

УДК 351

Ірина ДРАГАН

доктор наук з державного управління, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділу методології сталого розвитку Інституту демографії та проблем якості життя НАН України (Київ, Україна)

ORCID: 0000-0002-6906-5000

Надія ДАЦІЙ

доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління Поліського національного університету, (Житомир, Україна)

ORCID: 0000-0003-0640-6426

Наталія ОРЛОВА

доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри публічного управління та адміністрування, Університет Григорія Сковороди в Переяславі, (Переяслав, Україна)

ORCID: 0000-0003-0785-751x

Бібліографічний опис статті: Драган, І., Даций, Н., Орлова, Н. (2023). Світовий досвід реалізації державної політики фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та надання медичних послуг. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 3, 15–22, doi: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-3-3>

**СВІТОВИЙ ДОСВІД РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

У статті приділено значну увагу дослідженню міжнародного досвіду державної політики фінансування галузі охорони здоров'я, що дало змогу обґрунтувати необхідність формування додаткових джерел фінансового забезпечення галузі в Україні за рахунок розвитку медичного страхування як елементу соціального захисту населення.

Розроблено концептуальний підхід до організації фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду, застосування якого дасть змогу підвищити ефективність функціонування галузі охорони здоров'я, знизити витрати населення на охорону здоров'я за рахунок формування раціональної структури джерел фінансування галузі охорони здоров'я у вигляді медичного страхування через систему ДМС та покращити якість медичного обслуговування населення залежно від розміру бюджету держави, можливі витрати на охорону здоров'я, наявність відповідної інфраструктури медичної галузі, сучасного стану захворюваності населення, загальної системи соціального захисту населення, історичних передумов та особливостей державного регулювання.

Досвід зарубіжних країн показав, що на перших етапах трансформації економіки дієвого медичного забезпечення потребують, перш за все, найбільш уразливі в соціальному плані верстви населення. Визначено, що більшість країн світу модернізують моделі медичного забезпечення населення та фінансування галузі охорони здоров'я залежно від розміру бюджету країни, можливих видатків на охорону здоров'я, наявності відповідної інфраструктури медичної галузі, сучасного стану захворюваності населення, загальної системи соціального захисту населення, історичних передумов та особливостей державного регулювання.

Ключові слова: державна політика, медичні послуги, механізми реалізації, міжнародний досвід, охорона здоров'я, ринок медичних послуг, фінансування.

Iryna DRAGAN

Doctor of Sciences in Public Administration, Associate Professor, senior research fellow Department of Sustainable Development Methodology, Institute for demography and life quality problems of the National Academy of Sciences of Ukraine (Kyiv, Ukraine)

ORCID: 0000-0002-6906-5000

Nadiia DATSII

Doctor of Sciences in Public Administration, Professor, Professor of the Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Polissia National University (Zhytomyr, Ukraine)

ORCID: 0000-0003-0640-6426

Nataliia ORLOVA

Doctor of Science in Public Administration, Professor, Professor of the Department of Public Administration, Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav (Pereiaslav, Ukraine)

ORCID: 0000-0003-0785-751x

To cite this article: Dragan, I., Datsii, N., Orlova, N. (2023). Svitovyi dosvid realizatsii derzhavnoi polityky finansovovoho zabezpechennia haluzi okhorony zdorovia ta nadannia medychnykh posluh [World experience of implementation of the state policy of financial support of the health care industry and the provision of medical services]. *Public Administration and Local Government*, 3, 15–22, doi: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-3-3>

**WORLD EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF THE STATE POLICY
OF FINANCIAL SUPPORT OF THE HEALTH CARE INDUSTRY
AND THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES**

The article pays considerable attention to the study of the international experience of the state policy of financing the health care industry, which made it possible to substantiate the need for the formation of additional sources of financial support for the industry in Ukraine due to the development of medical insurance as an element of social protection of the population.

A conceptual approach to the organization of health care financing based on medical insurance, taking into account international experience, has been developed, the application of which will make it possible to increase the efficiency of the health care industry, reduce the population's costs for health care due to the formation of a rational structure of sources of funding for the health care industry health in the form of medical insurance through the DMS system and to improve the quality of medical care for the population depending on the size of the state budget, possible health care costs, the availability of appropriate infrastructure in the medical field, the current state of morbidity in the population, the general system of social protection of the population, historical prerequisites and features of state regulation.

The experience of foreign countries has shown that at the first stages of economic transformation, effective medical care is needed, first of all, by the most socially vulnerable sections of the population. It was determined that most countries of the world are modernizing the models of medical provision of the population and financing of the health care industry depending on the size of the country's budget, possible health care expenditures, the presence of the appropriate infrastructure of the medical industry, the current state of morbidity of the population, the general system of social protection of the population, historical prerequisites and features of state regulation.

Key words: *state policy, medical services, mechanisms, international experience, health care, market, industry financing.*

Постановка проблеми дослідження. Найважливішим елементом соціального, культурного та економічного розвитку держави є показники здоров'я, якості та рівня життя населення. Незважаючи на це, бюджетна модель фінансування галузі охорони здоров'я через недостатність коштів, що виділяються, не покриває потреби населення в гарантованому обсязі безкоштовної медичної допомоги, визначеному законодавством України. Через відсутність чіткого розмежування між гарантованим обсягом та медичними послугами, які надаються громадянам на платній основі, відбувається

заміщення безкоштовної медичної допомоги платними послугами. Нестабільність в економічній та соціальній сферах економіки держави посилює роль страхування у забезпеченні фінансової безпеки, стійкому розвитку економіки, а також підвищенні добробуту населення. У зв'язку з цим з метою побудови оптимальної організаційної структури та моделі фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, яка гарантує доступність та якість медичного обслуговування, стає доцільним виявлення позитивних та негативних тенденцій розвитку медичного страхування в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Наукові підходи до формування методів фінансування галузі охорони здоров'я, організаційно-економічних механізмів організації системи медичного страхування та оцінки ефективності функціонування медичного страхування розглянуто у публікаціях Зими І. Я., Заяць В. С., Когатько Ю. Л., Клименко Ю. А., Сазонця І. Л. та інших.

Формулювання цілей статті. Незважаючи на досить велику кількість робіт, присвячених проблемам медичного страхування, окремі аспекти вимагають подальшого поглибленого дослідження та узагальнення з урахуванням розвитку сучасних наукових здобутків. Складні економічні та політичні умови нашої країни потребують розробки ефективних механізмів щодо державної політики фінансування галузі охорони здоров'я та регулювання ринку медичних послуг.

Виклад основного матеріалу дослідження. Слід зазначити, що важливим етапом сучасного функціонування страхування є розвиток медичного страхування з метою розширення можливостей фінансування галузі охорони здоров'я та підвищення рівня соціального захисту населення. Проблема вдосконалення медичного страхування є актуальною для багатьох розвинених країн світу, оскільки є фактором формування ефективної державної політики фінансування галузі охорони здоров'я, що, у свою чергу, впливає на розвиток економіки держави в цілому. На сучасному етапі можна виділити три основні організаційно-економічні моделі фінансування галузі охорони здоров'я: бюджетна (система Беверіджа), страхова медицина (система Бісмарка) та змішана.

Бюджетна модель фінансування галузі охорони здоров'я (модель Беверіджа) фінансується із бюджетних джерел (до 90%) [3, с. 8] та успішно функціонує у країнах з розвинутою економікою, стабільною податковою системою, високим рівнем зайнятості та збалансованою демографічною ситуацією.

Вона була розроблена у Великій Британії та спрямована на покращення соціального забезпечення на основі страхових внесків, платниками яких є: працівники – більше третини внесків у загальнонаціональному страховому фонді; роботодавці – менше третини доходів та державний бюджет – понад чверть [6; 7].

У Великій Британії у 1912 р. було ухвалено Закон про страхування, що передбачає принципи обов'язкового медичного страхування. Цей закон поширився на всіх працівників і службовців за договором найму за деякими винятками

і охопив обов'язковим медичним страхуванням третину населення Англії, Ірландії та Шотландії [7]. Система охорони здоров'я на національному рівні існує за рахунок коштів платників податків (90% бюджету, що виділяється на охорону здоров'я) та спрямовуються урядом країни на охорону здоров'я із статті витрат на соціальні потреби; 7,5% бюджету загалом формується за рахунок коштів саме працедавців.

Усі працівники підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, крім домогосподарок. За рахунок цих коштів надається матеріальна допомога з тимчасової непрацездатності та у зв'язку з хворобою. Пацієнти сплачують 10% вартості лікування [1]. Сфера медичних послуг, яка забезпечується Національною службою охорони здоров'я Великобританії, охоплюється приватним медичним страхуванням.

У Канаді з 1971 р. розроблено та введено Національну систему універсального медичного страхування, що включає оплату всіх видів медичної допомоги, крім стоматології, протезування та придбання медикаментів. Так, за рахунок громадських фондів покривається 90% медичної допомоги, а за рахунок прогресивного податку компенсується 25% усіх витрат на охорону здоров'я [7].

У тих сферах, які не охоплені загальним універсальним страхуванням, виплати забезпечуються добровільним медичним страхуванням. Однак він має незначний розвиток [2]. Медичне обслуговування канадців фінансується шляхом загального оподаткування, страхових внесків та сплати готівкою. У Канаді впроваджено ощадні рахунки забезпечення медичного страхування, які формуються на основі відрахувань з боку роботодавців, а після вичерпання коштів ощадного рахунку працівники здійснюють оплату медичних послуг власним коштом. Усі кошти, які перебувають на ощадних рахунках, відповідно належать працівнику, у тому числі й ті, які залишилися після розрахункового періоду.

Наведена реформа охорони здоров'я в Канаді має двояку спрямованість: через незнання своїх прав споживачі медичних послуг, які надаються на платній основі, несвочасно звертаються до медичних закладів, що може спричинити збільшення медичних витрат і через необізнаність пацієнтів лікарі, які штучно стримують попит на свої послуги. Тому державне фінансування галузі охорони здоров'я та регулювання ринку медичних послуг виправдані та необхідні [4].

Основу системи забезпечення медичного страхування Австралії становить програма «Медікер», за якою населенню компенсується

до 85% вартості наданих медичних послуг, окрім швидкої допомоги та стоматології. Фінансове забезпечення здійснюється на основі страхових внесків (1% від розміру заробітної платні). Малозабезпеченим верствам населення медичну допомогу надають на безоплатній основі виключно у державних закладах. При цьому добровільне медичне страхування є доволі малорозвиненим, проте надає розширений перелік послуги [5].

Бюджетна модель фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працевдатних громадян до фонду охорони здоров'я та субсидій держави. Фінансування із позабюджетних фондів медичного страхування переважає у Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%) та Японії (73%) тощо [5].

У Німеччині функціонує децентралізована система забезпечення медичного страхування (модель Бісмарка), яка охоплює понад 1200 лікарняних кас (страхових кас), побудованих на професійній основі, за територіальним принципом та страховими фондами, що діють на федеральному рівні (ерзац-каси).

Територіальні лікарняні каси дбають про страхування категорій громадян, які не охоплені страхуванням на підприємствах. Перелічені типи страхових кас включено до системи державного медичного страхування [6]. Ця країна була однією з перших, де було запроваджено медичне страхування та розпочато «еру робочого законодавства». Основним принципом страхової медицини у Німеччині є створення умов для фінансування необхідних фондів, створених працівниками та роботодавцями; здійснення контролю за діяльністю системи медичного страхування в цілому; забезпечення діяльності страхових кас відповідно до норм закону, у тому числі щодо забезпечення реалізації страхових програм.

Через це медичне страхування має обов'язковий характер і визначає його ключові умови, зокрема щодо схеми організації та фінансування медичної допомоги, розмір страхових внесків, участь щодо формування цін на послуги медичних установ, управління системою медичного страхування з наданням суттєвих прав страховим медичним організаціям та лікарям з метою задоволення інтересів застрахованих та медичних працівників [4]. Медичне страхування в Німеччині не є обов'язковим для всіх і поширюється на малозабезпечених із річною заробітною платою менше 40 тис. євро. Внески до системи ОМС – це фіксований відсоток від заробітної плати, який становить від 11,2% до 14,9%, половину цього внеску спла-

чує роботодавець та поліси медичного страхування – є сімейними.

Лікарняними касами в Німеччині є автономні організації, яким надано право встановлювати розміри страхового внеску значно вищі за його базовий рівень, а також розширювати сфери медичних послуг понад базову програму, вибирати форми взаєморозрахунків із лікувально-профілактичними установами. У цьому полягає їхня повна фінансова незалежність від держави. Лікарняні каси є невід'ємною частиною усієї галузі охорони здоров'я і тісно взаємодіють із урядом у проведенні активної політики стримування зростання вартості за надання медичної допомоги; встановлення більш жорсткої системи взаєморозрахунків із медичними установами; запровадження додаткових виплат застрахованим та ін., у результаті лікарняні каси (фонди медичного страхування) не є агентами органів охорони здоров'я і також несуть відповідальність за якісне надання медичної допомоги населенню.

У рамках сімейного страхування (Familienversicherung) послугами та захистом державного медичного страхування користуються також члени сімей (чоловік та неповнолітні діти) осіб, які є застрахованими у системі державного медичного страхування. Такі члени сімей звільняються від самостійної сплати страхових внесків, проте за умови, що їхній заріток не перевищує певного встановленого законодавством кордону. Медичне страхування займає приблизно 12% від загального обсягу страхових надходжень [1].

В Німеччині система медичного страхування є неоднорідною та складається з 5 основних елементів: стаціонарне медичне обслуговування (40% усіх витрат на медичну допомогу); амбулаторне обслуговування; виготовлення медикаментів; фінансування програм тих осіб, які не можуть особисто брати участь у програмах ОМС; медичне обслуговування на підприємствах (4,3% усіх витрат на галузь охорони здоров'я) [7].

У Франції медичне страхування почало функціонувати з 1910 р. у вигляді фондів взаємодопомоги. З 1928 р. названі фонди трансформувалися у страхові компанії. Сьогодні у Франції функціонує система медичного страхування вертикального типу, яка включає: Національну страхову організацію, контрольовану Міністерством соціального забезпечення та праці, та 129 місцевих відділень (страхових кас), кожне з яких є відповідальним за здійснення страхування в конкретному регіоні і не конкурує один з одним. Місцеві відділення наділені відповід-

ною автономію, але зазвичай потрапляють під адміністративний контроль з центру.

Французька система соціального страхування охоплює 78% населення. Застраховані особи можуть вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу (непокриту) частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективах трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До фонду соціального страхування відраховують 13,55% загальної суми заробітної плати працівника (12,80% відраховується здійснюється за рахунок коштів роботодавця, 0,75% – за рахунок коштів працівника) [3].

У Нідерландах медичне страхування з'явилося 1901 р. у вигляді кількох сотень товариств взаємодопомоги та страхових компаній. У 1940 р. більшість невеликих компаній об'єдналися у більші страхові фонди у зв'язку із запровадженням керованого медичного страхування на основі вимог стандартизації у системі медичного страхування. Діяльність територіальних страхових фондів регулюється Центральною Радою страхових фондів, що складається з представників профспілок, медичних асоціацій, роботодавців та органів управління [7]. Приблизно 40% договорів у приватних страхових компаніях припадало на групові договори страхування між страховими компаніями та підприємцями.

На початку 90-х років ХХ ст. було проведено реформи, які дали змогу замінити фрагментарні програми страхування на універсальну систему загальнообов'язкового медичного страхування. У ході реформ було введено єдину ставку страхового внеску для всіх категорій населення, розраховану як відсоток від прибутку та не відображає відповідні індивідуальні ризики. Фінансові кошти, зібрані на цій основі, накопичуються у страховому фонді, а потім повертаються страховиком, який захищає інтереси застрахованого.

Високі життєві стандарти спостерігаються у Швеції, де загальні витрати на охорону здоров'я становлять 8% ВВП, більшість яких є податковими надходженнями. На стаціонарному лікуванні використовується 42% всіх витрат охорони здоров'я, на амбулаторне лікування – 37%, на ліки – 12%, інші на управління та громадські інвестиції. Перше страхове законодавство з медичного страхування у Швеції з'явилося 1898 р. та охопило всіх громадян віком до 16 років. Шведська система соціального страхування є загальнообов'язковою для

населення країни, де медичне і стоматологічне страхування виступає його невід'ємною частиною. Контроль за діяльністю регіональних бюро, які керують системою соціального страхування, здійснює Національна Рада. На медичну допомогу та охорону здоров'я уряд відраховує 18% коштів, місцеві органи влади – 51%, роботодавці – 31%. При цьому однією з особливостей системи страхування у Швеції є передача до страховиків застрахованими своїх прав з питань медичного страхування [3].

У Японії систему медичного страхування можна віднести до моделі Бісмарка – обов'язкового страхування всіх громадян, яке фінансується за допомогою внесків із боку застрахованих, їх роботодавців і держави [4].

У 1984 р. відбулося злиття кількох програм і нині функціонує дві програми: державна та громадська. Страхуванню підлягають усі працівники на підприємствах із чисельністю працюючих 5 і більше осіб, а також члени їх родин. Розмір страхового внеску визначається із стандартного заробітку, що корегується кожного місяця. Страхові компанії проводять також медичне страхування на добровільній основі для покращення якості обслуговування, використання інноваційних медичних технологій та медикаментів.

Ефективна система медичного страхування є в Ізраїлі, населення отримує медичну допомогу в межах лікарняних кас. Половину усіх видатків на медичну допомогу забезпечують споживачі власним коштом. Частка внесків від роботодавців сягає до 30%. Окрім охоплення страхуванням базових медичних послуг, кожна з наявних лікарняних кас забезпечує також додаткове медичне страхування, що враховує тривале лікування у стаціонарі, підвищений комфорт, профілактичні служби, знижки на ліки, додаткове залучення фахівців для обстежень та проведення операцій. Ізраїль 1995 р. ввів у систему соціального медичного страхування страховиків, у своїй залишив поза фондами медичного страхування функцію збору страхових платежів від страхувальників.

Змішана модель фінансується за рахунок реалізації платних медичних послуг та за рахунок коштів добровільного медичного страхування (США, Португалія, Нідерланди). Основоположником організації змішаної системи фінансування галузі охорони здоров'я є відомий фінансист та політичний діяч А. Гамільтон.

На початку ХІХ століття у США виникли перші недержавні соціальні фонди, основними принципами яких стало корпоративне управління капіталом. Основою недержавного соціального стра-

хування є особисті внески застрахованої особи, розмір яких залежить від рівня доходу, факторів, що впливають на здоров'я конкретної людини (вік, професія, спосіб життя) та демографічних факторів (середня тривалість життя, період доживання після виходу на пенсію тощо) [6].

У США система медичного страхування ґрунтується на консолідації центрального страхового фонду з мережею незалежних страхових компаній, які займаються страхуванням життя та здоров'я. При цьому кошти акумулюються у центральному фонді, який виконує адміністративні функції, та розподіляються страховим організаціям з урахуванням затвердженої законодавчо форми розрахунків. Така система прийнята в США у частині програм страхування громадян віком від 65 років і тих, у яких важкі порушення стану здоров'я та страхування малозабезпечених, жінок та дітей із бідних сімей.

Ці системи займають понад 20% населення, частка страхування за місцем роботи становить 58% чисельності населення та медичного страхування на добровільних засадах за місцем роботи – до 2%. Медичним страхуванням найбільш широко охоплено робітників промисловості, державних службовців, членів профспілки, працівників, які зайняті повний день. При цьому звільнення працівника автоматично призводить до втрати медичного страхування.

Таким чином, медичне страхування у США тісно пов'язане саме із трудовою діяльністю. При цьому з економічної точки зору медичне обслуговування у Сполучених Штатах передбачає, по суті, парадоксальне об'єднання надмірностей і недоліків. США витрачають на охорону здоров'я 15% від ВВП, що є найбільшим показником серед інших країн світу і, водночас, понад 15% громадян не мають належного фінансового захисту від надмірних витрат за надану медичну допомогу через відсутність страхових полісів – це малозабезпечені, безробітні, безхатченки та члени родин працівників підприємств, які не охоплені системою медичного страхування.

Основний принцип медичного страхування США – це висока ефективність медичної допомоги. Страхова компанія покриває витрати, пов'язані із застосуванням методів лікування із високим коефіцієнтом позитивного результату. США має найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, протягом останніх десятиліть витрати на її утримання зростають високими темпами. Так, загальні витрати на галузь охорони здоров'я за останні тридцять років збільшилися з 8,5% ВВП у 1979 р. до 17,4% ВВП у 2020 р., а на одну особу – підвищилися у понад вісім разів, що

частково зумовлено зростанням видатків держави на медичну допомогу.

Таким чином, модель фінансування галузі охорони здоров'я у США побудована на домінуванні у її фінансуванні приватного медичного страхування. У 2020 р. частка приватних видатків від загальних витрат на галузь охорони здоров'я у США становила 51,4%, а приватного страхування від приватних видатків на ці цілі – 69,3%. Хоча у багатьох країнах практикується приватне медичне страхування, здебільшого воно є лише додатковим джерелом фінансування обов'язкового медичного страхування чи бюджетної медицини. З кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 42% спрямовується на фінансування стаціонарного лікування; 28% – на послуги лікаря та інші клінічні послуги; 13% становлять фармацевтичні витрати; 8% – витрати на будинки догляду за літніми людьми; 5% – стоматологічні витрати; 4% – витрати фінансування державних заходів у галузі охорони здоров'я.

Слід зазначити, що проаналізовані моделі фінансування галузі охорони здоров'я в чистому вигляді практично не використовуються в жодній країні, але в окремих з них вони мають домінуюче становище. Тобто держава або її органи обов'язково беруть участь у фінансуванні послуг з охорони здоров'я, і, як правило, внески на соціальне страхування доповнюються бюджетними асигнуваннями. Вибір моделі фінансування галузі охорони здоров'я залежить від культурно-історичних, соціально-економічних, демографічних умов, рівня захворюваності та інших факторів, що характеризують загальний стан здоров'я та рівень медичного обслуговування в тій чи іншій країні.

Так, у Німеччині, де охорона здоров'я базується на страхових принципах, частка бюджетних коштів є незначною і становить 10,2% загальної суми видатків. Найбільша роль бюджетних видатків у цій галузі належить Великобританії – 85% загальної суми, оскільки в основі цієї системи лежить бюджетне фінансування. Частка приватного фінансування, крім США, де фінансування стаціонарного лікування – 42%, послуги лікаря та інші клінічні витрати – 28%, фармацевтичні витрати – 13%, витрати на будинки догляду за літніми людьми 8%, стоматологічні витрати – 5%, витрати на фінансування заходів у галузі охорони здоров'я – 4%, складає 30% загальних видатків, в основному, незначна і становить 5–13% бюджету галузі. Чільне місце у бюджеті охорони здоров'я займають кошти, акумульовані на страхових принципах: їх загальна сума в Німеч-

чині становить 77,5%, у Голландії – 80%, що свідчить про те, що одним із суттєвих джерел фінансування медичної допомоги є залучення коштів через страхові механізми.

В багатьох країнах обов'язкове медичне страхування виходить з наступних принципів: загальності – усі громадяни незалежно від стану здоров'я, статі, віку, місця проживання, рівня доходу мають право отримання медичних послуг; державності – держава забезпечує стійкість системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та є безпосереднім страхувальником для безробітної частини населення безприбутковості – прибуток за проведення обов'язкового державного соціального медичного страхування є джерелом формування фінансових резервів такого страхування або може виступати засобом збагачення.

Як правило, країни, в яких переважає бюджетне фінансування, прагнуть здійснення децентралізацію управління системами фінансування та комерціалізації закладів охорони здоров'я. Країни, в яких переважає ринкова модель фінансування, розширюють бюджетне фінансування галузі охорони здоров'я. Ґрунтуючись на відсутності медичного страхування населення та для визначення можливих напрямів його використання в кризових умовах, виникає необхідність розробки концептуального підходу до організації фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування з урахуванням існуючого досвіду політики у сфері медичного страхування країн розвинутої ринкової та перехідної економік.

Цей концептуальний підхід має охоплювати організаційні, економічні та правові аспекти, що включають: аналіз досвіду функціонування медичного страхування в зарубіжних країнах та виявлення зв'язку між ефективністю його здійснення та фінансуванням галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування; визначення поточного базового пакета гарантованого державою обсягу безкоштовних медичних послуг та забезпечення адекватного розміру фінансових ресурсів для організації їх надання; виявлення на основі попередніх етапів аналізу передумов неефективності форму-

вання фінансового потенціалу ринку медичного страхування та пріоритетів розвитку медичного страхування з урахуванням особливостей розвитку економіки держави; розроблення методичного підходу до оцінки фінансового потенціалу ринку медичного страхування; формування багаторівневої моделі державного та приватного медичного страхування із залученням бюджетних коштів як основного джерела фінансування галузі охорони здоров'я, засобів медичного страхування, лікарняних кас та надання платних медичних та немедичних послуг, благодійних внесків, кредиту, лізингу та інших джерел, які не заборонені законодавством; запровадження державно-приватного партнерства з можливістю залучення інвестиційних коштів приватного партнера та делегування йому управлінських функцій.

Висновки. Застосування запропонованого в статті концептуального підходу до організації фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування дасть змогу підвищити ефективність її функціонування, знизити витрати населення на охорону здоров'я за рахунок формування раціональної структури джерел фінансування галузі охорони здоров'я на основі медичного страхування через систему ДМС, покращити якість медичного обслуговування населення та більш чітко визначити роль страхового ринку та медичного страхування як інструментів фінансування галузі охорони здоров'я та елемента соціального захисту інтересів населення.

Результатом реалізації зазначеного концептуального підходу є обґрунтування механізму виявлення джерел та резервів формування фінансового потенціалу ринку медичного страхування з метою підвищення його рівня та визначення додаткових джерел фінансування галузі охорони здоров'я з урахуванням рівня фінансового потенціалу медичного страхування та оцінки перспектив економічного розвитку як напряму використання виявлених резервів. Все перелічене вище підтверджує необхідність у формуванні додаткових джерел фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок розвитку медичного страхування як елемента соціального захисту населення.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вівсянник О.М. Значення та функції міжнародних організацій вінституційній системі державного регулювання охорони здоров'я. Монографія. Рівне : Волин. обереги, 2022. 212 с.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 23.09.2023 р.).
3. Сазонець І.Л. Концептуальні основи державного регулювання розвитку рекреаційної діяльності санаторно-курортних підприємств. Інвестиції: практика і досвід. 2017. № 6. С. 5–8.

4. Сазонець І.Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 21. С. 109–113.
5. Ханіна О.І. Напрями вдосконалення системи державного управління кадровим розвитком системи охорони здоров'я. Інвестиції: практикатадосвід. 2021. № 24, с. 49–53.
6. Ханіна О.І. Державно-управлінські впливи формування здорового способу життя. Актуальні проблеми психології в умовах політичної та економічної нестабільності : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., Дніпро, 21 грудня. 2022 р. Дніпро, 2022. С. 94–97.
7. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л.М., Полякова С.В., Шишкін В.С., Реут А.Г., Крикун О.І., Когатько Ю.Л., Заяць В.С., Клименко Ю.А.; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім.М.В. Птухи. — Київ, 2023. Електронне видання. URL: https://www.idss.org.ua/arhiv/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf (дата звернення: 20.09.2023 р.).

REFERENCES:

1. Vivsiannyk, O.M. (2022), Znachennia ta funktsii mizhnarodnykhorhanizatsij v instyutstijnij systemi derzhavnoho rehuliuвання okhorony zdorov'ia [The importance and functions of international organizations in the institutional system of state regulation of health care], Volyn. oberehy, Rivne, Ukraine [in Ukrainian].
2. Verkhovna Rada of Ukraine (1992), Zakon Ukrainy "Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia" vid 19 lystopada 1992 roku № 2801 [The Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care"]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (Accessed 23.09.2023) [in Ukrainian].
3. Sazonetz, I. (2017). Kontseptualni osnovy derzhavnoho rehuliuвання rozvytku rekreatsionoi diialnosti sanatorno-kurortnykh pidpriemstv [Conceptual bases of state regulation of development recreational activities sanatorium enterprises]. *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*, vol. 6, pp. 5–8 [in Ukrainian].
4. Sazonets, I., & Zyma, I. (2018). Doslidzhennia problemy transformatsii derzhavnoi systemy okhorony zdorov'ia ta diialnosti sotsialnykh instytutiv. [Investigation of the problem of transformation of the state system of health care and activities of social institutions]. *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*, vol. 21, pp. 109–113 [in Ukrainian].
5. Khanina, O.I. (2021). Napriamy vdoskonalennia systemy derzhavnoho upravlinnia kadrovym rozvytkom systemy okhorony zdorov'ia [Directions for improving the system of state management of personnel development of the health care system]. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, vol. 24, pp. 49–53 [in Ukrainian].
6. Khanina, O.I. (2022). Derzhavno-upravlinski vplyvy formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia [State-management influences on the formation of a healthy lifestyle]. *Aktual'ni problemy psykholohii v umovakh politychnoi ta ekonomichnoi nestabil'nosti : materialy Mizhnar. nauk.-prakt. konf. – Current problems of psychology in the conditions of political and economic instability: materials of the International Scientific and Practical Conference*, Dnipro, Ukraine, pp. 94–97 [in Ukrainian].
7. Cheren'ko, L.M., Poliakova, S.V., Shyshkin, V.S., Reut, A.H., Krykun, O.I., Kohat'ko, Yu.L., Zaiats', V.S. & Klymenko, Yu.A. (2023) Yakist' zhyttia naseleння Ukrainy ta pershi naslidky vijny [The quality of life of the population of Ukraine and the first consequences of the war], Nats. akad. nauk. Ukr., Ін-т демогр. та сots. doslidzh. ім.М.В. Птухи. Kyiv, Ukraine. Retrieved from: https://www.idss.org.ua/arhiv/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf (Accessed 20.09.2023) [in Ukrainian].