

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>

УДК 369.06

Попович Д.В., Капітанчук М.В.

Львівський національний університет імені Івана Франка

ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ

Анотація. У статті проаналізовано зарубіжний досвід функціонування систем охорони здоров'я та наведено характеристику систем медичного страхування різних країн світу залежно від форми їх фінансування. Розглянуто характерні особливості моделі Беверіджа, моделі Бісмарка, змішаної моделі та моделі «з власної кишені». Всебічно розглянуто основні позитивні та негативні показники роботи медичної системи за кордоном. На основі порівнянь доведено, що на практиці не існує універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зроблено висновок, що для підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з врахуванням ментальності та соціально-економічних особливостей розвитку нашої держави. Запровадження в Україні змішаної моделі призведе до покращення надання медичних послуг, вдосконалення управління всією системою та її фінансування.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медичне страхування, ринок медичних послуг, держава, фінансування.

Popovych Daria, Kapitanchuk Mariana

Lviv Ivan Franko National University

FUNCTIONING OF THE MEDICAL INSURANCE SYSTEM: FOREIGN EXPERIENCE AND POSSIBILITIES OF ITS USE IN UKRAINE

Summary. The article analyses the foreign experience of the functioning of health care systems and gives the characteristics of the health insurance systems of different countries of the world depending on the form of their financing. The characteristic features of the Beveridge model, the Bismarck model, the mixed model and the out-of-pocket model are considered. The main positive and negative indicators of the operation of the medical system abroad are comprehensively considered. The experience of Great Britain, Taiwan, Japan, and rural areas of India regarding the introduction and features of the functioning of the health insurance system has been analysed. The introduction of health insurance in foreign countries led to the improvement of many indicators of the state of health of the population, increased resource provision of the industry, increased efficiency, and transparency of the system. However, it is possible to notice the significant costs of the population for treatment and obtaining certain medical services, the deepening of social inequality of citizens and the inconsistency of the quality of the services received with the expectations of patients, the weakening of control by the state, and the increase in the number of cases of corruption in the industry. Based on comparisons, it is proved that in practice there is no universal model of financial provision of the health care system. The foreign experience of health care functioning has shown that the health care financing mechanism can be successfully improved both within the framework of budget financing and social health insurance. The modern healthcare system of Ukraine was considered and the main problems and challenges in the system at this stage were identified. Proposals for the development of a new model of financial provision of medical insurance in Ukraine have been provided. It was concluded that in order to increase the efficiency of the health care system in Ukraine, it is necessary to develop and implement its own health insurance program, taking into account the mentality and socio-economic features of the development of our country. A balance between government backed health-care and private health insurance will lead not only to improved health care delivery, but also to improved management and financing of the entire system. A proposal was made to reform the health care system, one of the stages of which is the introduction of a more effective system for Ukraine – a mixed financing model. This coupled with opening Ukrainian healthcare insurance market to global healthcare firms will certainly help to improve all the indicators of healthcare in Ukraine and will make healthcare more accessible to all individuals.

Keywords: health care system, medical insurance, market of medical services, state, financing.

Постановка проблеми. Система охорони здоров'я України значно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, включаючи тривалість життя та смертність, ефективність боротьби з інфекційними та хронічними захворюваннями тощо. Поширення пандемії COVID-19 ще раз підтвердило недостатню ефективність функціонування медичної галузі, а саме її організацію, фінансування та якість наданих послуг. Тривалий час боротьба із хворобою була важкою через недостатню кількість коштів для лікування як у держави так і у громадян.

Система характеризується низькими показниками не лише у забезпеченні охорони

здоров'я, а й у доступі до послуг, де одним із основних бар'єрів є фінансове питання, рівність та справедливість, високий рівень корупції, а також відсутність реалізації заходів, спрямованих на стимулювання оздоровчого потенціалу населення країни. Складна політична та економічна ситуація, запровадження воєнного стану в країні є додатковими факторами, які створюють перешкоди для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Низький рівень ВВП не забезпечує належної фінансової підтримки, а геополітична та економічна нестабільність останніх років, військові дії сьогодення призводять до неспроможності трансформації

цієї системи до рівня світових стандартів медичної допомоги.

Саме тому запозичення та використання позитивного міжнародного досвіду та сучасних світових тенденцій розвинених країн світу у сфері реформування медичної галузі повинно стати ефективним інструментом під час розроблення урядом України нової та покращеної політики щодо визначення форми її фінансового забезпечення, зокрема через функціонування системи медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Питання медичного страхування розглядалися у працях вітчизняних та зарубіжних вчених, зокрема таких як О. Бойко [1], О. Борисюк [2], М. Бучкевич [3], Г. Муляр [4], Н. Приказюк [5], О. Сокирко [6] та ін. Незважаючи на наявність наукового доробку, існують певні питання, які є дискусійними або не вирішеними. Також, враховуючи те, що багато науковців працюють над вивченням питання медичного страхування, дана тема досі залишається актуальною.

Мета статті полягає в дослідженні зарубіжного досвіду функціонування систем медичного страхування та наданні пропозицій щодо формування та підвищення ефективності розвитку системи в Україні.

Виклад основного матеріалу. Ефективність роботи системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на стан здоров'я всього населення країни. Тому покращення здоров'я людей за мінімальних витрат – основна мета функціонування будь-якої системи охорони здоров'я. Економічна та фінансова нестабільність, демографічні, епідеміологічні, політичні та інші проблеми посилюють потребу орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей.

На сьогодні система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить значну кількість недопрацьованих, вимагаючи модернізації, запозичення досвіду та впровадження сучасних тенденцій розвинених країн світу. Система медичного страхування є однією з її складових, яка може вирішити питання фінансування та перерозподілу ресурсів всередині галузі. Розвиток страхових медичних послуг підвищить соціальну захищеність громадян та забезпечить їм можливість отримати необхідну, якісну та своєчасну медичну допомогу.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні наразі знаходиться на стадії розвитку: протягом останніх декількох років зацікавленість населення даним напрямом зростає, ринок «заповнений» страховими компаніями, але все ж частка добровільно застрахованого населення досить низька в порівнянні з іншими країнами. Дослідження показують, що на сьогоднішній день понад 95% громадян не мають медичного страхування. Тобто, перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, адже є багато потенційних споживачів страхових послуг. 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.

Медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої держави. Багаторічний досвід механізму функціонування медичного страхування передових країн світу свідчить про наявність різних форм

фінансування системи охорони здоров'я, які доводять високу результативність та ефективність.

В розвинених країнах виділяють чотири основні моделі для систем охорони здоров'я залежно від джерела фінансування: модель Беверіджа, модель Бісмарка, змішана модель та модель «з власної кишені». На практиці більшість країн не дотримуються суворо однієї моделі, проте можна помітити певні прояви конкретної моделі в системі охорони здоров'я, які сильно переважають.

Модель Беверіджа, розроблена в 1948 році сером Вільямом Беверіджем у Сполученому Королівстві та поширена в багатьох регіонах Північної Європи та світу, часто централізована шляхом створення національної служби охорони здоров'я. Ця система, як правило, має низькі витрати на душу населення, оскільки держава, як єдиний платник, контролює, що можуть робити лікарі та скільки вони можуть стягувати, усуваючи будь-яку конкуренцію на ринку, щоб зберегти низькі витрати та стандартизувати виплати.

Фінансування охорони здоров'я за рахунок податку на прибуток дозволяє медичному обслуговуванню бути безкоштовним на місці надання послуг – після прийому або операції пацієнту не потрібно платити жодних зборів із власної кишені. Згідно з цією системою, більшість медичного персоналу складається з державних службовців, але є також приватні лікарі, які отримують гонорари від уряду. Основним елементом цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, кожному, хто є громадянином-платником податків, гарантується однаковий доступ до медичної допомоги.

Поширеною критикою цієї системи є тенденція до довгих списків очікування. Оскільки кожному гарантовано доступ до медичних послуг, вільний доступ без жодних обмежень може потенційно дозволити пацієнтам вимагати медичні послуги, які є непотрібними або марнотратними. Результатом буде зростання витрат і підвищення податків. Однак інші аналітики виступають проти цієї проблеми, заявляючи, що, наприклад, поточна американська практика витрачає таку ж суму грошей на покриття незастрахованих. Крім того, саме тому багато з цих систем проводять проактивні профілактичні кампанії та мають спеціально створені правила для керування системою.

Також існує критика щодо фінансування під час надзвичайного стану. У разі нестабільної надзвичайної ситуації в країні, як війни чи медичної кризи, фінансування медичних послуг може зменшитися, оскільки державні надходження зменшуються, що посилює фінансовий тягар, властивий великому потоку пацієнтів. Така ситуація вимагала б ретельного розподілу екстреного фінансування до кризи.

Дана система використовується Сполученим Королівством, Іспанією, Новою Зеландією, Кубою, Гонконгом та Управлінням охорони здоров'я ветеранів США [7; 8; 9].

Модель Бісмарка була створена наприкінці XIX століття Отто фон Бісмарком як більш децентралізована форма охорони здоров'я. Основою даної системи є обов'язкове медичне страхування.

У рамках моделі Бісмарка роботодавці та працівники несуть відповідальність за фінансування своєї системи медичного страхування через «лікарняні фонди», створені шляхом обов'язкових

відрахувань із заробітної плати. Плани приватного страхування охоплюють усіх працевлаштованих осіб, а також не базуються на прибутку.

Постачальники медичних послуг та лікарні, як правило, є приватними, хоча страхові компанії є державними. У деяких країнах існує єдиний страховик (Франція, Корея); інші країни можуть мати кілька конкуруючих страховиків (Німеччина, Чеська Республіка) або декілька неконкуруючих страховиків (Японія). Незалежно від кількості страховиків, уряд жорстко контролює ціни, а страховики не отримують прибутку. Ці заходи дозволяють уряду здійснювати подібний контроль за цінами на медичні послуги, як у моделі Беверіджа.

На відміну від моделі Беверіджа, модель Бісмарка не забезпечує загального медичного страхування, а вимагає працевлаштування для медичного страхування, тому виділення ресурсів передбачено тим, хто робить фінансовий внесок.

Моделю Бісмарка зазвичай має значно вищу доступність, менший час очікування та, завдяки конкуренції – вищу якість та більше орієнтовану на споживача медичну допомогу.

Вимога працевлаштування для медичного страхування дає певні переваги, проте і створює проблеми. Основна критика моделі Бісмарка полягає в тому, як забезпечити догляд за тими, хто не може працювати або не може дозволити собі платити внески, включаючи старіння населення та дисбаланс між пенсіонерами та працівниками, а також, як залишатися конкурентоспроможними в залученні міжнародних компаній, які можуть віддати перевагу місцям найму працівників без цих обов'язкових відрахувань від заробітної плати.

Моделю Бісмарка використовується Німеччиною, Бельгією, Японією, Швейцарією, Нідерландами, Францією та деякими планами охорони здоров'я на основі роботодавців у США [7; 8; 9].

Змішана модель медичного страхування поєднує різні аспекти як моделі Беверіджа, так і моделі Бісмарка. У цій системі держава виступає єдиним платником за всі медичні послуги, що відображає роль держави згідно з моделлю Беверіджа. Кошти збираються через державну схему страхування, в яку платять кожен громадянин. Однак більшість постачальників медичних послуг є приватними компаніями, як у випадку з моделлю Бісмарка. Універсальне страхування не приносить прибутку і не відмовляє у медичній допомозі.

Перевага змішаної моделі полягає в забезпеченні доступу до медичної допомоги для всіх громадян та охоплює більшість процедур незалежно від рівня доходу. Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дозволяє лікарням зберігати незалежність, а також зменшує внутрішні ускладнення зі страховими полісами. Фінансові бар'єри для лікування, як правило, низькі, і пацієнти зазвичай можуть обирати постачальників медичних послуг [9].

В основному, дану модель критикують за довгі списки очікування та затримки у лікуванні, які вважаються серйозною проблемою політики охорони здоров'я. За даними канадського аналітичного центру Інституту Фрейзера за 2021 рік, в Канаді, в якій впроваджена дана модель, середній час очікування між направленням лікаря загальної практики та отриманням лікування становить 25,6 тижня – це більше, ніж

очікування у 22,6 тижня, про яке повідомлялося у 2020 році. Час очікування у 2021 році є найдовшим за всю історію опитування та становить на 175% більше, ніж у 1993 році, коли він становив лише 9,3 тижні. У деяких регіонах очікування може подовжуватися майже до року [10].

Звичайно, частина цього відставання пов'язана з «хірургічним скороченням», оскільки провінції відкладають планове лікування, щоб забезпечити достатні ресурси для нових випадків COVID-19. Проте майже стільки ж пацієнтів (за оцінками, 1,1 млн осіб) чекали необхідної з медичної точки зору допомоги у 2019–2020 роках, до першого задокументованого випадку COVID-19 у Канаді. Іншими словами, COVID посилив довгі черги на лікування в Канаді, але не є основною причиною.

Стабільність та довгострокове існування даної моделі також може порушити старіння населення та використання медичних ресурсів у понад міру.

Змішана модель використовується Канадою, Тайванем, Південною Кореєю та подібна до Medicare у США [9].

Лише розвинені країни – можливо, трохи більше ніж 40 із 200 країн світу – створили системи охорони здоров'я. Більшість країн на планеті надто бідні та неорганізовані, щоб надавати будь-яку масову медичну допомогу. Основне правило в таких країнах склалося так, що багаті отримують медичну допомогу, а бідні залишаються хворими або помирають. В таких країнах більшість населення може отримати медичні послуги за моделлю «із власної кишені», так як просто недостатньо фінансових ресурсів для створення медичної системи, подібної до трьох описаних вище моделей.

У сільських районах Африки, Азії та Південної Америки сотні мільйонів людей все життя не відвідують лікаря. Однак вони можуть мати доступ до сільського цілителя, який використовує домашні ліки, які можуть бути чи не бути ефективними проти хвороб. Інколи бідні пацієнти можуть «нашкребти» достатньо грошей, щоб оплатити рахунок лікаря; в іншому випадку вони платять плодами чи козячим молоком, або доглядом за дітьми, чи будь-чим іншим, що їм доведеться дати. Якщо у них нічого немає, вони не отримують медичної допомоги, так як кожен, хто потребує медичної допомоги, повинен оплатити її на місці. Охорона здоров'я все ще залежить від доходу.

Відповідно до даних, зібраних Всесвітньою організацією охорони здоров'я, країни з одними з найвищих показників громадян, які оплачують витрати з власної кишені, включають Судан, Афганістан, Нігерію, Камбоджу та Індію. Більшість країн із високим відсотком громадян, які оплачують витрати зі своєї кишені, є країнами, що розвиваються, або країнами третього світу. Країни з одними з найнижчих показників громадян, які оплачують витрати з власної кишені, включають Нідерланди, Японію, Німеччину, Кубу, Францію, Нову Зеландію та Великобританію [11].

Дана модель використовується переважно в сільській місцевості Азії, Африці, Південній Америці, а також незастрахованим чи недостатньо застрахованим населенням у США.

Для кращого розуміння, у табл. 1 розглянемо характеристику моделей на прикладі конкретних країн, де вони використовуються вже протягом тривалого періоду.

Таблиця 1

**Особливості організації охорони здоров'я Великої Британії, Японії,
Тайваню та сільської місцевості Індії**

Країна	Характеристика
<p>Великобританія (модель Беверіджа)</p>	<p>У Великобританії діє безкоштовна державна система охорони здоров'я – Національна система охорони здоров'я (NHS). NHS відрізняється від багатьох інших систем охорони здоров'я, оскільки вона фінансується за рахунок податків, а не за рахунок медичного страхування. Існує також менший приватний сектор охорони здоров'я, який люди можуть обрати за бажанням. Більшість послуг надаються мешканцям безкоштовно. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування, однак за певні послуги стягується плата: послуги стоматолога, окуліста, ліки прописані у рецепті – £9 за од. Певні групи, такі як особи з низьким рівнем доходу та особи віком понад 60 років, мають право на звільнення від сплати зборів NHS або на знижки. Відносно невелика кількість громадян Великобританії (близько 10,5% населення) платить за приватне медичне страхування порівняно з іншими європейськими країнами. Основними причинами є недовіра до державної медицини, а також можливість вибирати установу та лікаря, особиста палата з усіма умовами, та можливість уникнути тривалого очікування обстеження. Медичне обслуговування доступне як на особистій, так і на сімейній основі. Ціни залежать від рівня покриття, способу життя, віку та наявних захворювань особи. Також можна одноразово оплатити приватне медичне обслуговування, якщо потрібен особливий тип лікування або операція, на яку NHS чекає дуже довго. Істотним недоліком бюджетного фінансування охорони здоров'я є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, відсутність можливості вибору лікаря й лікарської установи та те, що кожен громадянин повинен сплачувати високі податки незалежно від того, чи користується він медичною допомогою.</p>
<p>Японія (модель Бісмарка)</p>	<p>В Японії існує два основних типи медичного страхування – національне медичне страхування (Statutory health insurance system (SHIS)), яке охоплює 98,3% населення, та окрема державна програма соціальної допомоги для бідних людей, що охоплює решту 1,7%. SHIS складається з двох видів обов'язкового страхування:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) система медичного страхування працівників (також надається їхнім утриманцям), що охоплює близько 59% населення; 2) страхування за місцем проживання, що включає плани медичного страхування для непрацюючих осіб віком до 74 років (27% населення) та плани медичного страхування для людей похилого віку, які автоматично покривають усіх дорослих віком 75 років і старше (12,7% населення). <p>Згідно із законом, усі жителі Японії повинні бути зареєстровані в програмі медичного страхування. Існує стандартизована вартість ліків, і населення оплачує її частину, яка переглядається кожні 2 роки. SHIS працює за системою співоплати: існує річний та місячний максимум із власної кишені сім'ї на медичне обслуговування та довгострокові послуги залежно від віку та доходу. Коли пацієнт досягає певної суми, що віддає з власної кишені, він отримує повне покриття. Медична страховка оплачує 70–90% вартості, а доплата зазвичай становить 30% співстрахування за більшість послуг. Маленькі діти та люди похилого віку з низьким рівнем доходу мають нижчі ставки співстрахування. Національний уряд встановлює графік плати за SHIS і надає субсидії місцевим органам влади, страховим компаніям і постачальникам медичних послуг. Він також встановлює та забезпечує виконання правил для страховиків і постачальників медичної допомоги (лікарень, спеціалізованих закладів надання медичної допомоги тощо). Медичні послуги зазвичай мають значно вищу доступність, менший час очікування та, завдяки конкуренції між операторами, вищу якість та більше орієнтовану на споживача медичну допомогу. Японія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у світі. Жителі Японії також мають найдовшу тривалість життя у світі, і це частково пов'язано з якістю медичного обслуговування. Проте система також стикається з певними проблемами, оскільки в системі охорони здоров'я Бісмарка основним фінансуванням є внески, а бідні люди не можуть платити та отримують обмежене покриття.</p>
<p>Тайвань (змішана)</p>	<p>Національне медичне страхування (NHI) Тайваню забезпечує загальне обов'язкове покриття. Усі громадяни Тайваню повинні бути зареєстровані в програмі NHI, включаючи мандрівників, які проживають в Тайвані більше шести місяців. Система єдиного платника фінансується в основному за рахунок премій на основі заробітної плати, хоча уряд надає щедрі субсидії на премії для малозабезпечених домогосподарств, державних службовців та інших. Медичні послуги надаються переважно приватними постачальниками за контрактом. Резиденти Тайваню можуть вибирати, які установи їм відвідувати, але вони повинні пред'явити свої картки NHI IC під час лікування. NHIА класифікує пацієнтів залежно від їхнього доходу та фінансових потреб, що означає, що медичне обслуговування малозабезпечених працівників повністю субсидується. Після лікування пацієнтів лікарні та лікарі вимагають оплати від NHIА. Послуги, що покриваються, включають профілактичні, первинні, спеціалізовані послуги, психіатричні послуги. Власні витрати пацієнта включають доплату за амбулаторне лікування та ліки, що відпускаються за рецептом, а також співстрахування за перебування в лікарні. Система обмежує доплату за ліки, що відпускаються за рецептом, на рівні 6,64 дол. США, а відвідування лікаря-спеціаліста – приблизно 14 дол. Приватне медичне страхування складається здебільшого з полісів грошової компенсації за конкретними захворюваннями. Оскільки Тайвань має систему охорони здоров'я з єдиним платником, управління є досить простим і зрозумілим. Міністерство охорони здоров'я, яке встановлює політику, визначає, наскільки щорічно має зростати глобальний бюджет NHI.</p>

Країна	Характеристика
Тайвань (змішана)	Рейтинги схвалення національної системи охорони здоров'я вищі, ніж будь-коли: на сьогодні більше 80% громадян Тайваню схвалюють існуючу систему. Завдяки функціонуванню національної системи адміністративні витрати на охорону здоров'я у Тайвані низькі. У результаті країна щороку витрачає на систему охорони здоров'я лише близько 6% свого ВВП. Для порівняння, у 2020 році США витратили на охорону здоров'я майже 19,7% свого ВВП.
Індія – сільська місцевість («з власної кишені»)	Дослідження показують, що в Індії система охорони здоров'я в основному фінансується «з власної кишені». За оцінками, понад 80% населення витрачає на охорону здоров'я кошти з особистих доходів. Лише 3% від населення, отримує певний вид медичного страхування. Загалом Індія з величезним населенням у 1,3 млрд має велику кількість людей, які не можуть дозволити собі дорогі медичні послуги, особливо люди, що живуть у сільській місцевості. Більшість сільського населення Індії живе за межею бідності і вони не в змозі покрити витрати на лікування. Доступ до охорони здоров'я в Індії для бідних людей є важким завданням. Велика кількість індійців, серед яких переважно жінки та діти, щороку помирають через просту відсутність медичних закладів, так як 75% медичних центрів розташовані в містах, і не кожен в змозі скористатись ними через величезні відстані до них. Загальні витрати на охорону здоров'я в Індії у 2020 році становили лише 3% ВВП. Існуюча інфраструктура для надання медичної допомоги в сільській місцевості Індії знаходиться в стадії розвитку, проте все ж якісна та кількісна доступність закладів первинної медичної допомоги набагато нижча за норми, визначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Джерело: розроблено авторами на основі [9; 12; 13; 14; 15]

За даними Legatum Institute, британського аналітичного центру та благодійної організації, яка зосереджена на подоланні бідності, Японія має найкращу систему охорони здоров'я у світі (2021), за нею йдуть Сінгапур, Південна Корея, Норвегія та Тайвань [16].

Вибір моделі фінансування охорони здоров'я для країни залежить від різних факторів: соціально-економічних, демографічних умов, культурно-історичних. Також враховують рівень захворюваності та інші чинники, які характеризують рівень медичного обслуговування та загальний стан здоров'я населення в тій чи іншій країні.

Рівень витрат на охорону здоров'я істотно залежить від можливостей країни. Серед країн-членів ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) Сполучені Штати, де переважає змішана система фінансування охорони здоров'я, мають найвищий відсоток ВВП, витраченого на охорону здоров'я у 2020 році. США витратили майже 19% свого ВВП на послуги охорони здоров'я. Канада (12,9%), Німеччина (12,8%), Франція (12,2%), Велика Британія (12%) слідує за США з помітно меншими відсотками. Найнижчий відсоток ВВП серед країн ОЕСР витратила Індія (3%), Індонезія (3,1%) та Китай (5,3%) [17].

Проте більша частка ВВП, що витрачається на охорону здоров'я, не призводить автоматично до кращого функціонування системи. У США високі витрати спричинені, в основному, вищими витратами та цінами, а не більшим використанням. Наприклад, зарплати лікарів у США набагато вищі, ніж в інших країнах, взятих до порівняння. Лікар у США заробляє майже вдвічі більше, ніж середній лікар у Німеччині. Витрати на фармацевтичні препарати на душу населення також помітно вищі в Сполучених Штатах. Крім того, США також витрачають більше на адміністративні витрати охорони здоров'я порівняно з іншими високо розвинутими країнами.

Загалом сучасні тенденції свідчать, що у всьому світі витрати на охорону здоров'я зростають. Прогнозується, що до 2050 року середні витрати на охорону здоров'я на душу населення зростуть майже вдвічі порівняно з загальними показниками

2020 року. Сьогодні Швейцарія демонструє найвищий показник приватних витрат на душу населення, що становить 2 175 дол. США, після неї – США (1 807 дол. США), Австралія (1 604 дол. США) та Канада (1 459 дол. США). Незважаючи на зростання витрат, все ще є країни з відносно низькими витратами на охорону здоров'я. Зокрема, країни з набагато нижчими державними витратами на охорону здоров'я включають Туреччину (276 дол. США) та Індію (153,1 дол. США). Зовсім незначні, практично мізерні витрати характерні для Камеруну, Афганістану і Південного Судану.

Станом на 2020 рік Сполучені Штати мають найвищі державні витрати на охорону здоров'я на душу населення у всьому світі (10 052 дол. США). Лідерами також є Німеччина (5 905 дол. США), Норвегія (5 621 дол. США), Нідерланди (5 256 дол. США). Найнижчі показники серед країн ОЕСР продемонстрували Мексика (648 дол. США), Китай (502 дол. США) та Індія (76 дол. США) [18].

Недостатність фінансування стали головними причинами переходу до страхової медицини країн Центральної та Східної Європи (мало місце домінування бюджетної системи охорони здоров'я), адже збільшилась кількість людей, яким необхідна медична допомога (до 60%), зросла вартість та збільшився обсяг медичних послуг, підвищився рівень тінізації економіки в медичній галузі та виявилась недостача кваліфікованої медичної допомоги. Також проявилася надмірна монополізація і централізація фінансування та управління системою охорони здоров'я.

Запровадження медичного страхування в зарубіжних країнах призвело до цілого ряду позитивних наслідків, включаючи покращення багатьох показників стану здоров'я населення, збільшення ресурсного забезпечення галузі, підвищення ефективності і прозорості системи. Проте можна помітити і негативні наслідки, а саме: значні витрати населення на лікування й отримання окремих медичних послуг, поглиблення соціальної нерівності громадян та невідповідність рівня якості отриманих послуг очікуванням пацієнтів, послаблення контролю з боку

держави, збільшення кількості випадків корупційних проявів у галузі.

Висновки та пропозиції. Розглянувши різні системи медичного страхування зарубіжних країн та проаналізувавши досвід їх ефективності, потрібно зазначити, що немає універсальної моделі, яка буде придатною для застосування усіма країнами. Зарубіжний досвід продемонстрував, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Кожна система виявляється особливою, збудованою відповідно до численних особливостей та поточних показників країни.

Питання вибору найкращого виду фінансування охорони здоров'я залишається відкритим. Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки, а механізм фінансування охорони здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Водночас в сучасних реаліях спостерігається більший інтерес до змішаної системи. Дана модель фінансування охорони здоров'я націлена на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів. З одного боку, вона надає потрібний рівень медичного обслуговування для населення, залишаючись під певним контролем держави, а з іншого боку – створює певну зацікавленість у населення в посиленні турботи про здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи.

Сьогодні як українській економіці, так і суспільству в цілому, необхідний зовсім новий підхід до вирішення проблем системи охорони здоров'я. Існуючу систему охорони здоров'я потрібно буде адаптувати до нових реалій – економічних та політичних, а також до нашої ментальності та факту, що країна пережила військові дії, оскільки основні зрушення в цій сфері відбудуться, однозначно, після перемоги над російськими окупантами. Найбільш вагомими викликами залишаються нестача фінансових ресурсів та нерациональність їх використання. Через ситуацію, що наразі сформувалась у галузі з переважно бюджетним фінансуванням, охорона здоров'я не має можливості розвиватися й вдосконалюватися та повноцінно виконувати основну функцію – збереження здоров'я населення. Обмежений доступ пацієнтів до медичних послуг в умовах зростання захворюваності населення, великої кількості травм та каліцтв, недостатня забезпеченість сучасним лікувально-діагностичним обладнанням у державних та комунальних закладах охорони здоров'я, величезна кількість зруйнованих закладів охорони здоров'я, соціальна незахищеність медичних працівників, недостатня оплата їх праці та відсутність мотивації лікарів у державних закладах, що спричиняє тінізацію багатьох медичних послуг, неефективність управління фінансами медичних інституцій – це основні характеристики, на жаль, сучасної системи надання медичної допомоги в Україні.

Для того, щоб побудувати нову систему медичного страхування необхідно розвинути цивілізовані ринкові відносини у суспільстві та у сфері охорони здоров'я. Розуміючи важливість системного підходу до проведення реформ, вважаємо вартим уваги покращення механізму медичного страхування шляхом комплексного поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування через створення централізованого страхового фонду, частина якого буде наповнюватися бюджетними коштами та накопичуватися у вигляді резервного фонду (на випадок непередбачуваних ситуацій), та мережі місцевих незалежних страхових організацій, до яких можуть приєднуватися приватні страхові фонди.

Для цього необхідно розглянути можливості впровадження схеми, що містить різні аспекти двох систем. Потрібно визначити основну програму обов'язкового медичного страхування та створити чіткий перелік включених медичних послуг, що надаються громадянам без оплати, виключивши повторення оплати страхових послуг. Новий підхід та сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я України повинні містити прозорі та зрозумілі гарантії від держави щодо надання медичних послуг, вищу якість надання медичних послуг та відповідальність лікарів та пацієнтів. Також необхідно скоротити кількість неформальних платежів, підвищити ефективний розподіл фінансових ресурсів та покращити фінансовий захист громадян у випадку хвороби.

Вважаємо, що баланс між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням призведе не лише до покращення надання медичних послуг, а також до вдосконалення управління всією системою та ефективності її фінансування. Це, у поєднанні з відкриттям українського ринку медичного страхування для світових компаній, безумовно, допоможе покращити всі показники охорони здоров'я населення в Україні та зробить медичне обслуговування більш доступним для всіх громадян.

Список літератури:

1. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
2. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. Вип. 1 (27). С. 45–50.
3. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2011. Вип. 21.10. С. 178–184.
4. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С. 43–52.
5. Приказюк Н. В. Система медичного страхування: зарубіжний досвід та особливості організації в Україні. *Сучасні питання економіки і права*. 2011. Вип. 1. С. 53–59.
6. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 19. С. 1139–1145.
7. Health Care Systems – Four Basic Models. *PNHP*. URL: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php (дата звернення: 25.10.2022).

8. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems. *Princeton Health Public Review*. 2017. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (дата звернення: 25.10.2022).
9. The world has 4 key types of health service – this is how they work. *World Economic Forum*. 2020. URL: <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-healthcare-health-service-vaccine-health-insurance-pandemic/> (дата звернення: 27.10.2022).
10. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2021 Report. *Fraser Institute*. 2021. URL: <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2021> (дата звернення: 25.10.2022).
11. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). *World Bank*. 2022. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> (дата звернення: 28.10.2022).
12. Healthcare in the UK: a guide to the NHS. *Expatica*. 2022. URL: <https://www.expatica.com/uk/healthcare/healthcare-basics/the-national-health-service-and-health-insurance-in-the-uk-1092057/#:~:text=The%20UK%20has%20a%20free,can%20choose%20if%20they%20wish> (дата звернення: 25.10.2022).
13. International Health Care System Profiles/ Taiwan. *The Commonwealth Fund*. 2020. URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/taiwan#:~:text=NHI%20is%20a%20government%20Drun,for%20longer%20than%20six%20months> (дата звернення: 28.10.2022).
14. U.S. national health expenditure as percent of GDP from 1960 to 2020. *Statista*. 2022. URL: <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/> (дата звернення: 26.10.2022).
15. Health insurance for rural and poor people in India. *International Journal of Technical Research and Applications*. URL: <https://ruralrelations.com/wp-content/uploads/2018/11/health-insurance-2.pdf> (дата звернення: 25.10.2022).
16. 2021 Legatum Prosperity Index. *Legatum Institute*. 2021. URL: <https://li.com/> (дата звернення: 28.10.2022).
17. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries in 2020. *Statista*. 2022. URL: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/> (дата звернення: 27.10.2022).
18. Public and private per capita health expenditure in selected countries in 2020. *Statista*. 2022. URL: <https://www.statista.com/statistics/283221/per-capita-health-expenditure-by-country/> (дата звернення: 27.10.2022).

References:

1. Boyko O., Khyzhyn'ska H. (2018) Aprobatsiya zarubizhnoho dosvidu aktyvizatsiyi medychnoho strakhuvannya v Ukraini [Approbation of foreign experience of activation of medical insurance in Ukraine]. *Prychornomors'ki ekonomichni studiyi*, vol. 27, pp. 93–97.
2. Borysyuk O. V. (2020) Rozvytok medychnoho strakhuvannya v Ukraini iz vykorystanniam zarubizhnoho dosvidu [Development of medical insurance in Ukraine using foreign experience]. *Rehional'na ekonomika ta upravlinnya*, vol. 1 (27), pp. 45–50.
3. Buchkevych M. M. (2011) Dosvid medychnoho strakhuvannya u zarubizhnykh krainakh [Experience of health insurance in foreign countries]. *Naukovyy visnyk NLTU Ukrainy*, vol. 21.10, pp. 178–184.
4. Mulyar H. (2020) Zarubizhnyy dosvid funktsionuvannya systemy okhorony zdorovya v konteksti zabezpechennya realizatsiyi prava na okhoronu zdorovya [Foreign experience of the functioning of the health care system in the context of ensuring the realization of the right to health care]. *Visnyk APSVT*, no. 1–2, pp. 43–52.
5. Prykazyuk N. V. (2011) Systema medychnoho strakhuvannya: zarubizhnyy dosvid ta osoblyvosti orhanizatsiyi v Ukraini [The health insurance system: foreign experience and peculiarities of the organization in Ukraine]. *Suchasni pytannya ekonomiky i prava*, vol. 1, pp. 53–59.
6. Sokyrko O. S., Kobzar I. A., Khanaliyeva I. S. (2018) Rozvytok medychnoho strakhuvannya: zarubizhnyy dosvid ta mozhlivosti yoho vykorystannya v Ukraini [Development of health insurance: foreign experience and possibilities of its use in Ukraine]. *Ekonomika i suspil'stvo*, vol. 19, pp. 1139–1145.
7. Health Care Systems – Four Basic Models. *PNHP*. Available at: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php (accessed 25 October 2022).
8. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems. *Princeton Health Public Review*. 2017. Available at: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/> (accessed 25 October 2022).
9. The world has 4 key types of health service – this is how they work. *World Economic Forum*. 2020. Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-healthcare-health-service-vaccine-health-insurance-pandemic/> (accessed 27 October 2022).
10. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2021 Report. *Fraser Institute*. 2021. Available at: <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2021> (accessed 25 October 2022).
11. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). *World Bank*. 2022. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> (accessed 28 October 2022).
12. Healthcare in the UK: a guide to the NHS. *Expatica*. 2022. Available at: <https://www.expatica.com/uk/healthcare/healthcare-basics/the-national-health-service-and-health-insurance-in-the-uk-1092057/#:~:text=The%20UK%20has%20a%20free,can%20choose%20if%20they%20wish> (accessed 25 October 2022).
13. International Health Care System Profiles / Taiwan. *The Commonwealth Fund*. 2020. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/taiwan#:~:text=NHI%20is%20a%20government%20Drun,for%20longer%20than%20six%20months> (accessed 28 October 2022).
14. U.S. national health expenditure as percent of GDP from 1960 to 2020. *Statista*. 2022. Available at: <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/> (accessed 26 October 2022).
15. Health insurance for rural and poor people in India. *International Journal of Technical Research and Applications*. Available at: <https://ruralrelations.com/wp-content/uploads/2018/11/health-insurance-2.pdf> (accessed 25 October 2022).
16. 2021 Legatum Prosperity Index. *Legatum Institute*. 2021. Available at: <https://li.com/> (accessed 28 October 2022).
17. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries in 2020. *Statista*. 2022. Available at: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/> (accessed 27 October 2022).
18. Public and private per capita health expenditure in selected countries in 2020. *Statista*. 2022. Available at: <https://www.statista.com/statistics/283221/per-capita-health-expenditure-by-country/> (accessed 27 October 2022).