

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

Освітньо-професійна програма: Цифрове врядування

Галузь знань: 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему «Вироблення державної політики у сфері страхової медицини»

здобувача Давидова Павла Сергійовича

Науковий керівник: *ст. викладач Шульга Лариса Петрівна*

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною
комісією з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри: *д.держ.упр., проф. Карпенко О.В.*

Київ 2024

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Цифрове врядування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

О.В. Карпенко

2024 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

О.В. Карпенко

2024 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Давидову Павлу Сергійовичу

заочної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему «Вироблення державної політики у сфері страхової медицини»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «27» вересня 2024 р. № 1687-ст

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини
Розділ 2	Аналіз діючої системи страхової медицини: державної політики України та іноземних держав у сфері страхової медицини
Розділ 3	Пріоритетні напрями вдосконалення процедур вироблення державної політики у сфері страхової медицини
Об’єкт дослідження:	Державна політика у сфері страхової медицини.
Предмет дослідження:	Вироблення державної політики у сфері страхової медицини.
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	Основною метою кваліфікаційної магістерської роботи є аналіз вироблення державної політики у сфері страхової медицини в Україні, її особливостей та перспектив розвитку в контексті сучасних викликів і глобальних тенденцій.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	- Розкрити теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини. - Визначити основні етапи інституційного становлення державного і недержавного регулювання страхової медицини в Україні. - Проаналізувати сучасний стан галузі охорони здоров’я в Україні та передумови розвитку страхової медицини;
У розділі 2	- Оцінити чинне нормативно-правове забезпечення страхової медицини в Україні та запропонувати напрями його вдосконалення. - Проаналізувати міжнародний досвід впровадження страхової моделі та виділити кращі практики, які можуть бути застосовані в Україні.
У розділі 3	Сформулювати рекомендації щодо вдосконалення процедур вироблення державної політики у сфері страхової медицини, враховуючи потреби нормативного, інституційного та ресурсного забезпечення.

**Завдання підготував
науковий керівник**

Л.П. Шульга

«29» вересня 2024 р.

**Завдання одержав
здобувач**

П.С. Давидов

«29» вересня 2024 р.

Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 83 сторінки та список використаних джерел з 76 найменувань.

«Вироблення державної політики у сфері страхової медицини»

Об'єктом дослідження кваліфікаційної магістерської роботи є державна політика у сфері страхової медицини.

Предметом дослідження є вироблення державної політики у сфері страхової медицини.

Мета і завдання дослідження. Основною метою кваліфікаційної магістерської роботи є аналіз вироблення державної політики у сфері страхової медицини в Україні, її особливостей та перспектив розвитку в контексті сучасних викликів і глобальних тенденцій.

Відповідно до поставленої мети визначені такі *завдання*:

- розкрити теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини;
- визначити основні етапи інституційного становлення державного і недержавного регулювання страхової медицини в Україні;
- проаналізувати сучасний стан галузі охорони здоров'я в Україні та передумови розвитку страхової медицини;
- оцінити чинне нормативно-правове забезпечення страхової медицини в Україні та запропонувати напрями його вдосконалення;
- проаналізувати міжнародний досвід впровадження страхової моделі та виділити кращі практики, які можуть бути застосовані в Україні;
- сформулювати рекомендації щодо вдосконалення процедур вироблення державної політики у сфері страхової медицини, враховуючи потреби нормативного, інституційного та ресурсного забезпечення.

Теоретична, методична значущість отриманих результатів полягає у комплексному аналізі державної політики у сфері страхової медицини в Україні, що включає оцінку її ефективності та розробку практичних рекомендацій для вдосконалення механізмів реалізації.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання його результатів для розробки нових нормативно-правових актів, стратегічних документів та вдосконалення підходів до впровадження страхової моделі медицини в Україні.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2024. Рік захисту роботи – 2024.

Ключові слова: страхова медицина; вироблення державної політики у сфері страхової медицини; система охорони здоров'я; медичне страхування; реформування галузі охорони здоров'я.

В і д г у к
про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету економіки та управління
освітньо-професійної програми

«Цифрове врядування»

Давидова П.С.

на тему **«Вироблення державної політики у сфері страхової медицини»**

1. Актуальність теми зумовлена нагальною необхідністю модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я. За умов обмеженості бюджетних ресурсів і значного фінансового тягаря на громадян, модель страхової медицини може стати дієвим механізмом розподілу витрат, покращення якості медичних послуг і підвищення соціальної справедливості. Проте реалізація цієї моделі в Україні вимагає ґрунтовного наукового підходу, врахування міжнародного досвіду та адаптації до національних особливостей.

2. Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Робота демонструє глибокий аналіз нормативно-правової бази, що регулює страхову медицину, а також порівняльний огляд моделей страхової медицини у світовій практиці. Автором розроблено конкретні рекомендації щодо вдосконалення державної політики з урахуванням українських реалій та міжнародного досвіду. Структура роботи є чіткою, а її висновки добре аргументованими.

3. Наявність самостійних розробок автора. Автор демонструє високу самостійність у виконанні роботи. У дослідженні запропоновано практичні рекомендації щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення страхової медицини в Україні. Значущим є розроблений автором підхід до моделі впровадження страхової медицини, що враховує як міжнародний досвід, так і специфіку українських реалій.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій полягає у комплексному аналізі державної політики у сфері страхової медицини в Україні, що включає оцінку її ефективності та розробку практичних рекомендацій для вдосконалення механізмів реалізації. Практичні рекомендації, зокрема щодо розробки законодавчих змін, мають високу цінність для впровадження сучасних механізмів страхування у систему охорони здоров'я України. Вони можуть бути використані органами державної влади для вдосконалення існуючої системи медичного обслуговування.

5. Наявність недоліків. Попри високу якість дослідження, робота могла б виграти від більш глибокого аналізу соціальних аспектів впровадження страхової медицини, зокрема впливу на вразливі верстви населення.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК: Кваліфікаційна магістерська робота Давидова П.С. виконана на професійному рівні, результати дослідження дають відповідь на поставлені завдання у вступі, робота відповідає всім наявним вимогам та може бути допущена до захисту з оцінкою «відмінно».

Науковий керівник: старший викладач

«__» _____ 2024 р. _____

Лариса Шульга

Рецензія

на кваліфікаційну магістерську роботу здобувача вищої освіти
Давидова Павла Сергійовича
на тему: «Вироблення державної політики у сфері страхової медицини»

Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи і доцільність її розроблення зумовлена необхідністю вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах реформування системи медичного страхування в Україні. Розвиток страхової медицини є ключовим чинником для забезпечення доступності та якості медичних послуг, що відповідають потребам населення. Крім того, міжнародний досвід підтверджує важливість запровадження ефективних страхових механізмів як основи сталого фінансування системи охорони здоров'я.

Якість проведеного дослідження. Дослідження, проведене автором, відповідає основним напрямкам наукових досліджень кафедри національної економіки та публічного управління. Автор ефективно використав теоретичні та практичні знання, набуті під час навчання, а також свої вміння та навички в сфері публічного управління та адміністрування для вирішення конкретних практичних завдань.

Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Автор ретельно дослідив сучасний стан страхової медицини, акцентуючи увагу на взаємозв'язках між державним регулюванням і практикою впровадження страхових механізмів. Важливо відзначити аналітичний підхід автора до оцінки діючої нормативно-правової бази та перспектив її вдосконалення. Особливу цінність мають запропоновані рекомендації, що спираються на порівняльний аналіз іноземного досвіду й адаптацію найкращих практик до українських реалій.

Зауваження. Попри значні досягнення, у роботі відсутній достатній акцент на практичній реалізації запропонованих рекомендацій. Було б доцільно більш детально розглянути можливі етапи впровадження медичного страхування, враховуючи фінансові, соціальні й адміністративні обмеження.

Магістерська робота Давидова Павла Сергійовича на тему «Вироблення державної політики у сфері страхової медицини» відповідає вимогам, які висуваються до дипломних робіт на здобуття кваліфікації магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», може бути допущена до захисту перед ЕК та заслуговує на оцінку «відмінно».

Державний експерт експертної групи
формування Національної програми
інформатизації директорату розвитку
Національної програми інформатизації
Міністерства цифрової трансформації
доктор наук з державного управління



Сергій ГОРБЛЮК

Друко
Пасовиць
уфорово

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ	8
1.1 Аналіз державної політики у сфері страхової медицини як об'єкт наукового аналізу	8
1.2 Інституційне становлення державного та недержавного регулювання страхової медицини в Україні.....	15
1.3 Сучасний стан галузі охорони здоров'я та передумови розвитку страхової медицини в Україні.....	22
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ СИСТЕМИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ: ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ ТА ІНОЗЕМНИХ ДЕРЖАВ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ.....	30
2.1 Нормативно-правове регулювання страхової медицини в Україні .	30
2.2 Системи страхової медицини в світі: порівняльний аналіз	41
2.3 Реформування системи страхової медицини: проблемні питання та очікувані результати	52
РОЗДІЛ 3. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУР ВИРОБЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ.....	60
3.1 Управлінські аспекти аналізу державної політики у сфері страхової медицини	62
3.2 Рекомендації щодо нормативно-правового, інституційного та ресурсного забезпечення реформування системи страхової медицини в Україні	65
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток страхової медицини є однією з ключових складових ефективної системи охорони здоров'я, що спрямована на забезпечення доступності якісної медичної допомоги для всіх верств населення. У багатьох країнах світу страхова медицина довела свою ефективність у зниженні фінансового навантаження на громадян і державу, сприяючи формуванню стійкої системи охорони здоров'я. Україна, перебуваючи на етапі трансформації своєї медичної сфери, зіштовхується з низкою викликів у впровадженні страхової моделі, що вимагає ретельного аналізу державної політики в цій сфері.

Актуальність теми зумовлена нагальною необхідністю модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я. За умов обмеженості бюджетних ресурсів і значного фінансового тягара на громадян, модель страхової медицини може стати дієвим механізмом розподілу витрат, покращення якості медичних послуг і підвищення соціальної справедливості. Проте реалізація цієї моделі в Україні вимагає ґрунтовного наукового підходу, врахування міжнародного досвіду та адаптації до національних особливостей.

Державна політика у сфері страхової медицини визначає основні напрями реформування галузі, встановлює правові, фінансові й організаційні механізми функціонування страхової моделі. Її ефективність залежить від чіткого визначення цілей, узгодження міждержавних і міжгалузевих підходів, залучення громадянського суспільства та бізнесу. Аналіз цієї політики дозволяє виявити ключові проблеми, оцінити досягнення та недоліки, а також сформулювати рекомендації для подальшого вдосконалення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У вітчизняній практиці ця тема належно не висвітлена. Важливу роль у процесі розроблення теоретико-методологічних засад політичної аналітики відіграли наукові праці таких провідних зарубіжних учених: Дж. Алмонда, Дж. Андерсона, П. Брауна, С.

Брукса, Е. Вайнінга, Д. Ваймера, К. Вайса, В. Вільямса, А. Вілдавські, Б. Гогвуда, Т. Дая, В. Данна, Д. Істона, Е. Квайда, Л. Пала, С. Паттона, Д. Парсонса, Г. Ласуела, С. Ліндблома та ін.

Переважно аналізу державної політики та дослідженням різних аспектів політичної аналітики присвятили свої праці М.Багмет, В.Бакуменко, В.Бебик, Т.Брус, Б.Гаєвський, В.Горбатенко, О.Дем'янчук, С.Здіорук, А.Качинський, В.Князєв, І.Курас, В.Лісничий, М.Логунова, М.Михальченко, М.Пірен, С.Рябов, В.Саламатов, В.Скуратівський, Ю.Сурмін, В.Токовенко, В.Тронь, В.Туленков, В.Шахов, Ю.Шаров, Л.Шкляр, В.Юрчишин та ін.

Актуальні проблеми державного управління та їх зв'язок із політичними реаліями України знайшли відображення в роботах В.Авер'янова, В.Бодрова, І.Грицяка, Н.Грицяк, А.Кудряченка, В.Лугового, Т.Мотренка, О.Оболенського, В.Олуйка, О.Осауленка, П.Надолішнього, І.Надольного, Н.Нижник, Г.Почепцова, В.Рижих, Г.Ситника, С.Сьоміна, В.Тимцуника, В.Шамрая, Ю.Шемшученка, І.Шкурата та ін.

На науковому пошуку різних складових державної політики України в галузі охорони здоров'я та у сфері страхової медицини наголошують дослідники цієї проблеми М.Білинська, О.Біловол, С.Бугайцов, Ю.Вороненко, Ю.Гайдаєв, М.Голубчиков, Т.Грузєва, А.Зіменковський, Д.Карамішев, Б.Криштопа, В.Лехан, В.Лобас, В.Москаленко, А.Нагорна, М.Поліщук, В.Пономаренко, В.Пасько, Я.Радиш, В.Скуратівський, Г.Слабкий, І.Солоненко, В.Таралло, В.Чебан, О.Черниш, О.Шаптала, М.Шутов, Н.Ярош та ін., які підкреслюють, важливість формування власної моделі розвитку системи охорони здоров'я України, заснованої на рівних можливостях громадян і верховенстві права, розвитку підприємницької діяльності в галузі, застосуванні ефективних механізмів її державного регулювання.

Попри те, що науковці активно формують і розвивають основні підходи до аналізу державної політики, теоретичні та методологічні основи ухвалення державних рішень, а також досліджують особливості розробки й реалізації

державної політики, низка специфічних аспектів та прикладних технологій політичної аналітики у сфері державного управління залишається недостатньо опрацьованою. Це стосується і сфери страхової медицини.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є аналіз вироблення державної політики у сфері страхової медицини в Україні, її особливостей та перспектив розвитку в контексті сучасних викликів і глобальних тенденцій.

Для досягнення поставленої мети визначено такі *завдання*:

- розкрити теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини;
- визначити основні етапи інституційного становлення державного і недержавного регулювання страхової медицини в Україні;
- проаналізувати сучасний стан галузі охорони здоров'я в Україні та передумови розвитку страхової медицини;
- оцінити чинне нормативно-правове забезпечення страхової медицини в Україні та запропонувати напрями його вдосконалення;
- проаналізувати міжнародний досвід впровадження страхової моделі та виділити кращі практики, які можуть бути застосовані в Україні;
- сформулювати рекомендації щодо вдосконалення процедур вироблення державної політики у сфері страхової медицини, враховуючи потреби нормативного, інституційного та ресурсного забезпечення.

Об'єкт дослідження – державна політика у сфері страхової медицини.

Предмет дослідження – вироблення державної політики у сфері страхової медицини.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є системний підхід, який дозволяє розглянути державну політику у сфері страхової медицини як комплекс взаємозалежних і взаємодіючих елементів. Для аналізу використовуються загальнонаукові та спеціальні методи дослідження: історичний, порівняльний, структурно-функціональний, аналітико-статистичний та прогностичний.

Теоретична, методична значущість отриманих результатів полягає у комплексному аналізі державної політики у сфері страхової медицини в Україні, що включає оцінку її ефективності та розробку практичних рекомендацій для вдосконалення механізмів реалізації.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання його результатів для розробки нових нормативно-правових актів, стратегічних документів та вдосконалення підходів до впровадження страхової моделі медицини в Україні.

Таким чином, розгляд державної політики у сфері страхової медицини є важливим етапом у вирішенні завдання забезпечення якісної медичної допомоги населенню, що відповідає сучасним європейським стандартам.

Інформаційною базою дослідження є нормативно-правові акти України у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, наукові праці вітчизняних і зарубіжних дослідників, що стосуються проблематики страхової медицини, а також статистичні дані про стан галузі охорони здоров'я та впровадження страхових механізмів.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

У першому розділі розглянуто теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини. Зокрема, визначено основні підходи до аналізу державної політики, інституційні передумови розвитку державного та недержавного регулювання страхової медицини в Україні. Значну увагу приділено сучасному стану галузі охорони здоров'я, акцентовано на проблемах, які стримують розвиток страхової медицини.

У другому розділі здійснено аналіз чинної системи страхової медицини, зокрема нормативно-правового регулювання цієї сфери в Україні. Проведено порівняльний аналіз систем страхової медицини в різних країнах світу, що дозволило виявити ефективні практики для адаптації в Україні. Розглянуто

проблемні аспекти реформування страхової медицини та обґрунтовано очікувані результати впровадження реформ.

У третьому розділі запропоновано пріоритетні напрями вдосконалення державної політики у сфері страхової медицини. Представлено рекомендації щодо нормативно-правового, інституційного та ресурсного забезпечення реформування системи страхової медицини в Україні. Особливу увагу приділено управлінським аспектам, які сприяють ефективному аналізу та реалізації державної політики в цій сфері.

Апробація дослідження. Результати дослідження представлені автором на III міжнародній науково-практичній онлайн-конференції «Державна політика та управління стратегічними комунікаціями в кризових умовах» (м. Київ – м. Вроцлав, 23 жовтня 2024 року) [76].

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

1.1 Аналіз державної політики у сфері страхової медицини як об'єкт наукового аналізу

Аналіз державної політики у сфері страхової медицини є важливим напрямком наукових досліджень, який має особливе значення в умовах трансформації соціально-економічних відносин у державі. Страхова медицина поєднує економічні, соціальні та політичні аспекти, що впливають на забезпечення населення якісними медичними послугами, фінансування охорони здоров'я та реалізацію соціальної справедливості. У цьому контексті аналіз державної політики дозволяє оцінити ефективність управлінських рішень, виявити недоліки існуючих механізмів та сформулювати рекомендації для їх вдосконалення.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні стикається з численними викликами, зокрема недостатнім фінансуванням, нерівномірним доступом до медичних послуг та незадовільною якістю медичної допомоги. Запровадження елементів страхової медицини є одним із можливих шляхів вирішення цих проблем, адже страхова модель передбачає більш раціональне використання ресурсів, чіткий розподіл відповідальності між державою, роботодавцями та громадянами, а також забезпечення стійкості системи охорони здоров'я.

Державна політика у цій сфері спрямована на створення умов для впровадження страхової медицини, але її ефективність залежить від багатьох факторів: правового регулювання, економічних механізмів, інституційного забезпечення, рівня суспільної підтримки та готовності населення до змін.

Тому аналіз політики в цій галузі потребує комплексного підходу, який враховує як внутрішні, так і зовнішні чинники.

Аналіз державної політики як науковий напрямок базується на міждисциплінарному підході, що поєднує економіку, соціологію, політологію, право та управління. У сфері страхової медицини цей аналіз має враховувати:

1. Нормативно-правову базу – законодавчі акти, які регулюють діяльність системи охорони здоров'я та механізми медичного страхування.

2. Економічні аспекти – фінансування системи охорони здоров'я, співвідношення державних та приватних коштів, рівень витрат на медицину щодо ВВП.

3. Соціальні фактори – рівень доступності медичних послуг для різних верств населення, ставлення громадян до впровадження страхової медицини.

4. Інституційні механізми – організація роботи органів управління охороною здоров'я, функціонування страхових компаній та медичних закладів.

Аналіз державної політики також має враховувати міжнародний досвід, який демонструє різні моделі страхової медицини. Наприклад, система обов'язкового медичного страхування у Німеччині чи змішана модель у Франції надають важливі приклади для адаптації їхніх механізмів до українських реалій.

В Україні система страхової медицини перебуває на етапі становлення, що супроводжується численними викликами. Серед них – недостатність фінансування, низький рівень довіри громадян до державних інституцій, недосконалість законодавчого регулювання та слабка координація між державними органами.

Державна політика у цій сфері передбачає такі ключові напрями:

- створення законодавчої бази для впровадження медичного страхування;

- розвиток інфраструктури охорони здоров'я, зокрема забезпечення фінансування лікарень та медичних закладів;
- формування механізмів контролю за якістю медичних послуг;
- забезпечення доступності медичного страхування для всіх верств населення;
- підвищення рівня обізнаності громадян про переваги страхової медицини.

Наразі впровадження реформи страхової медицини відбувається повільно через низку перешкод, зокрема економічну нестабільність, недостатню політичну волю та опір з боку окремих учасників ринку.

Аналіз державної політики у цій сфері дозволяє виявити проблеми, які потребують вирішення, та розробити ефективні механізми для їх подолання. Наукові дослідження сприяють вдосконаленню існуючих підходів до управління охороною здоров'я, забезпечують доказову базу для ухвалення рішень та формують рекомендації для інтеграції страхової медицини в українську систему охорони здоров'я [7].

Окрім того, аналіз політики у цій галузі має значення для досягнення цілей сталого розвитку, таких як забезпечення здоров'я і добробуту для всіх (Ціль 3) та зменшення нерівності (Ціль 10). Він також сприяє адаптації системи охорони здоров'я до європейських стандартів, що є важливим кроком на шляху до інтеграції України в ЄС.

Аналіз державної політики у сфері страхової медицини є важливим інструментом для забезпечення ефективності управління в охороні здоров'я. Комплексний підхід до дослідження цієї сфери дозволяє виявити недоліки, адаптувати кращі міжнародні практики та створити умови для сталого розвитку системи медичного страхування в Україні. Науковий інтерес до цієї теми зумовлений необхідністю вдосконалення механізмів охорони здоров'я, забезпечення доступності медичних послуг та підвищення рівня соціальної справедливості у сфері медицини.

Аналіз державної політики був предметом уваги численних досліджень у минулі сторіччя, хоча її докладне вивчення розпочалося тільки в середині ХХ століття. Сучасний термін "аналіз політики" вперше, 1958 року, увів Ч. Ліндблом. Пізніше ним охоче користувався Е. Дрор [56, с. 12-90].

Дефініція „аналіз” у звичному розумінні тлумачиться як розчленування, розкладення. „У загальному значенні слова є душевна діяльність, що розкладає цілу думку на її складові, в протилежність синтезу – створенню цілого з частин” [30].

Термін „аналіз” (політики) має свою специфіку, і у необізнаних з проблематикою аналізу державної політики він асоціюється з процедурами аналізу, що передбачають передусім аналітичний розгляд того, що вже фактично відбулося, що вже виконано. Аналіз у контексті розуміння терміна „аналіз державної політики” – це комплекс аналітичних процедур, спрямований насамперед на пораду щодо майбутніх (конкретних) дій [18, с. 14].

Доречним є поширене визначення: „Аналіз державної політики – це порада щодо державних рішень (дій), орієнтована на клієнта й базована на суспільних цінностях” [9, с. 11].

Тобто, термін „аналіз” у контексті „аналізу державної політики” застосовується подібно до нашого розуміння поняття „стратегія”. Хоча важливим напрямом дослідження є стратегічне планування, стратегічний менеджмент у виробленні державної політики.

Аналіз політики, який А. Вілдавскі назвав повідомленням правди владі [18] привернув увагу до суспільних наук як засобу поліпшення людського суспільства. Причиною цього, окрім дослідницького інтересу, була і є потреба в глибокому аналізі й усвідомленні безпосередньої дії/бездії влади.

Уточнюючи та адаптуючи визначення доктора наук з державного управління В. Тертички, який описує аналіз державної політики як комплекс аналітичних процедур, спрямованих на розробку рекомендацій (порад) щодо

найкращого з можливих курсів дії або бездіяльності влади, заснованих на суспільних цінностях [54], можна запропонувати таке визначення: Аналіз державної політики у сфері страхової медицини – це сукупність аналітичних процедур, спрямованих на розробку рекомендацій (порад) щодо найкращих з можливих стратегій дії або бездіяльності влади з метою впровадження та розвитку страхової медицини».

Для поглиблення розуміння цього підходу звернемося до праць науковців з інших країн, які детально досліджували аналіз державної політики. Вивчення аналізу державної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я, є важливим напрямком у працях зарубіжних науковців. Наприклад, Г. Лассуелл, один із засновників політичної науки, пропонував підхід, що базується на визначенні проблеми, формулюванні альтернативних рішень, оцінці цих альтернатив, виборі найкращої стратегії та її впровадженні. Його концепція багатоступеневого аналізу залишається актуальною в дослідженнях державної політики. У працях А. Вілдавскі акцентується на важливості інтеграції економічного та соціального контексту у процес аналізу державної політики. Вілдавскі підкреслював, що у сфері охорони здоров'я ключовими є питання фінансування, доступності послуг та оцінки їх ефективності, що повною мірою стосується і страхової медицини [14].

Дослідники Європейського Союзу, такі як К. Дірксон та Г. Бокан, розглядали державну політику як процес адаптації до потреб суспільства. У сфері охорони здоров'я вони звертали увагу на важливість аналізу потреб населення, а також прогнозування наслідків ухвалення конкретних рішень, зокрема впровадження систем медичного страхування.

У Сполучених Штатах Д. Кінгдон розробив теорію "вікна можливостей", яка пояснює, як політичні, економічні та соціальні чинники створюють умови для реалізації певних рішень у сфері державної політики. Його підхід корисний для аналізу страхової медицини, оскільки дозволяє оцінити, коли і

як краще впроваджувати реформи, враховуючи політичний клімат та готовність суспільства [23].

Міжнародні підходи та концепції можна ефективно адаптувати для аналізу політики у сфері страхової медицини в Україні. Зокрема:

- Модель багатоступеневого аналізу (Лассуелл) дозволяє систематично оцінити всі етапи впровадження страхової медицини, від ідентифікації проблем до моніторингу результатів.

- Інтеграція економічного та соціального контексту (Вілдавскі) є необхідною для оцінки доступності медичного страхування для різних верств населення та ефективності його фінансування.

- Оцінка потреб населення (Дірксон, Бокан) допоможе визначити пріоритетні напрямки розвитку страхової медицини, враховуючи особливості демографічної ситуації та стану системи охорони здоров'я.

- Концепція "вікна можливостей" (Кінгдон) сприяє ідентифікації найбільш сприятливих умов для впровадження реформ у медичній галузі.

Таким чином, аналіз державної політики у сфері страхової медицини є багатогранним процесом, що потребує врахування міжнародного досвіду та адаптації його до національних реалій. Це дозволяє створити ефективну стратегію розвитку страхової медицини, яка відповідає потребам суспільства та забезпечує стійкість системи охорони здоров'я [54].

Дж. Андерсон у своїй праці «Вироблення державної політики» [61] акцентує увагу на вивченні ключових етапів і складових процесу розроблення державної політики. Він підкреслює, що при використанні процесуально-циклічного підходу дослідник повинен враховувати ролі та функції основних учасників процесу творення державної політики, а також вплив зовнішніх факторів, які значною мірою формують її зміст. Автор закладає теоретико-методологічний фундамент для аналізу процесів вироблення державної політики.

У книзі Б. Гогвуда та Л. Гана «Аналіз політики для реального світу» [10] розглядаються практичні інструменти, які можуть бути корисними аналітикам та розробникам політики на різних етапах політичного процесу. Науковці наголошують на необхідності вивчення процесу державної політики через призму послідовних етапів вирішення конкретної проблеми.

В. Парсонс у своїй праці «Публічна політика: Вступ до теорії й практики аналізу політики» [36] пропонує багатоаспектний підхід до аналізу державної політики. У першій частині книги зосереджено увагу на метааналізі державної політики, що включає розгляд методів та підходів, які використовуються в цій сфері. У наступних розділах автор аналізує різні стадії циклу державної політики, надаючи практичні рекомендації щодо їх вивчення.

Праця Дж. Веймера та Й. Вайнінга «Аналіз політики: Концепції і практика» [9] зосереджена на теоретичних засадах, методології та практичному аналізі державної політики з урахуванням суспільних цінностей. Автори акцентують увагу на ключових аспектах аналізу: визначенні проблем, розробці альтернативних рішень, оцінці ефективності та інших цілей політики, а також вимірюванні витрат і вигід від державного втручання або його коригування.

Л. Пал у своїй роботі «Аналіз державної політики» [35] наголошує на важливості розуміння інституційних структур, у межах яких відбувається розроблення політики. Він також аналізує роль ключових суб'єктів у визначенні порядку денного та проблематики, які потребують вирішення на державному рівні.

Серед українських дослідників варто відзначити О. Валецького, який у монографії «Державна політика в Україні: методологія аналізу, стратегія, механізми впровадження» аналізує структуру та середовище державної політики, а також основні аспекти її планування.

Монографія В. Тертички «Державна політика: аналіз та здійснення в Україні» [56] присвячена розробленню та реалізації державної політики. У ній

детально розглянуто зміст, принципи та методологію аналізу державної політики, що становить важливий внесок у розвиток цієї галузі в Україні.

Попри значний обсяг напрацювань у галузі політичної аналітики, деякі специфічні напрями, такі як аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я та страхової медицини, залишаються недостатньо дослідженими. Українські вчені зазначають, що галузь охорони здоров'я перебуває у кризовому стані через низку чинників:

- соціально-економічні зміни;
- недостатнє фінансування;
- низький рівень оплати праці медичних працівників;
- незадовільна якість та ефективність медичної допомоги.

На думку Н. Р. Нижник, державна політика в галузі охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальної політики держави, спрямованою на оптимізацію роботи системи охорони здоров'я, що охоплює різні аспекти – від підготовки кадрів до проведення профілактичних заходів [33].

Для трансформації системи охорони здоров'я важливо забезпечити її фінансування, організацію на макро- та мікрорівнях, а також розробити ефективні методи оплати медичних послуг. Українські вчені наголошують на необхідності перетворення цієї сфери з витратної на інвестиційну, оскільки інвестиції у здоров'я населення мають стратегічне значення.

Отже, аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема страхової медицини, є не лише актуальним, а й критично важливим для забезпечення сталого розвитку українського суспільства.

1.2 Інституційне становлення державного та недержавного регулювання страхової медицини в Україні

Дослідження історичного розвитку медичного страхування є ключовим етапом для розуміння сучасних проблем і перспектив розвитку страхової

медицини в Україні. Від витоків медичного страхування до його сучасного стану система зазнавала значних трансформацій, пов'язаних із соціально-економічними та політичними змінами [44, с. 47].

Аналіз інституційного становлення регулювання страхової медицини дозволяє окреслити механізми, які формувалися під впливом як зовнішніх, так і внутрішніх факторів, та визначити їхню ефективність у сучасних умовах.

У другій половині XIX століття, в умовах стрімкої індустріалізації, українські землі, що входили до складу Австро-Угорщини та Російської імперії, зіткнулися з новими соціальними викликами. Прискорення розвитку промисловості, поява великих підприємств і зростання кількості робітників створили потребу в забезпеченні їхнього соціального захисту. Відсутність належного медичного обслуговування, високий рівень травматизму та поширення інфекційних захворювань зумовили пошук механізмів, які могли б забезпечити робітників доступом до медичної допомоги [19].

На територіях Західної України, які входили до складу Австро-Угорщини, перші форми соціального захисту робітників почали з'являтися у вигляді кас взаємодопомоги (Krankenkassen). Ці каси створювалися за підтримки підприємців або самих робітників і фінансувалися за рахунок внесків їхніх членів. Вони забезпечували:

- оплату медичних послуг на випадок хвороби;
- виплату допомоги під час тимчасової непрацездатності;
- покриття витрат на медикаменти.

Організація таких кас базувалася на законодавстві Австро-Угорщини, зокрема на "Законі про соціальне страхування" 1888 року, який заклав основи для розвитку обов'язкового страхування для робітників. Закон поширювався на найманих працівників промислових підприємств, ремісників та інших категорій, включаючи українське населення Галичини, Буковини та Закарпаття [15].

На східних українських землях, які входили до складу Російської імперії, розвиток медичного страхування також пов'язаний із зростанням промисловості. У 1861 році, після скасування кріпацтва, почали формуватися нові трудові відносини, що потребували захисту робітників. Важливим кроком стало ухвалення в 1866 році "Положення про фабричні лікарні", яке зобов'язувало власників великих підприємств утримувати лікарні та забезпечувати своїх працівників медичною допомогою. Однак ця ініціатива мала обмежений характер і не охоплювала всіх робітників [44].

На початку XX століття, у 1912 році, було прийнято "Закон про забезпечення робітників на випадок хвороби", який запровадив перші елементи обов'язкового медичного страхування для найманих працівників у промисловості. Закон передбачав створення лікарняних кас, які функціонували за такими принципами:

- сплата внесків здійснювалася роботодавцями та працівниками;
- лікарняні каси забезпечували оплату лікування, медикаментів і виплату допомоги у разі тимчасової непрацездатності [9, с.82] .

Каси взаємодопомоги стали важливим інструментом соціального захисту в умовах відсутності державного регулювання у сфері охорони здоров'я. Їхнє значення полягало в наступному:

1. Доступ до медичної допомоги. Робітники отримували можливість користуватися медичними послугами, які були недоступними для більшості населення.
2. Фінансова підтримка. Виплати під час хвороби забезпечували мінімальний рівень доходу для працівників і їхніх сімей.
3. Солідарність. Каси базувалися на принципах колективної участі, що сприяло формуванню взаємодопомоги серед робітників .

З утворенням Радянського Союзу в 1922 році було запроваджено принципово нову систему охорони здоров'я, яка замінила існуючі до того

страхові механізми. Основою цієї системи стала централізована модель, що передбачала:

1. Фінансування з державного бюджету. Усі витрати на охорону здоров'я покривалися за рахунок загальних податкових надходжень.

2. Універсальність. Медична допомога декларувалася як безоплатна і доступна всім громадянам незалежно від їхнього соціального статусу чи місця проживання.

3. Державний контроль. Уся система охорони здоров'я перебувала під повним контролем держави, яка виступала монополістом у цій сфері.

Медичне страхування, яке раніше функціонувало через лікарняні каси чи каси взаємодопомоги, було скасоване як "буржуазний елемент". Радянська ідеологія заперечувала приватні чи напівприватні форми фінансування медицини, вбачаючи в них загрозу соціальній рівності [44]. Це призвело до:

- повного знищення страхових установ, які діяли на території українських земель у складі Російської імперії чи Австро-Угорщини;

- відсутності можливостей для розвитку добровільного або корпоративного страхування в медичній сфері.

Попри жорстку централізацію, радянська система охорони здоров'я мала певні переваги:

1. Універсальний доступ до медицини. Уперше всі громадяни, включаючи сільське населення, отримали можливість звертатися за медичною допомогою безкоштовно.

2. Розбудова інфраструктури. У радянський період активно створювалися лікарні, поліклініки, санаторії та профілакторії, що забезпечило доступність медичної допомоги навіть у віддалених районах.

3. Епідеміологічний контроль. Уряд приділяв значну увагу боротьбі з інфекційними хворобами через масштабні профілактичні кампанії, вакцинацію та санітарно-освітню роботу.

Однак монополізація охорони здоров'я державою мала і значні недоліки:

1. Відсутність конкуренції. Одноджерельне фінансування та державний контроль виключали механізми ринкової конкуренції, що негативно позначилося на якості медичних послуг.

2. Перевантаженість системи. Універсальний доступ до медицини при обмежених фінансових ресурсах призвів до зниження ефективності системи через черги, брак обладнання та медикаментів.

3. Інноваційний застій. Відсутність страхових механізмів і ринкових стимулів обмежувала інвестиції в новітні технології, розвиток фармацевтики та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

4. Дефіцит фінансування* Попри значні зусилля держави, фінансування системи охорони здоров'я залишалося недостатнім для забезпечення якісного медичного обслуговування на всій території СРСР.

Централізована система охорони здоров'я, що функціонувала в Радянському Союзі, заклала основи для організації медицини в незалежній Україні. Проте скасування страхових механізмів створило розрив у розвитку медичного страхування, який став особливо відчутним після здобуття незалежності. Відсутність досвіду у впровадженні страхових механізмів у медицині стала одним із ключових викликів під час реформування системи охорони здоров'я в пострадянський період.

З початком 1990-х років Україна зіткнулася з масштабними економічними, соціальними та політичними трансформаціями. Перехід від планової до ринкової економіки поставив під загрозу стабільне функціонування централізованої системи охорони здоров'я, яка фінансувалася переважно з державного бюджету [5, с.18].

Основними викликами стали:

1. Зменшення бюджетного фінансування. Через економічну кризу суттєво скоротилися кошти, що спрямовувалися на охорону здоров'я.

2. Деградація медичної інфраструктури. Брак фінансування призвів до погіршення стану медичних установ, зношеності обладнання та дефіциту медикаментів.

3. Зниження якості медичних послуг. Універсальний доступ до безкоштовної медицини став номінальним через неофіційні платежі та корупцію.

За умов економічного спаду та бюджетних обмежень виникла необхідність реформування системи охорони здоров'я. Одним із ключових напрямів стало впровадження медичного страхування, яке могло б:

- залучити додаткові джерела фінансування;
- забезпечити прозорість фінансових потоків у системі охорони здоров'я;
- покращити доступність та якість медичних послуг для населення.

Перші кроки до впровадження медичного страхування в Україні були зроблені в середині 1990-х років. Уряд розпочав розробку концепцій реформування системи охорони здоров'я, які передбачали перехід до обов'язкового медичного страхування (ОМС). Основні етапи:

1. 1996 рік – прийняття Конституції України, яка закріпила право громадян на безоплатну медичну допомогу, що вимагало пошуку нових механізмів забезпечення цього права.

2. Кінець 1990-х років – розробка законопроектів про ОМС, які передбачали створення страхових фондів і залучення роботодавців до співфінансування системи.

3. 2000-ті роки – активізація дискусій щодо необхідності впровадження ОМС як стратегічного напрямку медичної реформи.

Незважаючи на численні законодавчі ініціативи, система обов'язкового медичного страхування досі не була повністю реалізована через такі фактори:

1. Відсутність належного фінансування. Економічна нестабільність та брак ресурсів стали головною перепорою для створення стабільної фінансової бази для ОМС.

2. Недостатня інституційна база. На момент початку реформ в Україні не було відповідних інституцій, здатних забезпечити функціонування страхових механізмів у медицині.

3. Політична нестабільність. Часта зміна урядів та відсутність єдності серед політичних еліт щодо моделі реформування охорони здоров'я гальмували впровадження змін.

4. Супротив з боку суспільства. Населення, звикле до "безкоштовної" медицини, скептично ставилося до запровадження страхових платежів, побоюючись додаткового фінансового навантаження.

5. Корупція. Високий рівень корупції в системі охорони здоров'я створював бар'єри для прозорого функціонування страхових механізмів.

На сьогодні обов'язкове медичне страхування в Україні залишається на стадії обговорення та часткових пілотних проєктів. У 2000-х роках приватні страхові компанії почали пропонувати поліс ДМС, який охоплює лише невелику частку населення. Починаючи з 2017 року, в межах медичної реформи, було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка запровадила принцип "гроші ходять за пацієнтом". Ця модель, хоч і не є прямим медичним страхуванням, передбачає елементи ринкових механізмів [65].

Історичний розвиток медичного страхування в Україні демонструє тривалий і непростий шлях становлення цієї системи в умовах політичних і соціальних трансформацій. Аналіз інституційного регулювання дозволяє виявити ключові проблеми та перспективи його розвитку. Для успішного впровадження страхової медицини в Україні необхідна консолідація зусиль державних і недержавних інституцій, що забезпечить фінансову стабільність

системи охорони здоров'я та доступність якісних медичних послуг для населення.

Перехід до ринкової економіки в 1990-х роках створив передумови для реформування системи охорони здоров'я, зокрема шляхом впровадження медичного страхування. Однак, через комплекс економічних, соціальних та політичних факторів, обов'язкове медичне страхування в Україні досі не реалізоване. Це залишається одним із ключових викликів у сфері охорони здоров'я, що потребує подальшого дослідження та напрацювання конкретних механізмів для забезпечення стійкого розвитку галузі.

1.3 Сучасний стан галузі охорони здоров'я та передумови розвитку страхової медицини в Україні

Підходи до формування державної політики України в сфері охорони здоров'я визначаються в основному через норми Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50) [1]. Більш детальне роз'яснення та конкретизація основних конституційних положень щодо правового регулювання охорони здоров'я знайшли відображення в численних законодавчих і нормативних актах. Одним з таких є закон 1992 року – "Основи законодавства України про охорону здоров'я", який визначає основні принципи та засади створення національної системи охорони здоров'я. Політика України в галузі охорони здоров'я ґрунтується на визнанні державою права кожного громадянина на медичну допомогу, забезпеченні його захисту, а також гарантуванні всім громадянам можливості реалізувати свої права в цій сфері.

Однією з найбільших проблем галузі є демографічна криза, що спричиняє скорочення чисельності населення, втрату трудових ресурсів та створює загрозу національній безпеці держави. Демографічна ситуація погіршується через зменшення рівня народжуваності, збільшення смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку, а також міграційні процеси. Ці

явища мають соціально-економічне підґрунтя, що ускладнює стабільний економічний розвиток країни та підвищення якості життя її громадян. Рішення цих проблем потребують комплексних державних заходів, однак галузь охорони здоров'я повинна відігравати важливу роль у цьому процесі.

В Україні також спостерігається висока захворюваність на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит, серцево-судинні та онкологічні захворювання, а також травматизм і смертність від цих хвороб. Це свідчить про наявність серйозних проблем у лікуванні та профілактиці захворювань, зокрема в якості медичних послуг. Сьогодні основною проблемою охорони здоров'я залишається недостатнє фінансування галузі, що не дозволяє забезпечити високий рівень медичних послуг для всіх верств населення, належну оплату праці медичних працівників, впровадження нових технологій, а також забезпечення необхідним обладнанням медичних установ. Недостатнє фінансування також позначається на реалізації національних та державних програм у галузі охорони здоров'я [17]. Суттєвою перешкодою для вирішення цих проблем є затримка з прийняттям законодавчого акту "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування". Реформа сімейної медицини здійснюється дуже повільно, і досі не створено відповідних умов для підготовки кваліфікованих сімейних лікарів, а також для гідної оплати їхньої праці та забезпечення належних умов для їхньої діяльності, особливо в сільських районах. Додатково не проводиться реорганізація спеціалізованої медичної допомоги, що ускладнює ефективну передачу частини функцій лікарів вузьких спеціальностей сімейним лікарям. Це, в свою чергу, гальмує процес реформування структури та функціонування медичних закладів, включаючи сільську місцевість, і перешкоджає раціональному використанню ресурсів у галузі охорони здоров'я.

Потребує вирішення проблема створення єдиного медичного простору, подальшого удосконалення управління галуззю на всіх рівнях із залученням до цієї справи як медичної, так і широкої громадськості. Немає позитивних

зрушень у санітарній охороні довкілля, захисті повітряного простору і умов праці, забезпеченні якості води та продуктів харчування.

Реформування медичної галузі є ключовим елементом соціально-економічних перетворень в Україні. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки під назвою «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» заклала основи для створення нової, ефективної системи охорони здоров'я. Основною метою цієї реформи стало побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ до медичних послуг для всіх громадян, з високою якістю і економічною ефективністю при збереженні соціально прийняттого обсягу державних гарантій. Одним із важливих напрямів є перехід до страхової або бюджетно-страхової моделі, включаючи обов'язкове соціальне медичне страхування. На жаль, до 2022 року системні проблеми в сфері охорони здоров'я в Україні залишаються актуальними, що вимагає термінових реформ [54]. Зокрема:

1. Нестача ресурсного забезпечення. Частка витрат на охорону здоров'я від валового внутрішнього продукту (ВВП) України за останні роки залишалась на рівні 3-4 %, що майже втричі менше за середні світові показники. Це свідчить про значне недофінансування галузі, що ускладнює впровадження реформ і підвищення якості медичних послуг.

2. Недоліки механізмів державного фінансування. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів зростав протягом останніх років. Наприклад, у 2021 році цей обсяг становив 41,7 млрд грн, що на 31,5 % більше ніж у 2020 році (29,9 млрд грн). Однак попри збільшення фінансування, ефективність використання коштів залишалась низькою. Одна з причин – низькі заробітні плати медичних працівників, що залишаються одними з найнижчих в країні.

– Неформальне фінансування. Попри закріплену в Конституції гарантію державного фінансування, частка недержавного фінансування охорони

здоров'я в Україні досі є надзвичайно великою. Це включає інвестиції, благодійні внески та особисті витрати населення, що складають 41-50 % від загального обсягу фінансування. Це явище ще більше підвищує фінансове навантаження на громадян і призводить до збільшення частки платних медичних послуг [46].

3. Недосконалість організаційно-структурної моделі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я України перебуває під управлінням Міністерства охорони здоров'я, але наявність численних паралельних медичних служб інших міністерств та відомств не сприяє ефективному використанню бюджетних коштів. Дуже часто це призводить до дублювання функцій медичних установ, що в свою чергу збільшує витрати. Загалом, незважаючи на значне збільшення бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні, його рівень на душу населення залишається дуже низьким. Це в свою чергу спричиняє зростання частки особистих витрат населення на медичні послуги, що погіршує доступність і якість медичної допомоги для населення, особливо для найбідніших верств.

Реформа медичного страхування та перехід до більш ефективної моделі фінансування медичних послуг є важливими кроками для забезпечення доступу до медичних послуг і покращення ситуації в галузі охорони здоров'я. Однак, для цього необхідно не тільки збільшувати фінансування, а й змінювати організаційну модель, удосконалювати систему управління та забезпечувати реальну доступність медичних послуг для всіх громадян [23, с. 8].

Результатом вищезазначеного є те, що, згідно з вибіркоvim обстеженням умов життя домогосподарств 2021 року, близько 20% домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичну допомогу, повідомили про випадки недоступності необхідного лікування в стаціонарних медичних установах. У 2020 році цей показник становив майже 50%. Більшість таких

домогосподарств зазначили, що відмова від лікування була зумовлена високою вартістю послуг [50] .

4. Нераціональне використання наявних медичних ресурсів, зокрема:

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, що проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних закладів у певних адміністративних районах. Це створює диспропорції в медичному забезпеченні різних регіонів і призводить до неефективного використання медичних ресурсів на обмежених територіях.

- відсутність належної системи маршрутизації пацієнтів через лікарів первинної ланки (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), що сприяє безпосередньому зверненню пацієнтів до спеціалістів, зокрема через можливість зловживань в медичній сфері та надмірний, часто необґрунтований попит на дорогі медичні послуги.

5. Низька доступність якісних медичних послуг:

- значні відмінності у доступі до медичних послуг між міським і сільським населенням. За результатами соціологічних досліджень, у кожному другому домогосподарстві, де хтось із членів потребував медичної допомоги, він її не отримав. У 79% випадків це було пов'язано з високою вартістю, а у 11% – з відсутністю відповідного спеціаліста (у сільській місцевості цей показник досягав 17%).

Реформи в охороні здоров'я, такі як оптимізація медичних установ, лише поглибили проблему. Багато ФАПів у селах було ліквідовано, а важка доступність через погані дороги залишає частину населення без медичної допомоги [32].

- висока вартість ліків та неконтрольовані ціни на медичні засоби призводять до того, що більша частина населення не може дозволити собі необхідні ліки через їх високу вартість.

- високий рівень корупції та неформальних платежів в медичній сфері. За даними соціологічного дослідження, в 2020 році кожна вісімнадцята

гривня, витрачена населенням на медичні послуги, була спрямована на неформальні платежі (хабарі, неофіційні послуги тощо).

6. Низька якість кадрового забезпечення:

- лікарі первинної ланки не зацікавлені в підвищенні кваліфікації, оскільки їх оплата залежить від ставок, а не від якості роботи.

- негативний кадровий баланс: постаріння медичних працівників, низька якість підготовки кадрів і недостатній приплив молодих спеціалістів.

- відсутність прозорості та формалізму в процесах ліцензування медичної практики та акредитації медичних установ, що ускладнює надання якісних медичних послуг [63].

7. Недосконалість законодавства в галузі охорони здоров'я:

- неузгодженість законодавчої бази, що регулює фінансування медичних послуг, а також відсутність чітких визначень термінів "медична допомога" та "медичне обслуговування", що необхідно для визначення базового пакету медичних послуг, гарантованих державою.

Реформування системи охорони здоров'я може включати два основні сценарії: введення страхової медицини або вдосконалення існуючої бюджетної системи. Обидва варіанти мають свої переваги та недоліки.

1. Вдосконалення бюджетної сфери охорони здоров'я:

Характеризується бюджетним фінансуванням з участю громадян через добровільне медичне страхування або лікарняні каси. Переваги включають доступність безкоштовної медичної допомоги, профілактичну орієнтацію, а також підвищену ефективність в умовах надзвичайних ситуацій. Недоліки включають відсутність цільового фінансування, високі особисті витрати на медичні послуги, можливість дублювання медичних послуг і зловживаннями в системі.

2. Запровадження бюджетно-страхової системи охорони здоров'я:

Цей сценарій передбачає чітке визначення страхових внесків і бюджетне фінансування. Переваги включають прозорість фінансування,

мотиваційні механізми для покращення якості послуг і посилення солідарності в оплаті медичних послуг. Однак ризики включають додаткові витрати на утримання інфраструктури та складність адміністрування системи [12].

Основними перевагами впровадження системи обов'язкового медичного страхування є зміцнення фінансової бази системи охорони здоров'я та забезпечення високого рівня солідарності між громадянами. Проте в Україні є низка невирішених проблем, таких як низькі зарплати, високий рівень тіньової економіки, неузгодженість законодавства та відсутність єдиних державних тарифів на медичні послуги, що потребує значної підготовчої роботи до запровадження такої системи.

Висновки до першого розділу

Попри те, що значна частина теоретичних розробок у галузі політичної аналітики та аналізу державної політики вже була зроблена як вітчизняними, так і зарубіжними вченими, деякі специфічні напрямки та прикладні методики застосування політичної аналітики у державному управлінні, зокрема в секторі охорони здоров'я, залишаються недостатньо розвиненими. Це стосується також і страхової медицини в Україні.

В Україні досі відсутній кваліфікований аналіз державної політики в сфері охорони здоров'я, а також механізмів її реалізації через брак як відповідних наукових методик та навчальних матеріалів, так і підготовлених фахівців.

У контексті соціальних змін, важливо розглядати охорону здоров'я не як збиткову галузь, а як пріоритетну та перспективну сферу. Охорона здоров'я повинна перетворитися з соціально-витратної на соціально-інвестиційну, адже інвестиції в людину та її потенціал мають стратегічне значення для майбутнього розвитку країни.

Аналіз державної політики в сфері страхової медицини є складним процесом, що включає розробку рекомендацій щодо найбільш ефективних дій уряду з впровадження та розвитку цієї системи. Історичні факти свідчать, що страхова медицина вже двічі впроваджувалася на території сучасної України в кінці XIX – на початку XX століття.

Основні проблеми системи охорони здоров'я в Україні включають недостатнє ресурсне забезпечення, недоліки в механізмах фінансування, неефективну організаційну структуру, нераціональне використання ресурсів, низьку доступність і якість медичних послуг, погану кадрову ситуацію, а також недосконалість законодавства, що регулює діяльність у галузі охорони здоров'я.

Отже, для реформування української охорони здоров'я шляхом впровадження обов'язкового медичного страхування необхідно здійснити підготовчу роботу, спрямовану на підвищення ефективності існуючої системи охорони здоров'я, а також паралельно розвивати добровільне медичне страхування.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ СИСТЕМИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ: ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ ТА ІНОЗЕМНИХ ДЕРЖАВ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

2.1. Нормативно-правове регулювання страхової медицини в Україні

Нормативно-правове регулювання страхової медицини в Україні є важливою складовою частиною реформування охорони здоров'я та створення ефективної та доступної системи медичних послуг. На сьогоднішній день система медичного страхування в Україні складається із законодавчих актів, нормативних документів і підзаконних актів, що визначають механізми функціонування страхової медицини.

Основними етапами нормативно-правового регулювання страхової медицини в Україні є:

Конституція України [1]. Конституція України є основним нормативно-правовим актом, який закладає фундамент правових основ для функціонування усіх сфер життя, в тому числі охорони здоров'я. У контексті медичного страхування Конституція України встановлює базові принципи, на яких базуються подальші законодавчі ініціативи.

Стаття 49 Конституції України проголошує «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.» Це означає, що право на здоров'я є невід'ємним правом кожного громадянина, яке забезпечується державою через систему охорони здоров'я, доступ до медичних послуг і фінансування таких послуг.

Конституція не деталізує конкретно механізми медичного страхування, проте, проголошуючи право кожного громадянина на медичну допомогу, вона

створює передумови для подальшого розвитку законодавства, яке визначає, як саме це право реалізується через систему медичного страхування. Конституція стала правовою основою для ухвалення цих нормативно-правових актів, забезпечуючи правові гарантії, за якими державні органи повинні діяти при організації та реалізації медичного страхування [5].

Конституція також визначає, що для реалізації прав і свобод громадян повинні існувати державні органи та установи. В контексті охорони здоров'я це означає, що державні органи, такі як Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), а також страхові компанії, повинні здійснювати свою діяльність в межах Конституції та відповідних законів, забезпечуючи ефективне надання медичних послуг і доступність медичного страхування для громадян.

Захист права на здоров'я згідно з Конституцією України вимагає комплексного підходу до медичного страхування. Реформа системи медичного страхування передбачає, що громадяни будуть мати змогу не лише отримувати медичні послуги через систему державного фінансування, але й через страхові механізми, що дозволяють державі зменшити фінансове навантаження та покращити якість медичних послуг через конкуренцію на ринку страхування.

Таким чином, Конституція України створює базову правову платформу для розвитку та вдосконалення системи медичного страхування, яка повинна забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для кожного громадянина країни.

Закон України "Про охорону здоров'я" (1992) [4] є одним із основних нормативно-правових актів, що регламентують систему охорони здоров'я в Україні. Закон встановлює основи організації та функціонування охорони здоров'я, визначаючи як роль держави у забезпеченні медичної допомоги, так і принципи доступу до медичних послуг для громадян.

Закон має на меті забезпечити права громадян на охорону здоров'я і встановлює базові принципи для розвитку системи медичного обслуговування в Україні. Деякі ключові положення цього закону:

- Закон закріплює право кожної особи на охорону здоров'я, що є базовим правом громадян відповідно до Конституції України.

- Визначає загальні засади організації медичних послуг, створення і функціонування медичних установ, а також забезпечення доступу до необхідної медичної допомоги.

- Охорона здоров'я в Україні має бути доступною для всіх громадян, включаючи медичну допомогу як у державних, так і в приватних медичних закладах.

- Держава забезпечує фінансування охорони здоров'я через систему державних бюджетів, встановлюючи механізми контролю та нагляду за якістю медичних послуг. Вона також бере на себе обов'язок регулювати систему медичного страхування.

Хоча Закон "Про охорону здоров'я" був важливим кроком у формуванні основ медичного обслуговування в Україні, він не містить конкретних і детальних механізмів, які б регулювали розвиток медичного страхування як складової частини цієї системи. Закон визнає, що медичне страхування може бути частиною системи охорони здоров'я в Україні. Однак цей аспект залишався недостатньо регламентованим і потребував подальшого розвитку, оскільки відсутність чітких механізмів впровадження страхових програм у законодавстві ставала проблемою.

Закон визнає можливість створення різних моделей медичного страхування, але детальніше регулювання цієї сфери було визначено лише в наступних законодавчих актах, зокрема в Законі України "Про медичне страхування" (1996) та інших нормативних актах.

Закріплені в Законі "Про охорону здоров'я" основи потребували уточнень у зв'язку з розвитком медичної сфери в Україні та необхідністю інтеграції медичного страхування в національну систему охорони здоров'я.

Закон "Про охорону здоров'я" став основою для подальших реформ у сфері охорони здоров'я та медичного страхування в Україні. У той час як він заклав фундамент для розвитку медичного страхування, реформи в галузі медичного страхування, які почали активно впроваджуватись у наступні роки, включали:

Запровадження Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції управління системою медичного страхування.

Участь держави в фінансуванні обов'язкового медичного страхування, що забезпечує більш широкий доступ до медичних послуг для всіх громадян.

Однак для досягнення значних результатів в цій сфері необхідне подальше вдосконалення законодавства і уточнення його положень відповідно до актуальних потреб національної системи охорони здоров'я.

Закон України "Про обов'язкове державне медичне страхування" (проект) [6] є важливим етапом у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні. Хоча цей законопроект не набув чинності, він вже має великий потенціал для змін у сфері медичного обслуговування. Основною метою цього законопроекту є створення обов'язкової системи медичного страхування, що має забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу, економічного становища чи місця проживання.

Законопроект "Про обов'язкове державне медичне страхування" передбачає: Впровадження обов'язкового медичного страхування для всіх громадян України, що забезпечить покриття витрат на медичне обслуговування через систему державних медичних страхових фондів.

Рівний доступ до медичних послуг. Створення єдиного механізму, який гарантуватиме, що кожен громадянин, незалежно від фінансового становища,

матиме доступ до необхідної медичної допомоги. Це включатиме як базові медичні послуги, так і більш складні лікування та реабілітаційні заходи.

Структура медичних фондів. Законопроект передбачає створення спеціальних фондів, які будуть фінансувати медичні послуги для громадян через систему обов'язкового медичного страхування. Це може бути єдиний державний фонд або кілька спеціалізованих фондів, що здійснюватимуть фінансування на основі медичних потреб.

Перехід від платних послуг до безкоштовних за рахунок обов'язкового медичного страхування передбачається, що більшість медичних послуг стануть доступними безкоштовно для пацієнтів, а витрати на їх надання покриватимуться з фондів медичного страхування.

Основні принципи, на яких базується законопроект:

Універсальність і доступність: Законопроект передбачає, що система обов'язкового медичного страхування буде універсальною і доступною для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу. Це також включає забезпечення медичних послуг для соціально незахищених верств населення.

Рівність у доступі: Всі громадяни України повинні мати рівні права на отримання медичних послуг, що є важливим кроком до забезпечення соціальної справедливості в охороні здоров'я [11].

Ефективне використання ресурсів: Законопроект ставить завдання оптимізувати витрати на медичне обслуговування, знижуючи витрати з боку держави, одночасно підвищуючи якість надання послуг.

Законопроект "Про обов'язкове державне медичне страхування" є одним з ключових елементів у реформуванні української медичної системи, і його впровадження може стати важливим кроком до забезпечення рівного і доступного медичного обслуговування для всіх громадян. Якщо він буде реалізований ефективно, система обов'язкового медичного страхування дозволить знизити фінансову навантаження на державу, забезпечити рівний

доступ до медичних послуг і покращити загальний рівень охорони здоров'я в Україні.

Закон України "Про добровільне медичне страхування" (2002) [7] є важливим нормативно-правовим актом, який регулює питання добровільного медичного страхування в Україні. Цей закон визначає правила та принципи діяльності страхових компаній, медичних установ, а також права та обов'язки громадян, які бажають отримувати страхові послуги для покриття витрат на медичну допомогу понад стандартні державні програми. Закон є основою для розвитку добровільного медичного страхування в Україні, забезпечуючи додаткові можливості для громадян щодо отримання медичних послуг.

Закон має на меті створення правової основи для функціонування добровільного медичного страхування, що дозволить громадянам отримувати доступ до медичних послуг, не покритих державними програмами. Закон передбачає розвиток ринку медичного страхування та забезпечення громадян додатковими механізмами для фінансування медичних послуг у випадку захворювань або інших медичних потреб.

Закон України "Про добровільне медичне страхування" встановлює основні принципи та правила, що мають регулювати взаємодію між сторонами: страховими компаніями, медичними установами та застрахованими особами.

Основними принципами, закладеними в цьому законі, є:

- Добровільність: Громадяни мають право вибору: підписувати договір на добровільне медичне страхування або користуватися лише стандартними державними медичними послугами [21]. Це дозволяє людині самостійно обирати рівень медичної допомоги та страхового покриття.

- Вибір страхового плану: Закон надає можливість обирати різні програми медичного страхування залежно від інтересів застрахованої особи, включаючи як базові, так і розширені пакети медичних послуг.

– Гнучкість: Умови договору можуть бути змінені, залежно від того, чи хоче громадянин додатково застрахуватися від певних ризиків або включити додаткові послуги (наприклад, стоматологічну допомогу чи послуги по догляду).

Закон чітко визначає три основні учасники добровільного медичного страхування:

– Застраховані особи: Це громадяни або юридичні особи, які бажають отримати медичне страхування. Вони можуть вибирати тип полісу і рівень покриття.

– Страхові компанії: Це організації, які пропонують і укладають договори страхування, а також відповідають за виплату страхових відшкодувань у разі настання страхового випадку.

– Медичні установи: Це лікарні, клініки та інші заклади охорони здоров'я, які надають медичні послуги за договорами страхування. Вони повинні дотримуватись високих стандартів якості медичних послуг, а також забезпечувати необхідну інфраструктуру для надання цих послуг.

Закон про добровільне медичне страхування сприяє розвитку ринку медичних послуг, надаючи можливість громадянам отримати більш якісне та різноманітне обслуговування, ніж це можливо в рамках стандартної державної медичної програми. Водночас, для досягнення ефективності в цій сфері необхідно вдосконалювати інформаційну політику, підвищувати рівень обізнаності серед громадян, а також зменшувати вартість страхових полісів для доступності медичних послуг.

Закон України "Про медичні послуги" [9] є важливим нормативно-правовим актом, який регулює правові та організаційні аспекти надання медичних послуг в Україні, зокрема в контексті взаємовідносин між медичними установами, страховими компаніями та пацієнтами. Закон визначає правила надання як державних, так і платних медичних послуг, а

також механізми компенсації витрат через медичне страхування, що є важливою складовою медичної системи України.

Метою цього закону є забезпечення організованого та прозорого механізму надання медичних послуг, підвищення доступності та якості медичного обслуговування для громадян, а також визначення правил взаємодії між медичними установами, страховими компаніями та пацієнтами. Закон сприяє розвитку платних медичних послуг і забезпечує можливості для їх компенсації через систему медичного страхування, зокрема добровільного. Закон про медичні послуги охоплює кілька важливих аспектів діяльності медичних установ, а саме:

- Регулювання надання медичних послуг: Закон визначає умови, за яких медичні послуги можуть надаватися як в державних, так і в приватних медичних установах. Це включає вимоги до кваліфікації медичного персоналу, рівня інфраструктури та стандартів медичних послуг.

- Платні медичні послуги: Закон регулює питання надання платних медичних послуг, визначаючи порядок їх оплати, тарифи, а також умови укладення договорів між медичними установами та пацієнтами. Він також визначає, що медичні установи мають право надавати послуги на платній основі, які не входять до державної програми або виходять за межі стандартного пакету медичних послуг.

- Механізм компенсації витрат: Закон визначає механізм компенсації витрат на медичні послуги через медичне страхування. Це включає як добровільне медичне страхування, так і можливість компенсації витрат через обов'язкове медичне страхування, яке може бути введене на рівні держави.

- Правові відносини між учасниками: Закон встановлює права та обов'язки учасників медичних послуг. Медичні установи повинні дотримуватися стандартів якості, мати ліцензії на надання медичних послуг і забезпечувати високий рівень обслуговування. Страхові компанії повинні укладати договори медичного страхування з пацієнтами, визначати обсяг

покриття витрат на медичні послуги та здійснювати виплати у разі настання страхового випадку. Пацієнти мають право отримувати медичні послуги на умовах договору, бути поінформованими про вартість та обсяг послуг, а також мати право на компенсацію витрат через медичне страхування.

Закон регулює надання медичних послуг різного характеру [17]. Державні медичні послуги це послуги, які надаються в рамках державної системи охорони здоров'я, фінансуються з державного бюджету і є безкоштовними для громадян, як правило, для основних медичних потреб. Платні медичні послуги це послуги, що надаються медичними установами на умовах договору між установою та пацієнтом. Пацієнт може обрати додаткові послуги, які не покриваються державними програмами, наприклад, додаткові діагностичні процедури або лікування за сучасними методиками. Компенсація витрат через страхування, якщо пацієнт має поліс медичного страхування, витрати на певні медичні послуги можуть бути покриті страховою компанією. Це дозволяє знизити фінансове навантаження на пацієнта, особливо при дорогих лікувальних процедурах.

Закон про медичні послуги є важливим кроком до модернізації медичної системи в Україні. Для подальшого розвитку цієї сфери необхідно вдосконалювати механізми взаємодії між медичними установами, страховими компаніями та пацієнтами, а також підвищувати доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Крім основних законів, в Україні існують також постанови Кабінету Міністрів, накази Міністерства охорони здоров'я, які деталізують правові норми, встановлені в законах, та визначають порядок реалізації медичного страхування. Це включає регулювання умов укладення страхових договорів, визначення розмірів страхових внесків, вимоги до страхових компаній та медичних установ.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом у системі охорони здоров'я, який виконує важливу роль в адмініструванні

фінансування медичних послуг, зокрема через договори з медичними установами та участь у програмах медичного страхування. Основною метою НСЗУ є забезпечення ефективного та прозорого використання державних коштів для надання медичних послуг, а також забезпечення доступу громадян до якісної медичної допомоги [43].

НСЗУ була створена для забезпечення виконання основних завдань у сфері охорони здоров'я, а саме:

- Забезпечення фінансування медичних послуг. НСЗУ здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги за програмою медичних гарантій (ПМГ). Вона адмініструє кошти, що виділяються з державного бюджету для надання медичної допомоги, включаючи первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

- Контроль за ефективністю використання коштів. НСЗУ здійснює моніторинг і контроль за ефективністю використання бюджетних коштів, що сприяє зменшенню корупційних ризиків і підвищенню прозорості у сфері медичних витрат.

- Покращення доступу до медичних послуг. НСЗУ працює над забезпеченням рівного доступу громадян до медичних послуг за програмою медичних гарантій, незалежно від їх місця проживання чи соціального статусу.

НСЗУ виконує кілька основних функцій, спрямованих на організацію фінансування та контролю за наданням медичних послуг:

- Адміністрування програм медичних гарантій. НСЗУ відповідає за укладення договорів з медичними закладами на надання медичних послуг за програмою медичних гарантій (ПМГ). Це включає фінансування медичних послуг, що надаються безкоштовно для пацієнтів у рамках державної програми.

- Платіжні операції з медичними установами. НСЗУ здійснює виплати медичним установам на підставі укладених договорів. Медичні установи

отримують фінансування за надані медичні послуги відповідно до затверджених тарифів, умов і обсягів наданої допомоги.

– Проведення моніторингу та контролю. НСЗУ проводить регулярний моніторинг якості та кількості медичних послуг, що надаються медичними закладами. Вона також контролює виконання умов договорів, що укладаються з медичними установами, забезпечуючи якість та ефективність надання послуг.

– Організація медичного страхування: НСЗУ займається питаннями медичного страхування в межах державної програми. Вона організовує процеси фінансування медичних послуг, передбачених страховими програмами, а також працює над інтеграцією нових механізмів медичного страхування в національну систему охорони здоров'я [55].

– Управління державними ресурсами в охороні здоров'я. НСЗУ здійснює ефективне розподілення державних ресурсів для фінансування охорони здоров'я, оптимізуючи витрати на медичне обслуговування, щоб забезпечити максимальний ефект від наданих послуг.

Основним джерелом фінансування медичних послуг в Україні є кошти державного бюджету, які розподіляються через НСЗУ. Цей процес організовано за такими напрямками:

– Медичні послуги за програмою медичних гарантій. НСЗУ укладає договори з медичними закладами на надання певних медичних послуг за державною програмою медичних гарантій (ПМГ). Це включає в себе базові послуги, які надаються безкоштовно для громадян за рахунок державного бюджету.

– Фінансування лікування за медичним страхуванням. Крім того, НСЗУ працює з програмами медичного страхування, де вона також бере участь в адмініструванні та фінансуванні витрат на лікування через страхові компанії. У разі запровадження обов'язкового медичного страхування, НСЗУ буде

координувати та контролювати виплати і обсяги покриття витрат за медичні послуги.

– Державне фінансування на основі індексованих тарифів. Розподіл коштів на медичні послуги здійснюється відповідно до визначених тарифів на медичні процедури. НСЗУ забезпечує коригування тарифів на основі економічних реалій, таких як інфляція, зростання вартості ліків та медичних послуг.

НСЗУ активно працює над кількома ключовими ініціативами, зокрема:

– Програма медичних гарантій (ПМГ): Це ключова програма, яка забезпечує фінансування медичних послуг для всіх громадян на безоплатній основі. Програма охоплює основні напрямки медичної допомоги, включаючи первинну медицину, стаціонарне лікування та реабілітацію.

– Інновації у сфері електронного здоров'я: НСЗУ активно підтримує розвиток електронного здоров'я, зокрема через впровадження електронних рецептів та медичних карт, що дозволяє спростити процес отримання медичних послуг та забезпечує більшу прозорість у фінансуванні [14].

НСЗУ є важливим елементом реформування медичної системи України, сприяючи підвищенню доступності, якості та ефективності медичних послуг для всіх громадян.

Завданням подальшого розвитку нормативно-правового регулювання є не тільки вдосконалення законодавства, але й створення сприятливого середовища для розвитку медичних страхових компаній, стимулювання конкуренції на ринку медичних послуг і покращення якості медичних послуг для громадян.

2.2 Системи страхової медицини в світі: порівняльний аналіз

На сьогодні в більшості країн світу відбуваються глибокі реформи в медичній сфері. Розвиток демократії та ринкової економіки ставить уряди

перед необхідністю створення уніфікованих підходів до фінансування та підтримки медичної галузі, зокрема в частині медичного страхування. Проте, навіть у межах Європейського Союзу існують різні моделі медичного страхування. У світі функціонує три основні типи фінансування медичної сфери:

1. Державна система (наприклад, Великобританія);
2. Страхова система, яка є основною в таких країнах Європи, як Німеччина, Франція, Нідерланди, Австрія, Бельгія, Швейцарія, а також в деяких країнах Латинської Америки, Японії та інших (більше мільярда осіб);
3. Приватна страхова система (як в США).

Жодна з розвинених країн не представляє ці моделі в чистому вигляді, а в ряді країн відбувається розвиток однієї або іншої системи в залежності від економічних та соціальних потреб. Винятком є США, де переважає приватне медичне страхування. Водночас навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я існують організації, які надають послуги приватного медичного страхування [22].

Державна система охорони здоров'я здебільшого розвивалась як частина соціальної політики, що сприяло посиленню контролю з боку урядів за діяльністю медичних і страхових організацій. Приклад Великобританії, показує, що така модель може бути ефективною, надаючи доступну медичну допомогу при відносно низьких витратах. Основні кошти надходять з державного бюджету, що дозволяє утримувати низьку вартість лікування завдяки централізованому фінансуванню.

Однак у бюджетних системах часто спостерігається монополія, що призводить до обмеженого вибору лікарів та медичних установ, зниження якості послуг та недостатнього контролю за діяльністю медичних закладів з боку пацієнтів.

Страхова система базується на принципах солідарності, де фінансування здійснюється через соціальне страхування. Громадянам надається можливість

контролювати використання страхових коштів, а також обирати лікарів та медичні заклади. Основними викликами для цієї системи є забезпечення рівного доступу до послуг та оптимальний розподіл ресурсів серед різних груп населення.

Фінансування медичних послуг в таких системах здійснюється за рахунок трьох джерел:

1. Страхові внески підприємців (відрахування від доходів);
2. Відрахування із заробітної плати робітників;
3. Кошти державного бюджету.

У Німеччині діє одна з найрозвиненіших систем соціального медичного страхування, введена ще в 1883 році Бісмарком. Ця система охоплює понад 90% населення країни, з яких 8% мають приватне медичне страхування, а держава покриває витрати для 2% незаможних громадян. Система фінансування базується на принципах соціальної солідарності та децентралізації, а основні функції виконуються місцевими адміністраціями.

У Німеччині обов'язкове медичне страхування охоплює 88% населення. Працівники з низьким доходом мають бути учасниками обов'язкової системи, а ті, чий доходи перевищують встановлений поріг, можуть обирати між державною або приватною страховкою. Безробітні та державні службовці також повністю застраховані, а члени сімей застраховані через працюючих родичів [44].

Щомісячний страховий внесок в касах соціального страхування залежно від страхової каси коливається від 12% до 15% місячної зарплати клієнта до сплати податків, причому половину цієї суми сплачує роботодавець. Діти, а також непрацюючі дружина або чоловік клієнта соціальної страхової каси страхуються безкоштовно. Очевидно, що система соціального страхування, заснована на принципах солідарності, може існувати лише до тих пір, поки забезпечені, але здорові клієнти оплачують своїми внесками надання послуг малозабезпечених співгромадян. Щоб не допустити відтоку клієнтів-донорів в

систему приватного страхування, перехід в неї дозволений тільки тим німцям, чий додатковий заробіток перевищує 3 900 євро на місяць (що дорівнює приблизно 1 900 євро доходу після сплати податків) – таким чином, максимальний розмір страхового внеску складає 585 євро на місяць. Також у вигідну систему приватного страхування можуть переходити чиновники – незалежно від розміру свого окладу.

Ті ж громадяни, чия зарплата до сплати податків перевищує 3 900 євро на місяць, а також особи, які працюють фріланс, можуть укласти договір приватного страхування. Його вартість залежить від віку і стану здоров'я клієнта, а також від наданих договором послуг. Для молодого здорового німця, що укладає договір з мінімальним набором послуг (неповна компенсація послуг дантиста, перебування в лікарні в палаті з трьома-чотирма ліжками, франшиза в кілька сотень євро на рік, тощо), щомісячна вартість страховки може становити всього 150-200 євро, що істотно менше, ніж плата за програмами соціального страхування. Проте, через високий вхідний бар'єр, встановлений для системи приватного страхування, такі договори укладені сьогодні тільки у 8,5 млн. німців, інші громадяни Німеччини залишаються в системі соціального страхування [12].

У минулому році видатки на компенсацію медикаментів в Німеччині досягли 30 млрд. євро. При цьому саме компенсація вартості ліків є найбільш стрімко зростаючою статтею витрат як приватних, так і соціальних страхових кас. З 1996 року для пацієнтів, застрахованих за програмою соціального медичного страхування, ці витрати зросли на 50%, для пацієнтів, застрахованих за програмою приватного страхування, – на 80%. За перші три місяці цього року витрати страхових кас на компенсацію вартості ліків зросли на 5,2% щодо аналогічного періоду минулого року. При цьому витрати на компенсацію гонорарів лікарів виросли на 3,9%, а компенсація за розміщення в лікарнях – лише на 2,8%. Загальні ж витрати на лікування пацієнтів виросли для страхових кас на 4,3%.

Все швидше зростаючий обсяг витрат на ліки, викликаний, з одного боку, старінням населення, а з іншого – появою на ринку все більш дорогих сучасних медикаментів, змусив страховиків вимагати від німецьких законодавців вжити заходів щодо обмеження обсягу компенсації по даній статті витрат. Два роки тому міністерство охорони здоров'я Німеччини приступило до реалізації реформи охорони здоров'я, запровадивши так званий принцип «бонус-малус», що передбачає встановлення максимального розміру вартості ліків, що призначається лікарем. У разі якщо вартість ліків, що призначає лікар, перевищує рівень, рекомендований для даного захворювання (цей рівень встановлюється за погодженням спілок страховиків і спілок лікарів найчастіше на рівні ціни нижчої третини представлених на ринку однотипних препаратів), то страхова каса спочатку компенсує пацієнту вартість ліків, а потім віднімає з гонорару лікаря певну суму, яка може досягати 50% від вартості призначеного їм дорогого препарату. Дана міра вже викликала серйозну критику, оскільки, з одного боку, вона змушує лікарів відмовлятися від призначення необхідних медикаментів, а з іншого - призводить часом до неефективного витрачання коштів. Адже оскільки максимальна межа вартості ліків визначається виходячи з вартості так званої денної дози, то багато лікарів, щоб уникнути штрафних санкцій, призначають пацієнтам великі упаковки ліків – завдяки кількості таблеток денна доза препарату в таких упаковках виявляється дешевше, і лікар не повинен платити штрафні санкції, навіть незважаючи на те, що в результаті страхова каса заплатить більше [33].

Крім того, в тому ж 2022 році страхові компанії, що працюють за програмами соціального страхування, домоглися введення ще одного обмеження на компенсацію вартості ліків. Якщо раніше страхова компанія оплачувала 100% вартості призначених лікарем ліків, то тепер частина цих витрат покладено на пацієнта. За чинним законодавством, хворий компенсує 10% від вартості призначених ліків, при цьому не більше 10 євро за упаковку медикаменту. У разі якщо вартість медикаменту становить менше 5 євро,

хворий оплачує всю його вартість. Загальний обсяг покладених на хворого витрат не повинен перевищувати за рік 2% його річного доходу до сплати податків, для хронічних хворих – 1% річного доходу до сплати податків.

Втім, і приватні, і соціальні страховики встановлюють у договорах з пацієнтами можливість заміни дорогих ліків дешевшими аналогами з тим же дієвим засобом. У такому випадку при призначенні медикаменту лікар зазвичай зазначає у рецепті, що медикамент може бути замінений аптекарем на дешевший аналог з аналогічним дієвим засобом. Коли пацієнт приходить в аптеку з таким рецептом, в дію вступають існуючі «договори про знижку» даного аптекаря з фармацевтичними компаніями. Суть цих договорів полягає в тому, що аптекар бере на себе зобов'язання продавати всім клієнтам медикаменти тільки цієї компанії, а компанія надає йому ці медикаменти зі знижкою. Зрозуміло, такі договори можуть працювати тільки завдяки тому, що лікарі виписують рецепти, що дозволяють аптекарю самому вибирати, який саме лікарський засіб з декількох з однаковою діючою речовиною, він продасть клієнту. За даними компанії IMS Health, що займається аналізом фармакологічного ринку, на даний момент подібні договори з аптекарями укладені більш ніж 100 фармацевтичними компаніями, при цьому вони стосуються понад 24 тис. препаратів і дозволяють страховим касам заощадити близько 140 млн. євро на рік [59].

Проте всі ці заходи не привели до того, щоб страхові каси були в змозі компенсувати всі витрати, що виникають у зв'язку з обслуговуванням захворювань клієнтів. Кожного року федеральний уряд змушений компенсувати ту частину витрат соціальних страхових кас, яка перевищує законодавчо встановлені збори. Так, у поточному році державні субсидії соціальним страховим касам з боку федерального бюджету складуть 2,5 млрд. євро, причому не менше половини цієї суми піде на компенсацію вартості ліків. Надалі сума субсидій буде тільки рости. Таким чином, за останні 40 років розмір внесків до системи соціального страхування збільшився на 86%,

при одночасному стрімкому зростанні державних субсидій. Проте багато експертів сумніваються, чи допоможе підвищення суми страхових внесків компенсувати стрімко зростаючу вартість лікарських засобів.

Французька модель медичного страхування відзначається ефективною інтеграцією з усією системою соціального страхування, яка включає понад двадцять різних видів страхування, серед яких медичне - на випадок хвороби, тимчасової непрацездатності, нещасного випадку, вагітності та пологів. Законодавством встановлено єдиний порядок страхування, який охоплює близько 80% населення країни. Система медичного страхування включає більше 90 страхових компаній, але контроль над нею здійснює загальнонаціональна організація. Фонди соціального страхування, що формуються на національному рівні, фінансують обов'язкову програму медичного страхування. Поповнення фінансових ресурсів забезпечується через запровадження страхових податків, які становлять 90% обсягу фонду. Страховий податок складає 60% від фонду оплати праці. Окрім обов'язкового страхування, існує система додаткового медичного страхування та місцеві фонди соціальної допомоги, через які медичну допомогу отримують незастраховані французи, яких налічується лише 2%.

У Бельгії система державних дотацій для оплати медичних послуг була введена раніше за інші країни. Тут функціонує шість загальнонаціональних спілок страхових фондів: католицький (45% населення), соціалістичний (26%), ліберальний (7%), професійний (15%), незалежний (4%) і допоміжний (1%). Таким чином, 98% бельгійців охоплені обов'язковим медичним страхуванням, а лише 1% має приватне медичне страхування. Управління системою медичного страхування в Бельгії здійснює Національний інститут по хворобах і інвалідності. Найбільші страхові компанії не займають окремої позиції в медичному страхуванні. Система забезпечує високий рівень соціального захисту та державного медичного страхування [34].

Японія є лідером у світі за тривалістю життя, яка складає 80 років, що є найвищим показником серед розвинених країн. Дитяча смертність в країні найнижча у світі і становить лише 4,4 випадків на 1000 новонароджених. Ці досягнення обумовлені високим рівнем організації медичного страхування, яке засноване на національній системі обов'язкового медичного страхування. Міністерство охорони здоров'я та добробуту приділяє велику увагу організації допомоги та догляду на дому для літніх людей. В Японії всі групи населення, незалежно від рівня доходів, мають однаковий доступ до медичних послуг. Лікарі не лише виписують рецепти, але й забезпечують пацієнтів необхідними ліками, що робить Японію лідером світу за споживанням медикаментів на душу населення [41].

Переважно приватна система медичного страхування, найбільш широко представлена в США, характеризується децентралізацією, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання.

У США немає загальної системи надання медичної допомоги для працюючого населення. Програма “Медікер” надає послуги лише людям віком старше 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям, що мають постійну ниркову недостатність. Інші громадяни мають страхуватися в програмах приватного страхування.

“Медікер” складається з двох частин. Частина А – лікарняне страхування, яке покриває лікарняні послуги, такі як стаціонарні послуги, послуги лікарень, що надають допомогу критичним хворим, заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу, хоспіси та стаціонари на дому. Частина В – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, які не входять до Частини А.

У частині А особа отримує послуги “Медікер” безкоштовно, якщо її чоловік (або дружина) пропрацювала принаймні 10 років на роботі, яка покривається програмою “Медікер”, або вони мають інвалідність, або постійну ниркову недостатність. Частина В передбачає сплату страхового

внеску розміром 50\$ на місяць. Ця частина є добровільною. Існують також можливості придбати додаткову приватну страховку для доповнення страховки “Медікер”.

Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне страхування. Існують багато видів приватного страхування, які надаються кількома страховими компаніями та фондами. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Роботодавець іноді сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також вносять певну грошову суму. Члени сім’ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім’ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються [63].

Так як в межах соціального забезпечення, як правило, не надаються медичні привілеї в допенсійний період, цю роль взяв на себе приватний сектор. Широкий спектр продуктів медичного страхування з різними рівнями привілеїв та відповідних витрат задовольняє потреби населення як географічно, так і за професійною належністю.

Деякими видами допомоги, які могли б бути включені до плану охорони здоров’я базової групи, є витрати на надання лікарняних, хірургічних, внутрішньолікарняних медичних послуг, плата лабораторії та за рентген та допомога на випадок вагітності та пологів. Інші види планів (наприклад, Додатковий основний медичний план) пропонують види послуг, що, як правило, не входять в Базовий план. Більшість роботодавців користуються Всеосяжним Основним Медичним планом. Деякі плани також передбачають покриття інших послуг, наприклад, стоматологічних послуг, покриття вартості прописних ліків та послуги щодо покращання або повернення зору.

Організації підтримки здоров'я (ОПЗ) надають всеосяжний обсяг медичних послуг членам їхніх сімей за фіксовану періодичну плату. В таких планах група лікарів, хірургів, лікарень, і т.д. надають необхідну медичну допомогу. Як правило, покриваються послуги, які надаються в межах вибраної мережі ОПЗ.

Організації надавачів послуг, яким віддається перевага, надають медичну допомогу за знижками через мережу лікарів та лікарень. Цей альтернативний варіант став користуватися значним попитом протягом останніх років, при цьому ці організації надають багато послуг, аналогічних ОПЗ. Крім того, існує свобода вибору лікаря, і можливість отримання привілеїв в межах або поза межами мережі [48].

Програми “Пункт допомоги” (ППД) – це нові мережі надавачів послуг, які поєднують в собі аспекти ОПЗ та організацій надавачів послуг, яким віддається перевага.

Концепція керованої медичної допомоги мала розвиток з середини 80-х років і продовжує залишатися однією із альтернатив контролю використання допомоги та витрат за планами здоров'я. Хоча керована медична допомога приймає багато форм, як правило, створюється партнерство з роботодавцем, яке базується на використанні різноманітних гнучких моделей планів, створенні мережі, стримуванні витрат та програмах переогляду утилізації послуг з метою забезпечення найкращої якості плану здоров'я і одночасного управління витратами.

Гнучкі види допомоги також користуються визнанням. Звичайно, моделі таких планів різняться, але більшість компаній надає базовий обсяг послуг. Крім базового обсягу, працівник отримує грошову допомогу, яку він може використати на придбання інших видів послуг, включаючи більш широкий план здоров'я, додаткові розміри страхування життя, додаткові дні відпустки, денний догляд за дитиною та інше.

Через те, що витрати на медичну допомогу престарілим весь час зростають, довгострокова допомога все більше користується популярністю. Цей продукт призначений для того, щоб усунути деякі прогалини в програмі “Медікер”, такі як покриття витрат на допомогу престарілим, та надання допомоги вдома. Цей продукт пропонується як групам людей, так і індивідуально.

Програма “Медікер” фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці у розмірі 1,45% заробітної плати. Приватне страхування є різним, і роботодавці можуть сплачувати частину страхового внеску або весь його розмір, або працівник (чи інша особа) може сплачувати всю вартість страхового внеску.

Зростаюча вартість медичної допомоги є однією із основних проблем, так як витрати на охорону здоров’я обігнали інфляцію, що відображається на рості цін та якості послуг, а також відбулися зміни у видах медичних послуг.

Витрати США на охорону здоров’я (як з боку держави, так і з боку приватного сектору) в цілому до 2025 року перевищать 3 трильйони доларів США (або 17,9% ВВП), тому скорочення та контроль за витратами у сфері охорони здоров’я, а також деякі питання здійснення національної реформи стали однією з основних політичних та економічних проблем [38].

Внаслідок зростання витрат на охорону здоров’я особливо страждає сектор бізнесу, так як на цього долю приходить близько 1/3 державних витрат на охорону здоров’я, які надходять через страхові внески за планами привілеїв для працівників, корпоративні податки та благодійні внески.

Розробляються програми ефективного стримування витрат з метою контролю незаконного використання коштів, невиправданих витрат, надмірного використання послуг та зменшення загальних витрат за заявами щодо виплати страхових компенсацій. Програма стримування витрат – це набір взаємопов’язаних компонентів, які призводять до збереження коштів за планами привілеїв для працівників.

Сприяння здоров'ю населення також входить до програм стримування витрат. У звичайних програмах, спрямованих на сприяння здоров'я населення, страхові компанії працюють з клієнтами (роботодавцями) з метою поліпшення знань працюючих про здоровий спосіб життя, наприклад, перевірка кров'яного тиску, перевірка наявності цукрового діабету, кампанії проти паління, програми фізичної культури, програми за контролем своєї ваги та правильного харчування. Роботодавці сподіваються на ефективність таких програм.

2.3 Реформування системи страхової медицини: проблемні питання та очікувані результати

Реформа медичного страхування є важливим етапом у розвитку системи охорони здоров'я України, яка повинна забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, підвищити якість медичної допомоги та оптимізувати фінансові ресурси в галузі. Проте, цей процес стикається з низкою проблемних питань, які потребують вирішення для успішного впровадження змін.

Проблемні питання реформування системи страхової медицини:

1. Недостатня правова база

Однією з головних проблем реформування системи медичного страхування в Україні є відсутність чіткої, комплексної та узгодженої правової бази, яка б регулювала всі аспекти цієї сфери. На сьогодні в країні існує декілька законодавчих актів, що мають відношення до медичного страхування, однак вони не створюють єдиної, цілісної системи для цього виду страхування. Законодавчі акти, що стосуються медичного страхування, часто є неповними або суперечать один одному. Зокрема, проект Закону України "Про обов'язкове державне медичне страхування", який має стати основою для реформування системи медичного страхування, на даний момент не набув

остаточної юридичної сили. Без цього основного законодавчого акту, реформа медичної сфери стає малоефективною, оскільки не має чітко визначених механізмів реалізації та контролю за процесами [18].

Відсутність єдиного законодавчого регулювання створює правову невизначеність щодо прав та обов'язків усіх учасників системи медичного страхування: держави, страховиків, медичних установ і пацієнтів. Відсутність чітких норм, які б визначали роль держави в адмініструванні медичного страхування, відповідальність за його фінансування, а також права пацієнтів на медичну допомогу, не дозволяє ефективно розвивати цю сферу.

Проблемою є також відсутність визначених механізмів фінансування медичного страхування. Законодавчі акти не чітко визначають, як буде здійснюватися фінансування обов'язкового медичного страхування, хто має фінансувати медичні послуги, які критерії і норми будуть використовуватися для розподілу бюджетних коштів і як буде здійснюватися контроль за витратами.

Законодавчі ініціативи часто не враховують усіх аспектів медичного страхування та не об'єднують у собі необхідні елементи для ефективної реформи. Наприклад, відсутня цілісна концепція взаємодії обов'язкового та добровільного медичного страхування, яка б забезпечувала прозорість, рівність доступу до медичних послуг та ефективний контроль за використанням фінансових ресурсів. Деякі законопроекти, зокрема щодо обов'язкового медичного страхування, знаходяться на етапі обговорення або розробки вже багато років. Така ситуація затягує процес реформування та створення ефективної системи медичного страхування в Україні [25].

2. Фінансова нестабільність

Проблеми з фінансуванням є одними з найскладніших та найбільш вагомих у реформуванні системи медичного страхування в Україні. Вони мають кілька аспектів, кожен з яких може значно ускладнити запровадження ефективної системи обов'язкового медичного страхування.

Однією з основних проблем є недостатнє фінансування, яке є критичним для створення та стабільної роботи системи обов'язкового медичного страхування. В Україні відсутнє чітке визначення джерел для фінансування цієї системи, що призводить до нестабільного і непередбачуваного забезпечення медичних послуг. Зважаючи на відсутність достатньої кількості коштів у державному бюджеті, часто виникають ситуації, коли необхідні медичні послуги не покриваються належним чином або частково фінансуються, що знижує ефективність медичного забезпечення.

Українська економіка, що переживає періоди рецесії та інфляційних коливань, серйозно впливає на можливості держави забезпечити стабільне фінансування медичних послуг через систему медичного страхування. Нестабільність національної економіки ускладнює довгострокове планування витрат на медичне страхування, оскільки прогнози щодо доходів бюджету не завжди виправдовуються. Крім того, високий рівень державного боргу та обмежені ресурси призводять до того, що більшість державних коштів йде на покриття інших першочергових потреб, залишаючи медичне страхування на другому плані [49].

Визначення джерел фінансування для обов'язкового медичного страхування є важливим етапом, але на даному етапі законодавство України не дає чітких відповідей на це питання. Одним із можливих джерел є збір страхових внесків, які повинні сплачувати всі громадяни, проте визначення розміру цих внесків і механізм їхнього збирання потребує додаткових узгоджень. Відсутність прозорих механізмів збору страхових внесків може призвести до ухилення від сплати і зниження надходжень до бюджету, що негативно вплине на фінансування медичних послуг. Окрім того, фінансування через податки або субсидії з державного бюджету також є складним через обмеження в фінансових ресурсах, тому необхідно знайти баланс між державним і приватним фінансуванням медичних послуг.

У разі недостатнього фінансування виникає проблема дефіциту коштів для медичних установ. У деяких випадках медичні заклади можуть бути змушені скорочувати свої послуги або знижувати якість медичного обслуговування через обмежений доступ до фінансування, що значно погіршує загальний рівень медичних послуг. Це також сприяє соціальній напрузі, оскільки громадяни починають відчувати труднощі при отриманні медичних послуг, що повинні бути забезпечені на основі страхового фінансування.

Ще однією важливою проблемою є складність у визначенні, хто саме має право на безкоштовне або пільгове медичне страхування. У разі відсутності чіткої класифікації осіб, які потребують медичної допомоги за рахунок державного бюджету, існує ризик того, що в одних випадках люди не отримають належного захисту, а в інших – фінансування буде виділено непотрібним категоріям.

Крім фінансування медичних послуг, необхідно враховувати і витрати на інфраструктуру медичного страхування, такі як адміністрування страхових компаній, організація медичних центрів, побудова нових структур для обробки та контролю над медичними страхуваннями. Це вимагає додаткових інвестицій у розвиток інфраструктури, яка забезпечуватиме ефективне функціонування системи медичного страхування.

3. Низька інформованість населення

Низький рівень обізнаності населення про функціонування системи медичного страхування є однією з серйозних перешкод на шляху ефективної реалізації цієї реформи в Україні. Це питання охоплює кілька важливих аспектів, які можуть вплинути на успіх запровадження нової системи медичного страхування.

Однією з головних проблем є те, що значна частина населення не розуміє, які саме права та обов'язки вони мають у рамках нової системи медичного страхування. Наприклад, громадяни можуть не знати, як правильно

сплачувати страхові внески, які послуги їм будуть надані за рахунок медичного страхування, та в яких випадках вони можуть звертатися за медичною допомогою. Це може призвести до відмови від участі в системі або, навпаки, до надмірного сподівання на безкоштовні послуги, що викликає додаткові труднощі у процесі переходу на нову систему [61].

Іншим аспектом є незнання населення щодо того, як буде відбуватися фінансування медичних послуг в рамках медичного страхування. Нерозуміння механізму платіжних внесків, частки державного фінансування, а також того, як застраховані особи можуть отримати послуги, може спричинити соціальне невдоволення або брак довіри до системи. У таких умовах люди можуть або ухилятися від участі у системі, або неправильно трактувати свої можливості і права, що в свою чергу ускладнить процес впровадження реформ.

Перехід на нову систему медичного страхування потребує значного часу та ресурсів для інформування населення. Без належної освітньої кампанії, громадяни можуть сприймати нововведення як непотрібні чи складні для розуміння, що може спричинити додаткові затримки у запровадженні системи. Люди, які не розуміють, як функціонує медичне страхування, можуть відмовитися від його використання або не сприймати нові правила, що створює проблеми у реалізації медичних послуг.

Важливим фактором є те, що для великої частини населення, особливо для людей з низьким рівнем освіти або тих, хто живе в сільських районах, доступ до якісної інформації про медичне страхування може бути обмежений. Без належних пояснень щодо переваг нової системи, її умов та процедур, ці люди можуть залишатися поза системою або не отримувати від неї належних вигод.

Для ефективного функціонування медичного страхування необхідно, щоб місцеві органи влади активно брали участь в інформуванні громадян. Однак на практиці органи місцевого самоврядування можуть не мати достатніх ресурсів для здійснення таких освітніх кампаній, або їх робота може

бути недостатньо скоординованою з центральними органами. Це призводить до регіональних відмінностей у рівні поінформованості, що створює додаткові труднощі при переході на нову систему.

В умовах сучасного інформаційного простору соціальні мережі можуть стати як інструментом для просвітницької роботи, так і джерелом дезінформації. Невірна або маніпулятивна інформація щодо медичного страхування може дезорієнтувати громадян і спричинити відмову від участі в системі, навіть якщо вона передбачає вигоди для більшості. Для цього необхідно створити механізм перевірки та узгодження інформації, що надходить від офіційних джерел, з метою запобігання поширенню фальшивих новин.

Системи медичного страхування в Україні зазвичай асоціюються з великою кількістю бюрократичних процедур і непорозумінь. Багато громадян не готові до змін, оскільки звикли до старої моделі, де медична допомога була в основному безкоштовною. Психологічний опір і консерватизм населення може суттєво ускладнити процес адаптації до нової системи, якщо відсутня відповідна підтримка та навчання на всіх етапах впровадження медичного страхування [71].

4. Корупція та неефективність в управлінні

Корупція в медичних установах та у системі медичного страхування, а також неефективне використання ресурсів – це серйозні перешкоди для ефективного функціонування системи медичного страхування, які можуть суттєво знизити її здатність забезпечити громадянам доступ до якісної та своєчасної медичної допомоги.

Корупція є однією з головних проблем, що негативно впливає на ефективність медичних послуг у країнах з недостатньо розвинутою системою управління охороною здоров'я. В Україні, як і в багатьох інших країнах, медичні працівники іноді можуть вимагати хабарі за надання послуг, які мали б бути надані безкоштовно або в межах страхової програми. Така практика,

зокрема, існує в багатьох лікарнях, клініках і навіть у страхових компаніях, де співробітники можуть вимагати гроші для прискорення процесу оформлення страхових виплат або для надання необхідної медичної допомоги.

Нецільове використання ресурсів у медичній сфері є однією з найбільших проблем у контексті медичного страхування. Це включає як фінансові ресурси (кошти медичних установ та страхових компаній), так і інші ресурси, такі як лікарські засоби, медичне обладнання чи навіть людські ресурси.

5. Невідповідність між попитом і пропозицією медичних послуг

Проблема між реальним попитом на медичні послуги та можливостями існуючої системи охорони здоров'я забезпечити цей попит є однією з найгостріших у сфері медичного страхування та реформування медичної системи в Україні. Це питання пов'язане з кількома ключовими аспектами: нестачею кваліфікованих кадрів, недостатнім матеріально-технічним забезпеченням та нерівномірним розподілом медичних послуг по різних регіонах країни. Розв'язання цих проблем потребує комплексного підходу з боку держави та приватного сектору, що дозволить забезпечити рівний доступ до медичних послуг по всій країні та підвищити якість медичного обслуговування для кожного громадянина [3].

Очікувані результати реформування:

1. Поліпшення доступу до медичних послуг. Одним із головних результатів реформи медичного страхування в Україні має стати забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу. Це важлива умова для підвищення ефективності медичної системи, оскільки вона повинна забезпечити доступ до необхідного лікування та медичних послуг для кожного пацієнта, без дискримінації за доходами, місцем проживання чи іншими соціальними факторами.

2. Підвищення якості медичних послуг. Запровадження страхових програм і конкуренції між медичними установами створить умови для підвищення якості надання медичних послуг. Страхові компанії зможуть стимулювати лікарів і медичні установи до підвищення стандартів обслуговування.

3. Оптимізація фінансових ресурсів. Запровадження обов'язкової системи медичного страхування дозволить збільшити фінансування медичної сфери, ефективніше розподіляти кошти, зменшити навантаження на державний бюджет та знизити витрати громадян на медичні послуги.

4. Розвиток приватного медичного страхування. Завдяки реформам у сфері медичного страхування очікується розвиток приватного медичного страхування, яке стане важливою складовою частиною системи охорони здоров'я, надаючи додаткові можливості для громадян забезпечити себе високоякісною медичною допомогою.

5. Покращення кадрового забезпечення системи охорони здоров'я. Завдяки реформам передбачається залучення кваліфікованих медичних кадрів, підвищення рівня освіти медичних працівників, а також покращення умов праці та оплати праці для медичних спеціалістів.

6. Покращення прозорості та зменшення корупції. Впровадження страхових програм, системи електронного документообігу та централізованого моніторингу витрат дозволить зменшити корупційні ризики, підвищити прозорість витрат та поліпшити управління системою охорони здоров'я [32].

Реформа системи медичного страхування є складним і тривалим процесом, однак її успішне впровадження може привести до значного покращення якості медичних послуг, доступу до них для громадян, а також до стабільного фінансування сфери охорони здоров'я в Україні.

Висновки до другого розділу

Реформа системи медичного страхування в Україні є складним і багатограним процесом, що включає ряд критичних питань, які потребують вирішення для досягнення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян. Однією з основних проблем є відсутність чіткої законодавчої бази, що регулює медичне страхування, а також недостатнє фінансування системи, що ускладнює реалізацію обов'язкового медичного страхування. Крім того, низький рівень обізнаності населення про механізми функціонування системи може призвести до труднощів в адаптації громадян до нової системи.

Незважаючи на ці виклики, однією з головних цілей реформи є забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, без прив'язки до їхнього соціально-економічного статусу. Важливою умовою цього є обов'язкове медичне страхування, що охоплює всі категорії населення, а також прогресивне фінансування, яке дозволить знизити фінансове навантаження на малозабезпечені верстви населення. Однак значну роль у цьому процесі відіграють також заходи щодо вирівнювання доступу до медичних послуг у різних регіонах, зокрема через мобільні медичні бригади та впровадження телемедицини.

Інші ключові аспекти реформи включають необхідність контролю за якістю медичних послуг, створення механізмів захисту прав громадян та запровадження незалежних органів для нагляду за системою медичного страхування. Лише при комплексному підході до вирішення цих проблем можна досягти очікуваних результатів реформи — покращення рівня здоров'я населення, зменшення соціальної нерівності і підвищення ефективності медичних послуг.

Таким чином, реформа медичного страхування в Україні має великий потенціал для покращення доступу до медичних послуг та загального стану

здоров'я населення, однак її успішна реалізація потребує значних зусиль на законодавчому, фінансовому та організаційному рівнях.

РОЗДІЛ 3

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУР ВИРОБЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

3.1. Управлінські аспекти аналізу державної політики у сфері страхової медицини

Аналізуючи стан охорони здоров'я в Україні та державну політику в сфері страхової медицини, можна виокремити кілька ключових проблем у сфері державного управління та політики, які потребують термінового вирішення:

1. Не вистачає глибоких досліджень теоретичних і методологічних аспектів державного управління в контексті розвитку страхової медицини. Існують труднощі у формуванні науково обґрунтованих підходів до визначення сутності та складових організаційно-правового механізму державного управління охороною здоров'я, що ускладнює роботу управлінських органів в Україні, особливо в контексті європейської інтеграції.

2. Бракує практичних і управлінських заходів для впровадження страхової медицини в Україні.

3. Європейські принципи та стандарти в сфері державного управління охороною здоров'я не адаптовані до специфіки українських реалій, що знижує ефективність управлінських процесів.

4. Необхідно ефективно об'єднати фінансові ресурси системи охорони здоров'я, забезпечивши їх мобілізацію для гарантування справедливого доступу до медичних послуг для всього населення.

5. Терміново потрібні реформи в системі охорони здоров'я для покращення доступності медичних послуг, а також підвищення умов праці і рівня оплати для лікарів та медичних працівників.

6. Нарешті, є необхідність у обережному впровадженні європейських підходів до реформування управління охороною здоров'я в Україні, зокрема в розмежуванні політичного та професійного управління цією галуззю, а також у посиленні громадського контролю та участі у її розвитку [73].

Для ефективного вирішення вищезазначених проблем в сфері державного адміністрування та страхової медицини в Україні, необхідно впровадити комплекс управлінських заходів і стратегій, спрямованих на покращення функціонування галузі охорони здоров'я. Ключові напрямки включають:

1. Дослідження теоретичних і методологічних проблем управління в контексті впровадження страхової медицини та реформування охорони здоров'я в Україні. Це передбачає активне залучення науковців і практиків до розробки та впровадження результатів наукових досліджень у практику.

2. Стратегічне планування розвитку галузі, що включає створення чіткої стратегії для запровадження страхової медицини в Україні. Це повинно включати національну дискусію щодо сутності реформи та її імплементації для забезпечення доступу до якісної медичної допомоги для всіх громадян.

3. Просування здорового способу життя та профілактичних заходів серед населення з метою попередження захворювань та зменшення навантаження на медичну систему.

4. Адаптація світових кращих практик управління охороною здоров'я для українських умов через вивчення та застосування моделей управління, що зарекомендували себе в інших країнах.

5. Розмежування політичного та професійного управління в охороні здоров'я для забезпечення більш ефективного і безперервного процесу реформування.

6. Демократичний контроль за управлінням галуззю через посилене залучення громадськості та громадських організацій до процесу ухвалення рішень і забезпечення прозорості діяльності управлінських структур.

7. Адаптація європейського досвіду у боротьбі з корупцією та покращення управління в медичній сфері, включаючи реформування механізмів надання медичних послуг і забезпечення їх ефективного фінансування.

8. Інноваційний підхід до фінансування охорони здоров'я через перерозподіл фінансування, залучення приватного сектору та запровадження нових механізмів фінансування медичних послуг, таких як використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти.

9. Розробка та ухвалення необхідних нормативно-правових актів, таких як закон про захист прав пацієнтів та лікарське самоврядування, для забезпечення стабільного розвитку системи медичного страхування.

10. Поліпшення системи моніторингу та контролю якості медичних послуг, включаючи створення реєстрів цін на лікарські засоби, впровадження системи оцінки ефективності медичних послуг та механізмів зворотного зв'язку.

11. Підвищення заробітної плати медичним працівникам та забезпечення належних умов праці, включаючи диференційовану оплату та запровадження стимулюючих заходів.

12. Розвиток ринкових відносин у сфері охорони здоров'я, включаючи децентралізацію та автономізацію медичних закладів, що дозволить покращити якість надання медичних послуг та розширити доступ до них.

13. Посилення взаємодії між державними і приватними секторами через залучення приватних медичних закладів до національних програм охорони здоров'я.

14. Покращення управлінських технологій в медичних установах через впровадження проектного менеджменту, який дозволить ефективно

розподіляти ресурси і забезпечити належну організацію роботи на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Виконання цих заходів допоможе створити більш ефективну та доступну систему охорони здоров'я в Україні, що відповідає вимогам сучасних стандартів та потребам населення.

3.2 Рекомендації щодо нормативно-правового, інституційного та ресурсного забезпечення реформування системи страхової медицини в Україні

Реформування системи страхової медицини в Україні потребує комплексного підходу, що охоплює нормативно-правові, інституційні та ресурсні аспекти. Ось ключові рекомендації для забезпечення успішного реформування:

1. Нормативно-правове забезпечення:

– Удосконалення законодавства: Розробити і прийняти законодавчі акти, які забезпечать чітке регулювання страхування в галузі охорони здоров'я. Це включає законодавство про обов'язкове медичне страхування, права пацієнтів, відповідальність медичних установ та страхових компаній.

– Прийняти закон «Про захист прав пацієнта» і забезпечити правову визначеність у питаннях доступу до медичних послуг та медичного страхування.

– Внести зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, узгодивши термінологію та забезпечивши чіткість у визначенні термінів, таких як «медичне обслуговування», «заклад охорони здоров'я», що є критичними для регулювання медичних послуг.

– Ввести закони, які регулюють діяльність лікарняних кас та механізми добровільного медичного страхування.

- Встановити чітку систему моніторингу за дотриманням законодавства, із можливістю регулярного аудиту та оновлення законодавчих актів залежно від змін у реальності та потребах охорони здоров'я.

- Адаптувати українське законодавство до європейських стандартів і принципів у сфері охорони здоров'я та медичного страхування, що включає боротьбу з корупцією, прозорість та ефективність використання ресурсів.

2. Інституційне забезпечення:

- Створення єдиної інституційної платформи для медичного страхування: Заснувати центральний орган для координації та управління системою медичного страхування в Україні, який би забезпечував інтеграцію різних рівнів страхування – від державного до приватного.

- Підвищити роль Національної служби здоров'я України як органу, що управляє фінансуванням медичних послуг і контролює виконання національних стандартів.

- Розмежування політичного та професійного управління: Забезпечити чітке розмежування політичних і управлінських функцій у медичній сфері для уникнення політичного впливу на прийняття медичних рішень. Запровадити систему незалежних експертів для прийняття рішень у галузі охорони здоров'я.

- Підвищення кадрового потенціалу: Розробити стратегію для підготовки та перепідготовки управлінців у сфері охорони здоров'я. Усі керівники медичних установ повинні призначатися через прозорі конкурси, з урахуванням їхнього професійного досвіду.

- Громадське управління: Посилити роль громадськості в процесах реформування через створення незалежних громадських рад, що мають право впливати на ухвалення ключових рішень щодо розвитку системи медичного страхування.

3. Ресурсне забезпечення:

Фінансування медичного страхування: Для забезпечення ефективної реалізації медичного страхування необхідно провести реформи у фінансуванні охорони здоров'я, що включають:

- Створення фінансових механізмів для обов'язкового медичного страхування, із чітким розподілом обов'язків між державою, роботодавцями та населенням.

- Підвищити роль обов'язкового медичного страхування як основного джерела фінансування медичних послуг.

- Запровадити систему моніторингу та звітності щодо використання коштів, залучених до медичного страхування, з чітким визначенням ефективності витрат.

Розвиток ринкових відносин в охороні здоров'я: Розвивати механізми приватного медичного страхування та лікарняних кас, що дозволяють залучати додаткові ресурси для фінансування медичних послуг.

- Заохочувати участь приватних медичних закладів у системі медичного страхування через програми співпраці з державними органами.

- Забезпечити розвиток добровільного медичного страхування, особливо для тих категорій населення, які мають більшу потребу в медичному обслуговуванні.

Інвестування в інфраструктуру та новітні технології: Забезпечити додаткове фінансування для модернізації медичних установ, запровадження новітніх медичних технологій та розвиток електронних медичних систем для покращення доступу до медичних послуг і контролю за їх якістю.

- Створити реєстр цін на лікарські засоби і застосувати механізм державного замовлення на виробництво ліків, що є найбільш важливими для забезпечення населення медичними послугами.

Кадрові ресурси: Створити систему мотивації для медичних працівників, включаючи підвищення рівня оплати праці, зокрема в галузі

первинної медичної допомоги, та забезпечення лікарів і медсестер необхідним професійним обладнанням та засобами захисту.

4. Моніторинг та оцінка ефективності:

- Впровадження системи оцінки якості медичних послуг, що дозволяє постійно контролювати стандарти надання медичних послуг, а також відстежувати їх ефективність.

- Регулярний аудит всіх аспектів системи медичного страхування та використання медичних ресурсів з метою виявлення неефективностей і корупційних схем.

5. Залучення міжнародного досвіду:

- Вивчення та застосування кращих європейських практик для боротьби з корупцією, підвищення прозорості та покращення управління медичною системою, що включає запозичення досвіду країн ЄС щодо фінансування та управління медичними послугами [43].

6. Підвищення обізнаності населення

- Провести освітні кампанії щодо важливості медичного страхування, основних принципів його функціонування, а також прав та обов'язків громадян у цій сфері для покращення рівня залученості громадян до процесу реформ.

Ці рекомендації є основою для ефективного реформування системи медичного страхування в Україні і забезпечення її стабільного розвитку в умовах європейської інтеграції. Реалізація цих кроків не тільки дозволить підвищити рівень доступності та якості медичних послуг для населення, а й сприятиме формуванню прозорої та ефективної системи охорони здоров'я, що відповідає сучасним європейським стандартам. Це, у свою чергу, буде сприяти зміцненню довіри громадян до державних установ і медичних інститутів, а також підтриманню соціальної стабільності в країні.

Крім того, важливою частиною реформ є інтеграція української медичної системи з європейськими стандартами, що дозволить забезпечити не лише економічну, а й соціальну стабільність у сфері охорони здоров'я.

Оскільки Європейський Союз активно працює над удосконаленням медичного забезпечення в країнах-членах, Україні потрібно адаптувати національні моделі страхування та надання медичних послуг до вимог ЄС, що стане важливим кроком на шляху до гармонізації з європейськими стандартами.

Ключовими завданнями в контексті європейської інтеграції є забезпечення належної якості медичних послуг через впровадження національних стандартів, а також удосконалення правових механізмів, що регулюють медичне страхування. Це дозволить створити міцний фундамент для стабільного функціонування медичної системи та досягнення гармонії між державними і приватними структурами в галузі охорони здоров'я.

Водночас, ці зміни сприятимуть економічному розвитку країни через залучення інвестицій, підвищення конкурентоспроможності на медичному ринку і створення сприятливих умов для розвитку приватної медицини та медичного туризму. Тому реформування системи медичного страхування є не лише кроком до поліпшення здоров'я нації, а й важливим етапом на шляху до європейського майбутнього України.

Висновки до третього розділу

Реформування системи медичного страхування в Україні є надзвичайно важливим кроком у напрямку забезпечення рівного доступу до медичних послуг, підвищення їх якості та ефективності, а також інтеграції країни в європейську медичну систему. Однак цей процес супроводжується низкою серйозних проблем, які потребують невідкладного вирішення. Зокрема, основними викликами є недостатнє теоретичне та методологічне обґрунтування процесу реформ, відсутність чіткої нормативно-правової бази, недостатня адаптація європейських принципів до українських реалій, а також проблеми з фінансуванням системи, корупцією та нерівномірним розподілом медичних послуг.

Для подолання цих перешкод необхідно здійснити ряд заходів. Зокрема, потрібно удосконалити правову базу, прийнявши законопроекти, що регулюють медичне страхування, створити стратегію розвитку галузі, залучати громадськість до процесу реформування, розмежувати політичні та управлінські механізми, а також посилити контроль за якістю медичних послуг. Не менш важливим є забезпечення ефективного фінансування через перерозподіл джерел коштів, впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності реформ.

Одним із основних результатів реформи має стати збереження конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичне страхування, доступність медичних послуг, зокрема для соціально вразливих груп, а також покращення умов праці медичних працівників. Для цього необхідно створити механізми, які забезпечують інтеграцію приватного сектору в систему охорони здоров'я, заохочення до розвитку медичних послуг і стимулювання конкуренції, а також підвищення кваліфікації кадрів.

Завершення реформування медичної системи України має бути зосереджено на гармонізації з європейськими стандартами, що дозволить не лише покращити якість медичних послуг, але й створити економічно стійку та соціально відповідальну систему охорони здоров'я. Для досягнення цих цілей потрібно ефективно використовувати інноваційні фінансові інструменти, підтримувати ініціативи щодо розвитку медичного туризму та залучати міжнародні інвестиції. Тільки за умови комплексного підходу та співпраці між державними органами, медичними установами та громадськістю можна забезпечити стабільне і довгострокове функціонування системи медичного страхування в Україні.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі розкрито теоретичні та практичні аспекти вироблення державної політики у сфері страхової медицини в Україні. Основні результати дослідження знайшли відображення у висновках і пропозиціях відповідно до визначених у роботі мети і завдань.

1. Розкрито теоретико-методологічні засади аналізу державної політики у сфері страхової медицини. Визначено, що в його основі лежить міждисциплінарний підхід, який охоплює концепції публічного управління, соціального страхування та охорони здоров'я. Доведено, що для вироблення ефективної державної політики у сфері страхової медицини необхідно враховувати три ключові принципи: 1) прозорість і підзвітність; 2) інклюзивність; 3) стійкість і довготривалість. Тобто, страхова медицина має впроваджуватися з урахуванням відкритості фінансових потоків, чітких механізмів звітності та оцінки ефективності витрат. Державна політика має враховувати інтереси всіх зацікавлених сторін: пацієнтів, медичних працівників, страховиків, державних і недержавних інституцій. А загалом впровадження системи страхової медицини повинно базуватися на довгостроковій перспективі із врахуванням демографічних, соціально-економічних і фінансових трендів.

Обґрунтовано, що методологія аналізу має включати кількісні та якісні методи, такі як моделювання фінансових потоків, соціологічні дослідження для визначення потреб населення та оцінку ризиків. Запропоновано використання аналітичних інструментів для моніторингу ефективності політики на етапах її розробки, впровадження та реалізації.

2. Визначено основні етапи інституційного становлення державного і недержавного регулювання страхової медицини в Україні. Встановлено, що цей процес поділяється на кілька ключових етапів.

– Перший етап (1990-ті роки). Відзначено формування первинних механізмів ринкових відносин у медичній сфері, зокрема створення перших комерційних страхових компаній та запровадження добровільного медичного страхування (ДМС). Водночас, на цьому етапі не було розроблено чіткої нормативної бази для регулювання взаємодії між страховиками та медичними закладами.

– Другий етап (2000-2010-ті роки). Удосконалення нормативно-правової бази, зокрема внесення змін до Закону України «Про страхування», розвиток програм ДМС та початок обговорення моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС). Проте відсутність політичної волі й ресурсів не дозволили перейти до повномасштабного впровадження ОМС.

– Третій етап (з 2020 року). Підвищення уваги до страхової медицини в контексті реформи охорони здоров'я. Визначено, що запровадження Національної служби здоров'я України (НСЗУ) стало кроком до інтеграції елементів страхової моделі, хоча основний фінансовий тягар залишається на державному бюджеті.

3. Проаналізовано сучасний стан галузі охорони здоров'я в Україні та передумови розвитку страхової медицини. В результаті аналізу виокремлено як негативні, так і позитивні аспекти, якими характеризується сучасний стан галузі охорони здоров'я України. Серед негативних факторів виділено недостатність фінансування; нерівність у доступі до медичних послуг та низький рівень довіри до системи охорони здоров'я. Серед позитивних змін виділено реформу первинної ланки охорони здоров'я; зростання інтересу населення до альтернативних моделей фінансування та підтримку міжнародних організацій.

Зокрема, з'ясовано, що загальні витрати на охорону здоров'я в Україні складають близько 7% ВВП, що нижче порівняно з країнами ЄС. При цьому частка приватних витрат громадян перевищує 50% від загального обсягу, що свідчить про значне фінансове навантаження на населення. Також існує

значний дисбаланс між регіонами та соціальними групами в доступності якісної медичної допомоги. Мешканці сільської місцевості та малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до послуг. Крім того, громадяни часто змушені вдаватися до неофіційних платежів, що знижує прозорість системи та створює додаткові ризики для її розвитку.

Водночас, виділено ключові передумови для впровадження страхової медицини. Так, створення інституту сімейного лікаря та впровадження програми «гроші йдуть за пацієнтом» дозволило частково вирівняти доступ до послуг. До того ж, соціологічні дослідження показують, що значна частина громадян готова до участі в програмах обов'язкового медичного страхування (ОМС), за умови прозорих механізмів його реалізації. Також відзначено значно підтримку міжнародних організацій. Зокрема, рекомендації ВООЗ та Міжнародного валютного фонду сприяють розробці відповідних програм реформування.

4. Оцінено чинне нормативно-правове забезпечення страхової медицини в Україні та запропоновано напрями його вдосконалення. Встановлено, що існуюча нормативно-правова база має фрагментарний характер і потребує значного вдосконалення. Основні проблеми включають: 1) відсутність спеціального закону про обов'язкове медичне страхування (існуючі положення в Законі України «Про страхування» не враховують специфіки медичних послуг, що ускладнює впровадження ОМС); 2) нечіткість у визначенні ролей і повноважень (взаємодія між державними органами, страховиками та медичними закладами регулюється розрізненими нормативними актами, що створює правову невизначеність); 3) обмежена інтеграція цифрових технологій (законодавство не забезпечує достатньої нормативної бази для впровадження електронних систем моніторингу, обліку та звітності в страхуванні)

Для вдосконалення нормативного забезпечення запропоновано розробити та ухвалити комплексний закон про ОМС, який має включати чітке

визначення механізмів фінансування, формування страхових фондів і розподілу коштів. Для вдосконалити систему контролю та нагляду рекомендовано створити регуляторний орган, відповідальний за моніторинг діяльності страхових компаній і якість наданих медичних послуг, що сприятиме прозорості системи. Також рекомендовано впровадити нормативну базу для цифровізації процесів, що допоможе оптимізувати адміністрування.

5. Проаналізовано міжнародний досвід впровадження страхової моделі та виділено кращі практики, які можуть бути застосовані в Україні. Міжнародний досвід країн із розвиненою системою страхової медицини (Німеччина, Польща, Ізраїль, Швейцарія) свідчить про ефективність обов'язкового медичного страхування (ОМС) як механізму забезпечення доступу до якісних медичних послуг.

Виокремлено основні аспекти, які можуть бути адаптовані для України. Наголошено, що передовсім необхідно визначитися з моделлю фінансування. Наприклад, у Німеччині страхові внески сплачуються на паритетних засадах між роботодавцями та працівниками, що забезпечує стійкість системи. Польща застосовує централізоване адміністрування внесків через Національний фонд здоров'я, що є прикладом ефективного державного регулювання. Для України оптимальним варіантом буде запровадження змішаної моделі фінансування, що поєднує обов'язкові страхові внески та бюджетне дофінансування.

Крім того, доцільно за прикладом Ізраїлю визначити базовий гарантований пакет медичних послуг із чітким обґрунтуванням його наповнення, щоб уникнути надмірних витрат, а також розширений пакет послуг, доступний через приватні страхові програми, що створить баланс між соціальною справедливістю та ринковою конкуренцією. Також важливим аспектом успішного впровадження страхової моделі є діджиталізація системи. Використання цифрових технологій для моніторингу та адміністрування страхових послуг забезпечить прозорість і оптимізацію процесів.

Отже, міжнародні практики свідчать, що успіх страхової медицини залежить від поєднання чіткої нормативної бази, ефективного адміністрування та активної участі громадян. Їх адаптація до українських реалій потребує поступового впровадження із пілотними проєктами в окремих регіонах.

6. Сформульовано рекомендації щодо вдосконалення процедур вироблення державної політики у сфері страхової медицини, враховуючи потреби нормативного, інституційного та ресурсного забезпечення. Для вдосконалення нормативно-правового забезпечення рекомендовано прийняти закон про ОМС із чітким визначенням механізмів його функціонування, ролей державних і недержавних суб'єктів; розробити регламенти для координації між медичними закладами, страховими компаніями та пацієнтами; запровадити механізми захисту прав пацієнтів у разі конфліктів зі страховими компаніями або медичними установами.

Для інституційного забезпечення запропоновано створити спеціалізований регуляторний орган для моніторингу та координації діяльності всіх суб'єктів страхової медицини; розвивати інститут громадського контролю, що забезпечить участь громадянського суспільства у процесі ухвалення рішень; залучати професійні асоціації лікарів та страховиків для формування експертних висновків та рекомендацій.

Для ресурсного забезпечення необхідно забезпечити стаке фінансування через поєднання державного бюджету, страхових внесків і міжнародної технічної допомоги; впровадити цифрові платформи для автоматизації обліку внесків, страхових випадків і витрат на медичні послуги; організувати програми підвищення кваліфікації для працівників медичної та страхової сфер.

Рекомендовані заходи спрямовані на формування сучасної моделі страхової медицини, адаптованої до умов України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96Text> (Дата звернення: 05.10.2024)
2. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: Програма економічних реформ на 2010–2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президентові України. URL: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf (Дата звернення: 05.10.2024)
3. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно». URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=v010p710-02> (Дата звернення: 05.10.2024)
4. Законопроект «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110404_0.html. (Дата звернення: 05.10.2024)
5. Законопроект «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я». URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110413_0.html (Дата звернення: 05.10.2024)
6. Англійсько-український словник термінів і понять з державного управління. Уклали: Г. Райт та ін.; пер. В. Івашко. – К.: Основи, 2016. 128 с.
7. Брус Т. М. Аналіз державної політики: теоретико-історичні засади: Дис. к. держ. упр.: 25.00.01. – Дніпропетровськ, 2014. 189 с.
8. Валецький О. Л. Державна політика в Україні: методологія аналізу, стратегія, механізми впровадження: Монографія. – К.: НІСД, 2021. 242 с.

9. Веймер Д. Л., Вайнинг Е. Р. Аналіз політики: концепції, практика. Пер. з англ. І. Дзюби, А. Олійника; наук. ред. О. Кілієвич. – К.: Основи, 2018. 654 с.
10. Гогвуд Б., Ган Л. Аналіз політики для реального світу. Пер. з англ. А. Олійник; Наук. ред. пер. В. Тертичка. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2014. 396 с.
11. Говлет М., Рамеш М. Дослідження державної політики: цикли та підсистеми політики. Пер. з англ. О. Рябова. – Львів: Кальварія, 2019. 264 с.
12. Григорович В. Р. «Роль і місце медичного страхування в реформуванні охорони здоров'я». Матеріали конференції «Обговорення проблем реформування системи охорони здоров'я через впровадження Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» 18 вересня 2022 р.
13. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження в Україні: Навч. посіб. Кол. авт.; за заг. ред. В. А. Ребкала, В. В. Тертички. – К.: Вид-во НАДУ, 2020. 232 с.
14. Єрмілов В. С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни. *Охорона здоров'я України*. 2021. № 2. С. 48-50.
15. Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я. URL: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/> (Дата звернення: 15.10.2024)
16. Кащенко О. Л., Борисова В. А. Соціально-економічні основи страхування: Навч. посібник. – Суми: Університетська книга, 2015. 251 с.
17. Кілієвич О. Англо-український глосарій термінів і понять з аналізу державної політики та економіки. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2013. 510 с.
18. Клапків М. С. З історії зародження національного страхового ринку. *Фінанси України*. 2018. № 1. С. 81-93.

19. Лехан В. М., Слабкий Г.О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. – К., 2019.
20. Логунова М., Шахов В., Шевченко М. Концептуальні засади теорії політики. – К., 2019. 159 с.
21. Методологія державного управління: Слов.-довід. Укл. В. Д. Бакуменко (кр. автор. кол.), за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К.: Вид-во НАДУ, 2014. 196 с.
22. Модернізація України – наш стратегічний вибір: Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. 33 с.
23. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. *Укр. мед. вісн.* 2017. № 2-3 (57-58). С. 40-41.
24. Новий тлумачний словник української мови у 4-х томах. – К.: Видавництво «Аконіт», 2018 р.
25. Нонко В. Проблема настільки серйозна, що необдумані дії можуть завдати величезної шкоди. *Україна-Бізнес.* 2020. № 11. С. 3-4.
26. Основні шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні. Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2015. С. 17.
27. Оцінювання державної політики і програм: Конспект лекцій до навч. дисципліни. Укл. В. А. Рехкало, Ю. Д. Полянський. – К.: Вид-во НАДУ, 2015. 72 с.
28. Пал Л. Аналіз державної політики. Пер. з англ. І. Дзюби. – К.: Основи, 2019. 422 с.
29. Парсонс В. Публічна політика: Вступ до теорії й практики аналізу політики: Пер. з англ. – К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2016. 520 с.
30. Професійна спілка працівників охорони здоров'я України: Інформація про соціально-економічну ситуацію в галузі охорони здоров'я у 2020 році. URL: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija->

pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/

(Дата

звернення: 17.10.2024)

31. Публічне адміністрування: Навчальний посібник. За ред. Ю. І. Ковальова. – К.: Ліра-К, 2017. 312 с.

32. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ*. 2015. С. 424-431.

33. Кириченко О. М. Соціальні стандарти і гарантії у сфері охорони здоров'я: проблеми та перспективи розвитку в Україні. О. М. Кириченко, В. В. Бондар. *Державне управління: теорія та практика*. 2020. № 1. С. 107-117

34. Клименко В. М. Організація та управління охороною здоров'я в Україні: теоретичні та практичні аспекти. *Вісник Академії митної служби України*. 2020. Т. 21, № 1. С. 123-134.

35. Коваленко О. І. Проблеми управління вітчизняною системою охорони здоров'я: стратегічні орієнтири та шляхи удосконалення. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*. 2021. № 16. С. 89-97.

36. Кривонос І. О. Удосконалення механізму державного управління охороною здоров'я в Україні. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2021. № 2. С. 52-58.

37. Литвин О. О. Державне управління охороною здоров'я в Україні: міждержавні та міжнародні аспекти. *Право та інновації*. 2021. № 7. С. 17-25.

38. Мельник В. Ю. Актуальні питання управління охороною здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Актуальні проблеми державного управління*. 2020. Т. 5. С. 49-59.

39. Олійник М. М. Державне управління в охороні здоров'я: нові підходи та тенденції. *Стратегічне управління*. 2020. № 3. С. 145-154.

40. Павленко С. І. Сучасні проблеми та виклики державного управління охороною здоров'я в Україні. *Управління розвитком складних систем*. 2020. Т. 40, № 2. С. 124-132.
41. Піддубна І. О. Роль державного управління в реформуванні охорони здоров'я України. *Наукові записки. Серія: Політологія*. 2020. Т. 2, № 3. С. 51-59.
42. Рибалка С. І. Управління охороною здоров'я в умовах економічної трансформації: виклики та рішення. *Економіка та управління*. 2020. № 9. С. 34-40.
43. Сазонова Л. Ю. Механізми забезпечення доступності медичних послуг в Україні: аналіз та рекомендації. *Медична освіта*. 2021. Т. 25, № 4. С. 121-130.
44. Серік С. В. Державне управління охороною здоров'я на засадах сталого розвитку. *Економіка і право*. 2020. Т. 15, № 1. С. 93-102.
45. Сторожук Л. А. Модернізація системи охорони здоров'я в Україні: досвід та перспективи. *Актуальні питання соціального розвитку*. 2020. Т. 1, № 7. С. 67-75.
46. Ткаченко В. В. Проблеми управління фінансуванням охорони здоров'я в Україні. *Фінансове право та бюджетна політика*. 2020. Т. 12, № 4. С. 82-90.
47. Усенко В. П. Проблеми та перспективи управління охороною здоров'я в умовах глобалізації. *Світова економіка і міжнародні відносини*. 2021. Т. 39, № 5. С. 99-107.
48. Федорова Н. Г. Соціальна політика в галузі охорони здоров'я: теоретичний аналіз. *Сучасні проблеми науки*. 2020. Т. 22, № 3. С. 76-84.
49. Черненко О. П. Публічне управління у сфері охорони здоров'я: законодавчі та організаційні проблеми. *Науковий вісник Черкаського університету*. 2020. Т. 12, № 8. С. 112-120.

50. Якубова О. О. Роль державного управління в реформуванні медичної галузі України. *Проблеми державного управління*. 2021. Т. 5, № 6. С. 45-52.

51. Аверчук М. В. Державне регулювання охорони здоров'я в Україні: принципи та інструменти. *Український журнал економіки та права*. 2020. Т. 18, № 3. С. 51-59.

52. Бондаренко О. П. Організація системи охорони здоров'я на місцевому рівні: актуальні питання та проблеми. *Вісник адміністративного судочинства*. 2021. Т. 24, № 2. С. 88-96.

53. Грищенко І. І. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: теорія і практика. *Проблеми теорії та практики управління*. 2020. Т. 4, № 10. С. 55-64.

54. Дорошенко В. І. Механізми фінансування медичних послуг в Україні: теоретичний та практичний аналіз. *Сучасні проблеми фінансів та економіки*. 2021. Т. 6, № 9. С. 72-80.

55. Жукова Л. В. Вплив соціальних факторів на ефективність державного управління у сфері охорони здоров'я. *Український журнал соціальних досліджень*. 2021. Т. 20, № 2. С. 58-66.

56. Загребельний О. П. Управління системою охорони здоров'я в умовах посткризового відновлення. *Теорія та практика державного управління*. 2020. Т. 17, № 8. С. 44-52.

57. Карпенко Т. А. Перспективи впровадження електронних технологій у сфері охорони здоров'я. *Інновації та технології в охороні здоров'я*. 2021. Т. 3, № 1. С. 23-30.

58. Лаврик М. Л. Роль місцевих органів влади в управлінні охороною здоров'я. *Актуальні проблеми державного управління*. 2020. Т. 12, № 4. С. 99-107.

59. Мельник Л. М. Трансформація системи охорони здоров'я України в умовах глобалізації. *Економіка, управління та інновації*. 2021. Т. 13, № 2. С. 56-63.

60. Павленко О. В. Стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Актуальні питання медичного права та управління*. 2021. Т. 4, № 1. С. 78-85.

61. Писаренко Т. В. Державне управління в галузі охорони здоров'я: основні проблеми та перспективи розвитку. *Журнал державного управління та адміністративних наук*. 2021. Т. 9, № 3. С. 44-51.

62. Руденко О. І. Реформа охорони здоров'я в Україні: між державним контролем і ринковими механізмами. *Державна політика та адміністративний процес*. 2021. Т. 14, № 2. С. 76-83.

63. Сікорська І. І. Організація медичного забезпечення населення на місцевому рівні в Україні. *Журнал медичної та соціальної реабілітації*. 2021. Т. 7, № 4. С. 23-29.

64. Степаненко О. В. Державне регулювання охорони здоров'я: актуальні проблеми та підходи. *Науковий вісник державного управління*. 2020. Т. 12, № 3. С. 45-53.

65. Тищенко М. П. Політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Вісник політичних досліджень*. 2021. Т. 22, № 5. С. 17-25.

66. Федорова А. П. Впровадження електронного здоров'я в Україні: проблеми та перспективи. *ІТ-технології в охороні здоров'я*. 2021. Т. 5, № 2. С. 35-42.

67. Чернишова І. А. Державне управління у сфері охорони здоров'я на етапі посткризового відновлення. *Соціально-економічні проблеми розвитку*. 2020. Т. 16, № 1. С. 19-27.

68. Шевчук О. В. Розвиток медичних послуг на рівні місцевих органів влади. *Актуальні проблеми медичного права*. 2021. Т. 9, № 4. С. 51-58.

69. Янковий В. М. Кризові явища в медичній сфері України: державний контроль і механізми управління. *Журнал державного управління та економіки*. 2020. Т. 15, № 1. С. 38-47.

70. Ярмоленко В. М. Актуальні проблеми управління в сфері охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Проблеми управління в цифрову епоху*. 2021. Т. 12, № 3. С. 56-64.

71. Яценко І. О. Управління якістю медичних послуг в Україні: нормативні аспекти та проблеми. *Науковий журнал "Економіка та право"*. 2021. Т. 21, № 7. С. 63-71.

72. Костюк О. В. Основи медичної політики та управління в охороні здоров'я. *Медицина і право*. 2020. Т. 16, № 3. С. 12-20.

73. Кравченко Н. М. Інноваційні підходи до управління системою охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Львівського університету*. 2020. Т. 22, № 4. С. 91-99.

74. Куліков А. В. Порівняльний аналіз медичних реформ в Україні та Європейському Союзі. *Публічне управління та адміністрування*. 2021. Т. 13, № 5. С. 47-55.

75. Лисенко М. О. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні в умовах пандемії. *Журнал здоров'я та медицини*. 2020. Т. 10, № 6. С. 81-89.

76. Барабошкін К., Давидов П. Сервісні технології реінжинірингу діяльності органів місцевої влади міста Києва. Державна політика та управління стратегічними комунікаціями в кризових умовах: Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції. Київ-Вроцлав, 23 жовтня 2024 р. – Київ: «Офіс Цифрового Врядування», 2024. 212 с. С. 141-143.



Звіт подібності

метадані

Заголовок

Вироблення державної політики у сфері страхової медицини

Автор

Давидов Павло Сергійович

Науковий керівник / Експерт

ст. викладач Шульга Лариса Петрівна

підрозділ

кафедра національної економіки та публічного управління

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

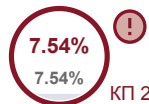
Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		92
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		53

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

**25**

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

**15386**

Кількість слів

**122132**

Кількість символів

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає, в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)	
1	http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf	666	4.33 %
2	https://thelib.info/ekonomika/1101599-zarubizhnij-dosvid-reformuvannya-sistemi-ohoroni-zdorovya/	182	1.18 %
3	http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf	104	0.68 %
4	http://librarysnu.at.ua/analiz_politiki_o.v.novakova_navchalnij_posibnik.pdf	52	0.34 %



Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана
Факультет економіки та управління



Вроцлавський Університет
Факультет права, управління та економіки
Інститут адміністративних наук

ЗБІРНИК ТЕЗ
III Міжнародної науково-практичної конференції

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА
ТА УПРАВЛІННЯ
СТРАТЕГІЧНИМИ КОМУНІКАЦІЯМИ
В КРИЗОВИХ УМОВАХ**

POLITYKA PUBLICZNA I ZARZĄDZANIE KOMUNIKACJĄ
STRATEGICZNĄ W WARUNKACH KRYZYSOWYCH

PUBLIC POLICY AND STRATEGIC COMMUNICATION
MANAGEMENT IN CRISIS CONDITIONS

23 жовтня 2024 року

«ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ»

Київ–Вроцлав

УДК 621:351/354

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Факультету економіки та управління КНЕУ імені Вадима Гетьмана
протокол №4 від 21.11.2024*

Тези публікуються в авторській редакції.
Організаційний комітет залишає за собою право не поділяти думку авторів.

Державна політика та управління стратегічними комунікаціями в кризових умовах : Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції. Київ-Вроцлав, 23 жовтня 2024 р. Київ : «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ», 2024. 212 с.

Збірник тез укладено за підсумками досліджень, представлених на III Міжнародної науково-практичної конференції **«Державна політика та управління стратегічними комунікаціями в кризових умовах»** 23 жовтня 2024 року. Доповіді учасників презентують наукові результати щодо діяльності органів державної влади в кризових умовах, зокрема збройної агресії проти України задля подальшого розвитку спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування».

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Леонід АРСЕНОВИЧ	д.філософ. публ. упр. та адмін.
Віталій ГАВРИЛЯК	д.філософ. публ. упр. та адмін.
Сергій КВІТКА	д.держ.упр., проф.

УДК 621:351/354

Костянтин БАРАБОШКІН
Павло ДАВИДОВ
Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана

СЕРВІСНІ ТЕХНОЛОГІЇ РЕІНЖИНІРИНГУ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ МІСТА КИЄВА

Архітектура реалізації реінжинірингу державно-управлінських (самоврядних) процесів є системою загальних (сервіси інформаційної взаємодії, сервіси транзакцій, сервіси організаційних процесів та сервіси забезпечення) та спеціальних сервісів з організації та забезпечення функціонування елементів діяльності органів місцевої влади (сервіси прикладних систем організації та сервіси розробки прикладних систем), зв'язаних між собою та зовнішнім середовищем за допомогою певних правил та процедур.

Основні проблеми здійснення сервісної діяльності з точки зору споживачів. Зокрема, для споживачів публічних послуг проблемами є: здебільшого високі розміри плати за адміністративні послуги, ускладнення процедури їх отримання, тривалі строки надання багатьох з них. У підсумку на практиці за рахунок значних фінансових витрат реалізується гібрид фронт-офісу та бек-офісу під назвою “одні двері”. При цьому, проблеми міжвідомчої взаємодії вирішуються силами самого заявника, який перетворюється в якогось кур'єра, який снує від одного “віконця” до іншого. Багато в чому цьому сприяє недосконалість нормативно-правової бази, в тому числі розроблені процедури надання публічних послуг. Система надання публічних послуг в м. Києві знаходиться в інституційній пастці, яка визначається ефектом “path dependence” – залежністю від попереднього розвитку.

На базі аналізу зарубіжного досвіду (США, Великої Британії, Німеччини, Естонії та Казахстану) можемо систематизувати напрями удосконалення в Україні сервісних засобів реінжинірингу державно-управлінських (самоврядних) процесів. Перший напрям стосується архітектури реінжинірингу: створення архітектури управлінських процесів державного управління та місцевого самоврядування; спрощення процедур надання публічних послуг і максимальне скорочення їх тривалості; розвиток архітектури комунікацій; створення єдиного простору електронного документообігу; створення депозитарію електронних інформаційних ресурсів; створення стандартів програмного забезпечення інформаційно-аналітичної діяльності тощо. Другий напрям відображає процеси удосконалення функціонування спеціалізованих інформаційно-аналітичних систем на базі технологій ERP: підвищення рівня фаховості та посилення мотивації державних службовців/посадових осіб місцевого самоврядування;

удосконалення технологій захисту інформації (баз даних); запровадження системи моніторингу та оцінювання надання публічних послуг; впровадження стандартів (методик, процедур) сервісної діяльності органів влади в Україні.

На основі проведеного дослідження можемо сформулювати реінжинірингову стратегію реформування організаційних структур місцевих державних адміністрацій міста, яка передбачатиме кардинальну зміну технології роботи на основі принципу поділу владних і господарських функцій. Якісно нова модель організаційної структури адміністрації міста має три ступені:

- перший ступінь – включає підрозділи, що займаються формуванням місцевої політики, її нормативно-правовим забезпеченням, розробкою програм соціально-економічного розвитку території;

- другий ступінь – підрозділи, що виконують функцію забезпечення реалізації політики на місцевому рівні найважливішими державними ресурсами;

- третій ступінь – галузеві структурні підрозділи, що займаються організацією надання публічних послуг, що реалізують цілі і завдання муніципальної політики у відповідній сфері.

В умовах розбудови в Україні інформаційного суспільства в контексті здійснення сучасних процесів децентралізації, у м. Києві набувають поширення інноваційні технології реінжинірингу, вплив яких поширюється вже не тільки на зміни державно-управлінських (самоврядних) процесів, а й на діяльність виконавчих органів столичної влади, що будуються на принципах відкритості та прозорості. Домінуючими видами сервісної діяльності виявляються саме цифрові (електронні) форми функціонування суб'єктів управлінських та самоврядних процесів. Можливостям ефективно реалізувати самоврядний процес сприяє опанування суб'єктами місцевої влади засобів інформаційно-комунікаційних технологій, які в контексті реінжинірингу набувають стрибкоподібного розвитку, на основі чого визначимо основні умови, які дозволяють реалізовувати “цифровий” стрибок у м. Києві:

- здатність виробляти та використовувати ІКТ, наявність професійних кадрів, про що свідчить статистика успіхів українських ІТ-компаній на міжнародних ринках;

- доступ до ІКТ-обладнання, технологій, висока абсорбція ІКТ громадянами та бізнесом, про що свідчить наявність внутрішнього ринку ІКТ, величезна кількість “історій успіху” із різних сфер життя та економіки, локальна наявність представництв виробників технологій, дистрибуції;

- достатній рівень системної інтеграції ІКТ-продуктів, від проектування до комплексних впроваджень із взаємодією з різними технологіями, програмними та апаратними засобами;

- наявність “креативної” культури та навичок генерування ідей для потенційного застосування ІКТ сфери державно-управлінських (самоврядних)

процесів, про що свідчить стрімкоподібний розвиток в Києві такого сегменту як “креативна економіка”.

Одним з базових принципів “цифровізації” м. Києва є домінуюча роль міської влади щодо ініціювання розробки, просування та впровадження міської “цифрової” стратегії. Публічні службовці мають зосередитися на знятті бар’єрів на шляху до “цифровізації”, корегуванні вад ринкових механізмів, підтримці добросовісної конкуренції, залученні інвестицій, розвитку “цифрової” інфраструктури та “цифрової” економіки з метою досягнення загальнонаціональних пріоритетів. Київська влада, повинна стати активною щодо “цифровізації” усієї країни – це місто, яке в першу чергу, починає “цифровізацію” з себе.

Для впровадження ініціатив “цифровізації” місцевих органів влади визначимо 10 головних стратегічних технологій: “Цифрове робоче місце”, “Багатоканальне інформування та залучення громадян”, “Відкриті дані”, “Електронна ідентифікація громадян”, “Повсюдна аналітика”, “Інтернет речей”, “Цифрові муніципальні платформи”, “Програмні архітектури (програмно-конфігуровані архітектури, *soft ware defined architecture*)”, “Blockchain. Blockchain”.

На основі проведеного дослідження вироблені рекомендації щодо впровадження сервісних засобів реінжинірингу державно-управлінських (самоврядних) процесів на прикладі м. Києва, а саме:

- ухвалити на столичному рівні реінжинірингову стратегію реформування організаційних структур державних адміністрацій, яка передбачатиме кардинальну зміну технології роботи на основі принципу поділу владних і господарських функцій;

- затвердити концепцію “цифровізації” м. Києва та основні принципи її впровадження;

- трансформувати робочі місця чиновників Київської міської державної адміністрації та районних державних адміністрацій у “цифрові” робочі місця;

- підготувати нормативні ініціативи Київській міській раді щодо стимулювання переходу на “цифрові” робочі місця місцевий бізнес та недержавні організації різних професійних середовищ.

ЛАВРУСЬ Андрій МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИФРОВОГО РОЗВИТКУ МІСЬКИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ.....	104
ГАШЕВ Руслан ЗВ'ЯЗКИ З ГРОМАДСЬКІСТЮ ЯК ІНСТРУМЕНТ АНАЛІЗУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ.....	108
ДЕМ'ЯНЧУК Денис МОДЕЛЮВАННЯ АНАЛІЗУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ.....	110
ЄВТУШЕНКО Тихін ВПЛИВ ПОЛІТИЧНОЇ АНАЛІТИКИ НА ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В УКРАЇНІ.....	113
ПАДАЛКА Артем ПОЛІТИЧНЕ ЛІДЕРСТВО ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН СУСПІЛЬНО-ВЛАДНИХ ВІДНОСИН	116
МАХНОВЕЦЬ Віктор СТЕПАНЕНКО Олексій КОМУНІКАТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗДІЙСНЕННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ОПЕРАЦІЙ.....	120
ДЕМ'ЯНЧУК Анастасія РОЛЬ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ У ФОРМУВАННІ ПОЛІТИЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ	123
ШУЛЬГА Ігор РАДКЕВИЧ Володимир МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ЕЛЕКТРОННИХ КОМУНІКАЦІЙ.....	126
КОЧУРА Максим ТРАВІН Олександр ВИРОБЛЕННЯ ЄВРОІНТЕГАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ: ІСТОРИЧНИЙ ДОСВІД ТА РОЗВИТОК.....	129
ОСЬМАК Анастасія СЕРГІЄНКО Павло ІДЕНТИФІКАЦІЯ ТА АВТЕНТИФІКАЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ЖЕСТІВ І ПАСКЕЇВ	132
ТИЩЕНКО Данило ДЕРЖАВНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ІПОТЕЧНОГО РИНКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	135
МАЛЯРЕНКО Владислав ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ СТРАТИФІКАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	137
ГОЛОВЕЙ Михайло ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	139

н а у к о в е в и д а н н я

ЗБІРНИК ТЕЗ
III Міжнародної науково-практичної конференції

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА
ТА УПРАВЛІННЯ
СТРАТЕГІЧНИМИ КОМУНІКАЦІЯМИ
В КРИЗОВИХ УМОВАХ**

POLITYKA PUBLICZNA
I ZARZĄDZANIE KOMUNIKACJĄ STRATEGICZNĄ
W WARUNKACH KRYZYSOWYCH

PUBLIC POLICY AND STRATEGIC COMMUNICATION
MANAGEMENT IN CRISIS CONDITIONS

23 жовтня 2024 року

Авторська редакція

Упорядник та виготовлювач
ГО «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ»
digital.gov.office@gmail.com

Підписано до друку 30.10.2024. Формат 60х84 /16. Папір офісний. Гарнітура TimesNewRoman
Спосіб друку цифровий. Ум. друк. арк. 14.18 Наклад 300