

Борисюк Олена Володимирівна
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри фінансів, банківської справи та страхування
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Світовий досвід показує, що медичне страхування (як добровільне, так і обов'язкове) має позитивну роль в підвищенні якості наданих медичних послуг, залучення в галузь охорони здоров'я додаткових ресурсів, захист інтересів і прав громадян країни. Зарубіжною практикою накопичено багатий досвід використання механізмів фінансування охорони здоров'я та організації системи медичного страхування. Існують різні моделі інвестування в даний вид страхування, який враховує особливості розвитку країни і суспільства в цілому. У той же час, в світі склалися два принципи різних механізми фінансування медичних послуг. У статті розглядається світовий досвід розвитку медичного страхування з можливістю адаптації його у вітчизняній практиці.

Ключові слова: медичне страхування, моделі охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, страхова модель охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування.

Постановка проблеми. У світі накопичено значний досвід в галузі побудови та оптимізації моделей фінансування і організації охорони здоров'я. Так, провідні країни послідовно домагаються розширити охоплення населення безкоштовною медичною допомогою, раціоналізувати джерела фінансування і методи розподілу коштів, способи управління системою охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та усунення дублювання витрат. Незважаючи на те, що жодна з існуючих у світі моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, аналіз параметрів цих моделей, їх сильних і слабких сторін, а також узагальнення досвіду конкретних країн має значення при реформуванні та оптимізації діючої моделі охорони здоров'я в Україні та впровадження обов'язкового медичного страхування.

Постановка завдання. На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає в оцінці зарубіжного досвіду розвитку медичного страхування та можливостей його адаптації до вітчизняних умов.

Виклад основного матеріалу дослідження. Протягом останніх десятиліть функціонування світової економіки характеризуються уповільненням темпів економічного зростання і збільшенням частоти глобальних криз, які негативно відбиваються на країнах, які не встигли прийняти профілактичні заходи. Це, перш за все, позначається на потенціалі сфери охорони здоров'я, яка піддається найбільш істотним впливам несприятливих факторів. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я в більшості країн є внески на обов'язкове медичне страхування (далі – ОМС), що відраховуються на паритетній основі роботодавцями та найманими працівниками. Дефіцит фондів обов'язкового і приватного медичного страхування покривається за рахунок державних кредитів (наприклад, в Бельгії).

На фінансування охорони здоров'я направляються також кошти, що надходять від добровільного медичного страхування (далі – ДМС) за рахунок роботодавців або за рахунок власних коштів громадян. Найбільшого поширення ДМС отримало в таких європейських країнах, як Німеччина і Нідерланди.

У багатьох державах оплата медичних послуг та медикаментів може також здійснюватися за рахунок власних коштів пацієнтів. Це обумовлено тим, що медичне страхування не завжди покриває всі витрати на надання медичної допомоги. Структура особистих витрат пацієнтів на співфінансування охорони здоров'я не носить однорідного характеру. Так, досить висока їх частка в таких країнах, як Італія і Греція, що пояснюється превалюванням індивідуальних доплат громадян на придбання ліків і оплату медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії основна частина витрат акумулюється у фондах страхових медичних компаній, що надають послуги в рамках ДМС. Це обумовлено розвиненим ринком ДМС, численністю конкуруючих між собою приватних страхових компаній, а також стабільністю фінансового ринку, що дає можливість страховим медичним компаніям здійснювати успішну інвестиційну діяльність.

У сучасних умовах все моделі охорони здоров'я можна умовно розділити на три типи (таблиця 1).

1. Бюджетна (державна).
2. страхова (соціально- страхова).
3. Приватна (недержавна, або ринкова).

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашко – Бевериджа, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування служать податкові надходження. Медичні послуги для всього населення надаються на безкоштовній основі. Приватне страхування і соціалізація грають доповнюючу роль.

Основний канал фінансування даної моделі – державний бюджет. Держава грає одночасно роль покупця і провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% і вище) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється високим ступенем централізації. Велика частина медичних послуг надається державними ЛПУ (лікувально-профілактичними установами) і приватними лікарями, але ринку, як правило, відведена другорядна роль [13, с. 18].

Англійська система охорони здоров'я є типовою бюджетною моделлю. Вона являє собою систему державного фінансування охорони здоров'я

Характеристика моделей охорони здоров'я

Модель	Бюджетна	Страхова	Приватна
Характеристика	Фінансована (до 90%) з бюджетних джерел. Ця модель характеризується високою роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється з держбюджету, за рахунок податків з підприємств і населення. Ринку відведена другорядна роль, як правило, під контролем держави.	Ця модель фінансована за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і субсидій держави. Дана модель спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвинуеною системою державного регулювання і соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення.	У даній моделі медична допомога надається в основному на платній основі, за рахунок споживача медичних послуг.
Джерела фінансування	Державний бюджет	ОМС – 60% ДМС – 10% Державний бюджет – 15% Особисті кошти – 15%.	Приватне страхування – 40% Особисті кошти – 20%. Програми для літніх і малозабезпечених – 40%.
Країни	Англія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія.	Франція, Бельгія, Австрія, Японія та Німеччина.	США, Ізраїль, Південна Корея.

Джерело: складено на основі джерел [2; 3; 7]

з високою централізацією фондів і обмеженою роллю місцевого фінансування. Її ключовий принцип – забезпечення доступності медичних послуг для всього населення країни. Фінансування охорони здоров'я в Англії здійснюється з коштів державного бюджету і частково – за рахунок частини соціального податку, який сплачують працівники і роботодавці.

Незважаючи на позитивні якості, характерні для бюджетної моделі, слід зазначити її недоліки, що зумовлюють зниження якості наданої медичної допомоги, ускладнення контролю за діяльністю медичних установ з боку пацієнтів. Монополія в охороні здоров'я сприяє виникненню витратного механізму у витрачанні коштів платників податків без істотного поліпшення якісних характеристик здоров'я населення. Водночас монополізація в галузі стає причиною зростання дефіциту медичних послуг, зокрема тривалого очікування надання окремих видів медичної допомоги (наприклад, поліклінічної). Останній фактор може також бути індикатором недофінансування галузі.

В основі страхової моделі охорони здоров'я лежить принцип солідарності, який передбачає існування страхових фондів, керованих на паритетних засадах найманими працівниками і роботодавцями. Ці фонди акумулюють соціальні відрахування від заробітної плати для здійснення страхових виплат.

Медичне страхування в страховій моделі є обов'язковим для всіх найманих працівників. У більшості європейських країн обов'язковим медичним страхуванням охоплено практично все населення. Так, в Люксембурзі лише 1-3% населення залишаються незастрахованими, до яких відносяться переважно багаті мешканці. У Німеччині значна частина працюючих охоплена ОМС, і тільки їх невелика частина в законодавчому порядку виключена з неї (особи з високими доходами). Є групи населення, які можуть вибирати між державним і приватним медичним страхуванням. У Нідерландах передбачено поділ застрахованого населення на підставі розміру доходів: особи з низькими доходами включаються в систему ОМС, а особи з високими доходами – в систему приватного медичного страхування [7, с. 111].

У страховій моделі охорони здоров'я величина страхових внесків, які відраховуються до страхових фондів, розраховується на основі розміру заробітної плати і доходів. У більшості країн ЄС страхові внески розподіляються на паритетній основі: одна їх частина сплачується роботодавцем, а інша – найманим працівником. Оплата страхових внесків може здійснюватися в різних пропорціях. Так, якщо для Німеччини, Бельгії, Люксембургу це співвідношення є рівним для працівників і роботодавців, то у Франції більшу частину витрат у фінансуванні страхових фондів беруть на себе роботодавці. У деяких випадках фінансування охорони здоров'я доповнюється з державного бюджету, однак, на відміну від бюджетної моделі, в моделі страхової охорони здоров'я така практика застосовується тільки у випадках дефіциту страхових фондів.

Серйозним недоліком страхової моделі є те, що вона залежить від демографічної ситуації в країні. На сьогоднішній день саме демографічні зміни в структурі населення розвинених європейських країн – старіння населення і падіння народжуваності – стають основними причинами кризи сучасних систем страхової медицини.

Для приватної моделі охорони здоров'я характерно надання медичних послуг переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування і особистих коштів громадян. Єдина система державного медичного страхування відсутня. Ринок відіграє ключову роль в задоволенні потреб в медичних послугах. Держава бере на себе тільки ті зобов'язання, які не задовольняються ринком і покриває медичне обслуговування соціально вразливих категорій громадян – безробітних, малозабезпечених і пенсіонерів.

При цьому ринок медичних послуг і приватного медичного страхування відіграють домінуючу роль, а роль держави обмежена. Велика частина медичних послуг надається приватними ЛПУ і сімейними лікарями. Завдяки приватним страховикам рівень конкуренції на ринку медичних послуг дуже високий, що позитивно позначається на їх якості, але тільки для матеріально забезпеченої частини населення.

В Україні медична реформа стартувала у 2018 р. з первинної ланки меддопомоги –

сімейні лікарі-терапевти. Було змінено принцип фінансування закладів первинної медичної допомоги, створено Національну службу здоров'я (НСЗ), яка укладатиме із медзакладами договори і закуповуватиме у них послуги з медичного обслуговування населення [12].

У 2019 році Мінфін запропонував встановити видатки держбюджету на охорону здоров'я на рівні 95,8 млрд. грн, що на 10% більше, ніж у 2018 році. Про видатки держбюджету в 2018 та 2019 рр. можна довідатися із рис. 1.

Міністерство фінансів України проінформувало про видатки на охорону здоров'я у 2020 році, які мають збільшитися на 9,8 млрд. грн у порівнянні з 2019 роком та сягнуть 108 млрд. грн. У МОЗ запевнили, що з квітня 2020 року медична реформа розпочнеться на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги.

Якщо ж пацієнт звертається до вузького спеціаліста без направлення сімейного лікаря – ці послуги оплачуватимуться в касі за визначеними тарифами.

Відповідно до офіційних даних НСЗУ, співвідношення населення і кількості поданих декларацій в Україні показано на рис. 2.

Разом із тим, Нацслужба здоров'я вже уклала (станом на жовтень 2018 року) договори з 623 комунальними, приватними медзакладами і лікарями-ФОП, які надають первинну медичну допомогу. Відповідно, вперше українці можуть вільно обирати лікаря у медзакладі, незалежно від форми власності, Нацслужба здоров'я на од-

накових умовах оплачуватиме надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги всім закладам, які стали партнерами Служби. За перші чотири місяці роботи Нацслужба оплатила послуги за єдиним тарифом у медзакладах на суму 1,6 млрд. грн.

Розподіл поданих декларацій за статтю в Україні показано на рис. 3.

Водночас у Програмі медичних гарантій-2020 визначено пріоритетні напрями, за які спеціалізовані заклади отримуватимуть від НСЗУ підвищений тариф. Але для цього лікарні мають відповідати чітким вимогам. Завдання місцевої влади, зокрема, департаменту охорони здоров'я, визначити ті послуги, які потрібні громаді, та вкладати кошти саме у такі заклади, які можуть їх надати.

На початок 2020 року в Україні до автономізації готові майже 85% спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Інші мають пришвидшитися, щоб отримувати державні кошти з 2-го кварталу 2020 року. Водночас завершили автономізацію 78% закладів. Найбільше таких закладів у Вінницькій – 98,5%, Полтавській – 97,3% та Харківській – 94,8% областях [12].

З квітня 2020 року медичні заклади цих рівнів будуть фінансуватись за договорами, укладеними з Національною службою здоров'я України, а сума фінансування коливатиметься в залежності від обсягу наданої медичної допомоги.

Зарубіжний досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я доводить той факт, що вітчизняна медична галузь може ефективно та



Рис. 1. Видатки держбюджету на охорону здоров'я в Україні, млрд. грн

Джерело: [10]

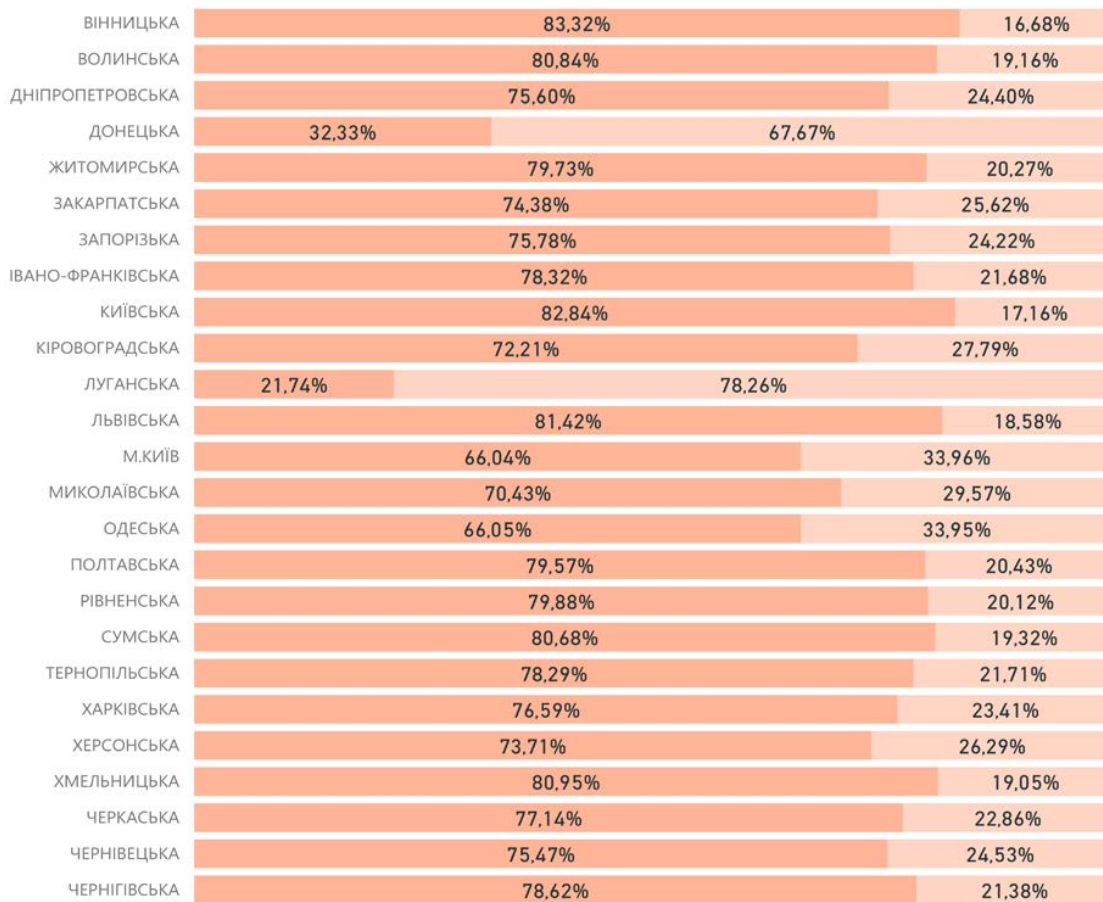


Рис. 2. Співвідношення населення і кількості поданих декларацій у 4 кварталі 2019 року

Джерело: [10]

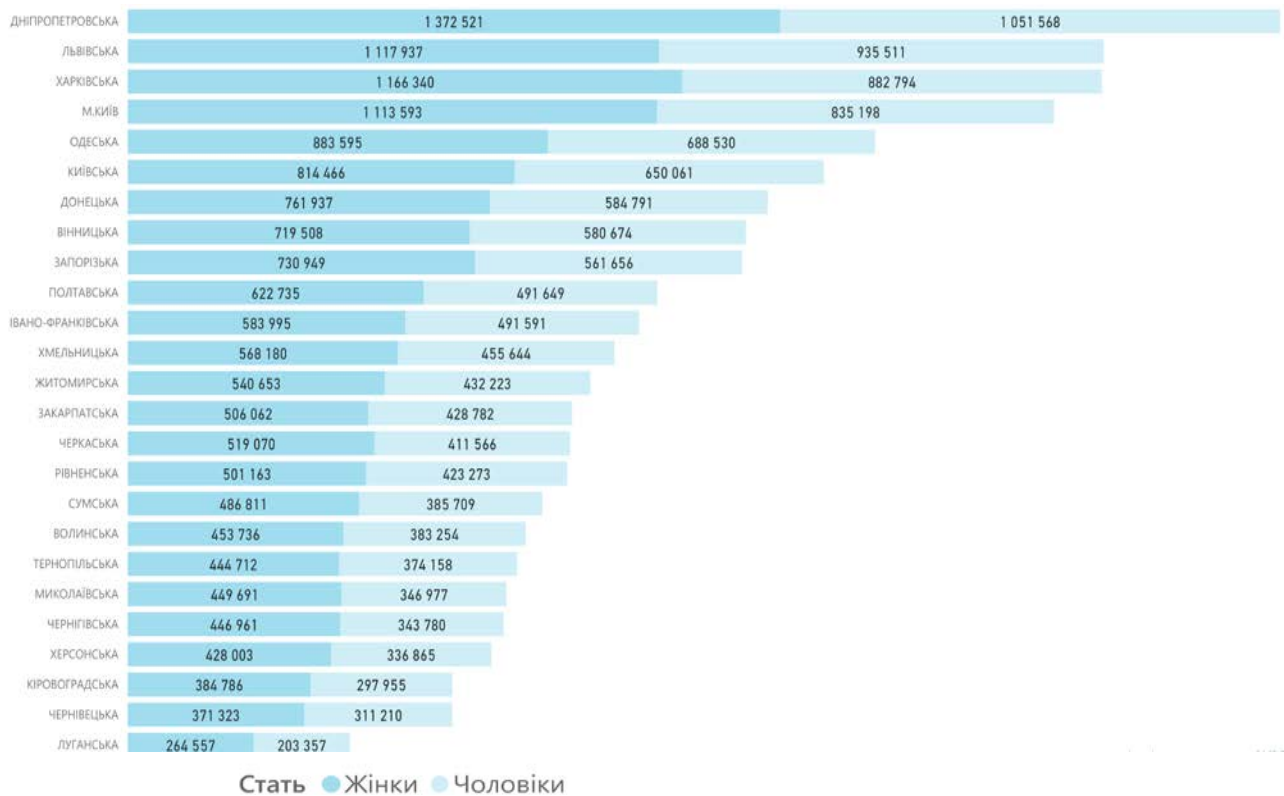


Рис. 3. Розподіл поданих декларацій в Україні за статтю по областях

Джерело: [10]

якісно функціонувати лише за умови існування системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. До того ж провівши аналіз особливостей і тенденцій успішного функціонування систем охорони здоров'я різних країн, слід відмітити, що оптимальною формулою витрат на охорону здоров'я буде така, де не менше 70% витрат покриватиметься за рахунок податків і внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, інші 30% мають забезпечуватися приватним фінансуванням та прямими платежами населення [11, с. 140].

Висновки з проведеного дослідження. З наведеного вище можна зробити наступні висновки.

У світовій практиці існує три основні моделі охорони здоров'я, що розрізняються за способами фінансування. Історично і донині жодна

з моделей не існує в чистому вигляді. Як правило, системи охорони здоров'я носять змішаний характер, з включенням елементів приватної медицини і переважанням того чи іншого способу фінансування.

Міжнародні експерти підкреслюють, що ключовою причиною успішного впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні є стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів, Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України та Міністерством фінансів. Але водночас для досягнення сталості реформ страхової медицини важливо забезпечити розподіл відповідальності за її проведення між основними зацікавленими сторонами – державною і місцевою владою, надавачами медичних послуг та населенням.

Література:

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. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. *Молодий вчений*. 2017. № 4. С. 5–8.
3. Гречківська Н. Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. *Медична наука та практика: виклики і сьогодення*. 2017. С. 77–82.
4. Державна казначейська служба України. URL: <http://www.treasury.gov.ua>.
5. Кнейслер О.В., Шула Л.З. Вектор розвитку медичного страхування у контексті сучасної медичної реформи в Україні. URL: <http://sf.tneu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1077/1082>.
6. Кропельницька С., Гринів Л., Гринів Н. Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціально-політичного становища України на шляху до євроінтеграції. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2014. Вип. 10. С. 180–190.
7. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 110–114.
8. Міщенко Д., Міщенко Л. Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. *Економічний простір*. 2016. № 106. С. 168–177.
9. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua>.
10. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>.
11. Приказюк Н.В., Березіна С.Б., Романченко М.І. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування на шляху реформування галузі охорони здоров'я України. *Науковий вісник Міжнародного Гуманітарного Університету, Серія: Економіка і менеджмент*. № 21. 2016. С. 138–142.
12. Реформа системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemiohoronizdorovya>.
13. Череп В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. *Сталий розвиток економіки*. 2013. № 2(19). С. 17–23.

Борисюк Елена Владимировна

кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри фінансов, банківського дела и страхования
Восточноевропейского национального университета
имени Леси Украинки

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

Аннотация

Мировой опыт показывает, что медицинское страхование (как добровольное, так и обязательное) имеет положительную роль в повышении качества предоставляемых медицинских услуг, привлечения в отрасль здравоохранения дополнительных ресурсов, защиты интересов и прав граждан страны. Зарубежной практикой накоплен богатый опыт использования механизмов финансирования здравоохранения и организации системы медицинского страхования. Существуют различные модели инвестирования в данный вид страхования, который учитывает особенности развития страны и общества в целом. В то же время, в мире сложились два принципиально различных механизма финансирования медицинских услуг. В статье рассматривается мировой опыт развития медицинского страхования с возможностью адаптации его в отечественной практике.

Ключевые слова: медицинское страхование, модели здравоохранения, финансирование здравоохранения, страховая модель здравоохранения, обязательное медицинское страхование; добровольное медицинское страхование.

Borysiuk Olena

Ph.D., Associate Professor,
Associate Professor of Finance, Bank Business and Insurance
Lesia Ukrainka Eastern European National University

DEVELOPMENT OF MEDICAL INSURANCE IN UKRAINE WITH USE OF FOREIGN EXPERIENCE

Summary

World experience shows that medical insurance (both voluntary and compulsory) has a positive role in improving the quality of medical services provided, attracting additional resources to the healthcare industry, protecting the interests and rights of citizens of the country. Foreign practice has accumulated rich experience in using health financing mechanisms and organizing a health insurance system. There are various models for investing in this type of insurance, which takes into account the development of the country and society as a whole. At the same time, two fundamentally different mechanisms for financing medical services have developed in the world. The article discusses the world experience in the development of medical insurance with the possibility of adapting it in domestic practice.

Key words: health insurance, models of health care, financing of health care, insurance model of health care, compulsory health insurance; voluntary health insurance.

УДК 339.138

Бутенко Дар'я Сергіївна

кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри економіки підприємства та менеджменту
Харківського національного економічного університету
імені Семена Кузнеця

Кінас Ірина Олександрівна

кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту та бізнесу
Харківського національного економічного університету
імені Семена Кузнеця

РОЗВИТОК ІНТЕРНЕТ-МАРКЕТИНГУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПІДПРИЄМНИЦЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ

В статті розкрито зміст поняття «цифрова економіка». Проведено аналіз динаміки цифровізації в Україні та Світі. Виокремлено основні складові інтернет-маркетингу. Розглянуто зміст, завдання та методи маркетингових досліджень. Перелічено їх переваги та недоліки у порівнянні з традиційними методами дослідження. Розкрито сутність поняття «інтернет-комунікації» та розглянуто їх види. Визначено роль інтернет-торгівлі в розвитку підприємництва. Представлено прогноз обсягів інтернет-торгівлі в Україні.

Ключові слова: цифрова економіка, цифровізація, інтернет-маркетинг, інтернет-торгівля, інтернет-комунікації.

Постановка проблеми. З кінця ХХ століття і по теперішній час спостерігається поширення процесів глобалізації, які характеризуються міжнародним розподілом праці, активізацією технологічного процесу та збільшенням обсягів міжнародного товарообігу. Активізація цих процесів пов'язана перш за все з розвитком Інтернету, який формує єдиний інформаційний простір не обмежений територіальними і національними кордонами.

Також, слід відзначити, що за допомогою Інтернету підприємці можуть знаходити нові ринки збуту, аналізувати конкурентів та прогнозувати попит. Саме це обумовлює актуальність дослідження та розвитку інтернет-маркетингу в загалі та інтернет-торгівлі, зокрема.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питаннями інтернет-маркетингу та Інтернет-торгівлі займалися вітчизняні та зарубіжні вчені. Так в своїх працях Ілляшенко С.М. [2; 3] розкриває роль та значення застосування інтернет-тех-

нологій в маркетингу та проводить оцінку їх перспективи впровадження в Україні. А, наприклад, Литовченко І.Л. в своїй монографії [7] систематизує сучасні теоретичні уявлення про інтернет-маркетинг та досліджує особливості використання інтернет-простору в економіці. В свою чергу, Падерін І.Д., Романов О.В. та Титовец Є.С. проводять в своїй роботі [11] аналіз та узагальнення існуючих підходів до визначення термінології, методів та засобів Інтернет-маркетингу та здійснюють дослідження можливостей застосування цих інструментів в маркетинговій діяльності.

Проте, незважаючи на велику увагу сучасних науковців до проблем інтернет-маркетингу та інтернет-торгівлі детальний аналіз та теоретичного узагальнення потребує процес продажу товарів в мережі Інтернет та шляхи підвищення його ефективності.

Постановка завдання. Метою статті є дослідження питання розвитку Інтернет-маркетингу та його вплив на розвиток підприємницької