки потреб населення в медичних послугах, оцінка спроможності закладів охорони здоров'я надавати якісну та своєчасну медичну допомогу; укласти договори з надавачами медичних послуг та здійснювати оплату медичних послуг з державного бюджету за фактично надані послуги. Крім того НСЗУ здійснює постійний моніторинг за рівнем якості наданих медичних послуг населенню, ефективністю використання бюджетних коштів, забезпечує інформатизацію системи охорони здоров'я – впровадження системи eHealth.

Обумовлене об'єктивними потребами збільшення витрат на фінансування охорони здоров'я простежуються в усіх країнах. Крім того, темпи зростання витрат на медицину випереджають темпи росту ВВП, що є загальносвітовою тенденцією, яка за оцінками Організації економічного співробітництва збережеться до 2030 року. Структура витрат на охорону здоров'я різниться в залежності від економічного розвитку країни та обраного напрямку соціальної політики. Зокрема в розвинутих країнах стаціонарна та амбулаторна допомога складають близько 60 % усіх видатків, значну частину займають профілактичні заходи та довготривала медична допомога.

Аналіз рівня фінансування медичної галузі України визначив загальне скорочення видатків на фінансування охорони здоров'я, як по відношенню до ВВП країни так і у загальній структурі видатків державного бюджету. Недостатність фінансування відображається на матеріально-технічному стані медичних закладів, якості медичних послуг і, як наслідок, погіршення соціальних показників тривалості та якості життя населення.

В межах зміни підходів до фінансування закладів охорони здоров'я та забезпечення населення країни якісною медичною допомогою, НСЗУ разом з МОН розроблено програму медичних гарантій. Програма медичних гарантій є сукупністю медичних послуг, як держава безоплатно гарантує громадянину. У 2020 році заклади охорони здоров'я мали можливість укласти угоди з НСЗУ на надання (отримання фінансування) медичних послуг за 30 програмами. Більше

ніж 2 400 закладів охорони здоров'я клали договори про надання різних пакетів медичних послуг населенню у 2020 році.

При дослідженні особливостей впровадження обов'язкового медичного страхування за програмами медичних гарантій встановлено можливість залучення страхових компаній для формування окремих фінансових надходжень за надані закладами охорони здоров'я послуги. Добровільне медичне страхування є гарантією отримання застрахованою особою визначеного переліку якісних послуг при настанні страхового випадку. Залучення страхових компаній є додатковим стимулом для медичних закладів до покращення якості медичних послуг, розширення їх переліку та термінів надання.

Вітчизняний ринок добровільного медичного страхування є досить перспективним, хоча і має низку невирішених проблем. Основна з них – досить висока вартість страхових полісів медичного страхування у порівнянні з рівнем доходів населення та рівнем цін на основні товари споживання. На сьогодні полісами добровільного медичного страхування користується близько 5-6 % населення країни, при чому більша частка – за договорами корпоративного медичного страхування. Особисте медичне страхування є досить збитковим для страхових компаній, вартість таких полісів зазвичай на 20-30 % від аналогічних пропозицій для корпоративних клієнтів.

Забезпечення співпраці закладу охорони здоров'я зі страховими компаніями дозволить отримати низку позитивних результатів. По-перше, збільшення надходжень страхових компаній і подальший розвиток страхового ринку країни. По-друге, гарантована оплата витрат на охорону здоров'я для застрахованих осіб за заздалегідь визначеним переліком звернень, який формується відповідно до вимог та фінансової спроможності замовника. По-третє, отримання гарантованої оплати за надані медичні послуги за ринковою (обумовленою між закладом охорони здоров'я та страховою компанією, а не фіксованою державою) ціною, що дозволяє враховувати рівень якості послуг та компетенції медичного персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf> (звернення 10.11.2020)
2. Insurance TOP #7(75)2020. URL: <https://forinsurer.com/files/file00694.pdf> (звернення 10.11.2020)
3. World Health Statistics 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf> (звернення 10.11.2020)
4. World Health Statistics 2020. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2020/EN_WHS_2020_TOC.pdf?ua=1 (звернення 10.11.2020)
5. Астаханова І. Е., Касьян Є.О. Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. *Збірник наукових праць*. 2009. №1(6). С. 14-19
6. Берест П. Чи зможе нас вилікувати страхова медицина. *Україна і світ сьогодні*. 2014. № 30-31. С.8-10
7. Бідний В.Г., Орлова Н.М. Медичне страхування. Київ, 2000. 236 с.
8. Богусловський Є.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. *Зовнішня торгівля: право та економіка*. 2009. № 4(39). С. 18-23
9. Бородін А. Ф. Про медичне страхування. *Фінанси*. 2014. №12. С. 35-39
10. Буздуган Я. Лободіна З.М. Джерела формування та напрями використання фінансових ресурсів охорони здоров'я в умовах ринкових трансформацій. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Економіка*. 2013. №15. С87-92
11. Василенко П. Медичне страхування: реалії та проблеми. *Соціальне страхування*. 2008. № 3. С. 117-122.
12. Гладун З. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія. Тернопіль, 2005. 431 с.

13. Губар О.Є. Медичне страхування в країнах Європейського союзу. *Фінанси України*. 2013. №7. С. 130-136.

14. Держбюджет 2020: видатки на охорону здоров'я URL: <https://obkom.dp.ua/Держбюджет-2020-видатки-на-охорону-здоро/> (звернення 10.11.2020)

15. Добровільне медичне страхування. URL: <https://arx.com.ua/ru/produkty/medychne-strakhuvannya/dobrovilne-strakhuvannya> (звернення 10.11.2020)

16. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (звернення 10.11.2020)

17. Дослідження «Витрати на охорону здоров'я і доступ до лікування» у виконанні KSE та IQVIA за підтримки ACC та APRaD, березень 2020. URL: http://publications.chamber.ua/2020/HCC/ACC_APRaD_Presentation_UPD_12.12_final.pdf (звернення 10.11.2020)

18. Звіт Національної служби здоров'я за 2018 рік. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1607587136> (звернення 10.11.2020)

19. Звіт Національної служби здоров'я за 2019 рік. URL: https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1607587136 (звернення 10.11.2020)

20. Кичко І.І. Страхування як елемент фінансового механізму соціального захисту. *Фінанси України*. – 2005. – №4

21. Медичне страхування (ДМС). URL: <https://uniqa.ua/ua/private/life/zdorove/> (звернення 10.11.2020)

22. Медичне страхування від ІНГО. URL: <https://ingo.ua/ru/mediczinskoe-straxovanie> (звернення 10.11.2020)

23. Медичне страхування, страхова медицина чи державне фінансування: що зробить медицину доступною, якісною і безоплатною/ URL: <https://kievvlavlast.com.ua/mind/medichne-strakhuvannya-strahova-meditsina-chi-derzhavne-finansuvannya-shho-zrobit-meditsinu-dostupnoyu-yakisnoyu-i->

[bezoplatnoyu](#) (звернення 10.11.2020)

24. Мних М. Іноземний досвід медичного страхування. *Економіка. Фінанси. Право*. 2012. № 12. С.18-23.

25. Мних М., Мних Н. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка. Фінанси. Право*. 2013. № 2. С.21–28.

26. Нагайчук Н.Г. Суб'єктна складова добровільного медичного страхування. *Вісник КНТЕУ*. 2016. №1. С. 64-69.

27. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

28. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/> (звернення 10.11.2020)

29. Осадець С.С. Страхування. Підручник: 2-ге вид.перероб. і доп. Київ, 2002. 599 с.

30. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua> (звернення 10.11.2020)

31. Пакети медичних послуг: зміст та підходи до контрактування закладів охорони здоров'я. URL: https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf (звернення 10.11.2020)

32. Пархета Л. Страхові послуги на ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Ринок Цінних Паперів України*. 2017. №5-6. URL: <http://securities.usmdi.org/PDF/1009.pdf> (звернення 10.11.2020)

33. Підсумки діяльності страхових компаній за 2017 рік. URL: <https://forinsurer.com/files/file00634.pdf> (звернення 10.11.2020)

34. Підсумки діяльності страхових компаній за 2018 рік. URL: <https://forinsurer.com/files/file00654.pdf> (звернення 10.11.2020)

35. Підсумки діяльності страхових компаній за 2019 рік. URL: <https://forinsurer.com/files/file00674.pdf> (звернення 10.11.2020)

36. Поліщук Є. М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення. *Соціальне страхування*. 2008. № 2. С. 13–16.

37. Полозенко Д.В., Парій В.Д. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я України. *Фінанси України*. 2012. №3. С. 83-89.

38. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 р. (в редакції від 03.07.2020 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (звернення 10.11.2020)

39. Про страхування. Закон України № 85/96-ВР від 07.03.1996 (в редакції від 10.12.2020). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> (звернення 10.11.2020)

40. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету міністрів України № 1013-р від 30.11.2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (звернення 10.11.2020)

41. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування. Львів, 2009. 352 с.

42. Рудень В.В., Сидорчук О.М. Фінансування медичного забезпечення в Україні: проблеми та шляхи розв'язання. *Фінанси України*. 2009. №8. С.25-34.

43. Сардинець І. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль, 2002. 152с.

44. Сьогодні розпочався другий етап медичної реформи. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/sogodni-rozpochavsja-drugij-etap-medichnoi-reformi> (звернення 10.11.2020)

45. УКРАЇНА: ОГЛЯД РЕФОРМИ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 2016-2019. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Summary_Web.pdf (звернення 10.11.2020)

46. Федорова М.В. Порівняльний аналіз систем соціального страхування України та зарубіжних країн. *Наукові праці НДФІ*. 2012. № 1(16). С. 205-211.

47. Фориншурер. Узнайте стоимость медицинского страхования для

сім'ї или колектива. URL: <http://med-insurance.com.ua/zayavka> (звернення 10.11.2020)

48. Черненко В.Е., Черненко В.Г., Рудий В.М. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. Київ, 2009. 112 с.

49. Чкан І.О. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Financial space*. № 1 (17) 2015. С. 292-295. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/145704916.pdf> (звернення 10.11.2020)

50. Чотири моделі страхової медицини. Яку обрала нова влада? URL: <https://nv.ua/ukr/opinion/strahova-medicina-v-ukrajini-shcho-varto-znati-ostanni-novini-50065848.html> (звернення 10.11.2020)

51. Що обходиться системі охорони здоров'я дорожче: амбулаторна, стаціонарна чи первинна медична допомога? URL: <https://www.apteka.ua/article/525839> (звернення 10.11.2020)