

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

### 1.1. Проблеми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я є невід'ємною складовою рівня та якості життя населення і виконує найважливішу роль в економічному розвитку країни, забезпечуючи відтворення та якість трудових ресурсів, що створюють базу для соціально-економічного зростання [3].

Проблеми охорони здоров'я населення та діяльність, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, вимагають постійної уваги з боку держави. Охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни.

Охорона здоров'я є однією із важливих соціальних функцій держави, тому, враховуючи положення теорій побудови соціальної держави, суспільного блага та суспільного вибору, основним видом фінансових ресурсів охорони здоров'я справедливо вважаються саме бюджетні кошти.

Зазначене підтверджується і положеннями статті 49 Конституції України від 28.06.1996р. № 254к/96-ВР, в якій закріплено право кожної людини на охорону здоров'я, яке «... забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно» [4].

Отже, безкоштовну медичну допомогу, гарантовану державою, мають давати у закладах, до яких належать:

- заклади, що визначені окремим переліком Кабінету Міністрів України, перебувають у загальнодержавній власності і підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України;

- заклади, що перебувають у комунальній власності і підпорядковуються органам місцевої влади і місцевого самоврядування.

Варто зазначити, що у зв'язку з дефіцитом бюджетного фінансування загальна кількість медичних закладів у нашій країні за останні 5 років скоротилася на 35,7%. Так, у 2012 р. налічувалося 2042 лікарняних закладів, а у 2016 р. їх кількість, без урахування АР Крим та зони проведення АТО, становила 1357. Така тенденція призводить до зниження можливостей населення безперешкодно користуватися медичними послугами державних установ.

Негативна тенденція до зниження не оминула і кадровий склад закладів охорони здоров'я. Останніми роками спостерігається відчутний відтік кваліфікованого персоналу з державних медичних установ та збільшення їх чисельності в приватних. Ця тенденція є, здебільшого, наслідком низької середньомісячної заробітної плати медиків, яка не перевищує 70% середньої заробітної плати по Україні. Отже, рішення уряду щодо підвищення з 1 січня 2018 р. заробітних плат працівників державних медичних закладів в середньому на 25% хоча і справедливим, проте запізнлим.

На фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я негативно вплинуло те, що протягом 25 років незалежності Україна неодноразово перебувала під впливом затяжних соціально-економічних, політичних криз, що не могло не відобразитись на рівні та умовах життя населення та в кінцевому випадку призвести до демографічної кризи, одним із найважливіших чинників якої став занепад вітчизняної медичної галузі.

Згідно з даними Державної статистики, протягом останніх років кількість населення України постійно знижувалася. Так, з січня 1991 р. по січень 2017 р. українців стало менше на 9,4 млн осіб. Якщо в 1991 р. в державі проживало майже 52 млн осіб, то на початок 2017 р. - близько 42,5 млн [6].

Характеризувати невтішну медико-демографічну ситуацію в Україні можна наступним чином: у 2016 р. смертність і народжуваність у нашій країні, відповідно, становила 15,72 та 9,41 випадків на 1000 населення, водночас у Європейському Союзі - 6,7 та 14,2 [6]. За даними Державної служби статистики,

щогодини помирає 67 українців. Високі показники смертності зафіксовані саме в працездатному віці. Смертність чоловіків у вікових групах 25-44 роки майже у чотири рази перевищує смертність жінок аналогічного віку. Рівень смертності в країні від серцево-судинних захворювань (64% у структурі смертності) та від онкологічних захворювань (13%) є одним з найвищих у світі.

У 2016 р. Україна за таким показником, як рівень витрат на охорону здоров'я на одну людину займала 89 місце у світі (серед 189 країн), а за показником тривалості життя - 154 місце. Середня тривалість життя українців - 69 років, тоді як в Європейському Союзі цей показник досягає позначки 80 років. Така ситуація в охороні здоров'я загрожує національній безпеці. Негативна тенденція пояснюється низькою якістю медичних послуг у державних закладах, та високою вартістю якісних медичних послуг і медичних препаратів у приватному секторі.

В Україні частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту є низькою і коливається в межах 3-4%, що є нижчим від середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу майже утричі. Проте цей відсоток є лише індикатором можливостей та уваги держави до медичної галузі, але не показником реального фінансування.

Враховуючи, що основним джерелом фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, як і системи в цілому, є бюджетне фінансування, розглянемо видатки на охорону здоров'я з Державного бюджету України у 2014-2018 рр. (табл. 1.1).

Як видно з наведених даних, за аналізований період частка видатків на охорону здоров'я в структурі видатків бюджету постійно знижувалася. Особливо критичною була ситуація з фінансування галузі у 2015 та 2018 рр. Так, на фоні загального зростання видатків Державного бюджету у 2017 р. на 277,3 млрд грн, порівняно з 2016 р., і на 305,7 млрд грн, порівняно з 2014 р., частка видатків на охорону здоров'я становила лише 1,90% сумарних видатків державного бюджету; у 2018 р. обсяг загальних видатків державного бюджету зріс на 97,6 млрд тис. грн, порівняно з 2017 р., і на 403,3 млрд. грн, порівняно з 2014 р.

Таблиця 1.1

Видатки на охорону здоров'я в частині видатків  
Державного бюджету України у 2014-2018 рр.

Роки	Сумарні видатки Державного бюджету України, млн грн	Видатки на охорону здоров'я, млн грн	Питома вага, %	Відхилення, порівняно з попереднім роком, (+/-)	
				абсолютне	відносне
2014	271 221,9	11 358,5	4,19	+1134,6	-0,10
2015	287 607,7	12 879,3	4,48	+1520,8	+0,29
2016	299 616,8	10 580,8	3,53	- 2298,5	-0,95
2017	576 911,4	10 934,8	1,90	+ 3540,6	-1,63
2018	674 518,8	12 138,6	1,80	+1203,7	-0,10

Водночас частка видатків на охорону здоров'я далі залишається дуже низькою - 1,8%, що є найнижчим показником за аналізований період (на 2,39% менше, порівняно з 2014 р., і на 2,68% - порівняно з 2015 р., коли частка видатків з державного бюджету на охорону здоров'я була найвищою в аналізованому періоді і становила 4,48%). Така ситуація є загрозливою, враховуючи низький рівень життя населення, високі показники захворюваності, старіння нації, критичну екологічну ситуацію, проведення військових дій на сході країни.

Затверджений план фінансування видатків на охорону здоров'я, як свідчать дані табл. 1.2, не виконували протягом 2014-2017 рр.

Таблиця 1.2

Виконання плану фінансування видатків на охорону здоров'я  
в Україні у 2014-2018 рр. у розрізі бюджетів

Роки	Державний бюджет			Місцеві бюджети			Зведений бюджет		
	План, млрд грн	Факт, млрд грн	Рівень вико- нання,%	План, млрд грн	Факт, млрд грн	Рівень вико- нання,%	План, млрд грн	Факт, млрд грн	Рівень вико- нання,%
2014	12,5	11,4	90,7	47,5	47,1	99,2	60	58,5	97,4
2015	14,05	12,9	91,7	51	48,7	95,6	65	61,6	94,8
2016	11,2	10,6	94,0	52,9	46,6	88,1	64,1	57,1	89,1
2017	12,6	11,5	90,4	63	59,5	94,6	75,6	71	93,9
2018	12,3	12,5	101,6	57,3	87,9	153,4	69,6	75,4	108,3

У 2018 р. цю негативну тенденцію було подолано: дані свідчать про незначне перевиконання планових показників видаткової частини бюджету. Проте в абсолютному та відносному вираженні ці видатки залишаються на критично низькому рівні. На такому ж рівні залишається стан вітчизняної системи охорони здоров'я.

Отже, сучасний стан фінансування охорони здоров'я України за рахунок бюджету є вкрай недостатнім і не створює передумов для виконання якісної медичної допомоги в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених прошарків населення [8]. Це створює умови для розвитку тіньового сектору медичних послуг, на якому "неформальні" платежі, які сплачує населення, становлять, за деякими оцінками, близько 40% всіх видатків на охорону здоров'я в країні. Обмеженість коштів бюджету і підвищення потреб населення у послугах галузі охорони здоров'я призвели до стану, за якого «бюджетна форма відповідальності держави не відповідає тим потребам у суспільних благах, які могли б забезпечити належний рівень відтворення людського потенціалу» [9]. Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує їх виконання, що виявляється в низькій якості медичних послуг та нерівному доступі населення до таких послуг [10, с. 52].

Ситуація ускладнюється старінням української нації. Збільшення чисельності людей пенсійного віку об'єктивно призводить до збільшення потреб у медичних послугах. Ця проблема є нагальною для нашої країни, тому держава має подбати про створення додаткових джерел фінансування медичної галузі та сприяння їх розвитку.

У табл. 1.3 наведено сучасну структуру основних чотирьох джерел фінансування вітчизняної медичної галузі. Дані табл. 1.3 свідчать про те, що найбільша частина витрату системі охорони здоров'я припадає на кошти місцевих бюджетів – від 53,3% до 57,9%; на другому місці - власні кошти населення - від 29,9% до 33,3%; кошти державного бюджету становлять - від 11,1% до 14,3%; кошти добровільного медичного страхування (ДМС) - від 1,1%

до 1,3%. Така структура джерел фінансування обумовлюється структурою витрат, яка склалася у вітчизняній сфері охорони здоров'я.

Так, із поточних суспільних витрат на лікарні (загального профілю та спеціалізовані) 63,5% витрачається на оплату праці, 8,1% - на оплату комунальних послуг, 16,2% - на прямі витрати на виробництво послуг, 12,2% - на інші цілі. Тобто переважна частина суспільних (бюджетних) коштів (більше 70%) використовується на фінансування заробітної плати персоналу та сплати комунальних платежів лікарняних закладів.

Таблиця 1.3

Динаміка та структура джерел фінансового забезпечення системи охорони здоров'я України у 2015-2018 рр., млрд. грн.

Джерела фінансування	2015		2016		2017		2018	
	Сума	%	Сума	%	Сума	%	Сума	%
Кошти державного бюджету	11,3	13,3	12,8	14,3	10,6	12,1	11,5	11,1
Кошти місцевих бюджетів	47,1	55,2	48,7	54,1	46,6	53,3	59,5	57,9
Кошти добровільно медичного страхування	0,9	1,1	1,01	1,1	1,1	1,3	1,1	1,1
Кошти населення	25,9	30,4	27,5	30,5	29,1	33,3	30,8	29,9
Всього	85,2	100	90,06	100	87,4	100	102,9	100

Держава практично перестала фінансувати витрати на придбання лікарських засобів. Ці витрати, у тому числі під час стаціонарного лікування, громадяни України змушені фінансувати за власний рахунок. Це пояснює вагому частку населення в структурі джерел фінансування сфери охорони здоров'я. Ця частка протягом останніх років стабільно тримається на високому рівні (майже третина від усього обсягу фінансування) через відсутність достатнього впливу держави на формування цінової політики у сфері обігу лікарських засобів, що призводить до необґрунтованого зростання цін на медикаменти. Відсутність

системи відшкодування пацієнтам вартості ліків робить їх економічно недоступними для переважної більшості населення України, насамперед-для малозабезпечених верств [12].

Л.В. Лисяк та Ю.О. Красільніковою виокремили основні причин виникнення проблем охорони здоров'я в Україні, проте змінили б черговість зазначених причин, а саме:

- неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. Майже 86% бюджетних коштів, які спрямовують на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;

- відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; низька самостійність медичних закладів у використанні фінансових ресурсів;

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги;

- низький рівень профілактики захворювань і частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;

- відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці [11, с. 118].

Вирішення цих груп проблем ми вбачаємо в запровадженні в Україні страхової медицини та в розвитку послуг добровільного медичного страхування.

В країнах з розвиненою економікою медичним страхуванням охоплено практично все населення, тому що це економічно вигідно як для держави, так і для громадян. В Україні медичне обов'язкове медичне страхування так і не було запроваджене, а добровільне медичне страхування хоч і існує як повноцінний сегмент ринку страхових послуг, проте розвивається дуже повільними темпами.

Як відомо, ДМС є формою захисту від ризиків, що загрожують здоров'ю та життю людини. Обсяг фінансування охорони здоров'я за рахунок добровільного медичного страхування, порівняно з бюджетним фінансуванням, є доволі скромним. Він коливається останніми роками, як свідчать дані табл. 1.3,

в обсягах близько 1 млрд грн. Так, у 2015 р. становив 901,0 млн грн; у 2016 р. - 1010,4 млн грн; у 2017 р. - 1108,6 млн грн; у 2018 р. - 1148,4 млн грн.

Незважаючи на позитивну динаміку обсягів цього джерела фінансування, частка таких видатків становить лише 1,5% від загального обсягу бюджетного фінансування у 2015 р., 1,6% - у 2016 р., у 2017-2018 рр. - 1,9%. Це означає, що такий сегмент ринку страхових послуг має суттєвий потенціал для свого розвитку. Проте на заваді постає низький рівень життя українських громадян, а отже - низький рівень їх платоспроможності щодо придбання полісів ДМС, які є доволі дорогими.

Добровільне медичне страхування поки що є доступним лише для тієї частини населення, яке готове понести додаткові витрати в обмін на якісно надані медичні послуги. Таку якість забезпечує відповідний контроль з боку страхових компаній, що пропонують поліси ДМС. Вони несуть відповідальність за кожний страховий випадок, гарантуючи повноцінну діагностику та лікування хвороби. ДМС відіграє суттєву роль у економічному розвитку країни, воно ефективного сприяє вирішенню проблем забезпечення якісної медичної допомоги населенню, сприяє зміцненню матеріально-технічної бази медичних закладів, зміцнює фінансове підґрунтя системи охорони здоров'я, має всі підстави для свого розвитку, але лише за умов виходу країни з соціально-економічної кризи, в якій вона наразі перебуває.

Результати здійсненого аналізу свідчать про те, що протягом останніх років, незважаючи на щорічне збільшення видатків на охорону здоров'я, їх частка у структурі бюджету зменшується шляхом перерозподілу на фінансування інших напрямів діяльності держави. Фінансове забезпечення охорони здоров'я на державному рівні є вкрай недостатнім і таким, що не забезпечує виконання у повному обсязі вимог ст. 49 Конституції України. Поряд з проблемою фінансування видатків на охорону здоров'я заслуговує на увагу проблема неефективного, нецільового та нерационального використання наявних ресурсів існуючою мережею закладів охорони здоров'я, яка в багатьох випадках не відповідає реальним потребам населення.



Ці проблеми багато в чому вирішуються за рахунок розвитку страхової медицини, яка забезпечує не тільки можливість отримати населенням України належної медичної допомоги, а й передбачає здійснення дієвого контролю з боку страхових організацій за раціональним використанням фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я. Це дало б можливість створити умови для поступового поліпшення якості медичної допомоги населенню, підвищення розмірів оплати праці медичних працівників та забезпечення дієвого державного і громадського контролю за витратами на охорону здоров'я та ефективністю їх використання.

Тобто, з одного боку, такий підхід сприятиме вдосконаленню існуючої системи фінансування охорони здоров'я, економії бюджетних коштів, а з іншого – створить умови для наступного етапу реформи, що полягатиме в розвитку в Україні страхової медицини як повноцінної складової системи загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Концепція розвитку системи добровільного медичного страхування в Україні вимагає для своєї реалізації істотного вдосконалення нормативно-методичної бази. Робота в цьому напрямку може будуватися поетапно, поєднуючи зусилля всіх зацікавлених структур: органів державної влади, страхових організацій та медичних установ.

Необхідним вважається також проведення ряду заходів організаційного характеру, у тому числі, прийняття нормативно-правових актів, які б забезпечили рішення наступних найбільш важливих проблем:

1. Забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування;

2. Створення умов розвитку ДМС в якості ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування;

3. Здійснення оподаткування сукупного доходу громадян у разі отримання страхових виплат за договорами ДМС відповідно до бази та ставок, які передбачені до обов'язкового соціального медичного страхування;

4. Посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів щодо коштів, які направлятимуться підприємствами на ДМС;

5. Законодавче врегулювання питання щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) включення витрат на сплату страхових платежів за договорами ДМС своїх працівників до складу собівартості продукції;

6. Підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі ДМС, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко встановлених критеріїв;

7. Забезпечення надходження коштів у систему ДМС, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;

8. Забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі ДМС, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми. Вищенаведена система заходів, спрямованих на реалізацію Концепції розвитку ДМС в Україні, дозволить: - створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; - суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; - зменшити долю тіньової медицини в системі медичного забезпечення; - уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; - підвищити фінансовий стан працівників медичних установ[7].

Державна політика розвитку медичного страхування як частина загальної соціальної та економічної політики України повинна визначати основні принципи, напрями і форми економічного та адміністративно-правового впливу

у сфері соціального захисту населення з урахуванням державних інтересів та пріоритетів, в т. ч. шляхом підтримки медичного страхування в таких основних напрямках, як: формування нормативно-правової бази, удосконалення податкової політики, удосконалення державного нагляду, підвищення фінансової надійності страховиків, підвищення страхової культури населення, підготовка та перепідготовка кадрів [7].

## 1.2. Передумови розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування належить до складу соціально значимих видів страхування, яке забезпечує страховий захист населення від ризиків, пов'язаних з втратою здоров'я. Сегмент послуг добровільного медичного страхування, який сформувався на страховому ринку України впродовж років незалежності, довів свою ефективність і здатність забезпечувати потреби громадян щодо отримання якісної медичної допомоги, яку не спроможна надати державна бюджетна медицина.

Проте останніми роками спостерігається гальмування розвитку добровільного медичного страхування через його високу витратність як для страхувальників, так і для страховиків. Багато в чому належному розвитку добровільного медичного страхування в нашій країні заважає несприятлива медико-демографічна ситуація. З кожним роком в Україні спостерігається погіршення демографічного стану, знижується життєвий рівень населення, виникають екологічні проблеми, знижується репродуктивне здоров'я нації. Все це заслуговує особливої уваги та вимагає пошуку шляхів протидії явищам депопуляції.

Одним із основних пріоритетів держави повинно стати подолання демографічної кризи та визначення шляхів покращення демографічного стану в країні [2], оскільки демографічний чинник є одним з визначальних для забезпечення стабільного й безпечного розвитку держави, а проблеми

оптимального демографічного розвитку слід розглядати як першочергові інтереси держави, як фактор і водночас як результат її функціонування [6, ст. 90]. Найважливішим демографічним показником благополуччя держави є стан здоров'я населення. Несприятливі умови життя українців призвели до зростання захворюваності та смертності.

Медичний комплекс нашої держави виявився низько ефективним, через невідповідність існуючої моделі управління системою охорони здоров'я новим, політичним, економічним та соціальним умовам, а також незадовільним рівнем культури профілактичної медицини. Всі ці аспекти і стали причиною критичного стану національної системи охорони здоров'я і вимагають її переведення на страхові засади, враховуючи нагромаджений досвід існування в Україні ринку послуг добровільного медичного страхування.

Розвиток в Україні медичного страхування є об'єктивним процесом. Вартість медичних послуг у приватних медичних закладах і неможливість отримати якісну медичну допомогу у державних медичних закладах створюють ситуацію, за якої єдиним прийнятним засобом фінансування потреб населення щодо охорони здоров'я є укладення договорів медичного страхування. На сьогодні в Україні медичне страхування здійснюється лише на добровільних засадах. Запровадження обов'язкового медичного страхування як альтернативи бюджетному фінансуванню галузі охорони здоров'я в нашій країні, на жаль, так і не відбулося. Основою добровільного медичного страхування (ДМС), як і будь-якого з інших видів добровільного страхування, є договір між страхувальником і страховиком. Загальні умови і порядок добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно відповідно до вимог Закону України «Про страхування». ДМС може бути колективним або індивідуальним. Колективне страхування, зазвичай, означає, що страхові премії сплачуються за рахунок коштів роботодавців для забезпечення страхового захисту своїх працівників.

Колективне страхування набуло наразі найбільшого поширення, особливо враховуючи податкові пільги, якими користуються страхувальники-юридичні

особи, укладаючи договори такого страхування. Індивідуальне страхування означає, що джерелом сплати внесків є доходи громадян. При цьому виокремлюють три основні категорії страхувальників: особи з високим рівнем доходів, для яких придбання дороговартісних полісів ДМС з широким рівнем страхового покриття є звичайною практикою; особи, що користуються послугою ДМС, «вбудованою» в інші види добровільного особистого страхування – страхування від нещасних випадків, страхування життя (обсяг страхового покриття тут значно вужчий); особи з середнім рівнем доходів, які можуть дозволити собі лише недорогі страхові поліси на випадок конкретних хвороб.

Слід зазначити, що в сегменті ДМС сформувалися дві групи проблем, які заважають його розвитку.

По-перше, це постійне зростання вартості страхових медичних послуг, що обмежує доступність таких послуг для страхувальників-фізичних осіб.

По-друге, високий рівень виплат за договорами ДМС, який коливається останніми роками в межах 60-70% і який спонукає страхові компанії відмовлятися від укладення індивідуальних договорів ДМС на користь колективних.

Дійсно, широкомасштабне залучення до ДМС фізичних осіб створює для страхових компаній і ринку страхових медичних послуг в цілому певний ризик, оскільки цей сегмент є важко прогнозованим, особливо за умов негативних медико-демографічних процесів, які відбуваються в нашій країні. Вони впливають на стан здоров'я населення України, який сьогодні оцінюється як незадовільний, що пов'язано з високим рівнем загальної захворюваності людей, високим рівнем загальної смертності (14,4 на тисячу населення), який з роками зростає. Протягом останніх 25 років в Україні смертність з року в рік перевищує народжуваність. Згідно з даними Державної статистики, протягом останніх років кількість населення України постійно знижується: з січня 1991 р. по січень 2017 р. українців стало менше на 9,4 млн осіб. Якщо в 1991 році в державі проживало майже 52 млн осіб, то на початок 2017-го – близько 42,5 млн.

Найбільш негативна різниця спостерігалась у 2006 р. (смертність перевищила народжуваність на 298 тис. осіб); 2007 р. (смертність перевищила народжуваність на 290 тис. осіб). Найменший показник різниці спостерігався у 2011 р. (смертність перевищила народжуваність на 162 тис. осіб), у 2012р. (смертність перевищила народжуваність на 143 тис. осіб), у 2013 р. – смертність перевищила народжуваність на 159 тис. осіб [12].

Варто зазначити, що значні позитивні тенденції загальних показників захворюваності серед всього населення України у 2014-2019 рр. відносно попередніх років пояснюються використанням в офіційних статистичних розрахунках неповних даних АРК, Луганської та Донецької областей, на території яких триває антитерористична операція.

Якщо розглядати структуру захворюваності населення України в 2018 р., можемо сказати, що переважають хвороби органів дихання, вони займають 45,98%; наступні в рейтингу хвороби системи кровообігу – 6,67%; далі – хвороби сечостатевої системи – 6,44%; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників – 6,23%; хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 5,72%; останнє місце займають хвороби ока – 5,01%. Зниження показників захворюваності у 2016-2017 рр. не свідчить про поліпшення стану здоров'я населення в державі. Такі значні «позитивні тенденції» за окремими класами захворювань здебільшого пояснюються складними демографічними процесами, що відбуваються в країні, погіршенням соціально-економічного становища населення і, як наслідок, недбалим ставленням до власного здоров'я, а також не завжди ефективною роботою закладів охорони здоров'я та неналежним проведенням запланованих профілактичних заходів. Зниження показників захворюваності також пояснюється зниженням випадків звернення населення за медичною допомогою.

Основними факторами ризику, що створює передумови високого рівня захворюваності та смертності, є: паління, вживання алкоголю, зайва вага, шкідливі звички, малорухливість, фізичне та психічне навантаження, несприятливі умови праці, незадовільний стан об'єктів довкілля. Вищезазначені

показники не дають цілісну картину існуючої ситуації щодо реальної захворюваності населення у зв'язку з відсутністю належного обліку та несвоєчасністю звернення населення до медичних закладів.

Серед негативних тенденцій захворюваності і смертності є те, що в Україні останніми роками значно зросла кількість померлих від хвороб системи кровообігу: у 2018 р. їх кількість становила 436,4 тис. осіб, а частка у загальній кількості померлих - 52,1% проти 6,8% у 1991 р. Це більше, ніж від сукупної кількості випадків смерті від всіх видів раку, туберкульозу, СНІДу. В обох роках структуру смертності населення традиційно формують ендогенні (хвороби системи кровообігу, новоутворення та інші) та екзогенні (зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби) причини смерті. В сучасній структурі смертності 72,1% випадків смертей українців зумовлені двома причинами: хворобами системи кровообігу та новоутвореннями. Ці хвороби, як правило, вимагають дороговартісного та довготривалого лікування, що призводить до додаткового зростання вартості послуг ДМС і роблять їх недоступними для переважної більшості громадян України.

Об'єктивне збільшення медичних потреб населення відбувається на тлі зменшення можливостей системи охорони здоров'я. Державні витрати на медичну галузь не задовольняють реальні потреби людей. Як видно з проведеного аналізу, з кожним роком показники захворюваності демонструють тенденції до їх зростання. Певна частка амбулаторної та стаціонарної допомоги в нашій країні вже давно є платною, що пояснюється гострою нестачею бюджетних коштів. Рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є досить низьким, що безпосередньо впливає на якість лікування та тривалість життя громадян. Частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту залишається низькою, і коливається в межах 3-4%, що є нижчим від середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу майже у 3 рази.

Так, частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в Україні складає лише близько 56%, тоді як у країнах – членах ЄС – близько 76%. Значна частка фінансування в Україні (близько 40%) припадає на готівкові витрати населення за надання медичних послуг, а решта (близько 4%) на добровільне медичне страхування та благодійну допомогу [3]. Проголошені конституційні гарантії щодо безоплатної медичної допомоги та низька заробітна плата медичних працівників, на жаль, не спонукають до надання якісних медичних послуг.

Тому на сьогодні медична галузь має виживати, переважно, за рахунок «самофінансування» і частково – за рахунок ДМС. Проте ДМС не може розв'язати проблеми медичної галузі в цілому. Однак, спираючись на досвід розвинених країн світу, де головним користувачем страхових послуг є населення, можемо зауважити, що розвиток ринку послуг ДМС, особливо індивідуального ДМС, є об'єктивним процесом і може набути в нашій країні більш вагомого значення. Для формування конкурентоспроможного ринку ДМС необхідно подолати кризові медико-демографічні явища, бідність населення, запровадити практику проведення медико-профілактичних заходів, спрямованих на упередження та локалізацію ризиків захворюваності і смертності громадян нашої країни. Головним же альтернативним джерелом фінансування медичної галузі має стати перехід до страхової медицини.

Міжнародний досвід свідчить про успішне реформування медичної сфери за допомогою впровадження поряд з добровільним - обов'язкового медичного страхування і закріплення його як фундаменту фінансування сфери охорони здоров'я. Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої країни і розглядається як альтернативна модель організації охорони здоров'я. Воно дає змогу раціональніше використовувати кошти, призначені для забезпечення охорони здоров'я, і в той самий час підвищувати якість цих послуг і рівень забезпеченості ними населення [8, с. 271].



Головною метою запровадження медичного страхування є забезпечення, перш за все, конституційних прав громадянам України, а саме права на безоплатне надання медичної допомоги та подолання хронічного недофінансування системи охорони здоров'я.

Аналіз демографічного стану України доводить про високий рівень смертності та низький рівень народжуваності, що стає загрозою для перспектив розвитку нації в цілому. Якщо в подальшому народжуваність не підвищиться, то кількість людей похилого віку набагато перевищить питому вагу працездатних у структурі населення країни. Все це призведе до зростання кількості бідного населення. Питання покращення демографічної ситуації в країні та поліпшення умов життя населення є одними з важливих завдань нашої держави на сьогодні.

Отже, для України характерні такі негативні тенденції: високий рівень смертності, низький рівень народжуваності, інтенсивний процес старіння населення, низький рівень доходів і поширення бідності серед населення, низький рівень економічної доступності якісних медичних послуг, насамперед, низький рівень не лише економічної, а й фізичної доступності медичних послуг у сільській місцевості, відсутність достатньої кількості кваліфікованого медичного персоналу, високі показники забруднення атмосферного повітря, незадовільна якість питної води. Для успішного подолання соціально-економічної кризи демографічна політика повинна спрямовуватися на: зниження рівня смертності за допомогою реформування системи охорони здоров'я, а саме запровадження страхової медицини; підвищення матеріального добробуту людей та підвищення рівня життя багатодітних сімей.

За соціально-економічним змістом медичне страхування є елементом системи соціального захисту населення та окремою формою соціального страхування. Воно має специфічні ознаки й принципи відмінності від інших видів соціального страхування, зокрема, пов'язаних із страхуванням життя та здоров'я. Як сфера суспільних відносин, медичне страхування забезпечує одержання застрахованими громадянами медичних послуг за рахунок коштів,

мобілізованих до цільових фондів (обов'язкове) та фондів страхових компаній (добровільне).

На основі встановлення сутнісних ознак медичного страхування в системі соціального страхування окреслена триєдина сутність поняття «медичне страхування», що проявляється на декількох рівнях. В науковий обіг введено термін «система медичного страхування», який виступає узагальнюючим щодо авторської інтерпретації її сутності на різних рівнях реалізації поняття «медичне страхування» (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Рівні реалізації сутності поняття «медичне страхування»

Ця система виконує дві основні функції: соціальну (гарантування реалізації права громадян на соціальний захист і соціальну справедливість) та економічну (формування фінансової основи реалізації зазначеного права шляхом створення та функціонування фондів цільового призначення).

### 1.3. Зарубіжний досвід впровадження медичного страхування

Медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я, а саме: з відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням, придбанням медикаментів, лікуванням у стаціонарі, отриманням стоматологічних послуг, вживанням профілактичних та оздоровчих заходів.

З метою сприяння розвитку відкритого та доступного ринку медичного страхування в Україні у березні 1999 р. було створено Асоціацію "Українське медичне страхове бюро". Членами цієї Асоціації є 28 страхових компаній України та ін. юридичні особи від 12 областей України, АР Крим та Києва [1, с. 91, 98].

Як показують дослідження, сьогодні в Україні людей, які не мають медичного страхування, понад 95 %. Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато. Для того, щоб краще зрозуміти, яким шляхом потрібно рухатись нашій країні у час реформ галузі медицини, розглянемо зарубіжний досвід, де медичне страхування було запроваджено майже сторіччя тому. Фінансове забезпечення охорони здоров'я у розвинених країнах здійснюється з різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і внесків приватних осіб.

Базуючись на цьому, виокремлюють такі базові моделі фінансування охорони здоров'я:

- державна, заснована на бевериджевській концепції, що фінансується переважно (до 90 %) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються за рахунок оподаткування). Оплату медичних послуг проводять з основних прибутків держави. Виділення фінансування на всі здійснювані послуги розглядають як частину процесу планування загальних урядових витрат. За першою формою

фінансуються, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії;

- бюджетно-страхова (бісмарковська концепція), що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, трудящих громадян і субсидій держави (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків в фонд охорони здоров'я. Найпростішим є внесок, який робить наймач і працівник. Внески залежать від платоспроможності, а доступ до послуг – від потреби. Медичний фонд (або фонди) зазвичай незалежний від держави, але діє в рамках законодавства. За соціального страхування гарантується право на точно зумовлені види послуг і встановлюються такі частки внесків і на такому рівні, які дають гарантію використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в Німеччині (78 %), Італії (87 %), Франції (71 %), Швеції (91 %), Японії (73 %) та інших країнах;

- приватнопідприємницька, що фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг, а також за рахунок коштів добровільного медичного страхування. Населення, що страхується, виплачує премію страхувальнику, сума якої визначається очікуваною середньою вартістю послуг, що надаються ним, причому схильні до більшого ризику, платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не належить до страхування. Пацієнти сплачують медичні послуги відповідно до тарифів. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди [4].

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування набули поширення в більшості країн світу. При цьому передбачається більша або менша участь урядів у фінансуванні страхових фондів, регулюванні страхової моделі, що склалася сторіччями.

Моделі медичного страхування експерти ВООЗ оцінювали за такими 10 критеріями:

1. Забезпечення доброго здоров'я для всіх.
2. Якість і доступність медичного обслуговування.
3. Свобода вибору постачальника медичної допомоги.

4. Відсутність суворих перешкод для занять медичною практикою і наявність конкуренції.

5. Вплив громадськості.

6. Співпраця з іншими секторами.

7. Контроль за витратами і фінансова ефективність.

8. Централізований контроль і оцінка.

9. Здібність до оновлення і розвитку.

10. Адміністративні витрати.

Оцінюючи моделі, експерти спиралася як на національний досвід, так і на досвід інших країн, особливо Великобританії і США, де практикуються окремі елементи цих моделей, тому оцінка мала не умовний, а досить конкретний характер. Експерти зазначають, що при системі обов'язкового медичного страхування виникає небезпека того, що страхувальники будуть відбирати для страхування більш здорових людей, у яких потреби в медичному обслуговуванні менше. Тому необхідні державний контроль і надання субсидій тим страхувальникам, які охоплюють більше число осіб з високим ризиком захворювання.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. Насамперед треба зазначити, що в Німеччині є два види медичного страхування: державне і приватне. Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Тобто кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві (Auszubildende), підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з вільно обраних ними державних лікарняних кас. За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу з безробіття (Arbeitslosengeld II), працівники сільського і лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо. Окрім осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному медичному страхуванню, послугами і захистом державного медичного страхування користуються також особи, які добровільно стали

членами державних лікарняних кас. Зазначимо, що на відміну від приватних, державні лікарняні каси не мають права відмовляти особам у членстві.

У рамках так званого сімейного страхування (Familienversicherung) послугами і захистом державного медичного страхування користуються також члени сімей (чоловік або дружина та неповнолітні діти) осіб, що є застрахованими в системі державного медичного страхування. Такі члени сімей звільняються від самостійної сплати страхових внесків, однак за умови, що їх заробіток не перевищує певну встановлену законодавством межу. Система медичного страхування Німеччини вирішує свої завдання досить автономно і незалежно від державного бюджету [6].

Великобританія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер з високою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету та охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюють центральні та місцеві органи влади за ієрархічним принципом. Система Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії, заснована переважно на державному фінансуванні та спрямована на здійснення повноцінної медичної допомоги, доступної кожному громадянину без винятку.

У системі незмінним збереглися основні її принципи:

1. Фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень.
2. Система охорони здоров'я з централізованим фінансуванням.
3. Збереження форми власності виробниками медичних послуг.

Багато авторів, фахівців у галузі охорони здоров'я за кордоном вважають, що цій системі характерні такі особливості:

- нестача фінансових ресурсів;
- незавершена система оплати праці та пов'язаний з цим дефіцит кадрів;
- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;
- практична відсутність контролю з боку споживачів медичних послуг;

- самооцінка працівниками охорони здоров'я своєї діяльності;
- необхідність децентралізації управління;
- недостатнє раціональне і ефективне використання ресурсів.

Уряд Великої Британії пропонує стимулювати спроби Національної системи охорони здоров'я підвищити ефективність медичної допомоги завдяки посиленню конкуренції між її різновидами. Запроваджено розмежування відповідальності за придбання медичної допомоги та за її надання. Система медичного страхування також приєднана до придбання медичної допомоги [5, с. 384].

Приватне медичне страхування у Великій Британії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13 % населення. На думку фахівців, одна з найефективніших у світі – система охорони здоров'я в Канаді. Канадську систему охорони здоров'я часто називають безкоштовною.

На потреби охорони здоров'я в Канаді сьогодні витрачається 1/3 місцевих бюджетів провінцій. Пацієнти теж сплачують вартість окремих медичних послуг. Але у тих випадках, коли останні включені в плани охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт не бере участі в їх оплаті – всю вартість застрахованих послуг відшкодовують уряди провінцій. Згідно з канадським Законом про охорону здоров'я (Canada Health Act), гарантії безкоштовного медичного обслуговування поширюються тільки на застраховані види послуг. Тобто медичне обслуговування канадців фінансується через загальне оподаткування, страхові внески й оплату готівкою.

Поряд зі старою системою, в країні починає діяти система ощадних рахунків медичного страхування (MSAs – Medical savings accounts), яка веде, як показує і досвід американських фірм, до економії витрат на медичне обслуговування. Там, де вона використовується, знижуються витрати як у роботодавця, так і у працівника, нагромаджуються заощадження. Згідно з опублікованими в США емпіричними даними, система MSAs, або схожа з нею,

дає змогу скоротити до 20 % витрат на медичне обслуговування. Система заснована на ощадних рахунках, які формуються з відрахувань роботодавців. Якщо кошти ощадного рахунку вичерпані, то працівники сплачують медичні послуги з власної кишені.

Усі кошти, що знаходяться на ощадних рахунках, належать працівнику, зокрема ті, що залишилися після завершення розрахункового періоду. Тому ця реформа охорони здоров'я в Канаді має двояку спрямованість, впливаючи на поведінку медичного персоналу і пацієнтів. Опоненти системи MSAs зазначають, що через необізнаність стосовно своїх можливостей споживачі платних медичних послуг несвоєчасно звертаються до лікарів або відмовляються від дійової профілактичної допомоги. А це згодом може збільшити медичні витрати (наприклад, якщо хвороба прогресувала або занедбана).

Також часто висувається аргумент, що внаслідок тієї ж непоінформованості пацієнтів лікарі штучно стимулюють попит на свої послуги. Через ці причини, вважають опоненти, державне фінансування охорони здоров'я і регулювання ринку медичних послуг виправдані та необхідні. Дослідження, однак, показують, що загалом система MSAs скорочує обсяг медичної допомоги, але не завдає шкоди здоров'ю людей [6].

Також ефективною системою медичного страхування, на думку фахівців, є ізраїльська. Близько 96 % населення Ізраїлю застраховані й отримують медичну допомогу в рамках чотирьох лікарняних кас. Майже половину всіх витрат на медичну допомогу фінансують споживачі. Внески роботодавців становлять 30 %. Крім охоплення страхуванням основних медичних послуг, кожна з кас забезпечує додаткове медичне страхування, що передбачає довготривале лікування в стаціонарі і профілактичні служби, підвищений комфорт, знижки на ліки, залучення провідних спеціалістів для проведення обстежень та операцій [2, с. 85].

У США є система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються у центральному фонді, що не виконує



адміністративних функцій, а потім розділяються між страховими організаціями на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США у частині програм "Медікер" та "Медікейт". Ці системи обіймають понад 20 % населення, групове страхування за місцем роботи становить 58 % та добровільне медичне страхування не за місцем роботи – 2 %. Близько 15 % населення не мають доступу до медичного страхування: це малозабезпечені, безробітні, безпритульні та члени сімей працівників підприємств, що не забезпечуються системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найширше медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілок, робітники, які працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки. Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане з трудовою діяльністю.

Економіка медичного обслуговування в США – парадоксальна сукупність недоліків та переваг. США витрачають на охорону здоров'я 11,5 % валового прибутку – більше, ніж будь-яка інша країна у світі та, водночас, понад 15 % американців не мають жодного фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу через відсутність страхових медичних полісів. Серед приватних страхових компаній у США найбільш поширені та відомі дві некомерційні страхові компанії: "Блу крос" та "Блу шилд".

Вони проводять добровільне медичне страхування, що забезпечує оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для клієнтів, які проживають у цьому районі. Сьогодні діють чисельні асоціації цих товариств, що платять за всі види медичної допомоги [3, с. 44].

Що стосується України, то на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я необхідні радикальні зміни в підготовці та забезпеченні кадрами страхових компаній. Збільшення величини страхових платежів потребує додаткового залучення у страхову індустрію висококваліфікованих спеціалістів (менеджерів, фінансистів, юристів, програмістів, експертів, брокерів, актуаріїв), які добре знають теорію та передові технології страхування.

Реформація системи медичного обслуговування в Україні з подальшим переходом до обов'язкового страхування громадян – шлях, який зможе вирішити більшість проблем медичної галузі держави [7, с. 84].

Необхідно володіти всією інформацією про світові тенденції розвитку страхових медичних послуг розвинених країн з метою прогнозу тих тенденцій, які на нас чекають в майбутньому. Але всі намагання мінімізувати помилки і промахи під час реформування цієї галузі будуть марними без належної підтримки держави. Розроблені закони в галузі медичного страхування мають ретельно перевірити вітчизняні та зарубіжні спеціалісти, які набули певного досвіду в практичному медичному страхуванні. Отже, медичне страхування повинно бути обов'язковим. Медичне страхування населення приведе до зростання сильної та здорової нації, а як наслідок – сильної та ефективної економіки.

Як показує досвід різних країн світу співвідношення між державним та приватним сектором медицини суттєво різняться між собою (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

## Джерела витрат на охорону здоров'я, %

Країна	Державний сектор	Приватний сектор
США	44,0	56,0
Австрія	66,0	34,0
Німеччина	72,5	27,5
Японія	73,8	26,2
Франція	74,0	26,0
Канада	75,0	25,0
Великобританія	85,0	15,0

Що стосується частки суспільних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я в Україні, то упродовж 2005-2018 рр. її середнє значення становило 57,54%, в цей же приватних ресурсів – 42,46%. Зазначені статистичні показники в Україні вищі, ніж в окремих європейських країнах, Японії, Канаді та починають

наближатися до аналогічних показників в США – країни із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я [1].

Система охорони здоров'я будь-якої країни зазнає впливу багатьох соціально-економічних, політичних, культурно-історичних та інших чинників. Визначальними в них є витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, розмір реальних видатків на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення, частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я. У різних країнах він значно відрізняється. Так, у США видатки на охорону здоров'я становлять 16 % ВВП, у Німеччині – 11,3 %, у Нідерландах – 10,8 %, тоді як в Україні лише 7 %. У розрахунку на душу населення видатки на охорону здоров'я складають: у США – 7,0 тис дол, у Нідерландах – 4,4 тис дол, в Україні – 445 дол. (за розрахунками МОЗ України Європейському відділенню ВООЗ за 2018 р.)[1]

У більшості країн світу видатки на охорону здоров'я найвищі з поміж інших статей бюджету. До прикладу, співвідношення витрат на охорону здоров'я і оборону (відсоток ВВП) у США становить 12 – 14 проти 3, у Німеччині – 9 проти 2, у Великобританії – 6 проти 2 [21].

## РОЗДІЛ 2. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

### 2.1. Методичні засади фінансового забезпечення медичного страхування

Важливим завданням соціально-економічного розвитку України є кардинальне підвищення рівня охорони здоров'я на основі покращення фінансування та запровадження медичного страхування. Щорічно до 3% домогосподарств в Україні зазнають фінансових труднощів у зв'язку з хворобою і необхідністю платити за медичне обслуговування або медикаменти. Термін «фінансове забезпечення» в економічній літературі вживається доволі часто. Узагальнення тлумачень сутності фінансового забезпечення дає підстави виокремити наступні позиції дослідників (табл. 2.1).

Підвищення якості надання медичної допомоги, зростання рівня зарплати лікарів у поєднанні з очікуваним подорожчанням медичних технологій диктують необхідність збільшення розмірів державного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні щонайменше до 7% ВВП, що в умовах складної політичної та економічної ситуації малоймовірно.

Нині в Україні склалася вкрай складна ситуація у сфері фінансування охорони здоров'я. До основних проблем слід віднести виклики з боку негативної динаміки соціально-демографічних процесів, а також темпів економічного зростання, труднощів впровадження медичних технологій. Також можна виокремити такі проблеми:

1. Гостра нестача грошових коштів як наслідок кризи та збереження залишкового принципу фінансування охорони здоров'я з бюджету. Це веде до незбалансованості державних гарантій надання медичних послуг з їх фінансовим забезпеченням, зумовлює подорожчання медичних послуг, ускладнює доступ до них малозабезпечених верств населення, підтримує низький рівень матеріально-технічного обладнання медичних закладів;

2. Відсутність позитивних змін в системі оплати праці медичних працівників, дотриманні стандартів надання та визначення тарифів оплати медичної допомоги. Чинна система фінансування охорони здоров'я обмежує можливості для залучення особистих коштів населення; формує умови для збереження зайвих потужностей медичних установ; посилює мотивацію до неформальної оплати послугу медичних установах;

3. Прогресування змін вікової структури населення й зростання необхідності протистояння тенденції росту смертності населення, що потребує кардинального підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Підвищення частки осіб похилого віку в складі населення означає зміни в масштабах і структурі захворюваності та, відповідно, вимагає більших витрат на медичну допомогу і медико-соціальне обслуговування. Відтак, має бути розширено фінансове забезпечення розвитку медичного страхування за одночасного посилення контролю за розподілом фінансових ресурсів.

4. Очікуване відновлення економічного зростання призведе до якісних змін на ринку праці: замість попиту на дешеву робочу силу зростатиме попит на здорову висококваліфіковану робочу силу. Це, з одного боку, викличе потребу в ефективно функціонуючій системі недержавного медичного страхування з боку працівників, а з іншого зросте необхідність розширення фінансування охорони здоров'я як фактору скорочення виробничих втрат. Розв'язати такі завдання можна лише на основі взаємодії охорони здоров'я з системами соціального захисту, страхування та координації зусиль місцевих органів влади і бізнесу, страхових й фінансових установ.

5. Розвиток медичних технологій та поява нових лікарських засобів і медикаментів розширяють можливості раннього виявлення захворювань та лікування. Проте вартість нових технологій набагато вища, що призведе до подорожчання медичних послуг і зростання потреби у медичному страхуванні. Не буде перебільшенням стверджувати, що окреслений комплекс проблем в системі обов'язкового медичного страхування суттєво обумовлений слабкістю ринкових засад розвитку цієї галузі.

Нині в Україні продовжує діяти адміністративний порядок визначення суб'єктів в системі «громадянин – страхова медична організація – медичний заклад». Це знижує зацікавленість як страховиків, так і медичних установ щодо якісного виконання своїх зобов'язань за договором медичного страхування. Реалізація сутності ринкових відносин має забезпечувати свободу вибору дієздатним громадянином свого посередника – організатора медичних послуг (страховика – тобто страхової компанії) – та лікувального закладу або лікаря, як посередником, такі особисто пацієнтом; а також створення умов для рентабельної роботи лікаря. Очевидно, що для подолання зазначених проблем необхідна модернізація системи охорони здоров'я та страхової медицини на засадах системного підходу.

До ризиків моделі фінансування страхової медицини за участі приватних страхових компаній відносять:

- 1) високу вірогідність послаблення конкуренції на ринку медичного страхування;
- 2) ризик так званої негативної селекції, коли приватні страхові компанії будуть вибирати собі здорових пацієнтів і відмовляти у страхуванні хворим;
- 3) слабкість державного впливу на діяльності приватних страхових компаній, що може призвести до високих страхових тарифів;
- 4) недосконалість механізму контролю витрат на охорону здоров'я, у зв'язку з чим сума відрахувань із зарплати кожного працюючого залежатиме від розрахунків приватних страхових компаній.

Для уникнення таких ризиків Міністерство охорони здоров'я України вважає за доцільне прийняти за основу законопроект № 4981-2, що дозволить:

- продовжити фінансувати медицину із загальних податків;
- охопити обов'язковим медичним страхуванням кожного;
- консолідувати бюджет на охорону здоров'я в державній структурі (у законопроекті це Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, далі – Фонд) та створити Єдиного національного замовника медичних послуг – Національну службу здоров'я, яка буде

стратегічно розпоряджатися коштами, акумульованими на цілі охорони здоров'я.

На наш погляд, впровадження страхової медицини покликано вирішити наступні першочергові завдання, а саме: підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів, забезпечення залучення додаткових фінансових коштів, а також детінізація нелегального обороту «доплат» населення у медичних установах. Водночас, для вирішення поставлених завдань на науково обґрунтованій основі має бути сформована Концепція розвитку медичного страхування в Україні. З позиції вибору ключового фінансового індикатора результативності функціонування галузі страхової медицини слід прийняти такий рівень фінансового забезпечення страхової медицини, який здатний забезпечити помірний рівень витрат громадян на медичну допомогу.

В ситуації кризи та різкого падіння рівня добробуту це стане соціальним імперативом розвитку України. Щодо моделі фінансування сфери охорони здоров'я, в концепції розвитку медичного страхування має відбутися її заміна, а саме перехід від фінансування лікарень (відповідно до їх «пропускних» потужностей койко-місць) до оплати якості медичної послуги, а також відхід від бюджетного фінансування до залучення коштів населення (страхувальників). Фінансування системи медичного страхування здійснюватиметься із загальних податків, які сплачують усі громадяни України.

Введення обов'язкового медичного страхування в Україні передбачає створення принципово нової системи, яка складається з наступних елементів: суб'єктів обов'язкового медичного страхування; сукупності регулюючих норм і правил, що встановлюються і гарантуються державою та регулюють відносини між суб'єктами системи соціального медичного страхування. До останніх належать платники відрахувань на соціальне медичне страхування; споживачі медичних послуг (пацієнти); медичні організації, а також фізичні особи, які займаються приватною медичною практикою; суб'єкти у сфері виробництва та продажу ліків і медичного обладнання, єдиний замовник послуг, Фонд соціального медичного страхування. Змінюється і територіальний підхід до

моделі госпітальних округів, у центральній лікарні якого буде зосереджено кадровий потенціал і медичне обладнання.

Основною метою фінансового механізму в сфері охорони здоров'я є організації її фінансової системи, що направлена на регулювання фінансових відносин із зовнішнім середовищем під час розподілу ресурсів, яка б сприяла вирішенню існуючих проблем в галузі. Тому, головною проблемою функціонування фінансового механізму в сфері охорони здоров'я є узгодження пропорцій розподілу фінансових ресурсів між постачальниками медичних послуг у процесі регулювання їх фінансових відносин. Фінансовий механізм в сфері охорони здоров'я необхідно розглядати виходячи з сутності охорони здоров'я як галузі сфери послуг.

Основними елементами фінансового механізму є:

1. фінансове забезпечення діяльності галузі;
2. фінансове регулювання діяльності галузі;
3. система фінансових індикаторів і фінансових інструментів, які дають змогу оцінити вплив на діяльність галузі.

Як правило, функціонування фінансового механізму обумовлено обсягом фінансових ресурсів, які поступають до галузі охорони здоров'я з різних джерел та які необхідно перерозподілити між постачальниками медичних послуг. Ми можемо зазначити наступні основні завдання фінансового механізму сфери охорони здоров'я:

1) координація фінансових відносин суб'єктів національної сфери охорони здоров'я з метою реалізації ними своїх цілей;

2) раціональний розподіл фінансових ресурсів між постачальниками медичних послуг на конкурентній основі.

Неможливо не погодитися з думкою І. В. Рожкової, що механізм фінансування «справляє надзвичайно важливий вплив на діяльність системи охорони здоров'я», оскільки «від його рівня залежить кількість доступних для системи охорони здоров'я фінансових ресурсів, визначення того, хто несе основний фінансовий тягар та хто контролює зібрані фінансові ресурси,



управління фінансовими ризиками, а також можливості контролю витрат», а отже «... ці фактори – за думкою науковця – допомагають визначити справедливість доступу до медичної допомоги» [5, с. 61].

Отже, враховуючи структуру фінансового механізму господарювання, доцільно побудувати аналіз системи фінансування охорони здоров'я України та результативності використання ресурсів галузі, за наступними показниками:

1. характеристика основних фінансових ресурсів галузі;
2. характеристика бюджетних видатків та витрат на охорону здоров'я;
3. медична субвенція;
4. аналіз бюджетних витрат за видами надання медичної допомоги;
5. аналіз медичного страхування як додаткового джерела фінансування галузі.

Основними джерелами надходження фінансових ресурсів в національну систему охорони здоров'я України є [6]:

- державні кошти, основним джерелом яких є податки та відрахування на соціальне страхування (до останнього часу переважно за рахунок податку на доходи фізичних осіб). Вони представляють собою державне фінансування за рахунок коштів зведеного бюджету і соціального страхування шляхом розподілення субвенцій на вторинну та третинну ланки, а також за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» (первинна ланка) – 49,7 % від загальних витрат на охорону здоров'я (станом на 01.01.2018 р.). При цьому слід зазначити, що з них 75 % становлять кошти місцевих бюджетів, 25 % – державного бюджету;

- приватні кошти населення, роботодавців, некомерційних організацій, приватного добровільного медичного страхування – 49,5 % (станом на 01.01.2018 р.);

- кошти міжнародних донорських організацій – 0,9 % (станом на 01.01.2018 р.) – кошти, які поступають від Світового банку реконструкції та розвитку, Глобального фонду розвитку тощо. Тим часом існуюча організаційна модель фінансової інфраструктури національної системи охорони здоров'я, а отже й

ринку охорони здоров'я, представлена більш складною динамічною системою, що включає в себе наступні компоненти:

1. бюджетна система (Міністерство фінансів України та систем фінансових органів: казначейство, державна податкова служ-ба тощо, державні позабюджетні фонди);
2. банківська система (Національний банк України, комерційні банки, інвестиційні фонди, лізингові компанії тощо);
3. фондовий ринок (фондові та валютні біржи);
4. страховий ринок (страхові компанії та організації);
5. аудиторський ринок (аудиторська палата, аудиторські фірми та незалежні аудитори);
6. інші фінансові та інвестиційні фонди та компанії;
7. фінансові служби галузей, відомств та організацій.

Проте основними джерелами залишаються загальнонаціональні податки і збори, що законодавчо забезпечується ст. 49 Конституції України [7]. На сьогоднішній день функціональна система управління фінансовими механізмами спирається на чотири основні рівні:

- центральний (державний) бюджет;
- обласні бюджети;- районні бюджети;- бюджети міст, сіл та селищ.

Отже, національна система охорони здоров'я фінансується за рахунок бюджетних коштів та залучення приватних коштів населення, а можливості залучення додаткових фінансових джерел в цю сферу значно обмежені законодавчою системою України. При цьому державне фінансування охорони здоров'я України є обмеженим (лише 6,7 % від ВВП країни – станом на 01.01.2018 р.), отже забезпечує лише певні групи видатків закладів охорони здоров'я бюджетної форми власності (наприклад, оплата комунальних платежів, оплата заробітної плати), при цьому не враховуючи більшість груп витрат, які існують в межах діяльності закладу охорони здоров'я (такі як оновлення матеріально-технічної бази, стимулювання персоналу тощо).

Оскільки, фінансування із суспільних джерел функціонує окремо від приватного (тому більшість коштів на рівні домашніх господарств витрачається методом прямих виплат та співоплат, що створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо це стосується малозабезпечених верств населення) – отже, основне навантаження за оплату медичних послуг, медичних товарів, фармацевтичних засобів і супутніх товарів несуть національні домашні господарства.

Основні причини цьому, ми вбачаємо, у:

1. жорсткому регламентуванні видатків на охорону здоров'я бюджетним законодавством;
2. кошторисному плануванні системи оплати витрат на охорону здоров'я (що базується на таких показниках, як кількість ліжок та ліжко-днів (для лікарняних, санаторно-курортних закладів тощо), кількість лікарських відвідувань та лікарських посад (для амбулаторно-поліклінічних закладів);
3. громіздкості і недосконалості механізму забезпечення взаєморозрахунків за надання медичної допомоги між закладами охорони здоров'я та місцевими бюджетами;
4. неврегульованістю питання щодо гарантованого державою пакету послуг;
5. неврегульованості питання щодо визначення форм співучасті пацієнтів в оплаті вартості медичних послуг, фармацевтичних засобів і виробів медичного призначення, розширення переліку платних медичних послуг, що загалом не враховує обсяг фактично наданих закладом охорони здоров'я медичних послуг споживачам медичних послуг;
6. високому рівні «тінізації» сфери охорони здоров'я та значних корупційних процесів (так за даними ВООЗ, 45 % від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні сплачується через тіньові канали) [14, с. 75].

В межах децентралізації з 2015 року, відповідно до норм Бюджетного кодексу України, видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я враховано у складі видатків Міністерства охорони здоров'я України як головного

розпорядника бюджетних коштів у відповідній бюджетній програмі (загальнодержавні видатки). Так, кошти з державного бюджету на охорону здоров'я перерозподіляються в місцеві бюджети за принципом медичної субвенції, яка складається з двох основних частин:

1. медична субвенція (обласні та районні бюджети, бюджети міст обласного значення, міський бюджет м. Києва, бюджети об'єднаних територіальних громад);

2. субвенція на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру (обласні бюджети і міський бюджет м. Києва).

Отже, медична субвенція за своєю сутністю представляє собою міжбюджетний трансфер, який надається з метою фінансового забезпечення витратних зобов'язань згідно до наданих повноважень в галузі охорони здоров'я місцевим бюджетам. На відміну від дотацій, субвенція має цільовий характер. Відтак, у випадку її нецільового використання вона має бути повернена до центрального бюджету країни. Вона спрямовується на оплату поточних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я, при цьому місцеві ради мають право передавати кошти субвенції у вигляді міжбюджетного трансферту іншим бюджетам для надання медичних послуг за місцем обслуговування населення.

Так, в межах бюджету існують субвенції, направлені на:

- реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості;
- придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарняних закладів для інгаляційної анестезії;
- придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення ЕМД;
- придбання агіографічного обладнання;
- відшкодування вартості лікарняним закладам лікування окремих захворювань (тобто програма «Доступні ліки»);

- реформування регіональних системи охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з МБРР проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (до надання останньої відносяться 8 окремих регіонів: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області).

Кошти медичної субвенції спрямовується на видатки місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, крім надання первинної медичної допомоги (оскільки кошти на неї консолідуються на рівні Державного бюджету у відповідній бюджетній програмі). Кошти медичної субвенції не використовуються на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – це функція бюджетів міст республіканського АР Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад.

В Україні існують єдині підходи до визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги, які визначаються Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги» [18].

Аналіз показників бюджетних витрат за видами надання медичної допомоги (% номінального ВВП) у період, що аналізується, надано нижче. Першочерговим завданням реформування галузі охорони здоров'я має стати забезпечення раціонального управління бюджетними коштами та пошук альтернативних джерел фінансування системи охорони здоров'я, що є вкрай важливим для «оздоровлення» та навіть відродження галузі за рахунок впровадження інноваційних механізмів фінансування галузі. Необхідність поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок пошуку додаткових джерел робить актуальною проблему розроблення та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я України. Удосконалення механізму фінансування є інструментом забезпечення ефективності сфери охорони здоров'я, а також принципу загальнодоступності та якості надання медичної допомоги для всіх верств населення.

## 2.2. Аналіз видатків бюджетів на охорону здоров'я

У 2019 р. продовжується реформа первинної ланки надання медичної допомоги. Усі заклади, що надають первинну медичну допомогу, отримують оплату від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за надання медичних послуг за новим принципом “гроші йдуть за пацієнтом”. У бюджеті на оплату послуг первинної медичної допомоги за програмою медичних гарантій НСЗУ складає 15,3 млрд грн.[3] Кількість медичних закладів, які долучилися до нової системи фінансування, уже перевищила 65 % від всіх закладів «первинки».

На початок вересня свого сімейного лікаря, терапевта чи педіатра обрали понад 17 млн українців, а це 40 % населення. Такі результати свідчать про те, що українці — і медики, і пацієнти — готові до трансформації системи [7].

Національна служба здоров'я 15 серпня підписала договори із 462 закладами, які надають послуги первинної медичної допомоги. Від жовтня цього року Нацслужба почне оплачувати за тарифами послуги первинної допомоги, що надають ці заклади. Загалом 623 медичні заклади первинки вже мають договори з НСЗУ, з них 538 — КНП. А це означає, що тисячі амбулаторій з усіх областей України отримують фінансування, відповідне реальній кількості пацієнтів. Вони обслуговують майже 23 млн українців [7].

НСЗУ використовує прозорі методи фінансування, які єдині для всіх, і виступає за конкуренцію і рівність надавачів медичних послуг державної та приватної форми власності та сподівається, що й надалі буде все менше відмінностей між провайдерами будь-якої форми власності, кожен з них буде володіти спільним і подібним інструментарієм для досягнення тих цілей, які поставлені в умовах договору, а саме: надання первинної допомоги в повному обсязі, а згодом — й інших видів допомоги. Іще є один елемент, за який ми стоїмо горою, — це елемент, який стосується оцінки, моніторингу, контролю та інформаційного забезпечення.

Так, значне збільшення видатків державного бюджету на охорону здоров'я у 2017 році зумовлено спрямуванням значного обсягу бюджетних коштів на

централізовані закупівлі ліків і медичних виробів через міжнародні організації. Незважаючи на відсутність стрімкої спрямованості до збільшення, у 2013-2018 роках частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 82,32% і мала тенденцію до зростання [6].

Протягом 2013-2018 років найбільше зростання спостерігалось за видатками на охорону здоров'я, що здійснюються із бюджетів об'єднаних територіальних громад, що зумовлено проведенням реформи фінансової децентралізації в Україні (табл. 2.2).

Незважаючи на зростання видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я, бюджетне фінансування медичної сфери не задовольняє реальні потреби населення. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною. Практика засвідчує, що найбільших успіхів у вирішенні проблеми зміцнення здоров'я громадян досягли ті країни, які запровадили в системі охорони здоров'я механізм медичного страхування. Вітчизняна система охорони здоров'я нині знаходиться на стадії реформування: добровільне медичне страхування поступово набирає популярності, а обов'язкове – незважаючи на численні законопроекти – дотепер відсутнє.

Медичне страхування об'єднує усі види страхування, пов'язані з відшкодуванням витрат страхувальника у зв'язку із захворюванням і необхідністю лікування [12]. Всі види медичного страхування можна класифікувати (рис. 2.1).

Медичне страхування							
За цілями страхування		За формами виплат		За строками дії		За формами організації	
Ризикове	Накопичувальне	З фіксованими виплатами	Розмір залежить від розміру збитку	Довгострокове	Короткострокове	Добровільне (індивідуальне, корпоративне)	Обов'язкове

Рис. 2.1. Класифікація медичного страхування

Відповідно до форми організації медичне страхування поділяється на:

- обов'язкове медичне страхування, яке є складовою частиною державного соціального страхування і забезпечує всім громадянам країни рівні можливості в отриманні медичної і лікарської допомоги, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі і на умовах відповідних програм медичного страхування;

- добровільне медичне страхування, що здійснюється на основі відповідних програм медичного страхування і забезпечує громадянам отримання додаткових та інших медичних послуг понад встановлених програм обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування може бути корпоративним і індивідуальним [13].

Одним із найпоширеніших видів страхування у розвинених країнах світу індивідуальне страхування. На даний час в Україні населення не звикло до особистого страхування, так як багато громадян не знають про його переваги, а іноді й просто не довіряють страховим компаніям. Але, з іншого боку, більшість вже не влаштовує рівень медичного обслуговування у вітчизняних лікарнях, та й заклади охорони здоров'я не мають фінансової можливості безоплатно надавати



весь спектр медичних послуг, тому питома вага медичного страхування у загальному обсязі страхових послуг, неухильно зростає. Так за I півріччя 2012 р. частка медичного страхування у загальній структурі страхових премій складала 614,3 млн. грн. (9%), а за I півріччя 2018 р. – 1617,6 млн. грн. (12%), що складає темп росту 163,3% або 1003,3 млн. грн.

Мета добровільного медичного страхування (ДМС) - гарантування громадянам (застрахованим особам) у разі настання страхового випадку оплати вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів та фінансування профілактичних заходів. Предметом ДМС є здоров'я застрахованої особи, що підлягає ризику його пошкодження у результаті несприятливих подій або захворювання застрахованого, що викликають необхідність звернення в медичні заклади за отриманням медичної допомоги (рис.2.2).

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян.



Рис. 2.2. Основні цілі, завдання, мета та особливості ДМС

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

- страхувальники - окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди;
- страховики - страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;
- медичні заклади, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності, передбачену Програмою ДМС;
- аптеки - фармацевтичні установи, що забезпечують застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, необхідними для надання медичної допомоги, передбаченої договором ДМС;
- асистуюча компанія, яка є посередником між страховиком, медичним закладом та аптекою. Вона організує надання застрахованій особі медичної допомоги за Програмою ДМС (рис.2.3).

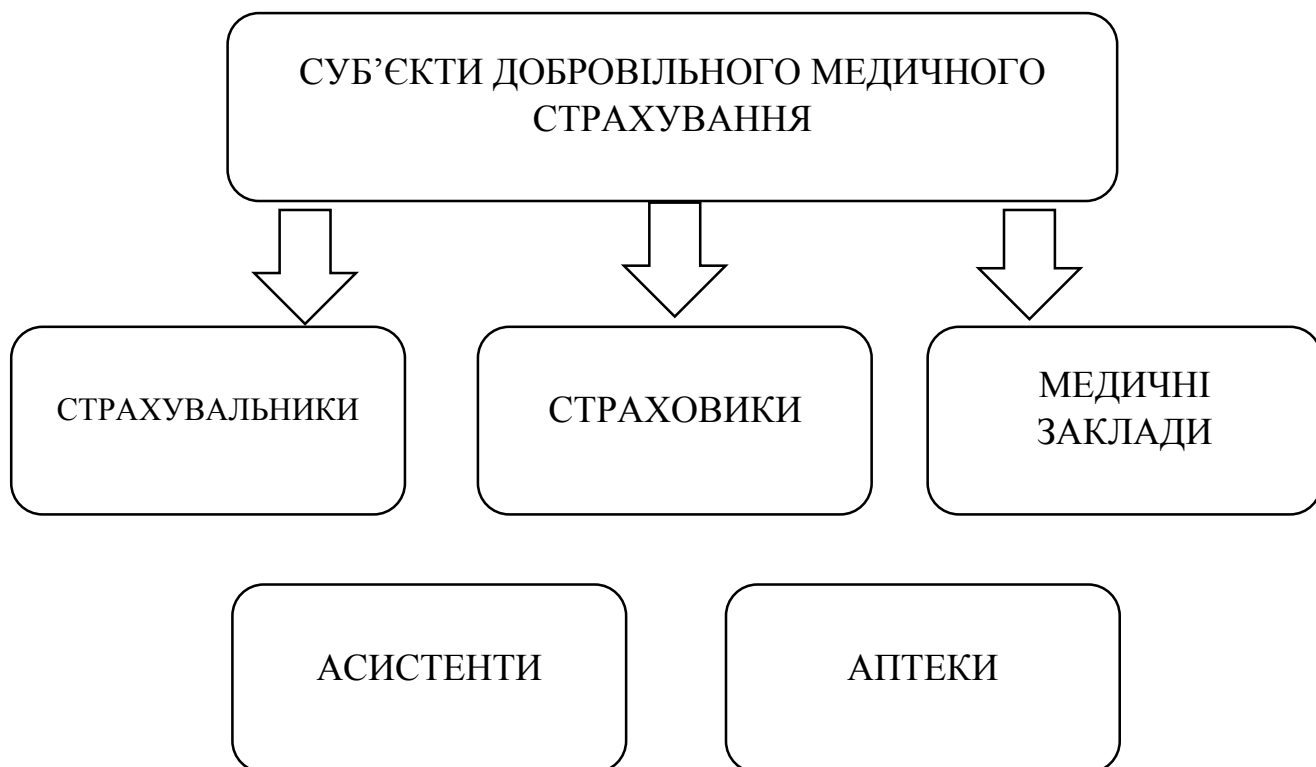


Рис. 2.3. Суб'єкти добровільного медичного страхування

Страховиками (страхові медичні організації, компанії, фонди) визнаються юридичні особи, які створені і функціонують у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю у відповідності до чинного законодавства країни, а також отримали у встановленому порядку ліцензію для здійснення цієї діяльності.

Обов'язок страховика полягає в тому, що він:

- укладає договори щодо надання гарантованого обсягу медичної допомоги застрахованому з обов'язкового медичного страхування з лікувальнопрофілактичними закладами та самостійно практикуючими медичними працівниками;
- укладає договори щодо надання медичних послуг з добровільного медичного страхування з будь-яким медичним або соціальним закладом та окремими особами, акредитованими у встановленому порядку;
- контролює якість медичної допомоги, що надана застрахованій особі згідно з договором медичного страхування;
- не має права відмовити страхувальнику в укладанні договору, якщо його умови відповідають діючим правилам страхування;
- контролює доцільність використання страхових коштів виробниками медичних послуг;
- несе економічну відповідальність перед застрахованим за своєчасне і якісне надання необхідного обсягу медичних послуг;
- для забезпечення стабільності страхової діяльності зобов'язаний створити резервні фонди та фонди профілактичних заходів [4].

Страхувальниками визнаються юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі страховиками договори страхування. При обов'язковому медичному страхуванні страхувальниками для працюючого населення виступають підприємства та роботодавці, а для непрацюючого – місцеві органи влади. При

добровільному страхуванні страхувальниками є підприємства, громадські, благодійні організації та інші юридичні особи, а також працездатні громадяни.

Страхувальник зобов'язаний:

- вносити у встановленому порядку згідно з договором страхування страхові внески (платежі);
- вживати залежних від нього заходів для захисту здоров'я застрахованих від впливу несприятливих факторів;
- надавати страховикам інформацію про здоров'я певних контингентів населення, яке підлягає страхуванню, про умови їх праці та побуту;
- укладати зі страховиками договори про страхування третіх осіб.

Страхувальники мають право вибору страховика, а також при укладанні договору страхування призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум. Застрахований – це особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чиє життя, здоров'я та працездатність є об'єктом страхового захисту.

Застрахований має право:

- на обов'язкове і добровільне медичне страхування;
- на вибір страхової організації, медичного закладу, лікаря у відповідності до договору про обов'язкове і добровільне медичне страхування;
- отримання медичної допомоги на всій території країни, у тому числі й за межами постійного проживання;
- отримання медичних послуг згідно з умовами договору страхування належної якості та обсягу;
- повернення частини страхових внесків при добровільному медичному страхуванні, якщо це обумовлено умовами договору.

Порушення умов договору застрахованою особою може потягти за собою повне або часткове віднесення витрат за медичні послуги на рахунок її особистих коштів. Медичні заклади є самостійними суб'єктами господарювання. Вони укладають угоди з медичними страховими організаціями і працюють згідно з

ними. Медичні заклади зобов'язані надавати застрахованому необхідну допомогу і послуги в обсягах, видах, формах та за умовами, визначеними медико-економічними стандартами лікування, подавати страховику звіти про обсяги надання медичної допомоги застрахованим [5].

Асистанські страхові компанії забезпечують організацію та координацію медичної, технічної, інформаційної, юридичної та повсякденної домашньої допомоги як на території України, так і за кордоном.

Основні завдання асистансу:

організація та координація надання якісної медичної допомоги;

контроль якості та оперативності надання медичної допомоги (як лікувального закладу в цілому так і лікуючого лікаря);

моніторинг стану здоров'я застрахованої особи, яка отримує медичну допомогу;

забезпечення оперативного зв'язку як із застрахованою особою, так і з її родиною;

пошук нових клінік, які застосовують новітні технології, методи та методики лікування.

В Україні однією з перших страхових компаній, яка утворила асистанський центр, була державна акціонерна страхова компанія (ДАСК) "Укрмедстрах". Зараз цей центр став окремою компанією, яка підтримує найтісніші відносини з ДАСК "Укрмедстрах". Його назва - "Асистанс-Центр "L.I.S.". Він має статус офісукореспондента "Europe Assistance" - лідера світового асистансу, може надавати весь спектр допомоги застрахованим особам на європейському рівні [5].

З метою сприяння розвитку відкритого та рівнодоступного ринку медичного страхування в Україні в березні 1999 р. було створено Асоціацію "Українське медичне страхове бюро", членами якої стали 28 страхових компаній України та інших юридичних осіб. Завдання Українського медичного страхового бюро (УМСБ): – впровадження єдиних правил, вимог і стандартів діяльності; –

забезпечення необхідної допомоги страховим компаніям у здійсненні медичного страхування; – надання допомоги в організації юридичного захисту прав страховиків та страхувальників; – координація зусиль страховиків на ринку послуг медичного страхування.

Виплата страхового відшкодування здійснюється страховиком шляхом перерахування коштів на рахунок медичного закладу за фактично надану медичну допомогу. Якщо застрахована особа за узгодженням зі страховиком сама сплатила вартість наданої медичної допомоги чи придбала медикаменти за виписаними рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів. Перелік медикаментів лікар уточнює з аптекою, з якою вкладений договір [6].

Страховик має право відмовити в оплаті медичних послуг, якщо застрахована особа одержала послуги, які не були передбачені договором страхування, а також не виконувала рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я. У договорі страхування визначено умови, за яких страховик відмовить у виплаті страхового відшкодування [7].

Страховими випадками не визнаються звернення застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з:

- хворобою, на яку застрахована особа захворіла до набуття чинності договором ДМС;
- захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця дії страхового договору;
- новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо діагноз встановлено медичним закладом протягом перших трьох місяців дії договору;
- вродженими хворобами;
- захворюваннями, пов'язаними з вживанням застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, самолікування;

- захворюваннями, пов'язаними із самогубством;
- захворюванням, пов'язаним з масовими епідеміями [8].

### 2.3. Аналіз діяльності страхових компаній на ринку медичних страхових послуг

Суб'єктами ДМС є страховальники, страховики, медичні заклади та аптеки, асистанські компанії, взаємозв'язок між якими встановлюється шляхом укладання договорів, про надання тих чи інших послуг один одному, без яких неможливе якісне медичне страхування.

При цьому великою популярністю користується медичне страхування (безперервне страхування життя), яке займає 3 місце у загальній структурі чистих страхових премій та 2 місце у структурі страхових виплат (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка чистих страхових премій та чистих страхових виплат страхових компаній за I півріччя 2018-2019 рр.

Види страхування	Чисті страхові премії				Чисті страхові виплати			
	1 півріччя 2018	1 півріччя 2019	Темпи приросту		1 півріччя 2018	1 півріччя 2019	Темпи приросту	
	млн. грн.		млн. грн.	%	млн. грн.		млн. грн.	%
Автострахування (КАСКО, ОСЦПВ, "Зелена картка")	4 626,0	5 647,6	1 021,6	22,1	2 289,7	2 815,5	525,8	23,0
Страхування життя	1 245,1	1 732,8	487,7	39,2	265,9	390,5	124,6	46,9
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	1 306,1	1 617,6	311,5	23,8	825,9	1 002,6	176,7	21,4
Страхування майна	1 331,2	1 607,7	276,5	20,8	116,0	294,8	178,8	154,1

Страховання вантажі та багажу	451,8	807,9	356,1	78,8	29,4	32,6	3,2	10,9
Страховання від нещасних випадків	436,4	624,5	188,1	43,1	75,6	92,4	16,8	22,2
Страховання від нещасних випадків	436,4	624,5	188,1	43,1	75,6	92,4	16,8	22,2
Страховання медичних витрат	380,7	479,6	98,9	26,0	123,4	142,7	19,3	15,6
Страховання кредитів	140,5	224,8	84,3	60,0	78,5	56,3	-22,2	-28,3
Інші види страхування	657,5	761,5	104	15,8	138,9	239,7	100,8	72,6

Розглядаючи співвідношення страхових виплат за видами страхування, можна спостерігати, що найбільше врівноваження страхових виплат до страхових премій спостерігається саме за медичним страхування серед всіх видів страхування, це 1 617,6 млн. грн. до 1002,6 млн. грн., що складає 62% виплат клієнтам від страхових премій страхових компаній за медичним страхуванням

Приріст чистих страхових премій у I півріччі 2018 року (+24,0%) відбувся по більшості видів страхування, зокрема за рахунок суттєвого збільшення надходжень платежів з автострахування (+22,1%), страхування життя (+39,2%), зі страхування вантажів та багажу (+78,8%), медичного страхування (+23,8%), страхування майна (+20,8%) [10].

На даному етапі розвитку страхового ринку України з добровільного медичного страхування діють більше 60 страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет. Найбільш відомі і популярні з них на даний час – це ПрАТ «Страхова компанія «Провідна», ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА», ПАТ «Страхова компанія «АХА Страхуння», ТДВ «Страхова компанія «Нафтогазстрах», ЗАТ «Акціонерна страхова компанія «ІНГО Україна», ПрАТ «Страхов а компанія «PZU Україна», ПрАТ «Страхова компанія «Альфа Страхуання», ПАТ «Страхова компанія «Українська страхова група»,



ПАТ «Страхова компанія «Країна», ПрАТ «Українська страхова компанія АСКА» (табл. 2.4).

Потрібно звернути увагу, що цей рейтинг не означає, що на перших позиціях найкращі компанії. Так якщо подивимось на рівень виплат, то компанії, які є перші в рейтингу, мають найнижчі показники, це може свідчити або про низький рівень страхових випадків або ж про недобросовісність компаній.

В цілому програми, які пропонують страхові компанії з добровільного медичного страхування, можна поділити на базові послуги та додаткові. Саме на базових послугах переважно зосереджує увагу споживач при виборі того чи іншого пакету послуг від страхових компаній.

Але у кожній компанії є свої переваги та широкий спектр послуг, які вони надають: медичне обслуговування на дому, пільгове страхування для членів сім'ї закріплення довіреного лікаря, спеціальні програми для вагітних і дітей, безоплатна видача полісів зі страхування медичних витрат при поїздках за кордон (рис. 2.5).

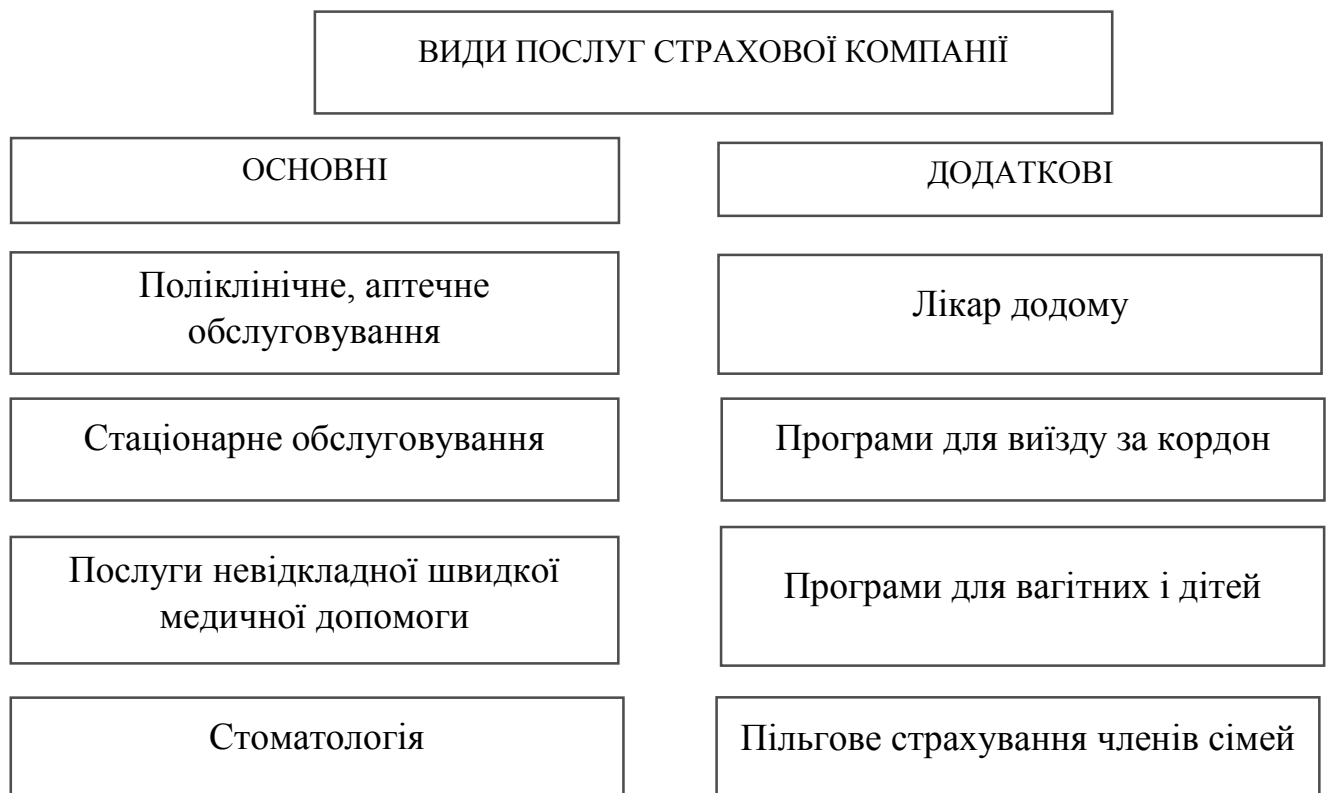


Рис. 2.5. Види страхових послуг з добровільного медичного страхування

Залежно від тих чи інших додаткових послуг та їх комбінації в страховій програмі й буде різнитися ціна за страховий поліс. Тому пропонуємо порівняти програми даних компаній, для того, щоб виходячи із потреб та фінансових можливостей, обрати саме те, що буде максимально вигідним для споживача.

Проводячи порівняльну характеристику страхових компаній, ми взяли за основу дослідження програми середнього рівня цін та з комплексом послуг, до яких входять такі критерії порівняння: ціна страхового полісу в межах 2-3 тис. грн.; страхова сума в межах 60-70 тис.; вік застрахованої особи – працездатні особи; співвідношення страхової суми до страхового платежу; період дії договору – 1 рік; розмір страхової суми; комплексність полісу за базовими послугами медичного страхування (швидка медична допомога, екстрена стаціонарна допомога, медикаментозна допомога, амбулаторне лікування, надання стоматологічної допомоги). При порівнянні використовували рейтингову шкалу щодо оцінювання кожного показника в межах: 0 – відсутнє, 1 - частково, 2 – присутнє повністю. У підсумку компанії отримали наступний рейтинг компаній за даними критеріями (табл. 2.5).

Аналізуючи програми страхування, можна дійти висновку, що усі страхові компанії пропонують практично одні й ті самі програми медичного страхування зі схожим набором послуг, прикріплення до одних і тих самих клінік із приблизно однаковим сервісом з організації медичної допомоги. У більшості із них є декілька програм та класів, які відрізняються між собою більшим або меншим асортиментом послуг, в залежності від чого і різниться страхова сума та ціна за поліс.

Наприклад, програма «Медицина для кожного» страхової компанії «Провідна», яка має 6 класів, головна відмінність яких полягає у встановленні

ліміту на оплату послуг, а також пропозиції невідкладної стоматологічної допомоги та медичного огляду у більш дорогих полісах «Еліт» та «ВІП».

Що стосується страхових програм компанії «УНІКА», то тут страхова компанія робить акцент на рівні акредитації комерційних лікарень, в яких буде обслуговуватися клієнт. На сучасному ринку страхових послуг в Україні помітне місце займає «АХА Страхування» (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

## Рейтинг страхових компаній за індивідуальним ДМС

Місце в рейтингу	Назва страхової компанії/ програми ДМС	Сума балів
1	АХА Страхування «Стандарт»	20
2	ІНГО Україна «Невідкладна допомога»	18
3	Провідна «Медицина для кожного «Класик»	15
4	УНІКА «Стандарт»	15
5	Альфа Страхування «Оптимальна підтримка»	14
6	АСКА	12

Вона пропонує такі медичні послуги згідно з програмам медичного страхування: швидка медична допомога, екстрена стаціонарна допомога: екстрена стаціонарна допомога, яка вимагає оперативного втручання; амбулаторно-поліклінічна допомога - лабораторна діагностика; забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення, а також додаткові послуги «Телемедична консультація», «Лікар до дому». Страховим випадком за цими програмами є будь-яке захворювання (гостре, хронічне, наслідки травми, отруєння або ін. нещасного випадку), за винятком венеричних захворювань, що передаються статевим шляхом, алкоголізму,

наркоманії, безпліддя, штучного переривання вагітності, синдрому набутого імунодефіциту, цукрового діабету та їх ускладнення, злоякісних та доброякісних новоутворень, захворювань і травми, отримані внаслідок дій застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу.

Щодо програми «Невідкладна допомога» страхової компанії «ІНГО Україна», то вона має найкраще співвідношення страхової суми та вартості полісу, але потрібно враховувати, що дана програма є найдешевшою з тих які надає компанія, тому даний поліс має не повний перелік стандартних послуг, саме тому поступається місцем в рейтингу АХА Страхування.

Компанія АСКА надає споживачу можливість наповнювати певним переліком послуг свій поліс самостійно від чого і залежатиме вартість полісу, але вони зовсім не надають основних послуг. Також потрібно звернути увагу, що такі компанії як «Нафтагазстрах», «Українська страхова Група», «Країна» займаються виключно корпоративним страхуванням клієнтів, тому вони не брались до аналізу індивідуального добровільного медичного страхування, але саме завдяки цьому напряму страхування вони входять до ТОП-10 страхових компаній за ДМС. Компанія «PZU Україна» здійснює ДМС тільки вразі настання страхового випадку внаслідок ДТП, тому також недоцільно порівнювати її з іншими компаніями, хоча вона має найкращі показники критеріїв серед інших страхових компаній. А також страховий захист відповідно цій програмі діє не лише у випадку, коли страхувальник/застрахована особа знаходиться у якості водія, а й у випадку коли він є пішоходом чи пасажиром в будь-якому іншому транспортному засобі.

Враховуючи всі переваги та недоліки програм страхових компаній , підводимо підсумок, що на ринку медичного страхування досить широкий вибір пропозицій щодо страхування здоров'я, тому в першу чергу потрібно звертати увагу на:

- комплексність полісу та відношення ціни до послуг;
- якість обслуговування; - виплату страхових сум;
- популярною серед споживачів.

Беручи до уваги проаналізовані критерії, можна виділити найбільш вигідні, а також надійні компанії:

1. «АХА Страхування» - досить дешеве співвідношення цін та послуг, широка вікова категорія, досить високий рівень страхових виплат – 61,58%, але потрібно враховувати те, що компанія не надає послуг стоматологічної допомоги;

2. ІНГО Україна» - найдешевше співвідношення ціни та страхової суми, але комплексність полісу залежить від більш високої ціни.

3. «Провідна» пропонує більше 20 програм медичного страхування для корпоративних клієнтів і фізичних осіб з різним співвідношенням цін і послуг. Існують спеціальні програми для страхування студентів, учнів середніх учбових закладів, спортсменів, дітей, осіб, що тимчасово проживають в готелях та ін. Протягом останніх років «Провідна» залишається абсолютним лідером на українському ринку добровільного медичного страхування, посідаючи перші місця у професійних рейтингах за як обсягами зборів страхових премій, так і за обсягами виплат страхових відшкодувань своїм клієнтам.

Характеризуючи основні показниками страхової діяльності ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя» (табл. 2.7), можна сказати, що за період з 2017 по 2019 рік статутний капітал залишався незмінним та відповідав вимогам чинного законодавства. Розмір страхових резервів має неоднозначну тенденцію так, наприклад, у 2018 році спостерігається зменшення страхових резервів у порівнянні з 2017 роком, але у 2019 році ми можемо спостерігати різке збільшення цього показника. Аналізуючи розмір страхових платежів, можна зробити висновок, що у 2018 році спостерігалось незначне зменшення страхових платежів, проте у 2019 році ситуація значно покращилася так, як темпи зростання цього показника становили 46,86% у порівнянні з минулим роком. За

аналізований період найбільшу суму страхових виплат було сплачено у 2018 році у розмірі 2068 тис. грн., а у 2019 році страхові виплати зменшились на 20,89%.

За період з 2017 по 2019 рр. доходи від страхової діяльності мають тенденцію до зниження, що видно за даними таблиці 2.7. Також у 2018 році спостерігається різке зменшення доходів від інших видів діяльності майже на 50%, проте у 2019 році відбулося зростання доходів від інших видів діяльності. Компанія за весь аналізований період була прибутковою і з кожним роком чистий прибуток суттєво зростає. Це є свідченням того, що страхова компанія ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя» ефективно працює на страховому ринку і за рахунок збільшення прибутку нарощує свої чисті активи.

Будь-яку економічну діяльність завжди супроводжують ризики, управління якими безпосередньо впливає на фінансовий стан та фінансову стійкість підприємства, а отже й здатність його виживати в складних умовах.

Аналіз фінансового стану підприємства дозволяє виявити недоліки в діяльності підприємства і, цим самим, дозволяє управляти ризиками, які виникають в процесі його діяльності.

Фінансовий аналіз будь-якої організації неможливо здійснити без аналізу джерел формування фінансових ресурсів. Тому першим етапом структурного аналізу буде аналіз активів ПрАТ «АСК «Інго Україна Життя».

Пасиви балансу страхової організації відображають джерела коштів страховика, в тому числі власний капітал і залучені кошти.

Головним елементом власного капіталу страховика є статутний капітал, а залученого – страхові резерви. Якщо власний капітал перевищує статутний, це свідчить про те, що діяльність страхової компанії прибуткова, і навпаки. Статутний капітал у страховій діяльності має дещо інше призначення, ніж у інших підприємств. Він не тільки забезпечує статутну діяльність страхової організації (як у інших суб'єктів господарювання), а й джерелом покриття страхових виплат у разі недостатності інших коштів.

Аналізуючи структуру власного капіталу ПрАТ «АСК «Інго Україна Життя» за даними, наведеними в Додатку А, можна зробити висновок, що за період з 2017 по 2019 рік статутний та резервний капітал були не змінними, а також спостерігалася позитивна тенденція до зменшення непокритого збитку, який на кінець 2019 року становив 5598 тис.грн. Власний капітал перевищує статутний капітал, а отже ми можемо сказати, що діяльність страхової компанії прибуткова.

Розділ «Страхові резерви» наявний у пасиві баланса виключно страхової (перестрахової) організації, відображає зобов'язання страховика за страховими виплатами. Страхові резерви ПрАТ «АСК «Інго Україна Життя» поділяються на: резерв збитків, резерв зі страхування життя. Темпи приросту страхових резервів у 2019 році склали 24,23%, що свідчить про підвищення надійності страхової компанії.

В цілому кінцевий фінансовий результат страхової організації визначається як різниця між її доходами та витратами. Доходи від страхової організації формуються за рахунок страхових премій, отриманих за укладеними договорами страхування і перестраховування, відшкодування частини збитків за ризиками, переданими у перестраховування, за рахунок комісійних і брокерських винагород у разі, якщо страхова організація є посередником у страхуванні, за рахунок повернення страхових резервів, а також за рахунок інших доходів від страхових операцій.

Доходи від інвестиційної діяльності страхової організації формуються за рахунок інвестування коштів страхових резервів і власних вільних коштів.

Витрати страхової організації – це витрати під час здійснення статутної діяльності. Склад і структуру витрат визначають два взаємозалежних економічних процеси – погашення зобов'язань перед страхувальниками і фінансування діяльності страхової організації, тому у ПрАТ «АСК «Інго Україна Життя», як і в інших страхових організаціях, застосовують таку класифікація витрат:

- витрати на проведення страхових операцій;

- витрати на ведення справи;
- аквізичійні витрати;
- інкасові витрати;
- ліквідаційні витрати.

До управлінських витрат належать: оплата праці адміністративно-управлінського персоналу страхової компанії, адміністративно-господарські витрати і витрати на розвиток страхування.

Основне завдання ліквідності балансу – перевірити синхронність надходження і витрати фінансових ресурсів, тобто здатність страхової компанії розраховуватися по зобов'язаннях власним майном у визначений період часу. Чим швидше той чи інший вид активу може знайти грошову форму, тим вище його ліквідність. У табл. 2.8 представлений аналіз ліквідності балансу.

Невиконання якоїсь із перших трьох нерівностей свідчить про те, що ліквідність балансу тією чи іншою мірою відхиляється від абсолютної. При цьому нестача коштів по одній групі активів компенсується їх нестачею по іншій групі, хоча компенсація може бути лише по вартісній величині, оскільки в реальній платіжній ситуації менш ліквідні активи не можуть замінити більш ліквідні.

Як видно з даних таблиці, баланс страхової компанії не є абсолютно ліквідним. Виконання умови  $(A1+A2+A3) > (П1+П2+П3)$  протягом 2017-2019 рр., свідчить про те, що поточні активи страхової компанії перевищують її зовнішні зобов'язання, тобто вона має в достатній кількості власний оборотний капітал.

Проведені розрахунки показників ліквідності та платоспроможності (табл. 2.9) дають змогу зробити наступні висновки.

Чисті оборотні активи за аналізований період є більшими від нуля та мають тенденцію до збільшення, зокрема, у 2019 році відбулося збільшення на 1101 тис. грн. у порівнянні з попереднім періодом. Це є свідченням того, що страхова компанія має достатню кількість оборотних коштів для того, щоб вчасно та в



повному обсязі розраховуватися за короткостроковими зобов'язаннями та розширювати подальшу діяльність.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності показує в якій частці короткострокові зобов'язання страхової компанії можуть бути поповнені за рахунок високоліквідних активів. Як показує табл. 2.9 даний коефіцієнт має значення вище нормативного у 2017-2019 рр., значить страхова компанія може терміново ліквідувати короткострокову заборгованість. Проте, варто звернути увагу, що в 2019 році спостерігалось різке зменшення даного показника у порівнянні з попереднім періодом з 7,09 у 2018 році до 2,87. Таке зниження рівня абсолютної ліквідності підвищує ризик ліквідності страхової компанії і потребує додаткового аналізу.

Коефіцієнт швидкої ліквідності показує, яка частина поточних активів з відрахуванням запасів і дебіторської заборгованості, платежі по якій очікуються більш ніж через 12 місяців після звітної дати, покривається поточними зобов'язаннями. З розрахунків видно, що даний коефіцієнт має досить високі значення, а це свідчить про те, що в ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя» є невинуватене зростання дебіторської заборгованості.

Коефіцієнт поточної ліквідності за досліджуваний період знаходиться вище рекомендованого значення. На кінець 2018 році на кожен гривню короткострокових зобов'язань припадало 10,15 грн. поточних активів, на кінець 2019 році цей показник зменшився більш ніж удвічі та становив 4,14. Загалом аналіз коефіцієнтів ліквідності страхової компанії показав, що не дивлячись на те, що розраховані коефіцієнти є значно вищими за нормативні показники, у 2019 році спостерігається тенденція до зменшення значень цих показників у порівнянні з попереднім періодом, а це в свою чергу підвищує ризик ліквідності страхової компанії.

Коефіцієнт маневрування чистих оборотних активів у 2019 році має тенденцію до зростання, що є позитивним для діяльності страхової компанії та

сприятиме зростанню вільних грошових коштів страхової компанії, які необхідні для ефективного провадження господарської діяльності.

Умови забезпечення платоспроможності страховика:

- наявність сплаченого статутного фонду та гарантійного фонду;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним.

Граничний фонд страховика – це додатковий та резервний капітал, а також сума нерозподіленого прибутку.

Фактичний запас платоспроможності страховика розраховується за формулою:

$$\text{ФЗП} = \text{Загальна вартість активів} - \text{Нематеріальні активи} - \text{Страхові резерви} - \text{Загальні зобов'язання} \quad (2.1)$$

Нормативний запас платоспроможності страхової компанії зі страхування життя розраховується за формулою:

$$\text{НЗП} = \text{Величина резерву довгострокових зобов'язань} * 0,05 \quad (2.2)$$

Таблиця 2.10

#### Аналіз платоспроможності ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя»

Показники	2017	2018	2019
1	2	3	4
Фактичний запас платоспроможності	26 509	26 564	29 425
Нормативний запас платоспроможності	138,15	133,65	172,65

За даними таблиці 2.10 можна сказати, що показники платоспроможності за аналізований період мають тенденцію до збільшення, і сприяють зміцненню її

надійності та підвищенню конкурентоспроможності на ринку страхових послуг зі страхування життя.

За результатами розрахунків фінансової незалежності та структури капіталу, наведених в таблиці 2.11, можна стверджувати, що коефіцієнт фінансової незалежності, який розраховується для характеристики структури капіталу господарюючого суб'єкта та визначення його незалежності від позикових коштів, є значно вищим від нормативного значення (0,5) за весь аналізований період, проте у 2019 року він скоротився до 0,75 у порівнянні з попереднім періодом, коли його значення становило 0,87. Достатньо високе значення показника фінансової незалежності страхової компанії, звичайно, свідчить про достатність власного капіталу та фінансову незалежність страхової компанії від кредиторів, проте його зменшення у 2019 році може негативно відобразитися на подальшій діяльності страхової компанії.

Співвідношення власних та запозичених коштів характеризується коефіцієнтом фінансової стабільності (коефіцієнт фінансування). За аналізований період даний коефіцієнт суттєво не змінювався у 2019 р. коефіцієнт фінансування становив 6,45, що свідчить про високий рівень фінансової стійкості страхової компанії.

Таблиця 2.11

## Аналіз показників фінансової незалежності та структури капіталу

Назва показника	Значення показника по роках			Зміна показника	
	2017	2018	2019	2018 до 2017	2019 до 2018
1	2	3	4	5	6
Коефіцієнт незалежності (автономії, власного капіталу)	0,86	0,87	0,75	0,01	-0,12
Коефіцієнт фінансової стабільності	6,37	6,47	6,45	0,1	-0,02
Показник фінансового левериджу	0	0,12	0,22	0,12	0,1

Показник фінансового левериджу, який відображає структуру капіталу компанії, та, певною мірою, ризик структури капіталу, характеризує залежність підприємства від довгострокових зобов'язань. За аналізований період має

тенденцію до зростання та є вищим за нормативне значення ( $< 0,1$ ). Що є негативним для діяльності страхової компанії, адже підвищує ризик структури капіталу компанії, оскільки свідчить про збільшення частки боргового капіталу в структурі капіталу.

Для забезпечення відтворення основних виробничих засобів важливе значення має вивчення їхнього стану та використання, що є важливим фактором підвищення ефективної діяльності будь-якого підприємства.

Здійснивши аналіз показників стану основних засобів страхової компанії, можна зробити висновки, що технічний стан страхової компанії є достатньо високим, адже коефіцієнт придатності суттєво перевищує коефіцієнт зносу за період з 2017 року по 2019 рік. Проте негативним є зміна в динаміці цих показників за аналізований період, скільки коефіцієнти зносу за аналізований період зростають, а коефіцієнти придатності відповідно знижуються.

За результатами розрахунків, наведених в таблиці 2.12, також необхідно відмітити, що значення показників вибуття основних засобів наближаються до значень показників оновлення основних засобів за аналізований період, тому можна стверджувати, що за рахунок цього коефіцієнт зносу є достатньо низьким, а технічний стан страхової компанії достатньо високим.

Таблиця 2.12

## Аналіз показників стану основних засобів

Назва показника	Значення показника по роках			Зміна показника	
	2017	2018	2019	2018 до 2017	2019 до 2018
1	2	3	4	5	6
Коефіцієнт зносу	0,04	0,06	0,07	0,02	0,01
Коефіцієнт придатності	0,96	0,94	0,93	-0,02	-0,01
Коефіцієнт оновлення	0	0,0004	0,005	0,0004	0,0046
Коефіцієнт вибуття	0,007	0,004	0,008	0,003	0,004
Питома вага активної частини основних засобів	0,009	0,009	0,008	0	-0,001

Показник Cash-flow у страховій компанії, який характеризує величину чистих грошових потоків, які утворюються в результаті операційної та інвестиційної діяльності й залишаються в розпорядженні компанії в певному періоді, не має чіткої тенденції за період з 2017 по 2019 рр., оскільки у 2018 році він скоротився до 514, а у 2019 році спостерігалось його зростання до 538 (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

## Аналіз показників Cash-flow та прибутковості

Назва показника	Значення показника по роках			Зміна показника	
	2017	2018	2019	2018 до 2017	2019 до 2018
1	2	3	4	5	6
Cash-flow	546	514	538	-32	24
Коефіцієнт Cash-flow	-0,103	-0,088	-0,111	0,015	-0,023
Рентабельність активів (капіталу)	0,0012	0,0015	0,0013	0,0003	-0,0002
Рентабельність реалізації 1	0,18	0,012	0,04	-0,168	0,028
Рентабельність реалізації 2	0,007	0,01	0,04	0,003	0,03
Рентабельність основної діяльності	0,21	0,012	0,04	-0,198	0,028
Рентабельність власного капіталу	0,0014	0,0018	0,0031	0,0004	0,0013
Період окупності власного капіталу	690	564	320	-126	-244

Коефіцієнт Cash-flow за весь аналізований період є від'ємним, а найвище його значення було у 2018 році на рівні -0,088.

Рентабельність активів визначає частку чистого прибутку страхової компанії. Даний коефіцієнт показує, скільки чистого прибутку припадає на одинцю коштів, інвестованих в активи компанії. Аналізуючи дані, розраховані відповідним чином на основі фінансової звітності компанії, можна сказати, що у 2018 році рентабельність частково зросла та становила – 0,0015, а в 2019 році зменшилась до 0,0013.

Рентабельність 1 реалізованої продукції показує відношення валового прибутку від реалізації продукції до чистого доходу від реалізації продукції. Так у 2017 році значення цього показника було 0,18, а у 2018 році спостерігається різке його зменшення до 0,012 і часткове зростання у 2019 році.

Рентабельність 2 реалізованої продукції за прибутком від операційної діяльності визначає частку прибутку від операційної діяльності в чистому доході від реалізації продукції підприємства. Коефіцієнт показує, скільки прибутку від операційної діяльності припадає на одиницю чистого доходу від реалізації продукції. За весь аналізований період цей показник у страховій компанії має тенденцію до зростання, адже у 2017 році він становив 0,007, а у 2019 – 0,04.

Рентабельність основної діяльності є відношенням валового прибутку від реалізації до собівартості реалізованої продукції. Починаючи з 2017 року цей показник має тенденцію до зниження з 0,21 до 0,04 у 2019 році.

Рентабельність власного капіталу визначає частку чистого прибутку у власному капіталі, вкладеному у підприємство. Коефіцієнт показує потенційні можливості розширення діяльності підприємства, ефективного використання активів, створених за рахунок власного капіталу. Аналізуючи дані можна сказати, що з кожним роком рентабельність власного капіталу страхової компанії зростає, що пов'язано зі збільшенням чистого прибутку компанії з кожним наступним роком, і найбільше значення цього показника було у 2019 році на рівні 0,0031.

Період окупності власного капіталу показує, за який період власний капітал може бути компенсований чистим прибутком підприємства. Позитивним для діяльності будь-якого господарюючого суб'єкта є зниження даного показника з кожним наступним періодом. Період окупності власного капіталу страхової компанії за аналізований період має тенденції до зменшення, що позитивно впливає на її фінансовий стан.

Коефіцієнт оборотності активів (коефіцієнт трансформації капіталу, ресурсовіддача) з 2017 року до 2019 року знизився з 0,17 до 0,07.

Коефіцієнт обертання дебіторської заборгованості визначає відношення виручки страхової компанії до середньої величини дебіторської заборгованості за період. Коефіцієнт показує, у скільки разів виручка перевищує середню дебіторську заборгованість. Порівнюючи показник 2017 року з показником 2019

року, можна зробити висновок, що коефіцієнт обертання дебіторської заборгованості суттєво знизився особливо у 2019 році, що є негативним результатом.

Таблиця 2.14

## Аналіз показників ділової активності

Назва показника	Значення показника по роках			Зміна показника	
	2017	2018	2019	2018 до 2017	2019 до 2018
1	2	3	4	5	6
Ресурсовіддача	0,17	0,15	0,07	-0,02	-0,08
Коефіцієнт оборотності дебіторської заборгованості	4,65	4,3	1,97	-0,35	-2,33
Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості	2,03	3,96	0,96	1,93	-3
Коефіцієнт оборотності запасів	62,5	5,65	1,31	-58,85	-4,34
Фондовіддача	0,25	0,21	0,09	-0,04	-0,12
Період інкасації (оборотність дебіторської заборгованості, днів)	79	85	186	6	101
Оборотність кредиторської заборгованості, днів	180	93	381	-87	288
Оборотність запасів, днів	6	65	279	59	214
Операційний цикл, днів	85	150	465	65	315
Фінансовий цикл, днів	-95	57	84	152	27

Коефіцієнт обертання кредиторської заборгованості визначає відношення собівартості страхової компанії до середньої величини кредиторської заборгованості за період. Коефіцієнт показує, у скільки разів собівартість перевищує середню кредиторську заборгованість. Порівнюючи дані можна зробити висновок, що коефіцієнт обертання кредиторської заборгованості страхової компанії є достатньо високим у 2017 та 2018 роках, але у 2019 році спостерігається різке його зменшення до 0,96.

Коефіцієнт оборотності запасів визначає відношення собівартості реалізованих послуг до середніх виробничих запасів. Так у 2017 році він становив 62,5 днів, а у 2019 році – 1,31.

Коефіцієнт фондovіддачі визначає відношення чистої виручки від реалізації до балансової вартості ОЗ. Коефіцієнт показує, наскільки інвестиції,

вкладені в основні засоби, приносять дохід компанії. Протягом всього періоду показник має тенденцію до зниження і досить суттєву, оскільки у 2017 році він становив 0,25, а у 2019 знизився до 0,09.

Період оборотності дебіторської заборгованості визначає відношення періоду аналізу до коефіцієнта обертання дебіторської заборгованості. Цей коефіцієнт показує середній термін інкасації дебіторської заборгованості, тобто період її погашення. Проводячи аналіз, можемо зробити висновок, що період погашення дебіторської заборгованості різко зріс у 2019 році до 186 днів.

Період погашення кредиторської заборгованості визначає й показує середній рівень сплати підприємством короткострокової заборгованості. Проаналізувавши усі дані, можна зробити висновок, що коефіцієнт у 2018 році скоротився на 87 днів, а у 2019 році різко зріс більше, ніж в тричі до 381 дня. Таке різке зростання може негативно відобразитись на фінансовій діяльності страхової компанії та погіршити її платоспроможність.

Динаміка оборотності запасів показує нам, з якої швидкістю змінюється обіговість запасів підприємства. Він показує перспективне зростання обіговості запасів, якщо у 2017 році показник становив 6, то у 2019 році він встановлюється на рівні 279.

Період операційного циклу визначає й показує термін обороту грошових коштів. Протягом усіх періодів спостерігається збільшення значень і у 2019 році період операційного циклу є найвищим та встановився на рівні 465 днів.

Період фінансового циклу визначає й показує термін перетворення придбаних матеріальних ресурсів на грошові кошти. У 2019 році показник теж зріс до 84.

Аналіз фінансово-господарського стану страхової компанії показав, що ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя» має задовільний фінансовий стан та працює прибутково, але з метою оцінки ризику ймовірності фінансової кризи (чи банкрутства) страхової компанії було здійснено прогнозування банкрутства з врахуванням ситуації в Україні та галузевих особливостей на основі багатофакторної дискримінантної моделі, розробленою Міністерством фінансів



України в рамках Порядку проведення оцінки фінансового стану бенефіціара та визначення виду забезпечення для обслуговування та погашення позики, наданої за рахунок коштів міжнародних фінансових організацій, яка розраховується за формулою [3]:

$$Z = 1,3 \cdot X_1 + 0,24 \cdot X_2 + 0,4 \cdot X_4 + 0,1 \cdot X_7 + 0,07 \cdot X_9 + 0,25 \cdot X_{10} - 2,3 \quad (2.3)$$

де  $X_1$  – коефіцієнт покриття;

$X_2$  – коефіцієнт фінансової незалежності;

$X_4$  – коефіцієнт рентабельності операційного продажу за грошовим потоком;

$X_7$  – коефіцієнт оборотності позичкового капіталу за грошовим потоком;

$X_9$  – коефіцієнт рентабельності власного капіталу;

$X_{10}$  – коефіцієнт оборотності оборотних активів.

Ймовірність банкрутства оцінюється залежно від значення  $Z$  – рахунка, обчисленого за реальними даними підприємств, й визначається такою:

$Z < -2,1$  – незадовільний фінансовий стан, ймовірність банкрутства дуже висока;

$-2,1 < Z < -1,1$  – поганий фінансовий стан, ймовірність банкрутства висока;

$-1,1 < Z < 0,9$  – зона невизначеності з негативною (позитивною) динамікою, ймовірність банкрутства наявна;

$Z > 0,9$  – стійкий фінансовий стан, ймовірність банкрутства низька.

Таблиці 2.15

#### Прогнозування банкрутства на основі дискримінантної моделі

Рік	Межі	Значення Z-рахунка	Ймовірність банкрутства
1	2	3	4
2017	Більше за 0,9	6,06	дуже низька
2018	Більше за 0,9	10,94	дуже низька
2019	Більше за 0,9	3,31	дуже низька

У ПрАТ «АСК «ІНГО Україна Життя» за досліджуваний період результати дискримінантної моделі коливаються у межах 3,31 – 10,94, тобто, компанія мала дуже низьку ймовірність банкрутства.

### РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

#### 3.1. Перспективи реформування фінансування системи охорони здоров'я

З метою подолання кризового періоду у вітчизняній системі охорони здоров'я доцільно не лише змінити механізм її фінансування, а й реформувати всю систему. Беручи до уваги необхідність системного підходу під час проведення реформ, вважаємо за доцільне модернізувати механізм медичного страхування шляхом комплексного поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Тому в Україні доцільно розглянути можливості реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи цих двох систем. Також зазначимо, що під час побудови національної системи охорони здоров'я слід врахувати принцип особистої відповідальності населення, виражений у спільній компенсації ризиків.

Громадяни можуть одночасно бути як застрахованими, так і страхувальниками, сплачуючи частину страхових внесків власним коштом, що дасть змогу поєднати обов'язкове і добровільне медичне страхування. На сьогодні особа, яка хоче отримувати медичну допомогу в межах добровільного медичного страхування, платить двічі за одну й ту ж послугу – спочатку з обов'язкового медичного страхування (платить або держава, або роботодавець), потім із добровільного (платить або роботодавець, або сам застрахований). Тому доцільним є визначення базової програми обов'язкового медичного страхування шляхом створення зрозумілого переліку медичних послуг, що надаються громадянам безкоштовно, щоб виключити таке дублювання.

Держава має бути зацікавлена в залученні приватної медицини через добровільне медичне страхування до участі в інтегрованій схемі фінансування процесу надання медичних послуг населенню. Сучасну соціальну політику держави слід заснувати не тільки на реалізації програм і концепцій, а й на залученні бізнес-середовища та населення до вирішення соціальних проблем.

Нині на ринку медичного страхування існують певні проблеми функціонування механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування, які значно ускладнюють реалізацію процесу їхнього злиття.

Основними етапами реалізації обов'язкового і добровільного страхування як єдиного комплексу є такі:

- оптимізація тарифів із обов'язкового медичного страхування на базі актуарних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність настання страхових випадків;

- обґрунтування оптимальної величини страхових внесків на непрацююче населення, пенсіонерів та дітей;

- впровадження більш прогресивних методів відшкодування витрат медичних організацій із обов'язкового медичного страхування;

- мотивування населення до здійснення контрольних заходів у сфері охорони здоров'я;

- встановлення податкових пільг у системі розвитку добровільного та обов'язкового страхування як для страховиків, так і для страхувальників, із метою укладення довгострокових договорів;

- підвищення страхових тарифів для тих громадян, які бажають користуватися системою державного обов'язкового медичного страхування і звільнення від сплати внесків осіб, які придбали поліс добровільного медичного страхування;

- виключення можливості подвійної оплати послуг, що надаються за програмами добровільного й обов'язкового медичного страхування;

- розробка регламентів і єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, визначення кола відповідальності як медичних організацій, так і медичного персоналу.

Нова сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я повинна передбачати чіткі прозорі гарантії держави щодо надання медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний розподіл фінансових ресурсів та скорочення неформальних платежів (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

## Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України

Напрями реформ	Характеристика	Результат від реформи
Державний гарантований пакет медичних послуг	Замість декларації про надання всієї медичної допомоги безоплатно держава бере чітке зобов'язання надавати визначений обсяг медичних послуг. Медичні послуги в межах гарантованого пакету надають постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника	Обмежені ресурси ідуть на гарантовані медичні послуги, зменшуються неформальні платежі, зростає якість медичної допомоги, взаємна відповідальності пацієнтів та лікарів
Єдиний національний замовник медичних послуг	У системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів – розмежування функцій замовника та постачальника послуг. Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт	На ринку медичних послуг з'являється конкуренція, запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником послуг. Публічні кошти витрачаються ефективніше. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря, зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів
Нові механізми оплати медичних послуг (принцип «гроші йдуть за пацієнтом»)	Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування, переходячи до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам	З'являються стимули для медичних закладів підвищувати якість та ефективність. Зростають доходи медичних працівників
Посилення ролі громад	Громади є в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг. Держава в ролі закупівельника гарантованого для кожного громадянина обсягу послуг	Стосунки між державною, громадою та пацієнтами стають більш здоровими. Чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їхніх ролей. Децентралізоване управління медичними закладами

Слід зазначити, що метою державного регулювання страхового механізму є розробка програми мінімальних державних гарантій надання громадянам медичної допомоги. Програма державних гарантій повинна бути чітко визначена і збалансована з фінансовими можливостями держави. При цьому розрахунок вартості програми доцільно проводити за ринковою вартістю медичної послуги і відповідно до цього визначати мінімальний набір медичних послуг.

Тільки під час виконання цієї умови можлива диференціація нормативів фінансування програми обов'язкового медичного страхування з встановленням лімітованого розміру ставки страхових внесків за працююче населення. Безперечно, обов'язком держави є страхування непрацюючого населення, надання податкових пільг для працюючого населення, що здійснює страхові внески на обов'язкове та добровільне медичне страхування.

У 2017 р. розпочався перехід на страхову модель системи охорони здоров'я в Україні. На підготовчому етапі фінансування системи охорони здоров'я передбачено такі реформи: визначення обсягу та структури Державного гарантованого пакету медичних послуг; перехід постачальників медичних послуг на постачання послуг за контрактами; створення інституційних та правових умов для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам; практичне використання нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя; створення інструментів електронної охорони здоров'я для збору й обробки медичних, фінансових та управлінських даних; оновлення програмної класифікації видатків бюджету на охорону здоров'я.

Фінансова стабільність системи обов'язкового медичного страхування залежить від стану економіки країни. Уповільнення темпів економічного зростання негативно впливає на рівень фінансової забезпеченості національної системи охорони здоров'я, а значить і на показники здоров'я населення. Тому рекомендовано модернізувати механізм медичного страхування шляхом реалізації інтегрованої схеми, що містить у собі різні елементи обов'язкового та добровільного страхування. Водночас при чіткому встановленому розмежуванні

платних і безкоштовних медичних послуг програми добровільного медичного страхування стануть дешевшими та отримують регламентований порядок взаємодії з обов'язковим медичним страхуванням, а сфера охорони здоров'я загалом отримає додаткові фінансові кошти. Також необхідно здійснити заходи щодо податкового стимулювання в системі медичного страхування, які містять чотири основні форми податкових пільг: вилучення, податкові знижки, звільнення, зміна терміну сплати податку.

Несприятливий стан у сфері охорони здоров'я визначається багатьма несприятливими соціальними та економічними чинниками: складною ситуацією у економіці та екології, низьким рівнем добробуту, значним поширенням шкідливих звичок і відсутністю в суспільстві цінностей здорового способу життя, а також, не в останню чергу, низькою якістю медичного обслуговування та нерівністю громадян щодо доступності та якості медичних послуг.

При цьому однією із головних причин недоступності та низької якості послуг охорони здоров'я є застаріла, неефективна модель фінансування охорони здоров'я. Розглядаючи сучасний механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні загалом, і, зокрема, медичного страхування, неможливо оминути той факт, що стаття 49 Конституції гарантує права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування та сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуючу мережу таких закладів не може бути скорочено [2].

Проте, в сучасних умовах, громадяни України фактично не можуть безоплатно отримувати медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі та із якістю, гарантованих Конституцією, а отже, їхнє конституційне право на охорону здоров'я і медичну допомогу не реалізується. Тому постає завдання щодо проведення комплексної реформи всього механізму охорони здоров'я, включаючи його основний елемент – медичне страхування.

Активні дії, щодо переведення української системи охорони здоров'я на страхову модель почалися у 2017 р. Незадовго до цього, 30 листопада 2016 р. на засіданні Кабінету Міністрів України затверджено концепцію реформи системи охорони здоров'я, якою запропоновано модель національної системи медичного страхування, що безпосередньо стосується трьох напрямів:

збір внесків через загальне оподаткування, які йтимуть у держбюджет; створення національного страховика – оператора коштів держбюджету «Національна служба здоров'я»;

оплата за кожну окрему послугу.

Головним принципом зміни системи фінансування, згідно із затвердженою концепцією, є оплата державою гарантованого пакету медичних послуг кожному громадянину [3].

Відносно зазначеного, фінансування відбуватиметься за рахунок загальних податків. Тобто кожен громадянин здійснює передоплату за медичне обслуговування, сплачуючи загальні податки. Також передбачено, що страхові виплати, які будуть виплачуватися для окремої людини не будуть прив'язані до розміру її індивідуальних внесків, і жодні додаткові податки чи платежі для громадян не вводяться. Для послуг, які держава не може надати, планують розробити механізми покриття їх вартості для громадян – приватне медичне страхування, механізм легальної спільної оплати за медичну послугу.

Однією з найголовніших змін у системі охорони здоров'я є створення національної агенції медичного страхування, яка матиме дві компетенції – фінансову та компетенцію контролю медичної якості. На даний час, одним із основних завдань уряду є проведення реформи системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень.

Головна мета – поліпшення якості медичних послуг, підвищення заробітних плат медичним працівникам, запровадження страхової медицини та збільшення автономії лікарень.

Початком реформування є запровадження сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки української системи



охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, тощо). Також уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні, яка розкриває основні засади для зміни фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини [4].

Завдяки запровадженню системи оплати за випадок відбуватиметься стимулювання лікарні до підвищення ефективності лікування станів і хвороб, оскільки лікарня буде отримувати відшкодування в межах розрахунків, необхідних для лікування конкретного випадку (що унеможливує надання непотрібних послуг або заохочення пацієнтів до тривалої госпіталізації).

Використання такого інструменту, як діагностично споріднені групи (ДСГ) дозволяє порівняти продуктивність лікарень та удосконалити систему контролю якості. Таким чином, заклади будуть фінансово мотивовані використовувати доказові (ефективні) методи лікування, позбутися непотрібних процедур, що в кінцевому рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень.

Основною метою національної політики щодо забезпечення лікарськими засобами є гарантування якості, ефективності та безпеки всіх лікарських засобів, зниження соціального напруження, пов'язаного з доступністю ліків та раціонального використання наявних бюджетів та ліків.

Сьогодні в Україні розповсюдження реклами і інших інформаційних потоків, підвищення вимог споживачів, щодо надання якості медичних послуг, застосування новітніх технологій у процесі діагностики та лікуванні захворювань стимулює страхові компанії до пошуку і розроблення нових способів стратегічного управління, що в свою чергу підвищує рівень якості надання медичних послуг та конкурентоспроможності окремих страхових компаній.

Одним з основних інструментів стратегічного управління, який оцінює в комплексі внутрішні й зовнішні чинники, що впливають як на розвиток окремої страхової компанії, так і на розвиток ринку медичного страхування в цілому, є SWOT-аналіз. З метою визначення перспектив побудови ефективної системи

медичного страхування в Україні ми дослідили вплив внутрішнього та зовнішнього середовища на окрему медичну страхову компанію і на розвиток ринку медичного страхування в цілому за допомогою SWOT-аналізу (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

## Матриця SWOT-аналізу системи медичного страхування в Україні

		ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ	
		Можливості	Загрози
ВНУТРІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ	Сильні сторони	<ul style="list-style-type: none"> <li>– введення обов’язкового медичного страхування та розвиток добровільного медичного страхування, розвиток страхового посередництва;</li> <li>– зростання обсягу страхових операцій, інтеграція до світового ринку страхування;</li> <li>– зацікавленість іноземних інвесторів, партнерські відносини з медичними закладами;</li> <li>– формування бренду і репутації надійного страхового партнера, створення системи інвестування страхових резервів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– політична, економічна нестабільність, інфляційні перешкоди;</li> <li>– зниження інвестиційної привабливості;</li> <li>– розвиток інвестиційної діяльності страховиків;</li> <li>– відсутність динамічного зростаючого попиту на страхові послуги;</li> <li>– поступове витіснення з ринку національних страховиків;</li> <li>– конкуренція з боку іноземних страхових компаній;</li> <li>– гірша якість надання страхових послуг;</li> <li>– невідповідність європейським стандартам.</li> </ul>
	Слабкі сторони	<ul style="list-style-type: none"> <li>– удосконалення нормативно-правової бази медичного страхування;</li> <li>– недостатність фінансових інструментів для інвестування;</li> <li>– низька конкурентоспроможність національних страховиків, створення конкурентного ринку;</li> <li>– збільшення рівня капіталізації вітчизняних страхових компаній;</li> <li>– відсутність єдиної інформаційної бази;</li> <li>– нерозвинута регіональна мережа.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– високий рівень збитковості медичного страхування;</li> <li>– зростання страхового шахрайства на вітчизняному ринку;</li> <li>– втрата інтересу з боку інвесторів;</li> <li>– зниження рівня фінансової безпеки;</li> <li>– втрата платоспроможного попиту з боку страхувальників;</li> <li>– збільшення частки «псевдострахування»;</li> <li>– входження ринку в стан рецесії.</li> </ul>

Аналізуючи вище перелічені проблеми, ми бачимо, що основну роль у вирішенні їх відводиться державі. В Україні найбільш дієвою буде комбінація стратегії управління витрат на основі попиту з конкретним обмеженим обсягом фінансових ресурсів та стимулювання населення до догляду за власним здоров’ям і профілактики захворювань. На нашу думку, держава повинна

подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування.

За формою проведення страхування поділяють на добровільне (страхування, що здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком) та обов'язкове (ґрунтується на засадах імперативності, виникає на основі закону незалежно від волі учасників страхових правовідносин, їх фінансових можливостей) [5].

У ст. 6 та ст. 7 Закону України «Про страхування» зазначено, що медичне страхування може здійснюватися як у добровільній, так і в обов'язковій формах [6].

Вирішенням проблеми існування системи обов'язкового медичного страхування є впровадження бюджетно-страхової моделі, за якої система фінансування охорони здоров'я буде здійснюватися на трьох рівнях: державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування.

Медична допомога фінансуватиметься за рахунок бюджетних коштів – перший рівень, базовий, життєзберігаючий. Другий рівень – основний, здоров'я зберігаючий – це обов'язкове медичне страхування, яке оплачується страховими компаніями, що мають відповідну ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування, третій рівень – сервісний, який фінансуватиметься за рахунок програм добровільного медичного страхування та покриватиме все те, що не покривається двома попередніми рівнями.

Вивчення зарубіжного досвіду дозволяє припустити, що ідеальна модель для України – це бюджетно-страхова медицина. Тобто лікування СНІДу, туберкульозу, вроджених захворювань, дитячої онкології, невідкладну медичну допомогу, допомогу при пологах, охорону материнства і дитинства, медичні послуги сімейних лікарів має фінансувати державний бюджет, інші послуги повинні фінансуватися за рахунок обов'язкового медичного соціального страхування [7].

В Україні має багато можливостей та перспектив щодо розвитку системи медичного страхування. Щоб запровадити ефективну і надійну систему медичного страхування та вирішити визначені проблеми доцільно провести ряд таких заходів:

створити і експлуатувати один єдиний реєстр застрахованих осіб для запобігання подвійного страхування та фінансування;

розробити прогресивну систему ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, що буде відображати зв'язок між розміром внесків та розміром доходів платників внесків, визначення їх нижньої межі або повне покриття державою медичних витрат вразливих категорій громадян (пенсіонери, інваліди та ін.), дозволить зберегти універсальність охоплення медичними послугами;

визначити розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем та працівником;

залучити додаткові джерела фінансування витрат на охорону здоров'я, наприклад: збільшити ставки акцизних платежів на небезпечні для здоров'я людини товари та спрямувати ці кошти на охорону здоров'я, проводити благодійні акції, пожертвування громадських благодійних організацій тощо;

стимулювати розвиток добровільного медичного страхування та розробити методи співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ (поліпшених умов перебування) для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ і забезпечить надходження додаткових коштів до системи охорони здоров'я.

### 3.2. Оцінка рівня конкуренції на ринку медичних страхових послуг

Ринок страхових послуг за рівнем капіталізації залишається одним із найбільших небанківських фінансових ринків. Як частина ринку страхових

послуг ринок медичних страхових послуг перебуває на етапі свого розвитку. Добровільне медичне страхування з кожним роком набирало все більшої популярності серед населення, допоки в Україні не впровадилося обов'язкове медичне страхування. Зменшення кількості страхових компаній на вітчизняному ринку страхових послуг, процес поглинання страхових компаній великими іноземними компаніями, прискорення концентрації страхового капіталу – усе ці фактори є характерним для процесу глобалізації. Але, незважаючи на це, існує багато чинників, які гальмують розвиток вітчизняного ринку страхових послуг [52, с. 137].

Станом на кінець червня 2019 року в Україні функціює 249 страхових компаній, із них 26, які займаються страхуванням життя; та 223, які займаються страхуванням, відмінним від страхування життя. За останні роки простежується тенденція до зменшення кількості страхових компаній. Порівняно з кінцем грудня 2014 року відбулося зменшення на 133 страхові компанії (із них на 31 страхову компанію «life» та на 102 страхові компанії «non-life») [53]. Це зменшення можна пояснити тим, що відповідно до розпорядження Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №850 від 07.06.2018 року «Про Положення про обов'язкові критерії і нормативи достатності капіталу та платоспроможності, ліквідності, прибутковості, якості активів та ризиковості операцій страховика», діючі страхові компанії до 2020 року повинні очистити свої портфелі від високоризикових активів та створити додатковий запас платоспроможності. Найбільшим страховим компаніям це завдання буде під силу, а малим страховим компаніям – ні, тому вони поступово припиняють свою діяльність [54, с. 29].

На сьогоднішній день в українському законодавстві немає критеріїв для опису конкуренції на ринку, тому для визначення рівня конкуренції на ринку страхових послуг застосовується індекс Герфіндаля-Гіршмана (ННІ), який використовувався в антимонопольному законодавстві США з кінця ХХ століття. ННІ розраховується як сума квадратів процентних часток кожного страховика на ринку. Критерії оцінки рівня конкуренції на ринку поділяються на три групи:

- 1) низько концентрований ринок, конкуренція висока ( $\text{HHI} < 1000$ );
- 2) помірно концентрований ринок, конкуренція невисока, існує монополія ( $1000 < \text{HHI} < 1800$ );
- 3) високо концентрований ринок, конкуренція нерозвинена, існує олігополія ( $1800 < \text{HHI}$ ).

Індекс Герфіндаля-Гіршмана в Україні розраховує Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, за статистичними даними ринку страхових послуг в цілому без врахування його складових та спеціалізації страховиків. Такі обчислення дають лише приблизне уявлення про дотримання страховими компаніями вітчизняного антимонопольного законодавства та свідчать про абстрактне уявлення конкуренції між страховиками, оскільки для розрахунків використовують найбільші компанії (до 50 одиниць), а не загальну кількість. Цей підхід необхідно змінювати, беручи до уваги досвід країн Європейського Союзу, де обчислення HHІ здійснюється за кожною складовою ринку страхових послуг (медичне страхування, авіаційне страхування, автотранспортне страхування тощо) [55, с. 72–73].

Для оцінки рівня конкуренції на ринку медичних страхових послуг доцільно робити розрахунки за кожною складовою ринку, а саме: безперервним страхуванням здоров'я, страхуванням медичних витрат та страхуванням здоров'я на випадок хвороби; та окремо за показниками страхових премій і страхових виплат. Адже статистичні дані та рейтинг страхових компаній відрізняються за кожною складовою ринку [56, с. 120]. Використовуючи статистичні дані ТОП-25 страхових компаній із сайту інформаційного агентства «Форіншурер» [57], спочатку розрахуємо процентну частку кожного страховика на ринку медичних страхових послуг шляхом множення показника страхових премій або виплат по конкретному страховику на 100% та діленням отриманого добутку на суму страхових премій або виплат по всім досліджуваним страховикам. Як зазначалося вище, процентна частка визначається за показниками страхових премій і виплат окремо за кожною складовою ринку.

Наступним кроком буде піднесення до квадрату процентних часток окремо по кожній страховій компанії та визначення суми квадратів процентних часток. Результати розрахунків внесено до табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Індекс Герфіндаля-Гіршмана по ринку медичних страхових послуг,  
розрахований за даними станом на 1 півріччя 2019 року

Складові ринку медичних страхових послуг	Показники ринку медичних страхових послуг	ННІ
Безперервне страхування здоров'я	Страхові премії	864,98
	Страхові виплати	875,43
Страхування медичних витрат	Страхові премії	1030,51
	Страхові виплати	1327,62
Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхові премії	2412,69
	Страхові виплати	2413,68

Аналізуючи табл. 3.3, можна сказати, що за складовою безперервного страхування здоров'я ННІ, розрахований за показниками страхових премій ( $864,98 < 1000$ ) та виплат ( $875,43 < 1000$ ), є низько концентрованим, тобто на ринку медичних страхових послуг існує висока конкуренція та пропорційна розподіленість. ННІ за складовою страхування здоров'я на випадок хвороби, розрахований за показниками страхових премій ( $1800 < 2412,69$ ) та виплат ( $1800 < 2413,68$ ), є високо концентрованим, тобто на ринку медичних страхових послуг конкуренція не розвинена, тобто існує олігополія. ННІ за складовою страхування медичних витрат, розрахований за показниками страхових премій ( $1000 < 1030,51 < 1800$ ) та витрат ( $1000 < 1327,62 < 1800$ ) є помірно концентрованим, тобто на ринку медичних страхових послуг існує невисока конкуренція (монополія) страхових компаній. Аналіз найбільших страхових компаній, які провадять свою діяльність на ринку медичних страхових послуг, доречно здійснювати за складовими ринку.

Як бачимо в табл. 3.4, спільною рисою є те, що перші місця займають страхові компанії з іноземним капіталом, чим роблять ринок

конкурентоспроможним завдяки ефективному управлінню страховим портфелем та розробці інноваційних страхових продуктів. Для вітчизняних страховиків медичне страхування залишається досить ризикованим видом страхування [58, с. 121].

Таблиця 3.4

ТОП-5 страхових компаній в Україні за складовими ринку медичних страхових послуг за 1 півріччя 2019 року

Місце у рейтингу	Страхова компанія	Країна, де знаходиться материнська компанія	Рік початку діяльності в Україні	Сума страхових премій, тис. грн.	Сума страхових виплат, тис. грн.	Рівень виплат, %
Безперервне страхування здоров'я						
1	Unіqa	Австрія	1994	320182,2	178431,2	55,73
2	Провідна	Нідерланди	1995	283552,7	147538,6	52,03
3	ARX	Канада	1994	197270,0	80488,0	40,80
4	Альфа Страхування	Люксембург	2000	161565,6	120562,4	74,62
5	ІНГО Україна	Україна	2004	146154,2	90357,4	61,82
Страхування медичних витрат						
1	PZU Україна	Польща	1993	137719,4	34013,8	24,70
2	Європейське туристичне страхування	Німеччина	2006	96774,0	42860,0	44,29
3	Княжа	Австрія	1997	85888,0	5167,5	6,02
4	ВУСО	Україна	2001	59963,0	12566,1	20,96
5	ТАС СГ	Україна	1998	40560,8	9131,2	22,51
Страхування здоров'я на випадок хвороби						
1	Альфа Страхування	Люксембург	2000	88318,1	624,4	0,7
2	Кредо	Україна	1992	37693,9	298,9	0,8
3	Unіqa	Австрія	1994	19207,6	7124,7	37,1
4	ВУСО	Україна	2001	17209,2	4963,1	28,8
5	Країна	Україна	1994	11549,8	3532,3	30,6

У рейтингу (табл. 3.4) за кожною складовою ринку медичних страхових послуг порядок страхових компаній, які займають лідерські позиції, істотно відрізняється. За показниками сум страхових премій та виплат по безперервному



страхуванню здоров'я останні п'ять років лідирувала страхова компанія «Провідна».

Статистичні дані за 1 півріччя 2019 року висувають на першу позицію страхову компанію «Unіqa», але, імовірно, до кінця року рейтинг може змінитися в сторону страхової компанії «Провідна». 2014 року страхова компанія «Unіqa» займала третє місце в рейтингу за безперервним страхуванням здоров'я (страхові премії становили 113611 тис. грн., страхові виплати – 97102 тис. грн., рівень виплат – 85,5%), сьоме місце за страхуванням здоров'я на випадок хвороби (страхові премії становили 4604 тис. грн., страхові виплати – 3734 тис. грн., рівень виплат – 81,1%) та дев'яте місце за страхуванням медичних витрат (страхові премії становили 10126 тис. грн., страхові виплати – 5367 тис. грн., рівень виплат – 53,0%). Порівнюючи з даними на кінець 2014 року, у першому півріччі 2019 року страхова компанія «Unіqa» зібрала за безперервним страхуванням здоров'я страхових премій на 206571,2 тис. грн. більше та здійснила страхові виплати на 81329,2 тис. грн. більше.

Тому можна сказати, що за останні роки страхова компанія «Unіqa» стала більш фінансово стійкою на ринку медичних страхових послуг та збільшила рівень довіри населення до своїх послуг [59; 60].

Найбільш прийнятний рівень виплат для страхової компанії перебуває в інтервалі від 30% до 60%. Якщо відсоток менший, закладається недовіра до такої страхової компанії, якщо більший, також постає питання, чому страхова компанія витрачає багато коштів на виплати і чи є вона фінансово стійкою [61, с. 23-24].

За трьома складовими ринку медичних страхових послуг до страхових компаній з оптимальним рівнем виплат за 1 півріччя 2019 року можна зарахувати «Unіqa» (55,73% з безперервного страхування здоров'я та 37,1% зі страхування здоров'я на випадок хвороби), «Провідна» (52,03%), «ARX» (40,80%), «Європейське туристичне страхування» (44,29%) та «Країна» (30,6%).

Страхові компанії з кожним роком створюють нові страхові продукти, щоб бути більш конкурентоспроможними серед інших компаній на ринку. Послуги в

програмах із добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), які пропонують страхові компанії, можна згрупувати за основними категоріями: швидка та невідкладна допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога, стоматологія. Страхова компанія «Unіqa» пропонує три види програм для фізичних осіб: «Стандарт» (від 24 грн./день), «Класика» (від 34 грн./день), «Престиж» (від 52 грн./день). Страхова компанія акцентує увагу клієнта на тому, із яким рівнем акредитації буде комерційна медична клініка, у якій він отримає медичну допомогу (наприклад, «Борис», «Добробут», «Оберіг») [62].

Страхова компанія «Провідна» пропонує програму «Медицина для кожного» за шістьма класами: «Стандарт» (страхова сума – 7000,00 грн.), «Стандарт +» (страхова сума – 15000,00 грн.), «Класік» (страхова сума – 25000,00 грн.), «Класік +» (страхова сума – 50000,00 грн.), «Еліт» (страхова сума – 100000,00 грн.), «ВІП» (страхова сума – 150000,00 грн.). Надання послуг зі швидкої, невідкладної та амбулаторно-поліклінічної допомоги відбувається в державних та приватних лікувально-профілактичних закладах. Стоматологічна допомога надається тільки за класами «Еліт» та «ВІП» із лімітом у 800 грн. та 2500 грн. відповідно [63].

Страхова компанія «ARX» (до 2019 року – «АХА Страхування») пропонує три види програм добровільного медичного страхування: «Базова» (1080,00 грн./рік), «Стандарт» (2040,00 грн./рік), «Преміум» (2880,00 грн./рік). Надання медичних послуг відбувається в державних, відомчих та приватних медичних установах [64]. Страхова компанія «Альфа Страхування» пропонує шість видів програм: «Бажаний комфорт» (16700,00 грн./рік), «Преміум захист» (32200,00 грн./рік), «Екстрена допомога +» (1300,00 грн./рік), «Оптимальна підтримка +» (3599,00 грн./рік), «Гарантована безпека +» (4999,00 грн./рік), «Родинна турбота» (8200,00 грн./рік). Стоматологічна допомога надається тільки за програмами «Бажаний комфорт» та «Преміум захист» із лімітом у 15000 грн. [65].

Страхова компанія «ІНГО Україна» пропонує п'ять видів програм: «Невідкладна допомога» (страхова сума – 75000,00 грн.), «Соціальний» (страхова сума – 95000,00 грн.), «Комфорт» (страхова сума – 135000,00 грн.),

«Комфорт +» (страхова сума – 165000,00 грн.), «Преміум» (страхова сума – 190000,00 грн.). Стоматологічна допомога надається за всіма зазначеними програмами з лімітом відповідальності в розмірі 500-750 грн. [66].

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика програм добровільного медичного страхування ТОП-5 страхових компаній за результатами 1 півріччя 2019 року

Страхова компанія	Unіqa	Провідна	ARX	Альфа Страхування	ІНГО Україна
Програма ДМС	«Класика»	«Стандарт +»	«Стандарт»	«Бажаний комфорт»	«Соціальний»
Страхова сума, грн	125000,00	15000,00	80000,00	250000,00	95000,00
Вартість полісу, грн.	від 34 грн./день	від 750 грн./особу	2040,00	16700,00 грн./поліс	немає даних
Вік застрахованих, років	немає даних	18-60	18-65	дорослі	17-65
Швидка та невідкладна допомога	+	+	+	+	+
Амбулаторно-поліклінічна допомога	+	+	+	+	+
Медикаментозне забезпечення	100% при екстреній госпіталізації	100% при невідкладном у стаціонарном у лікуванні	100% при невідкладній допомозі	ліміт в межах страхової суми	ліміт 3000,00 грн. з франшизою 20%
Ліміт на екстрену стоматологію, грн.	до 1000,00	не фінансується	не фінансується	15000,00	500,00

Аналізуючи табл. 3.5 та інформацію з офіційних сайтів страхових компаній, можна сказати, що програми є схожими за наповненістю послугами, співпрацею з одними лікувально-профілактичними закладами, аптеками та медичними лабораторіями. Ціни на поліс та послуги різняться залежно від класу програми. Що дорожчий поліс, то більше медичних страхових послуг та вищу категорію лікувальних закладів він охоплює. Страхові компанії намагаються завоювати довіру клієнтів за допомогою інновацій на ринку медичних страхових

послуг, а саме: телемедична консультація, медичний асистанс у режимі 24/7, використання мобільних додатків для оформлення страхових полісів тощо [67, с. 722-723].

Аналіз діяльності страхових компаній на вітчизняному ринку медичних страхових послуг засвідчив, що динаміка кількості страхових компаній має тенденцію до зменшення. Це пояснюється тим, що у зв'язку з веденням розпорядження Нацкомфінпослуг страхові компанії повинні підтвердити свою фінансову стійкість, тому сильні гравці залишаються на ринку, а слабкі – припиняють діяльність.

Розрахунок Нацкомфінпослуг індексу Герфіндаля-Гіршмана загалом по ринку страхових послуг не дає оптимальної інформації про рівень конкуренції. ННІ повинен обчислюватися за кожним сегментом страхового ринку, зокрема по ринку медичних страхових послуг. Розрахунки ННІ за кожною складовою ринку медичних страхових послуг та окремо за показниками страхових премій і виплат засвідчили, що за складовою безперервного страхування здоров'я на ринку існує висока конкуренція, за складовою страхування здоров'я на випадок хвороби – невисока конкуренція (монополія) та за складовою страхування медичних витрат конкуренція не розвинена (олігополія). Найбільшими страховими компаніями, які займають лідерські позиції у рейтингу за показниками страхових премій та страхових виплат, станом на кінець червня 2019 року є «Uniq», «Провідна», «ARX», «Альфа Страхування», «ІНГО Україна».

Проаналізувавши програми добровільного медичного страхування, які пропонують найбільші страхові компанії на українському ринку медичних страхових послуг, можна сказати, що кожен клас програм є схожим за наповненістю послугами, переліком лікувально-профілактичних закладів, цінами за поліс. Кожен клієнт може обрати собі програму, яка йому по кишені. Перспективним напрямом розвитку ринку медичних страхових послуг буде наступний етап медичної реформи – упровадження обов'язкового медичного страхування.

### 3.3. Вдосконалення нормативно-правового забезпечення фінансування медичного страхування

Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу. Саме тому досі точаться постійні дискусії, обговорення цього питання серед представників органів державної влади та органів місцевого самоврядування, законодавців, наукових і практичних кіл. Створення сучасного і якісного нормативно-правового базису медичного страхування, його фінансування забезпечило б врегулювання відносин у цій сфері. Однак сліпе копіювання тієї чи іншої зарубіжної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я не принесе очікуваних результатів у зв'язку з особливостями розвитку ринкових відносин в Україні.

Запозичуючи зарубіжний досвід, важливо враховувати, що рівень економічних відносин значно відрізняється від економічних відносин у країнах, де саме ринкова економіка була базою розбудови держави загалом та системи охорони здоров'я зокрема. Слід враховувати й те, що нормативно-правове регулювання галузі охорони здоров'я в економічно успішних зарубіжних країнах також формувалося не миттєво, а пройшло шлях від закріплення правил поведінки економічних суб'єктів на ринку медичних послуг до успішної їх реалізації, зокрема й за рахунок коштів економічних суб'єктів.

Так, досліджуючи правові відносини у сфері медичного страхування, В. Стеценко наголошує на тому, що в Україні існує нагальна необхідність запровадження на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування, що є об'єктивно необхідним для громадян України, медичних працівників, лікувально-профілактичних закладів, суспільства та держави загалом [2, с. 61].

Однозначно погоджуючись з цією позицією, слід зазначити, що в статтях 6 і 7 Закону України «Про страхування» [3] та Законі України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [4] визначено конкретні види страхування.

Однак, як зазначає І. Ярошенко, «світовий досвід свідчить про те, що захист від конкретних видів соціального ризику найбільш ефективно може бути організований у рамках окремих напрямів (секторів) соціального страхування» [5, с. 34].

У такому контексті особливо актуальними постають розроблення фаховою спільнотою та прийняття законодавцем самостійних нормативних положень, що врегулюють відносини саме у сфері медичного страхування. Зазначені нормативні положення, на нашу думку, здатні не лише забезпечити захист від соціальних ризиків, але й вирішити ряд нагальних проблем щодо множинності моделей фінансування галузі охорони здоров'я.

Головними завданнями таких нормативних положень є такі.

1) Правові умови розвитку різних моделей фінансового забезпечення охорони здоров'я. Наприклад, Т. Камінська та О. Костюченко, аналізуючи правові засади розвитку договірної економіки в охороні здоров'я України, справедливо стверджують, що уповноважені державні органи повинні запропонувати роботодавцям (підприємствам, установам, організаціям), які зацікавлені у міцному здоров'ї своїх працівників, програми співпраці з закладами охорони здоров'я. Це може бути розробка декількох правових моделей партнерства на початковому етапі, серед яких роботодавці обиратимуть прийнятні для них оптимальні моделі, які обговорені разом із трудовими колективами. Це не лише поживить розвиток державно-приватного партнерства як такого, але й спонукатиме конкурентну боротьбу закладів охорони здоров'я та лікарів, а також, нарешті, сприятиме підвищенню якості медичних послуг [6, с. 59–63].

2) Формування нових фінансових потоків для додаткових фінансових надходжень у сферу медичного страхування та в систему охорони здоров'я загалом.

3) Мінімізація та викорінення корупційної складової як у фінансуванні галузі, так і в процедурах надання медичних послуг споживачам.

4) Підвищення якості надання медичних послуг, зокрема за рахунок вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я, у якому споживач отримує медичні послуги. При цьому, забезпечуючи пацієнтам право вибору, держава повинна гарантувати отримання пацієнтом кваліфікованої медичної допомоги, оскільки «професійна підготовка лікарів усіх трьох рівнів сучасної системи лікувально-профілактичної допомоги, є різною. Отже, і визначення змісту трудової функції лікаря у тому чи іншому закладі охорони здоров'я залежно від рівня закладу має свої особливості [7, с. 246].

Тобто фінансове забезпечення медичного страхування повинно не зводитися до простого спрямування фінансових потоків до конкретного закладу охорони здоров'я на вибір пацієнта, але й враховувати те, що медична допомога надається за трьома рівнями (первинним, вторинним і третинним), що, відповідно, має передбачати шляхи руху фінансових потоків за пацієнтом залежно від його потреб та покриття страховим полюсом певних медичних послуг.

5) Формування правових механізмів гарантування прав усім учасникам відносин як на ринку медичного страхування, так і на ринку медичних послуг. До знакових подій у нормотворчому процесі щодо предмета нашого дослідження слід віднести розробку і визначення як основного (поряд з іншими законопроектами) проекту Закону про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні (далі – Проект), зареєстрованого у Верховній Раді України від 14 липня 2016 року за номером 4981 [8].

Винесення на розгляд на порядок денний це питання, хоча повністю й не вирішує проблему нормативно-правового забезпечення галузі загалом та врегулювання всього кола відносин, пов'язаних з медичним страхуванням, в майбутньому може стати міцною правовою основою залучення фінансових ресурсів у сферу, що нами досліджується. Слід відзначити, що, незважаючи на позитивні відгуки членів профільного комітету – Комітету з питань соціальної політики Верховної Ради України, зайнятості та пенсійного забезпечення, – загальне схвалення законопроекту колегами-законодавцями інших комітетів

парламенту, викликає занепокоєння факт системних зауважень до положень проекту акта з боку головного науково-експертного управління. Крім того, наявність ще двох зареєстрованих законопроектів з регулювання відносин у цій сфері, що також перебувають на розгляді законодавчого органу поряд з основним проектом, історично створює перестороги.

Як слушно у своїй статті відзначають С. Козьменко та І. Охрімнеко, «з 2002 року в Україні значно активізувався законодавчий інтерес щодо введення обов'язкового медичного страхування (ОМС), було запропоновано до розгляду 13 законопроектів, які тією чи іншою мірою стосувалися ОМС» [9].

Нині можемо констатувати, що жоден із зазначених проектів актів до теперішнього часу прийнятий не був. Незважаючи на це, визначення Проекту закону в законодавчому органі держави як Основного з урахуванням Угоди про Коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна», підписаної 27 листопада 2014 року, а саме пункту 2.8 розділу 16, у якому закріплено «Поетапне запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (єдиний канал постачання медичних послуг) та розвиток добровільного страхування» [10, с. 68], на нашу думку, є вагомим аргументом для обговорення його положень науковою спільнотою та фахівцями-практиками.

Так, дослідивши принципи побудови обов'язкового медичного страхування, засади його фінансування відповідно до норм запропонованого закону, можна зазначити ряд зауважень щодо його окремих положень. Зокрема, це стосується частини 2 статті 2 Проекту, яка передбачає положення про те, що «загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення тощо у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховиків та коштів фонду гарантування загальнообов'язкового соціального медичного страхування), що формуються шляхом сплати страхувальниками



страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел» [8].

Тобто законопроект передбачає реалізацію загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок коштів Фонду гарантування загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Сьогодні в Україні такого фонду не існує, а утворення ще однієї структури, яка функціонує за рахунок коштів медичного страхування, не можна визнати доцільним. Це пов'язано з тим, що жоден із фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування сьогодні, не продемонстрував ефективності своєї роботи. До цієї проблеми також додається й проблема нерозвиненості страхового ринку в Україні, що, зрештою, вказує на системні проблеми впровадження медичного страхування в Україні.

В умовах започаткування системи медичного страхування та фактичної відсутності нині бази для її фінансування вважаємо таку концепцію Проекту в цій частині недоцільною для запровадження. Реалізація таких норм законопроекту однозначно потребуватиме додаткового ресурсу, який буде спрямований на забезпечення адміністративних статей їх функціонування і, відповідно, суттєво зашкодить формуванню страхових резервів. Досить дискусійним залишаються й інші норми Проекту, а саме статті 18, 19 та 30. Так, стаття 18 Проекту визначає, що Програма загальнообов'язкового соціального медичного страхування (далі – Програма) встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги та її оплати за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, визначає мінімальний перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, що надаються закладами охорони здоров'я застрахованим особам за рахунок страхових виплат, здійснених страховиками.

Стаття 19 встановлює порядок затвердження цієї Програми, власне, Програма страхування, доповнення, зміни розробляються на кожен рік Уповноваженим органом спільно з Міністерством охорони здоров'я України за участі саморегульованої організації страховиків та об'єднань інших суб'єктів загальнообов'язкового соціального медичного страхування й подається на затвердження Кабінету Міністрів України. На наш погляд, щорічний перегляд Програми страхування вступає у суперечність зі змістом статті 49 Конституції України: «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [12] та міжнародних нормативно-правових актів, які вже визначили гарантований медичний стандарт.

Заслужують на увагу наукові здобутки І. Зоґія, який досліджує міжнародний досвід нормативно-правового регулювання медичної галузі, зокрема, щодо положень Конвенції Міжнародної організації праці «Про мінімальні норми соціального забезпечення» 1952 року № 102 та інших міжнародних актів, що чітко закріплюють мінімальний перелік медичних послуг, який є достатнім для збереження та поліпшення стану здоров'я, що можуть бути надані, зокрема, шляхом страхування [13, с. 263].

Тобто, будуючи вітчизняну модель медичного страхування, не можна залишити поза увагою питання мінімального переліку медичних послуг, що покривається страховим полісом, а також умови збільшення мінімального набору медичних послуг. До того ж відповідно до статті 30 Проекту встановлюється обов'язок Кабінету Міністрів України (за поданням уповноваженого органу) затверджувати розміри страхових внесків, тарифи за медичні послуги, що також відбувається щорічно разом із затвердженням Програми. Слід також додати, що норми законопроекту досить обмежено визначають принципи розрахунків страхових платежів.

Щорічний перегляд принципів засад фінансування механізмів медичного страхування не сприятиме довірі з боку населенню, а також сталому розвитку та фінансовій стійкості системи, що досліджується. Не можна не звернути увагу на статтю 7 зазначеного Проекту акта, яка визначає

страхувальником орган місцевого самоврядування щодо осіб, що зазначені в пунктах 7–13 частини 1 статті 6 цього Проекту, а саме щодо таких осіб:

- непрацюючі пенсіонери;
- непрацюючі інваліди та інші особи, що утримаються або отримують допомогу за рахунок фондів загальнообов'язкового соціального страхування;
- учні та студенти, які навчаються на очній формі в середніх та вищих навчальних закладах;
- діти віком до 16 років;
- безробітні громадяни, зареєстровані відповідно до законодавства;
- один з батьків (опікун) при догляді за дитиною до 3-х років;
- інші непрацюючі громадяни, не вказані в пунктах 7–12 частини 1 статті 6 цього Проекту.

Зважаючи на таку позицію, законодавець, як вбачається, не визначає механізм такого фінансування через відповідні органи місцевого самоврядування. Більш того, з урахуванням статусу зазначених вище категорій осіб зовсім не враховано територіальний принцип поділу держави на адміністративно-територіальні одиниці, чим, на нашу думку, ускладнюється процес ведення обліку, реєстрації таких осіб у зв'язку з їх перебуванням і приналежністю до тієї чи іншої територіальної одиниці та, відповідно, фінансової звітності в системі страхування. Особливі перестороги із зазначеної проблеми викликає визначення в пункті 13 частини 1 статті 6 Проекту такої категорії осіб, як інші непрацюючі громадяни. Згідно з даними міністра Міністерства соціальної політики України станом на 2016 рік у державі налічувалось понад 6 мільйонів громадян, які є фактично непрацюючими особами, не сплачують жодних страхових внесків й, відповідно, перебувають в тіньовому секторі економіки [14].

В умовах ситуації, що склалася, неприйнятною є норма Проекту щодо сплати страхових внесків за таку категорію громадян України органами місцевого самоврядування. В частині 4 статті 30 страховий платіж за громадян такої категорії встановлено у розмірі 50% страхового платежу інших категорій.

Можна зрозуміти позицію законодавця охопити якомога більше громадян України з метою забезпечення конституційних прав на гарантовано безоплатну медичну допомогу громадянам на випадок захворювання, погіршення здоров'я людини та задля здійснення профілактичних заходів щодо підтримання стану здоров'я населення країни.

Але в цьому випадку це жодним чином не співвідноситься із заздалегідь сформованими механізмами попередження проблем медичного страхування, такими як: – маніпуляції щодо надання такого права як з боку суб'єктів, учасників загальнообов'язкового медичного страхування, так і з боку власне органу місцевого самоврядування відповідної територіальної громади; – утворення дефіциту відповідного бюджету, оскільки виникне потреба в значному фінансуванні такої статті видатків; – створення правової основи для реалізації принципу «оплати тих, хто працює, за непрацюючих»; – не сприяння поступовому виходу з тіньового сектору багатомільйонної когорти громадян, що загалом зашкодить реформуванню, системному розвитку галузі та її фінансуванню.

Так, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» на органи місцевого самоврядування покладено управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, їх матеріально-технічне та фінансове забезпечення; забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності [15].

А схваленою Розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р «Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я» (далі – Концепція) передбачено, що органи місцевого самоврядування отримають можливість спрямовувати кошти місцевого бюджету на управління та розвиток комунальних закладів, зокрема на придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки; місцева влада зможе витратити кошти місцевих бюджетів на оплату для мешканців громади

додаткових медичних послуг, що нині не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги [16].

В разі закріплення такої норми в зазначеному законопроекті можна констатувати абсолютну відсутність можливості виконання положень Концепції, а також фіксацію нездатності виконувати завдання і здійснювати свої повноваження органами місцевого самоврядування на предмет управління, фінансування і розвитку медичної галузі. Таким чином, можна стверджувати, що норми та положення актів щодо фінансування медичного страхування, його впровадження та функціонування, що стосується і системи охорони здоров'я загалом, на сучасному етапі мають низку принципових недоліків. Як уже зазначалося, чітко простежується відсутність координації між окремими нормативно-правовими актами.

Незважаючи на те, що останніми роками підхід до реформування медичної галузі набуває фундаментального характеру, законопроекти, що розробляються законодавцем та іншими представниками законодавчої ініціативи, продовжують мати системні прогалини. Для повноцінного запровадження медичного страхування, його належного фінансування та поступового наближення до європейських стандартів у галузі охорони здоров'я необхідними, на наш погляд, стануть подальші кроки: реалізація системного підходу до реформи охорони здоров'я; розробка відповідної нормативно-правової бази, здатної усунути обмеження щодо діяльності всіх суб'єктів економіки країни, спрощення умов і порядку інвестування для іноземних суб'єктів, що в підсумку покращить рух капіталу та інвестиційний клімат в Україні.

Дотримуючись такої позиції, практичною запорукою фінансування медичного страхування можна було б вважати запровадження обов'язкового медичного страхування через прийняття Закону «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні», проте його аналіз також засвідчив системну недосконалість окремих положень, які потребують подальшого удосконалення. Це особливо актуально за умови підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.