

**УДК 351.84:614****DOI: <https://doi.org/10.31470/2786-6246-2023-5-131-140>**

**Соловей Світлана,**  
*аспірантка кафедри управління  
охороною здоров'я та публічного  
адміністрування Національного  
університету охорони здоров'я  
України імені П.Л. Шупика*

**Solovey Svitlana,**  
*Postgraduate student of the  
Department of Healthcare  
Management and Public  
Administration of Shupyk National  
Healthcare University of Ukraine*

**ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-4386-2431>**

## **ВИЗНАЧЕННЯ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **IDENTIFICATION OF GLOBAL MODELS FOR THE INTRODUCTION OF HEALTH INSURANCE**

**Анотація.** Статтю присвячено дослідженню світових моделей запровадження медичного страхування. Життя і здоров'я людини є її найважливішим і найціннішим ресурсом, тому необхідно їх зберегти, і медицина може цю потребу задовольнити. Ефективна система медичного страхування, яка є важливим елементом соціальної захищеності населення, забезпечить доступ до якісних медичних послуг.

Проблема охорони здоров'я зростає з кожним роком. Однією з цілей сталого розвитку є здоров'я та благополуччя населення, тому кожна країна зацікавлена в забезпеченні соціального захисту, здоров'я та працездатності суспільства. Медичне страхування відіграє роль альтернативної моделі організації охорони здоров'я та є важливим елементом соціальної інфраструктури. Крім того, медичне страхування може перекласти тягар з державного бюджету на плечі страхових компаній і забезпечить розвиток конкуренції на ринку медицини та підвищення його якості.

У статті визначено, що медичне страхування – форма особистого страхування, яка гарантує надання медичної допомоги громадянам у разі настання страхового випадку за рахунок накопичених страхових коштів. Своєю чергою, страхова медицина – це система фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок страхових коштів.

Існує три основних види фінансування медицини: державне (бюджетне), в якому частка держави перевищує 70% загального фінансування, соціальне (за рахунок коштів загальнодержавного соціального страхування, які не надходять до бюджету), приватне медичне страхування. Кожна країна зазвичай використовує всі три види фінансування, поєднуючи їх у різних пропорціях.

Головною рушійною силою створення якісного функціонування медичного страхування є вибір державою ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, за якої всі матеріальні ресурси розподілялися б і використовувалися найбільш раціонально та ефективно. Для кожної країни вибір найбільш підходящої системи охорони здоров'я стане можливістю покращити якість медичних послуг, оптимізувати роботу охорони здоров'я та збільшити фінансування. Варто розуміти, що система охорони здоров'я – це не просто

піраміда державних установ, а й міждисциплінарна діяльність медичного персоналу, яка покращує здоров'я населення.

**Ключові слова:** публічне управління, медичне страхування, моделі медичного страхування, фінансування охорони здоров'я, удосконалення моделей фінансування медицини.

**Abstract.** The article is devoted to the study of global models of the introduction of health insurance. A person's life and health is his most important and valuable resource, therefore it is necessary to preserve them, and medicine can satisfy this need. An effective system of health insurance, which is an important element of social security of the population, will ensure access to quality medical services.

The problem of health care is growing every year. One of the goals of sustainable development is the health and well-being of the population, so every country is interested in ensuring social protection, health and work capacity of society. Health insurance plays the role of an alternative model of health care organization and is an important element of social infrastructure. In addition, medical insurance can shift the burden from the state budget to the shoulders of insurance companies and will ensure the development of competition in the medical market and its quality improvement.

The article defines that medical insurance is a form of personal insurance that guarantees the provision of medical assistance to citizens in the event of an insured event at the expense of accumulated insurance funds. In turn, insurance medicine is a system of financing health care facilities at the expense of insurance funds.

There are three main types of financing of medicine: state (budgetary), in which the share of the state exceeds 70% of the total financing, social (at the expense of funds of the national social insurance, which do not go to the budget), private medical insurance. Each country usually uses all three types of financing, combining them in different proportions.

The main driving force for the creation of high-quality functioning of health insurance is the state's choice of an effective health care financing model, under which all material resources would be distributed and used in the most rational and efficient manner. For each country, choosing the most suitable health care system will be an opportunity to improve the quality of health care services, optimize the work of health care and increase funding. It should be understood that the health care system is not just a pyramid of government institutions, but also the interdisciplinary activities of medical personnel that improve the health of the population.

**Keywords:** public administration, medical insurance, medical insurance models, health care financing, improvement of medical financing models.

**Постановка проблеми.** Нині існує три основних види фінансування охорони здоров'я: державне (бюджетне), соціальне страхування та приватне медичне страхування. Звичайно, чистих форм на практиці ні в природі, ні в суспільстві не існує. Тому фінансування охорони здоров'я, як правило, відбувається у змішаній формі. Проте залежно від домінуючої форми фінансування система охорони здоров'я поділяється на державну (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішану (бюджетно-страхову) (США), де близько 90% населення країни користується послугами приватних страхових компаній.

Проблема охорони здоров'я зростає з кожним роком. Однією з цілей сталого розвитку є здоров'я та благополуччя населення, тому кожна країна зацікавлена в

забезпеченні соціального захисту, здоров'я та працездатності суспільства. Медичне страхування відіграє роль альтернативної моделі організації охорони здоров'я та є важливим елементом соціальної інфраструктури. Крім того, медичне страхування може перекласти тягар з державного бюджету на плечі страхових компаній і забезпечить розвиток конкуренції на ринку медицини та підвищення його якості.

Здійснюючи ринкові перетворення у цій сфері, Україна прагне створити змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід інших країн світу. Реалізовані законодавчі положення у сфері медичного страхування повинні бути ретельно проаналізовані фахівцями з вітчизняним та закордонним досвідом практичного медичного страхування. Тому досить актуальним є дослідження основних принципів поєднання бюджетних і страхових коштів для забезпечення населення якісними медичними послугами на прикладі країн, які вже досягли відповідних успіхів у цій сфері.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Медичне страхування є формою соціальної захищеності населення щодо збереження здоров'я. Цей вид страхування гарантує медичну допомогу в разі втрати здоров'я з будь-якої причини, включаючи хворобу або нещасний випадок. Теоретичні і практичні аспекти проблеми медичного страхування досліджували В. Базилевич, М. Білинська, Д. Вакулєнко, О. Виноградова, О. Вовчак, Л. Волохова, Т. Говорушко, Н. Гойда, Т. Камінська, В. Климчук, В. Лехан, С. Осадець, Т. Попченко, В. Смірнова, В. Стеценко, І. Солоненко.

**Метою статті** є аналіз основних моделей медичного страхування у різних країнах світу, визначення їх переваг і недоліків.

**Виклад основного матеріалу.** Природне право людини на отримання медичної допомоги у разі погіршення (ушкодження) здоров'я реалізується через систему охорони здоров'я. Діяльність закладів охорони здоров'я має не лише індивідуальний, а й відчутний соціальний вимір. Адже люди, взаємодіючи в суспільстві, контактено чи безконтактно, можуть істотно впливати на фізичний і психічний стан інших людей. Тому у світовій практиці неможливо знайти країну, де б суспільство було абсолютно байдужим до системи охорони здоров'я. В економічному аспекті стан, ефективність і перспективи розвитку системи охорони здоров'я значною мірою залежать від системи фінансування цієї галузі економіки [1].

Невелика кількість країн може дозволити собі взяти на себе відповідальність за майже повне надання медичної допомоги лише за рахунок бюджету. У більшості країн намагаються поєднати різні форми фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється, перш за все, тим, що в сучасних умовах зростає кількість загроз здоров'ю громадян:

- процеси глобалізації похвалили міграції людей, які поширюють інфекційні захворювання, не властиві цілим регіонам;
- надзвичайно швидкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних змін в економіці, створюють низку стресових ситуацій, які негативно впливають на здоров'я населення;
- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії підвищують потребу в медичній допомозі;
- продовження життя супроводжується старінням населення, що створює додаткові витрати на догляд за хворобами старості тощо [2].

З іншого боку, бюджет кожної країни завжди обмежений і тому недостатній для фінансування всіх суспільних благ. Більш того, якщо держава бере на себе

значну частку відповідальності за здоров'я нації, роботодавці та самі громадяни перестають про це піклуватися. Тому більшість країн світу використовують змішані системи фінансування охорони здоров'я.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, осіб і видів діяльності, основним завданням яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я. Існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я залежно від джерела фінансування: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування та модель «з власної кишені».

Виділяють такі критерії, за якими відрізняються моделі фінансування охорони здоров'я: доступність для громадян; джерела фінансування; роль держави; відносини між державним і приватним секторами; контроль за якістю надання медичної допомоги; заходи щодо стимулювання медичних працівників.

Модель Беверіджа – національна медична служба з єдиним платежем (приклади: Великобританія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба). Модель Беверіджа вперше була розроблена сером Вільямом Беверіджем у 1948 р. у Великій Британії. Вперше у світі повністю безкоштовне медичне обслуговування було надано на основі громадянства, а не плати чи страхування. Пізніше ця система поширилася на країни Північної Європи, а також на Нову Зеландію та Кубу. Цікавим фактом є те, що Куба – єдина країна, що розвивається, яка посіла 30 місце в списку найздоровіших націй світу (за версією журналу Bloomberg). Для порівняння, на Кубі на одного лікаря припадає 173 пацієнти, а у Великобританії – 1 лікар на 600 пацієнтів.

Кубинська система є однією з найбільш суперечливих і парадоксальних медичних систем у світі: з великою кількістю лікарів з низькою зарплатою та застарілим обладнанням, кількість якого постійно зменшується, але кількість медичного персоналу залишається стабільно високою, а лікарі змушені працювати на кількох посадах.

Модель Беверіджа характеризується централізацією медичної системи через створення національної служби охорони здоров'я. Уряд діє як єдиний платник, усуваючи ринкову конкуренцію та загалом утримуючи ціни на низькому рівні. Фінансування медицини з податку на прибуток робить медичне обслуговування безкоштовним за місцем надання допомоги – після консультації чи процедури пацієнт не повинен нічого доплачувати, адже податки він уже заплатив. За цією системою значна частка медичних працівників є державними службовцями. Головним чинником цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, загальне охоплення гарантується урядом, і кожен громадянин має рівний доступ до медичної допомоги.

Модель Бісмарка – модель соціального медичного страхування (приклади: Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія). Це більш децентралізована форма охорони здоров'я. Модель Бісмарка була створена наприкінці XIX ст. Отто фон Бісмарком. Роботодавці та службовці фінансують медичне страхування за цією моделлю: працевлаштовані мають доступ до «лікарняних фондів», створених обов'язковими посвідченнями про оплату праці. Крім того, плани приватного страхування охоплюють кожного працівника, незалежно від попередніх умов.

Постачальники медичних послуг, як правило, є приватними установами, хоча фонди соціального медичного страхування вважаються державними. Деякі країни мають одного страховика (Франція, Корея). В інших країнах може бути кілька конкуруючих страховиків (Німеччина, Чехія) або кілька неконкуруючих страховиків (Японія). Незважаючи на кількість страховиків, держава жорстко

контролює ціни, а страхові компанії не заробляють. Ці заходи дозволяють уряду здійснювати подібний контроль над цінами на медичне обслуговування, як і в моделі Беверіджа.

Вимога працевлаштування для медичного страхування надає переваги та створює проблеми. Ці заходи забезпечують працівникам медичне обслуговування, яке їм необхідно для продовження роботи та підтримки продуктивної робочої сили. Оскільки вона спочатку не була розроблена для забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, модель Бісмарка зосереджує ресурси на тих, хто може зробити фінансовий внесок. Оскільки охорона здоров'я є привілеєм для працівників, модель стикається з низкою проблем: наприклад, як піклуватися про людину, яка не може працювати або не може платити внески. Більш нагальні практичні питання включають те, як впоратися зі старіючим населенням, непропорційною кількістю пенсіонерів порівняно з працюючими громадянами та як залишатися конкурентоспроможними в залученні транснаціональних компаній, які можуть віддавати перевагу місцям без зобов'язань щодо виплати.

Модель національного медичного страхування – національне медичне страхування з єдиним платником (прикладі: Канада, Тайвань, Південна Корея).

Модель національного медичного страхування включає в себе аспекти моделей Бісмарка та Беверіджа. Як і в моделі Беверіджа, держава є єдиним платником за медичні процедури, так само як і в моделі Бісмарка, постачальники послуг є приватними. Універсальна страховка не приносить прибутку і не відмовляє в медичній допомозі у разі скарги. Останнім часом у країнах із системами охорони здоров'я типу Беверіджа спостерігається тенденція до прийняття характеристик Бісмарка або навпаки, що призвело до того, що політика охорони здоров'я в багатьох країнах (наприклад, Угорщина та Німеччина) схиляється до змішаної моделі. У деяких країнах, наприклад у Канаді, приватні договори страхування дозволені для тих, хто віддає перевагу їм.

Особливостями національної системи медичного страхування Канади є:

- обов'язкове медичне страхування;
- понад 90% усіх витрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається за рахунок державних коштів. Прогресивний податок покриває 25% усіх витрат на охорону здоров'я;
- добровільне страхування покриває лише ті медичні послуги, які не покриваються системою загального страхування.

Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дозволяє лікарням залишатися незалежними, одночасно зменшуючи внутрішні ускладнення, пов'язані зі страховими полісами. Фінансові перешкоди для лікування, як правило, низькі, і пацієнти, як правило, вільні у виборі постачальників медичних послуг.

Як і модель Беверіджа, ця система забезпечує населення більшістю медичних процедур незалежно від рівня доходу. Ця модель може також зменшити витрати на адміністрування медичного страхування, оскільки уряд обробляє всі претензії та зменшує дублювання послуг. Найбільшим недоліком цих двох систем є те, що ці системи характеризуються довгими чергами на лікування. Список очікування не обмежується плановими операціями чи невідкладними процедурами. Черги є навіть у таких сферах, як нейрохірургія. Згідно з дослідженням, більшість країн, включаючи Австралію, Канаду та Італію, вважають час очікування серйозною проблемою для здоров'я. До прикладу, час

очікування на заміну кульшового суглоба в Канаді може коливатися від 42 до 178 днів.

Старіння населення та надмірне використання ресурсів екстреної медичної допомоги також створюють проблеми для довгострокової стійкості цієї моделі.

Пряма модель оплати, також відома як «з власної кишені», – охорона здоров'я, орієнтована на ринок (приклади: сільські райони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки).

У менш розвинутих регіонах, де не вистачає ресурсів для створення масової медичної допомоги, пацієнти змушені платити за процедури зі своєї кишені. Без достатньої кількості грошей бідні не можуть дозволити собі належне медичне обслуговування. На жаль, така ситуація поширена в більшості країн, оскільки лише найбагатші країни мають надійні системи охорони здоров'я [3].

Таблиця 1

*Характеристика моделей медичного страхування*

<b>Модель медичного страхування</b>	<b>Характеристика</b>
Британська модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>– високий ступінь централізації; обов'язковим медичним страхуванням охоплена 1/3 населення країни;</li> <li>– поширення систем бюджетного фінансування. Менше 10% бюджету системи охорони здоров'я складають витрати роботодавців і більше 90% податкові надходження до бюджету.</li> <li>– обов'язкове медичне страхування для всіх працівників;</li> <li>– 10% вартості лікування несе пацієнт;</li> <li>– недержавне страхування категорій осіб, які не підлягають обов'язковому страхуванню, та поширення недержавного добровільного страхування на послуги, що не надаються національною службою здоров'я.</li> </ul>
Американська модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>– акумуляція коштів у централізованому страховому фонді;</li> <li>– розподіл коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20% населення;</li> <li>– добровільне групове страхування за місцем роботи охоплює близько 60% населення;</li> <li>– добровільне страхування не за місцем роботи охоплює близько 2% населення;</li> <li>– 15% населення не мають доступу до медичного страхування.</li> </ul>
Японська модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>– наявність двох основних програм медичного страхування: державної та громадської;</li> <li>– медичне страхування для всіх працівників та їхніх сімей, які працюють у компаніях з 5 і більше співробітниками;</li> <li>– розрахунок страхових внесків від стандартного місячного доходу;</li> <li>– покриття медичних послуг з додатковим комфортом через добровільне медичне страхування.</li> </ul>
Німецька модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>– децентралізація, яка означає, що в країні існує понад 1000 страхових фондів: спеціальні, територіальні та фонди заміщення;</li> <li>– обов'язковість медичного страхування;</li> <li>– головне завдання влади – створити умови для надання медичних послуг і контролювати їх виконання;</li> <li>– розподіл обов'язків між державою та фондом страхування щодо здійснення активних заходів щодо обмеження зростання цін на медичні послуги. Страховий фонд запроваджує жорстку систему взаєморозрахунків із медичними закладами, систему співоплати ліків застрахованим тощо.</li> </ul>

Розроблено автором за: [4]

Слід зазначити, що наведені вище моделі є більш теоретичними, оскільки насправді кожна країна загалом має однакову систему охорони здоров'я для більшості громадян і поєднує в собі риси різних моделей, оскільки кожна модель має сильні та слабкі сторони (див. табл. 2).

Таблиця 2

**Переваги і недоліки основних моделей систем охорони здоров'я**

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Модель Бісмарка (Німеччина, Швейцарія, Японія, Австрія)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Розвиток та інновації.</li> <li>– Якісна безкоштовна медична допомога та вільний вибір лікаря.</li> <li>– Додаткові джерела фінансування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Високі адміністративні витрати.</li> <li>– Надання послуг ризиковим верствам населення.</li> </ul>
Модель Бевериджа (Великобританія, Ірландія, Італія, Канада, Іспанія)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Безкоштовні послуги доступні великій кількості населення.</li> <li>– Загальнодоступність.</li> <li>– Контроль за використанням коштів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Обмеженість у виборі лікаря.</li> <li>– Великі адміністративні витрати.</li> <li>– Бюджетний дефіцит.</li> <li>– Обмеженість прав медичних закладів.</li> </ul>
Приватна модель (США, Ізраїль, Північна Корея)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Велика кількість медичних закладів.</li> <li>– Наявність високого доходу медичних працівників.</li> <li>– Високі інноваційність та ефективність.</li> <li>– Контроль за якістю надання медичних послуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Високі адміністративні витрати та вартість медичних послуг.</li> <li>– Відсутність єдиної системи охорони здоров'я.</li> <li>– Складність у повному та комплексному обстеженні</li> </ul>

Розроблено автором за: [3]

У кожній країні є проблеми при спробі побудувати систему надання медичної допомоги. Жодна система охорони здоров'я не є абсолютно однаковою та повністю безпроблемною. Метод, який працює в одній країні, швидше за все, не може бути повноцінно використаний в іншій через інші проблеми зі здоров'ям, інші пріоритети, інший менталітет.

Багаторічний світовий досвід у сфері медичного страхування доводить високу ефективність різноманітних моделей і систем медичного страхування. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, через обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма. Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії державне фінансування є домінуючим. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового медичного страхування, тоді як у США перевага віддається змішаній формі фінансування охорони здоров'я, де близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній.

У Франції медичне страхування було введено в 1910 р., спочатку у формі кас самопомоги, а з 1928 р. ці каси трансформувалися в страхові компанії. Зараз у Франції існує одна ієрархія страхових фондів, існує вертикальна система медичного страхування: потужна страхова організація – Інститут соціального страхування (національний фонд страхування працівників), який знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці та охоплює 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну

автономію, але, як правило, підпорядковані адміністративному контролю з боку центру.

У Нідерландах медичне страхування зародилося в 1901 р. і складалося з кількох сотень компаній взаємодопомоги та страхування. Деякі з них були великими, але більшість були невеликими організаціями, що представляли інтереси населення невеликих міст, бізнесу тощо.

У 1940 р. почалося впровадження керованого медичного страхування, що вимагало впровадження стандартизації при створенні системи медичного страхування, і тому більшість дрібних компаній об'єдналися у більші страхові фонди. Нині діяльність територіальних страхових організацій регулює Центральна рада страхових фондів, до складу якої входять представники роботодавців, профспілок, лікарських палат та органів управління. Цей орган не є державним, але на нього покладено низку важливих повноважень, зокрема, забезпечення того, щоб страхові компанії не відмовляли населенню у страхових медичних послугах, контроль за витрачанням коштів, надання інформації, необхідної для визначення стандарту централізованого фінансування страхових організацій, розрахунок страхових внесків і тарифів. Велика частина населення була охоплена системою керованого страхування з правом самостійного вибору страхової компанії.

У Швеції один із найвищих стандартів життя у світі. У Швеції закони про медичне страхування були прийняті в 1898 р. Загальне обов'язкове медичне страхування було запроваджено в 1955 р. Воно охоплювало всіх громадян. Національна система соціального забезпечення є загальною і обов'язковою для всього населення країни. Його невід'ємною частиною є особисте медичне та стоматологічне страхування. Управління усією системою здійснюють 26 регіональні установи соціального страхування. Їх діяльністю керує Національна рада соціального страхування. 25% видатків на соціальну допомогу покриває державний бюджет, 26% витрат несуть повітові ради, 48% – роботодавці. Суто на охорону здоров'я та медичне обслуговування 18% коштів відраховує держава, 51% – місцева влада і 31% – роботодавець. Однією з особливостей шведської системи страхування є передача страхувальником страховикам своїх законних прав у питаннях медичного страхування.

Основним принципом діяльності приватних страхових компаній є доповнення державної системи охорони здоров'я. Це означає, що предметом страхування є лише ті ризики, які не покриває Національний фонд здоров'я.

Держава Ізраїль не має державної системи охорони здоров'я, але 94% населення охоплено комплексним медичним страхуванням. Медичне страхування забезпечується переважно лікарняною касою величезної профспілки Гістадрут (83% випадків), а також іншими медичними страховими фондами (17% випадків). Керівництво медичними закладами здійснюється різними установами, головними з яких є профспілки та уряд. У відділенні ізраїльської профспілки Купат Халім розташовані найбільші та найкращі лікарні країни. Невелика кількість лікарень перебувають у приватній власності. Найбільша профспілка в Ізраїлі є основним постачальником медичних послуг через Загальний фонд праці для допомоги хворим.

Добровільне медичне страхування розвивається незначно і надає виплати лише в тих сферах, які не охоплюються загальним страхуванням.

В Австралії основою системи медичного страхування є програма «Medicare», за якою всьому населенню оплачується 85% вартості різноманітних медичних послуг, за винятком стоматологічної, оптометричної та невідкладної



допомоги. Фінансування відбувається за рахунок страхових внесків у розмірі 1% від винагороди. У державних медичних закладах малозабезпеченим надається медична допомога безкоштовно. Добровільне медичне страхування розвинене недостатньо та надає додаткові послуги [5].

Безумовно, мінімальна межа державного втручання у надання медичної допомоги визначається необхідністю надання необхідних послуг найбільш уразливим верствам населення. Тоді держава має створити умови, за яких роботодавці були б зацікавлені у створенні належних умов праці та відновленні здоров'я своїх працівників. Крім того, завдання уряду – запровадити таку політику доходів, яка б дозволяла громадянам оплачувати якісні медичні послуги.

**Висновки.** Медичне страхування – форма особистого страхування, яка гарантує надання медичної допомоги громадянам у разі настання страхового випадку за рахунок накопичених страхових коштів. Своєю чергою, страхова медицина – це система фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок страхових коштів.

Існує три основних види фінансування медицини: державне (бюджетне), в якому частка держави перевищує 70% загального фінансування, соціальне (за рахунок коштів загальнодержавного соціального страхування, які не надходять до бюджету), приватне медичне страхування. Кожна країна зазвичай використовує всі три види фінансування, поєднуючи їх у різних пропорціях.

Побудова надійної системи охорони здоров'я вимагає спільної роботи міждисциплінарних експертів, медичних працівників, політиків та інших зацікавлених сторін, щоб спробувати вирішити багато складних аспектів здоров'я.

Усі країни мають певну форму та тип медичного страхування, як добровільного, так і обов'язкового, і лише економічно розвинені країни, такі як Великобританія, Швеція, Канада та Австралія, можуть дозволити собі медичне обслуговування, що фінансується державою, але навіть у цих економічно розвинутих країнах існують системи медичного страхування.

Головною рушійною силою створення якісного функціонування медичного страхування є вибір державою ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, за якої всі матеріальні ресурси розподілялися б і використовувалися найбільш раціонально та ефективно. Для кожної країни вибір найбільш підходящої системи охорони здоров'я стане можливістю покращити якість медичних послуг, оптимізувати роботу охорони здоров'я та збільшити фінансування. Варто розуміти, що система охорони здоров'я – це не просто піраміда державних установ, а й міждисциплінарна діяльність медичного персоналу, яка покращує здоров'я населення.

#### **Список використаних джерел:**

1. Марценюк В.П., Климук Н.Я. Модель багатостадійного захворювання для задач медичного страхування. *Штучний інтелект*. 2012. № 1. С. 160–168.
2. Климук Н.Я. Вплив невизначеності на попит у медичному страхуванні. *Медична інформатика та інженерія*. 2009. № 2. С. 69–71.
3. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasifikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> (дата звернення: 25.09.2022).
4. Смірнова В.Л., Климук Н.Я., Вакуленко Д.В. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3 (85). С. 103–105.
5. Іноземний досвід медичного страхування. URL: <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155> (дата звернення: 25.09.2022).

**References:**

1. Martseniuk, V.P. & Klymuk N.Ya. (2012). Model bahatostadiinoho zakhvoriuvannia dlia zadach medychnoho strakhuvannia [Model of multistage disease for problems of medical insurance]. *Shtuchnyi intelekt – Artificial Intelligence*, 1, 160–168 [in Ukrainian].
2. Klymuk, N.Ya. (2009). Vplyv nevyznachenosti na popyt u medychnomu strakhuvanni [The impact of uncertainty on demand in medical insurance]. *Medychna informatyka ta inzheneriia – Medical informatics and engineering*, 2, 69–71 [in Ukrainian].
3. Klasyfikatsiia osnovnykh modelei medychnykh system u sviti ta shliakh Ukrainy [Classification of the main models of medical systems in the world and the path of Ukraine]. *ingeniusua.org*. Retrieved from <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny> [in Ukrainian].
4. Smirnova, V.L. & Klymuk, N.Ya. & Vakulenko, D.V. (2020). Analiz modelei medychnoho strakhuvannia [Analysis of medical insurance models]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Herald of social hygiene and health care organization of Ukraine*, 3 (85), 103–105 [in Ukrainian].
5. Inozemnyi dosvid medychnoho strakhuvannia [Foreign medical insurance experience]. *forinsurer.com*. Retrieved from <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155> [in Ukrainian]

Подано до редакції 18.10.2023 р.

Прийнято до друку 23.11.2023 р.