

ФІНАНСИ, ГРОШОВИЙ ОБІГ, КРЕДИТ

УДК 369.06:330.342

<https://doi.org/10.31470/2306-546X-2023-56-155-162>

ОБОВ'ЯЗКОВЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ НАСЕЛЕННЯ

Баранник Л. Б.,
Качула С. В.

Предметом дослідження є основні теоретичні і практичні питання реалізації та ефективного функціонування обов'язкового медичного страхування як важливого елементу системи соціальної безпеки.

Мета статті – вивчення теоретичних постулатів, які розкривають сутність і особливості функціонування обов'язкового медичного страхування, а також з'ясування проблем його реалізації в Україні. Висунуто гіпотезу дослідження, що запровадження державою нового фінансового механізму – обов'язкового медичного страхування – дозволить українській економіці при формуванні бюджетних ресурсів більше використовувати потенціал ринкових інститутів і призведе до значного посилення системи соціальної безпеки населення.

Методи дослідження. Відповідно до логіки наукового пошуку в статті використані системний підхід, теоретичний аналіз, що включає розгляд окремих рис і виявлення нових характеристик проблеми, проведення аналогій та статистичні методи.

Виділення недосліджених частин загальної проблеми. В Україні не запроваджене загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

Результати роботи. Показано, що в ієрархії людських потреб безпека займає чільне місце, яка означає захищеність здоров'я, умов життя та праці і є квінтесенцією соціальної безпеки населення. У світовій практиці існують різні моделі організації охорони здоров'я. Доведено, що однією з найбільш запитуваних є обов'язкове медичне страхування. Воно забезпечує фінансування обсягу медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави; а розмір страхового внеску не пов'язаний із обсягом медичної допомоги та станом здоров'я застрахованого. В якості альтернативи ОМС названо добровільне медичне страхування. Воно є приватним і поступається ОМС щодо частки охопленого населення та обсягів задіяних ресурсів.

Доведено, що ОМС є вагомим інструментом економічного розвитку країни. Запропоновано розглядати ОМС не тільки як елемент фінансової системи, що має потужний інвестиційний сенс, а й як складову системи соціального захисту населення, яка відповідає за підтримання соціальної безпеки населення.

Названо головні риси та переваги ОМС. Зважений підхід до подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні і реалізації зобов'язань, взятих Україною для вступу в ЄС, вимагає пошуку шляхів залучення коштів у галузь. Одним із них, причому найдієвішим, має стати запровадження в Україні ОМС.

Галузь застосування результатів. Органи фінансової системи та системи соціального забезпечення, місцеві органи влади.

Висновки. ОМС в країнах світу продемонструвало себе як вагомий інструмент економічного розвитку. ОМС слід розглядати не тільки як елемент фінансової системи, що має потужний

інвестиційний сенс, а й як складову системи соціального захисту населення, яка відповідає за підтримання соціальної безпеки населення в державі.

Україні необхідно продовжити політичні та економічні реформи, рішуче боротися з корупцією, активно здійснювати приватизацію, поглиблювати реформу системи охорони здоров'я, в тому числі запровадити обов'язкове медичне страхування.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне страхування, моделі охорони здоров'я, соціальна безпека, бюджетні видатки.

COMPULSORY HEALTH INSURANCE AS AN ELEMENT OF THE POPULATION'S SOCIAL SECURITY SYSTEM

Barannyk Liliia,
Kachula Svitlana

The subject of the study is the main theoretical and practical issues of the implementation and effective functioning of compulsory health insurance as an important element of the social security system.

The purpose of the article is to study the theoretical postulates that reveal the essence and peculiarities of the functioning of mandatory health insurance, as well as to clarify the problems of its implementation in Ukraine. The hypothesis of the study is put forward that the introduction of a new financial mechanism by the state - mandatory health insurance - will allow the Ukrainian economy to use the potential of market institutions more in the formation of budget resources and will lead to a significant strengthening of the social security system of the population

Methods of the research. In accordance with the logic of the scientific search, the article used theoretical analysis, including consideration of individual traits and identification of new characteristics of problems, comparison, mathematical and statistical methods.

Highlighting unexplored parts of the general problem. Compulsory health insurance has not been introduced in Ukraine, which indicates the incompleteness of the medical reform started in 2017.

Research result. It is shown that in the hierarchy of human needs, safety occupies a leading place. It means protection of health, living and working conditions and is the quintessence of social security of the population. In global practice, there are various models of health care organization. It has been proven that one of the most requested is mandatory health insurance. It provides financing of the volume of medical services at the level of social guarantees of the state; and the size of the insurance premium is not related to the amount of medical care and the state of health of the insured. Voluntary health insurance is an alternative to compulsory health insurance. It is private and inferior to compulsory health insurance in terms of the share of the population covered and the amount of resources involved.

It has been proven that the compulsory health insurance is an important tool for the country's economic development. It is proposed to consider the compulsory health insurance not only as an element of the financial system, which has a powerful investment sense, but also as a component of the social protection system of the population, which is responsible for maintaining the social security of the population.

The main features and advantages of compulsory health insurance are named. A balanced approach to the further reform of the health care system in Ukraine and the implementation of the commitments made by Ukraine for joining the EU requires finding ways to attract funds to the industry. One of them, and the most effective one, should be the introduction of the compulsory health insurance in Ukraine.

Sphere of application. The bodies of the financial system and social security system, local authorities.

Conclusions. The compulsory health insurance, which is used in the world, has demonstrated itself as a powerful tool for economic development. The compulsory health insurance should be considered not only as an element of the financial system, which has a strong investment sense, but also as a component of the social protection system of the population, which is responsible for maintaining the social security of the population in the state. Ukraine needs to continue political and economic reforms, resolutely fight corruption, actively implement privatization, deepen the reform of the health care system, including the introduction of mandatory health insurance.

Keywords: health care, health insurance, health care models, social security, budget expenditures

JEL Classification: H51, H55, I13.

Постановка проблеми. В ієрархії людських потреб безпека займає провідне місце. Вона означає захищеність здоров'я, умов життя та праці і є квінтесенцією соціальної безпеки людини та невід'ємною передумовою розвитку всього суспільства.

Світова практика свідчить, що в умовах сучасного глобалізаційного розвитку фінансово неможливо реалізувати завдання збереження здоров'я населення без запровадження страхових механізмів. Одним з них і є медичне страхування в різних його видах і формах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тісний діалектичний зв'язок між поняттями «соціальна безпека» та «соціальне страхування» відчув ще у XIX ст. тодішній канцлер Німеччини О. фон Бісмарк. Завдяки йому вперше на законодавчому рівні було запроваджене соціальне страхування, одним з елементів якого і стало медичне страхування або страхування на випадок хвороби. Після цього світ став активно використовувати медичне страхування.

Теоретико-методологічні засади та окремі практичні аспекти медичного страхування знайшли відображення у працях багатьох зарубіжних учених різних часів: Б. Абея-Сміта, А. Вагнера, Р. Маршнера,

Н. Мольден-Гауер, Б. Сабанті, А.Ш еффле, Г. фон Шмоллера, М. Еванса. Про необхідність змін у медичній галузі нині пишуть і вчені, і медичні працівники, і фахівці зі страхування, які намагаються привернути увагу до стану сфери охорони здоров'я, пропонують різні засоби її поліпшення [1-6]. Серед вітчизняних учених слід особо назвати праці О. Голяченка, який є одним з фундаторів нового наукового напрямку – «економіки охорони здоров'я», де розглядаються проблеми медичного страхування в нашій країні [7].

Переважна більшість напрацювань з означеної проблеми ґрунтовні й заслуговують на ретельне вивчення. Разом з тим багато теоретичних і практичних питань залишаються невирішеними та дискусійними. Життя змінюється. Протягом минулого століття у світі значно зросли ціни на медичне обслуговування та ліки. Роки пандемії коронавірусу Covid-19 довели необхідність подальших поглиблених досліджень щодо об'єднання зусиль світової спільноти в боротьбі за здоров'я людей та пошуку відповідних фінансових можливостей.

Мета дослідження – вивчення теоретичних постулатів, які розкривають сутність і особливості функціонування обов'язкового медичного страхування, а також з'ясування проблем його реалізації в Україні.

Виклад основного матеріалу. Наразі в світі існують різні моделі організації охорони здоров'я:

- національна або національно-державна система - заснована на принципі прямого державного фінансування медичних установ та гарантує безоплатну медичну допомогу;
- обов'язкове медичне страхування забезпечує є державним, фінансування обсягу медичних послуг здійснюється на рівні соціальних гарантій держави; розмір страхового внеску не пов'язаний із обсягом медичної допомоги та станом здоров'я застрахованого;
- добровільне медичне страхування є приватним, охоплює види медичного обслуговування, що не включаються в систему ОМС; розмір страхового внеску пропорційний страховому ризику, залежить від стану здоров'я застрахованого; система ринкового медичного страхування знижує дефіцит медичної допомоги населенню;
- приватна медицина – фінансування лікарів та лікарень, що знаходяться в приватній власності, здійснюється за рахунок платного медичного обслуговування пацієнтів.

Нині жодна з моделей охорони здоров'я ніде у світі не зустрічається у чистому вигляді, вони доповнюють одна одну. Отже, медичне обслуговування населення може здійснюватися за рахунок коштів державного бюджету, страхових фондів, коштів роботодавців і найманих працівників, а також власне грошей пацієнтів.

Реалізація ідей соціальної солідарності у сфері охорони здоров'я та дефіцит коштів на оплату медичних послуг у населення спонукали владу втрутитися у процес організації та контролю медичного страхування. У більшості зарубіжних країн фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за допомогою системи обов'язкового медичного страхування (далі – ОМС). На початку ХХ ст. у багатьох європейських країнах було ухвалено закон про обов'язкове медичне страхування, згідно з яким кожна особа законодавчо повинна мати медичну страховку. Закон визначив відносини трудящих і роботодавців, держави та її громадян щодо охорони здоров'я та обов'язків сторін. Відповідно до цього закону, внески за надання медичних послуг частково сплачували працівники та підприємці (від 25 до 40%). Держава також вносила свій внесок у систему оплати наданої медичної допомоги. Отже з'явилася система страхового фінансування охорони здоров'я, головними рисами якої стали:

- загальність охоплення населення;
- участь у фінансуванні страхових фондів найманих працівників, роботодавців та держави;
- контроль за діяльністю страхових медичних організацій з боку страхувальників;
- узгодження тарифів на медичні послуги та контроль якості медичної допомоги з боку страхувальників та держави.

Система ОМС є фінансовою системою й разом з тим вона забезпечує високу захищеність громадян шляхом установлення гарантій надання медичної допомоги. Це дозволяє розглядати її як складову системи соціального захисту населення, яка відповідає за підтримання соціальної безпеки населення.

Окрім обов'язкової форми медичного страхування в світі достатньо поширеним є добровільне медичне страхування (далі – ДМС). Ця форма страхування призначена головним чином для більш забезпеченої частини населення. І хоча в країнах Європейського Союзу ДМС не відіграє такої великої ролі у фінансуванні охорони здоров'я, як, наприклад, в Австралії, США та Швейцарії, воно суттєво доповнює ОМС і постійно модернізується. Вид медичного страхування, запропонований у тій чи іншій країні, відбиває як особливості історичного поступу, так і поточні правила й принципи організації системи охорони здоров'я, що забезпечує гарантоване медичне обслуговування населення.

Проводячи аналіз різних світових систем охорони здоров'я у сфері ОМС, можна побачити, як загальні риси, так і певні особливості. У таких країнах, як Данія, Великобританія, Швеція, Ірландія та інших медичне страхування поступово трансформувалося на державну медицину. У Німеччині, Франції, Австрії, Швейцарії та інших більшою мірою розвивається страхова медицина. «Державна політика в країнах-членах ЄС загалом спрямована на збереження принципу фінансування охорони здоров'я за рахунок держави або системи соціального страхування та його доступності для всіх, незалежно від матеріального становища. Такий принцип привів до появи систем охорони здоров'я, що загалом характеризуються майже загальним охопленням населення, обов'язковою участю, наданням всеосяжних страхових пільг і допомоги та високим рівнем державних витрат» [8, с. 27]. Отже, участь у системі охорони здоров'я, яка забезпечує гарантоване медичне обслуговування населення, є обов'язковою. У деяких країнах людям дозволяється вийти з державної системи та в якості заміни придбати ДМС. Таке ДМС часто називають заміщуючим, воно доступне лише

певним групам населення в Австрії, Бельгії, Німеччині та Нідерландах. Частка населення, яке використовує таке страхування, наприклад, в Австрії, складає 0,2%, а в Нідерландах 24,7%. В Іспанії цивільним службовцям дозволено обирати між системою охорони здоров'я, що забезпечує гарантоване медичне обслуговування населення, та медичною допомогою, що забезпечується за рахунок ДМС. У Португалії окремі особи та групи працівників за наймом мають право відмовитися від системи охорони здоров'я, яка забезпечує гарантоване медичне обслуговування населення, однак вони не виключаються із системи ОМС та не звільняються від сплати страхових внесків, отже не підпадають під визначення заміщуючого ДМС [там само, с. 28]. Відмовитися від ОМС непросто. Наприклад, під час виборів 2002 р. питання про нелегкі взаємини між системами обов'язкового та добровільного страхування стало ключовим у Німеччині та Нідерландах. Уряд Німеччини оголосив про реформи, відповідно до яких був піднятий поріг доходу, що дозволяє відмовитися від ОМС, з 41400 до 45900 євро. Реформа набула чинності із січня 2003 р. Нині можна вибрати повний приватний план медичного страхування, якщо дохід як найманого працівника перевищує порогову суму 64350 євро річної зарплати бруто (у 2022 р.), якщо самозайнятий, не працює (міні-робота не зараховується) або якщо особі більше 55 років і вона не працює. У Нідерландах реформа передбачає суворіші заходи: уряд планує відмовитися від існуючої системи, яка виключає з обов'язкового державного медичного страхування людей з річним доходом понад 30 700 євро, які вдаються до страхування з приводу амбулаторної чи короткострокової стаціонарної допомоги, та замінити її обов'язковим приватним страхуванням населення [там само, с. 15,16].

Експерти класифікують ДМС таким чином:

- забезпечує охоплення населення, яке мало б бути охоплене державним страхуванням (заміщуюче ДМС);
- забезпечує додатковий діапазон медичних послуг, які не охоплені або не повністю охоплені державою, включаючи спільні платежі, які накладаються системою охорони здоров'я, що забезпечує гарантоване медичне обслуговування населення (розширене ДМС);
- забезпечує додаткове охоплення з метою прискореного доступу до лікування та розширення вибору видів допомоги (паралельне ДМС) [там само, с. 18].

Паралельне та розширене ДМС відкрито для всього населення, а деякі його форми є в кожній країні-члені ЄС. На відміну від них ДМС, що заміщує, обмежується окремими групами населення і є у нечисленних державах-членах. До цього виду ДМС зазвичай вдаються ті, хто не бере участі в деяких або всіх формах ОМС (люди з високими доходами в Нідерландах та особи, які працюють не за наймом, у Бельгії та Німеччині); і ті, хто звільнений від відрахування коштів до системи ОМС (високооплачувані службовці Німеччини та деякі особи, які працюють не за наймом в Австрії) [там само]. Уряди багатьох держав вживають заходів для того, щоб збільшити доступність розширеного і паралельного ДМС. У такий спосіб можна охопити якомога більше населення й це є фінансово вигідним для всіх сторін.

Розглянемо, які переваги має система ОМС. Для застрахованих ОМС є гарантією захисту. Крім того, це соціально справедлива форма фінансових відносин. Для держави, як головного суспільного інституту, масове охоплення населення медичним страхуванням означає більший контроль за станом здоров'я людей та підтримання соціальної злагоди. ОМС є великим інвестиційним ресурсом, що сприяє економічному розвитку. У ряді країн у результаті ОМС формується ціла система у сегменті охорони здоров'я наближена до державної. Завдяки цьому створюються робочі місця, розвивається медична галузь та спільні з нею сектори економіки. Державні органи контролюють діяльність медичних установ і якість медичних послуг. Відбувається формування складного комплексного розвитку соціальної держави. Системи охорони здоров'я у розвинених країнах характеризуються високим рівнем державних витрат (табл. 1). І хоча динаміка державних витрат на охорону здоров'я по країнах суттєво відрізняється, в цілому можна стверджувати, що протягом останніх 20 років в індустріально розвинених країнах вона була позитивною й визначалася великою участю держави та її контролем даної сфери, що посилюється.

Згідно з чисельними міжнародними рейтингами, опитуваннями та звітами ВООЗ, перше місце у світі за рівнем державних витрат на медицину посідають США як у абсолютних цифрах (\$3,3 трлн або \$10 348 з розрахунку на душу населення (2017)), так і у відсотках до ВВП (17,8 %), а число зайнятих у галузі – понад 10 млн осіб [11]. І хоча система охорони здоров'я США має багато недоліків, вона займає чільне місце у світі за масштабами зосереджених у ній ресурсів та здатна до швидкого реагування в умовах, що змінюються. США не мають програми універсального медичного страхування на відміну від інших індустріально розвинених країн. Медичне страхування забезпечується комбінацією приватного та громадського страхування (Медікер і Медікейд).

Згідно з чисельними міжнародними рейтингами, опитуваннями та звітами ВООЗ, перше місце у світі за рівнем державних витрат на медицину посідають США як у абсолютних цифрах (\$3,3 трлн або \$10 348 з розрахунку на душу населення (2017)), так і у відсотках до ВВП (17,8 %), а число зайнятих у галузі – понад 10 млн осіб [11]. І хоча система охорони здоров'я США має багато недоліків, вона займає чільне місце у світі за масштабами зосереджених у ній ресурсів та здатна до швидкого реагування в умовах, що змінюються. США не мають програми універсального медичного страхування на відміну від інших індустріально розвинених країн. Медичне страхування забезпечується комбінацією приватного та громадського страхування (Медікер і Медікейд).

Серед країн Європи у 2020 р. найвищі витрати на охорону здоров'я щодо ВВП мали Німеччина (12,8%) та Франція (12,2%). Серед держав-членів ЄС найбільше зростання (у відсотковому вираженні) поточних витрат на охорону здоров'я на душу населення в період з 2012 по 2020 рік було у Румунії та країнах-членах Балтії [9].

Таблиця 1. Поточні витрати на охорону здоров'я у 2020 р. в розвинених країнах

Країна	Загальні витрати, млн євро	На душу населення, євро	Витрати в стандартах купівельної спроможності (ПКС)	% ВВП	% ВВП (2000 р.)
ЄС	1 462 373	3269	3269	10,9	
Бельгія	50535	4380	3761	11,1	8,0
Болгарія	5226	754	1478	8,5	
Чеська Республіка	19889	1859	2649	9,2	5,7
Данія	32902	5642	3964	10,5	8,1
Німеччина	431805	5192	4831	12,8	9,9
Естонія	2080	1565	1900	7,8	5,2
Ірландія	26479	5311	3740	7,1	5,9
Греція	15720	1469	1731	9,5	7,2
Іспанія	120203	2538	2588	10,7	6,8
Франція	281065	4160	3807	12,2	9,6
Хорватія	3897	963	1448	7,8	
Італія	159628	2686	2609	9,6	7,6
Кіпр	1750	1961	2065	8,1	
Латвія	2194	1154	1551	7,5	5,4
Литва	3732	1335	2006	7,5	
Люксембург	3704	5875	3918	5,8	5,9
Угорщина	9965	1022	1672	7,3	6,8
Мальта	1298	2575	2943	9,2	
Нідерланди	89098	5108	4302	11,1	7,7
Австрія	43524	4881	4095	11,5	9,2
Польща	34183	9021	1591	6,5	5,3
Португалія	21108	2050	2331	10,6	8,6
Румунія	13728	713	1428	6,3	
Словенія	4435	2110	2419	9,5	7,8
Словаччина	6659	1220	1480	7,2	5,3
Фінляндія	22880	4138	3206	9,6	7,1
Швеція	54687	5282	4008	11,4	7,3
Ісландія	1811	4941	3216	9,6	8,9
Ліхтенштейн	346	8892	-	6,5	
Норвегія	38113	7127	4588	10,5	7,7
Швейцарія	77824	9009	4997	11,8	9,1
Боснія і Герцеговина	1723	-	-	9,8	

Джерело: [9; 10]

Самі поточні витрати на охорону здоров'я у 2020 р. були найвищими у Люксембурзі (5 875 євро на особу) та Данії (5 642 євро на особу). Слід відзначити, що в Люксембурзі був найвищий показник на душу населення, незважаючи на найнижче ставлення видатків на охорону здоров'я до ВВП, що відображає найвищий рівень ВВП у Люксембурзі. Значна частина працівників Люксембургу є транскордонними працівниками та живуть за межами країни. Витрати на охорону здоров'я нерезидентів не включаються до рахунків охорони здоров'я Люксембургу, у той час як їхня економічна діяльність робить внесок у ВВП цієї країни. Швейцарія, Ліхтенштейн та Норвегія повідомили про вищі рівні витрат на охорону здоров'я на душу населення, ніж у будь-якій із держав-членів. Слідом за Люксембургом та Данією коефіцієнт вище 5 000 євро на одну особу спостерігався також в Ірландії, Нідерландах, Німеччині, Швеції [там само].

Порівнювати організацію ОМС або національну (національно-державну) систему медичного обслуговування в різних країнах світу не є доцільним. Як зазначалося, країни вирішують цю проблему з урахуванням особливостей власного розвитку. Проте в усіх країнах, де існує ОМС, робляться страхові внески працюючими, роботодавцями, зацікавленими особами та використовується деякі інші фінансові інструменти, наприклад, комбінації страхових програм, дотації з оплати медичного обслуговування (Бельгія), ставки страхового внеску вищі за його базовий рівень (Німеччина). У Франції, наприклад, за державне медичне страхування відповідає Національна страхова організація, яка контролюється Міністерством соціального забезпечення та праці. Вона має понад сто місцевих регіональних відділень, які здійснюють страхування в окремому регіоні, мають певну автономію, але загалом підлягають адміністративному контролю з центру. Охорона здоров'я громадян Великобританії здійснюється через систему оподаткування (18% прибуткового податку громадянина).

Наявність декількох видів медичного страхування (моделей охорони здоров'я) сприяє конкуренції в цій сфері та створює якісний рівень обслуговування.

Варто наголосити, що страхова система фінансування охорони здоров'я в порівнянні з бюджетною системою має низку переваг. Одна з причин – відмінності у створенні фондів. «Оскільки страхові фонди формуються на цільовій основі та розраховані на певне коло осіб, то й страхова медицина набуває цільовий та адресний характер. Це викликано її більшою орієнтацією на пацієнта. На відміну від бюджетної моделі, у страховій системі лікар є первинною інстанцією - він бере на себе відповідальність за забезпечення надання всіх необхідних медичних послуг. Крім того, на відміну від бюджетної моделі, де фактично відбувається знеособлення грошових коштів пацієнта, які надходять до державного бюджету, у страховій системі таке «знеособлення» неможливо через наявність ланцюжка взаємодіючих сторін: пацієнт – страхова компанія – лікар. Таким чином, факт залежності доступу до лікування від внесків надає хворому статус покупця, а зв'язок між страховиком і застрахованим здійснюється на основі договору» [12, с.121].

Про необхідність запровадження в Україні соціального обов'язкового медичного страхування йдеться досить давно. Проте ця проблема не зрушилася. На сьогодні медичне обслуговування в Україні є найбільш занедбаною сферою, при всій повазі до працюючих в ній фахівців. Рівень фінансування державою охорони здоров'я є недостатнім. Кошти з державного бюджету на медицину виділяються на рівні близько 4% ВВП (при рекомендації ВООЗ у 5,8%). Ще 4% український пацієнт покриває зі своєї кишені, переважно купуючи ліки [13]. Наразі приватний сектор в сфері охорони здоров'я дуже невеликий і недостатньо розвинений. Запровадження в Україні ОМС довго обговорюється, але наразі треба на підставі оцінки світового досвіду зрозуміти необхідність саме такого формату запуску масштабного страхування. Приклад багатьох європейських країн дуже точно передає доцільність державно-приватного партнерства щодо ОМС [там само]. І хоча нині базова медична допомога в Україні безкоштовна, маючи декларацію із сімейним лікарем, пацієнт може розраховувати на лише певний перелік безкоштовних медичних послуг. Медичне ж страхування дозволяє розраховувати на компенсацію витрат на лікування та медичні препарати, а отже, захистити себе від непередбачуваних витрат.

З 2017 р. в Україні розпочато реформу фінансування системи охорони здоров'я, яка включає в себе централізацію видатків на закупівлю пакету основних медичних послуг єдиним національним платником – НСЗУ. Реформа звільнила органи місцевого самоврядування від відповідальності за фінансування основних послуг (крім оплати комунальних послуг і капітальних витрат). Реформу не закінчено через повномасштабне військове вторгнення РФ на територію України в лютому 2022 р. Перші результати цієї реформи вже проаналізовано українськими дослідниками [14; 15]. Але зарано і складно говорити про якісь її досягнення, оскільки роки пандемії наочно продемонстрували, що державна система фінансування виявилася зовсім непередбаченою до боротьби з цією проблемою.

Сьогодні питання про реформування системи охорони здоров'я встає ще більш гостро, ніж до лютого 2022 р. В умовах післявоєнного відродження економіки, бюджетних коштів навряд чи вистачить в колишніх масштабах, враховуючи стан здоров'я населення та рівень господарської розрухи. Треба реально оцінювати ситуацію. Ринок ДМС в країні слабкий, добровільне страхування не приваблює пересічного громадянина. «За час війни кількість страхових компаній скоротилася з 169 до 124» [16]. За даними Держстату, відповідно до динаміки середньооблікової кількості штатних працівників охорони здоров'я, починаючи з 2017 р. їх кількість зменшилася з 853,4 до 735,5 тис. осіб [17]. Тому головним завданням у цій темі має стати реформування шляхів залучення коштів у галузь. Одним із них, причому найдієвішим, на наш погляд, є запровадження ОМС. Медичне страхування повинно стати драйвером на страховому ринку України.

Висновки. ОМС, що застосовується в країнах світу, продемонструвало себе як вагомий інструмент економічного розвитку. ОМС слід розглядати не тільки як елемент фінансової системи, що має потужний інвестиційний сенс, а й як складову системи соціального захисту населення, яка відповідає за підтримання соціальної безпеки населення в державі.

Запровадження в Україні ОМС довго обговорюється, але ця проблема й досі не вирішена. Україні необхідно продовжити політичні та економічні реформи, рішуче боротися з корупцією, активно здійснювати приватизацію, поглиблювати реформу системи охорони здоров'я, в тому числі запровадити обов'язкове медичне страхування. Новий фінансовий механізм дозволить українській економіці при формуванні бюджетних ресурсів більше використовувати потенціал ринкових інститутів і призведе до значного посилення системи соціальної безпеки населення.

Список використаних джерел

1. Батужак М. І., Приступа Л. А., Троцька А. О. *Запровадження страхової медицини в Україні: проблеми, перспективи, зарубіжний досвід. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Збірник статей та доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених (14-15. травня 2009 р.). Тернопіль, 2009. Т. 2. С. 13-15. 122-123.*
2. Богусловський Є. І., Шибалкіна Ю. С. *Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. Зовнішня торгівля: право та економіка. 2009. №4 (39). С. 83-86.*
3. Бортнік С. В. *Запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <http://www.nbuv.gov.ua>*
4. Новосельська Л. І. *Шляхи запровадження медичного соціального страхування в Україні. Науковий вісник НЛТУ. 2008. Вип. 18. С.82-85.*

5. Рудий В. Регуляторна основа для запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Главный врач*. 2004. № 5. С. 74-76.
6. Шатковський Я. Обов'язкове медичне страхування в Україні: правові проблеми та перспективи їх вирішення. *Вісник Львівського університету. Серія юридична*. 2008. Вип. 46. С. 98-102.
7. Голяченко О. М., Сердюк А. М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль: Джура, 1997. 328 с.
8. Моссиалос Э., Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза. Пер. с англ. М.: Издательство «Весь Мир», 2006. 224 с.
9. Healthcare expenditure statistics. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure
10. Расходы стран на здравоохранение на душу населения. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-expenditure-capita>
11. Охорона здоров'я у США. URL: <https://zdrav.expert/index.php/>
12. Антропов В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика. За рубежом. 2019. №2. С. 115-125. URL: finansirovanie-zdravoohraneniya-evropeyskiy-opyt-i-rossiyskaya-praktika.pdf
13. Кияшко А. Европейский опыт внедрения обязательного медицинского страхования. Что возьмем для Украины? URL: <https://forinsurer.com/public/16/09/23/4758>
14. Сальникова Т. В., Роменська К. М. Результати реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Причорноморські студії*. 2022. Випуск 78. С. 118-123.
15. Баранник Л. Б., Сальникова Т. В. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2022. Вип. 46. URL: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2072-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-1995-1-10-20230213.pdf>
16. Гарцуєва І. Як змінилося медичне страхування в Україні під час війни? URL: <https://forinsurer.com/public/23/01/31/4974>
17. Медики й пацієнти вимагають забезпечити фінансування галузі охорони здоров'я на рівні 5% від ВВП. *Щотижневик «Аптека»*. №45 (1266) 23 листопада 2020 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/572994>

References

1. Batuzhak M. I., Prystupa L. A., Trotska A. O. (2009). Zaprovdzhennia strakhovoi medytsyny v Ukraini: problemy, perspektyvy, zarubizhnyi dosvid [Introduction of insurance medicine in Ukraine: problems, prospects, foreign experience]. *Perspektyvy rozvytku medychnoho strakhuvannia v Ukraini. Zbirnyk stattei ta dopovidei II Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii studentiv ta molodykh vchenykh (14-15. Travnia, Ternopil)*. Т. 2. С. 13-15. 122-123.
2. Bohuslovskiy Ye. I., Shybalkina Yu. S. (2009). Medychne strakhuvannia v Ukraini: problemy ta perspektyvy [Medical insurance in Ukraine: problems and prospects]. *Zovnishnia torhivlia: pravo ta ekonomika*. 4 (39). 83-86.
3. Bortnik S. V. Zaprovdzhennia oboviazkovoho medychnoho strakhuvannia v Ukraini [Introduction of mandatory medical insurance in Ukraine]. URL: <http://www.nbu.gov.ua>
4. Novoselska L. I. (2008). Shliakhy zaprovadzhennia medychnoho sotsialnogo strakhuvannia v Ukraini [Ways of introducing medical social insurance in Ukraine]. *Naukovyi visnyk NLTU*, 18. 82-85.
5. Rudyi V. (2004). Rehuliatorna osnova dlia zaprovadzhennia oboviazkovoho medychnoho strakhuvannia v Ukraini [Regulatory basis for the introduction of mandatory medical insurance in Ukraine]. *Hlavnyi vrach*, 5. 74-76.
6. Shatkovskiy Ya. (2008). Oboviazkove medychne strakhuvannia v Ukraini: pravovi problemy ta perspektyvy yikh vyrishennia [Mandatory health insurance in Ukraine: legal problems and prospects for their solution]. *Visnyk Lvivskoho universytetu. Seriya yurydychna*. 46. 98-102.
7. Holiachenko O. M., Serdiuk A. M., Prykhodskiy O. O. (1997). Sotsialna medytsyna, orhanizatsiia ta ekonomika okhorony zdorovia [Social medicine, organization and economics of health care]. *Ternopil: Dzhura*, 328 s.
8. Mossyalos E., Tompson S. (2006). Dobovolnoe medytsynskoe strakhovanye v stranakh Evropeiskoho soiuza [Voluntary medical insurance in the countries of the European Union]. *Per. s anhl. M.: Yzdatelstvo «Ves Myr»*, 224 s.
9. Healthcare expenditure statistics. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure
10. Raskhody stran na zdravookhraneniye na dushu naseleniya [Countries' expenditures on health care per capita]. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-expenditure-capita>
11. Okhorona zdorovia u SSHA [Health care in the USA]. URL: https://zdrav.expert/index.php/Stattia:Okhorona_zdorovia_v_SShA
12. Antropov V. V. (2019). Fynansirovanie zdravookhraneniya: evropeyskiy opyt i rossyiskaia praktika [Healthcare financing: European experience and Russian practice]. *Za rubezhom*, 2. 115-125. URL: finansirovanie-zdravoohraneniya-evropeyskiy-opyt-i-rossiyskaya-praktika.pdf
13. Kyiashko A. Evropeyskiy opyt vnedreniya obiazatel'nogo medytsynskogo strakhovaniya. Chto vozmem dlia Ukrainy? [European experience of mandatory medical insurance implementation. What will we take for Ukraine?] URL: <https://forinsurer.com/public/16/09/23/4758>
14. Salnykova T. V., Romenska K. M. (2022). Rezultaty reformuvannia systemy finansuvannia okhorony zdorovia v Ukraini [Results of reforming the health care financing system in Ukraine]. *Prychornomorski studii*. 78. 118-123.

15. Barannyk L. B., Salnykova T. V. (2022). *Medychnе strakhuvannia u reformuvanni systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Medical insurance in reforming the health care system of Ukraine]. Ekonomika ta suspilstvo, 46. URL: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2072-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-1995-1-10-20230213.pdf*

16. Hartsuieva I. *Yak zminylosia medychnе strakhuvannia v Ukraini pid chas viiny? [How did medical insurance change in Ukraine during the war?] URL: https://forinsurer.com/public/23/01/31/4974*

17. *Medyky u patsiienty vymahaiut zabezpechyty finansuvannia haluzi okhorony zdorovia na rivni 5% vid VVP [Doctors and patients demand to ensure funding of the healthcare industry at the level of 5% of GDP]. Shchotyzhnevyyk «Apteka», 45 (1266) 23 lystopada 2020 r. URL: https://www.apteka.ua/article/572994*

ДАНІ ПРО АВТОРІВ

Баранник Лілія Борисівна, доктор економічних наук, професор, професор кафедри соціального забезпечення та податкової політики Університету митної справи та фінансів

вул. Володимира Вернадського, 2/4. м. Дніпро, 49000, Україна

ORCID: 0000-0001-9469-643X

Researcher ID: 57220050471

e-mail: baranniklb@gmail.com

Качула Світлана Валентинівна, доктор економічних наук, професор, професор кафедри фінансів, банківської справи та страхування, Дніпровський державний аграрно-економічний університет

вул. Сергія Єфремова, 25, м. Дніпро, 49000, Україна

ORCID: 0000-0003-2540-862X

Researcher ID: C-8759-2019

e-mail: s.kachula@ukr.net

DATA ABOUT THE AUTHORS

Barannyk Liliia, Doctor of Economic Sciences, Professor, Professor of the Department of Social Security and Tax, University of Customs and Finance

Vernadskoho Str., 2/4. Dnipro, 49000, Ukraine

e-mail: baranniklb@gmail.com

Kachula Svitlana, Doctor of Economic Sciences, Professor, Professor of the Department of Finance, Banking and Insurance, Dnipro State Agrarian and Economic University,

Sergej Efremov st., 25, Dnipro, 49000, Ukraine

e-mail: s.kachula@ukr.net

УДК 336.144.2; 332.142

<https://doi.org/10.31470/2306-546X-2023-56-162-174>

СЕРЕДНЬОСТРОКОВЕ БЮДЖЕТНЕ ПЛАНУВАННЯ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

Гордей О. Д.,
Рябокін М. В.,
Котух Є. В.,
Новицька О. В.

Предмет дослідження. Процес середньострокового бюджетного планування із використанням інформаційно-програмного комплексу (ІПК) «Місцевий бюджет» в територіальних громадах (ТГ) для забезпечення раціонального планування та використання коштів місцевих бюджетів.

Мета роботи – обґрунтувати важливість середньострокового бюджетного планування для забезпечення стійкого економічного та соціального розвитку ТГ в умовах інтенсифікації процесів автоматизації з використанням спеціального програмного забезпечення.

Методи та методологія дослідження. Під час дослідження використовувалися еволюційний (під час вивчення еволюції впровадження середньострокового бюджетного планування) і системний (в процесі вивчення алгоритму середньострокового бюджетного планування на місцевому рівні) підходи, а також основні прийоми візуалізації результатів дослідження. Використано пакет програмного забезпечення ІПК «Місцевий бюджет».

Результати роботи. Дослідження присвячено розгляду алгоритму середньострокового бюджетного планування в територіальних громадах. Чітка послідовність дій під час обґрунтування доцільності використання фінансових ресурсів бюджетів громади зумовлює прискорений розвиток ТГ. Планування доходів і видатків на середньостроковий період дає змогу вивчити потенціальні напрями збільшення дохідної частини та ефективніші напрями використання фінансових ресурсів. Щорічне корегування дозволяє зменшити або унеможливити неефективне витрачання фінансових ресурсів.