

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО СПІВУЧАСТІ У ФІНАНСУВАННІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ

Грищук С.М.^{1,2}

¹Житомирський державний університет імені Івана Франка

²Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Актуальність. Питання фінансування системи охорони здоров'я залишається одним з найбільш гострих викликів для України. В умовах обмежених бюджетних ресурсів, зростаючих потреб населення в медичних послугах та необхідності модернізації медичної інфраструктури, пошук оптимальних моделей фінансування набуває критичного значення [1]. Реформа системи охорони здоров'я, розпочата в Україні у 2017 році, передбачає в майбутньому поступовий перехід від суто бюджетного фінансування до змішаної моделі, яка включає елементи співоплати пацієнтами [2]. Одним із варіантів солідарного фінансування медичної допомоги є перебування в Лікарняних касах, яке забезпечує населенню досвід участі в страхових програмах та формує культуру відповідального ставлення до власного здоров'я [3, 4]. Проте частина членів лікарняних кас з часом припиняє сплачувати внески, тому дослідження причин цієї проблеми є досить актуальним.

Мета. Дослідити причини припинення сплати внесків до лікарняних кас та визначити можливі шляхи оптимізації їх діяльності на прикладі благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» (ЛК).

Матеріали та методи. У ході проведення дослідження за спеціально розробленим опитувальником співробітниками ЛК проводилося суцільне телефонне інтерв'ювання членів ЛК, які не сплачували внески до ЛК протягом 10 місяців перед опитуванням. Опитувальник містив загальний розділ (вік, стать, тривалість перебування в ЛК, розмір сплачених і витрачених коштів) та

питання щодо причини припинення сплати внесків, які умовно поділили на дві групи (пов'язані із забезпеченням лікування та обстеження за рахунок ЛК та пов'язані з іншими чинниками).

Період проведення опитування: лютий, березень, травень 2025 року. Статистичній обробці підлягали результати інтерв'ювання 1489 осіб. Зібрані дані були оброблені з використанням програмного забезпечення для статистичного аналізу (MS Excel). Для опису якісних та кількісних показників використовувалися методи описової статистики. Порівняння груп респондентів проводилося за допомогою t-критерію Ст'юдента для кількісних змінних.

Результати та їх обговорення. Середній вік респондентів становив $52,4 \pm 0,4$ роки, а середня тривалість перебування в ЛК – $10,8 \pm 0,2$ роки. За цей період розмір сплачених внесків склав 5996 ± 77 грн, а розмір допомоги від ЛК - 4928 ± 142 грн. Додатково сплачували внески за дітей до 18 років – 313 осіб (21%).

Комплексне дослідження факторів, що призводять до припинення членства в лікарняних касах, охопило 1489 респондентів і виявило складну структуру мотивів відмови від участі в системі добровільного медичного страхування. За результатами опитування респонденти умовно розділилися на три групи. Перша група - 300 осіб (20%) пов'язали припинення сплати внесків з недостатнім забезпеченням медичними послугами від лікарняної каси, друга група - 606 осіб (41%) вказали на інші причини, не пов'язані з діяльністю організації, а третя група - 583 особи (39%) відмовилися назвати конкретну причину.

Аналіз відповідей першої групи респондентів ($n=300$) дозволив ідентифікувати ключові проблеми в організації роботи ЛК. Найбільш критичною проблемою виявилася незадоволеність повнотою медичного забезпечення. Незадоволеність амбулаторним та стаціонарним лікуванням відзначили по 35% респондентів цієї групи. Такі показники свідчать про невідповідність очікувань членів ЛК фактичним обсягом медикаментозного

забезпечення на всіх рівнях надання послуг, що може бути пов'язано з призначеннями препаратів з недоведеною ефективністю, які не закуповуються за рахунок ЛК. Другою за значимістю причиною стало дублювання послуг з державною системою охорони здоров'я - 21% опитаних зазначили, що необхідну медичну допомогу можуть отримати через НСЗУ без додаткових платежів. Це вказує на недостатню диференціацію пакету послуг ЛК. Незадоволеність переліком діагностичних обстежень відзначили 19% респондентів першої групи. Обмежений перелік досліджень, що покриваються касою, знижує привабливість членства для осіб, які потребують лабораторних досліджень, хоча доцільність призначення окремих обстежень в якості скринінгу (більшість онкомаркерів, гормонів щитоподібної залози) є сумнівною. 18% опитаних вказали інші причини, пов'язані з діяльністю лікарняних кас, що може включати організаційні недоліки, бюрократичні перешкоди, невиконання зобов'язань або конфліктні ситуації. Проблеми комунікації та міжособистісної взаємодії, хоч і менш поширені, також впливають на рішення про припинення членства. Сумарно 12% респондентів відзначили негативні відгуки про лікарняну касу або негативне ставлення до її членів, що підкреслює важливість репутаційного менеджменту та клієнтоорієнтованого підходу.

Аналіз відповідей другої групи респондентів (n=606) виявив домінування соціально-економічних факторів у структурі причин припинення членства. Найвагомішою причиною стала фінансова неспроможність - 48% респондентів цієї групи зазначили, що не мають достатніх коштів для регулярної оплати внесків, хоча розмір місячного внеску становить 95 грн. Це свідчить про критичний вплив економічного становища населення на можливості співоплати за медичні послуги та розвиток системи добровільного медичного страхування. Три наступні за частотою причини мають приблизно однакову вагу. По 18% респондентів вказали на відсутність потреби в страхуванні через суб'єктивну оцінку стану здоров'я ("не хворію, не звертаюся") та міграційний фактор (виїзд з місця проживання). 19% зазначили

інші причини, не пов'язані з лікуванням чи обстеженням, що може включати зміну життєвих обставин, пріоритетів або особисті мотиви. Найменш поширеною причиною в цій групі стала наявність страхового полісу - лише 3% респондентів. Низький показник може свідчити про обмежений розвиток ринку комерційного медичного страхування або про те, що лікарняні каси займають унікальну нішу в системі медичного забезпечення.

Значна частка респондентів, які відмовилися назвати причину припинення сплати внесків (39%), може свідчити про наявність додаткових, можливо більш чутливих факторів, що потребують подальшого дослідження з використанням якісних методів. При порівнянні описаних груп респондентів за віком, тривалістю перебування в ЛК, розміром сплачених внесків, витратами на лікування, оплатою за дітей не виявлено статистично достовірних відмінностей.

Висновки. Результати анкетування свідчать, що для підвищення рівня співучасті населення у фінансуванні охорони здоров'я необхідно не лише зменшувати фінансове навантаження, а й суттєво покращувати якість, доступність та прозорість послуг. Лише комплексний підхід дозволить підвищити довіру населення та створить реальний механізм покращення доступу до якісної медичної допомоги, що стане основою для розвитку культури добровільного медичного страхування в Україні та підготує населення до можливого впровадження обов'язкового медичного страхування.

Список використаних джерел

1. The importance of good governance in hospital payment reform – a case study from Ukraine. Karl Karol at all. *Health Policy OPEN*. 2023. P. 100089. URL: <https://doi.org/10.1016/j.hpropen.2023.100089>.
2. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87-91.
3. Грищук С.М. Лікарняні каси як один з напрямків підготовки до впровадження медичного страхування. *Соціальна фармація: стан, проблеми,*

перспективи. Матеріали II міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (27–30 квітня 2015 року). Харків : НФАУ, 2015. С. 245–248.

4. Парій В. Д. Діяльність лікарняних кас у спектрі реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №4. С. 123-126.