

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки та менеджменту
Кафедра фінансів, банківського бізнесу та оподаткування

Випускна робота бакалавра

на тему «Розвиток медичного страхування в Україні в сучасних умовах»

Виконала: студентка 2-го курсу, групи 201-пЕФ

Спеціальності

072 «Фінанси, банківська справа та
страхування»

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Штепенко А.М.

Керівник: д.е.н., проф. Варналій З.С.

Рецензент: директор ПАТ СК «Українська
страхова група" Грицан О.В.

Засвідчую, що в цій роботі немає запозичень із
праць інших авторів без відповідних посилань

Штепенко А.М.

Підтверджую достовірність даних,
використаних у роботі

Штепенко А.М

Полтава, 2021 року

АНОТАЦІЯ

Штепенко А.М. «Розвиток медичного страхування в Україні в сучасних умовах». Рукопис. Випускна робота на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа та страхування» – Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, 2021.

Робота містить 92 сторінки, 20 таблиць, 21 рисунок, список літератури з 60 джерел та 11 додатків.

Ключові слова: страхування, медичне страхування, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, страховик, страхувальник, страховий поліс, страховий платіж, страхова сума.

Мета роботи – дослідження і систематизація теоретичних і практичних знань за напрямом сучасного медичного страхування в країні та оцінка проблематики страхового ринку.

Об'єктами дослідження є ПрАТ «СК «УНІКА», ПрАТ «СК «УСГ», АТ «СК «ІНГО», ТДВ «СК «НГС» тощо.

Предметом дослідження є сучасний стан медичного страхування на страховому ринку Україні на прикладі страхових компаній.

У випускній роботі розглянуто комплекс питань, пов'язаних із дослідженням сутності, класифікації, функцій та принципів медичного страхування, розглянуто світовий досвід у сфері медичного страхування, запропоновано шляхи розвитку. Досліджено сучасний стан здоров'я населення України, проаналізовано програми добровільного медичного страхування вітчизняних страховиків. Виокремлено і розглянуто питання розвитку страховиків під час карантинних обмежень, їх пристосування до сучасних умов роботи. Досліджено питання діджиталізації страхових послуг.

АННОТАЦИЯ

Штепенко А.М. «Развитие медицинского страхования в Украине в современных условиях». Рукопись. Выпускная работа на соискание первого (бакалаврского) уровня высшего образования по специальности 072 «Финансы, банковское дело и страхование» – Национальный университет «Полтавская политехника имени Юрия Кондратюка», Полтава, 2021.

Работа содержит 92 страницы, 20 таблиц, 21 рисунок, список литературы из 60 источников и 11 приложений.

Ключевые слова: страхование, медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, страховщик, страхователь, страховой полис, страховой платеж, страховая сумма.

Цель работы – исследование и систематизация теоретических и практических знаний в направлении современного медицинского страхования в стране и оценка проблематики страхового рынка.

Объектами исследования являются ПрАТ «СК «УНИКА», ПрАТ «СК «УСГ», АТ «СК «ИНГО», ТДВ «СК «НГС» и тому подобные.

Предметом исследования является современное состояние медицинского страхования на страховом рынке Украины на примере страховых компаний.

В выпускной работе рассмотрен комплекс вопросов, связанных с исследованием сущности, классификации, функций и принципов медицинского страхования, предложено пути развития. Исследовано современное состояние здоровья населения Украины, проанализировано программы добровольного медицинского страхования отечественных страховщиков. Выделен и рассмотрен вопрос развития страховщиков во время карантинных ограничений, их приспособление к современным условиям работы. Исследован вопрос диджитализации страховых услуг.

ANNOTATION

Shtepenko A.M. "The development of medical insurance in Ukraine in modern conditions". Manuscript. Graduation thesis for the first (bachelor`s) level of higher education in specialty 072 "Finance, Banking and Insurance" – National University "Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic", Poltava, 2021.

The work contains 92 pages, 20 tables, 21 figures, bibliography from 60 sources and 11 appendices.

Keywords: insurance, medical insurance, voluntary medical insurance, compulsory medical insurance, insurer, insured, insurance policy, insurance payment, insurance sum.

The purpose of the work – research and systematization of theoretical and practical knowledge in the direction of modern health insurance in the country and assessment of the problems of the insurance market.

The objects of research are PrAT "SK "UNIQA", PrAT "SK "UIG", AT "SK "INGO", TDV "SK "NGS" etc.

The final work considers a set of issues related to the study of the essence, classification, functions and principles of health insurance is considered, ways of development are proposed. The current state of health of the population of Ukraine has been investigated, the programs of voluntary medical insurance of domestic insurers have been analyzed. The issue of the development of insurers during quarantine restrictions, their adaptation to modern working conditions is highlighted and considered. The issue of digitalization of insurance services has been investigated

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ СТРАХОВОМУ РИНКУ.....	7
1.1. Характеристика змісту та функцій медичного страхування.....	7
1.2. Обов'язкове і добровільне медичне страхування.....	17
1.3. Особливості розвитку медичного страхування в зарубіжних країнах	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА ЗАРУБІЖНОГО РИНКУ В СФЕРІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	33
2.1. Аналіз ринку медичного страхування та країн ЄС.....	33
2.2. Діяльність страхових компаній України на ринку медичного страхування	43
2.3. Розвиток послуг ДМС від Covid-19 в умовах світової пандемії.....	55
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	62
3.1. Цифровізація та діджиталізація страхового ринку.....	62
3.2. Трансформація взаємодії компаній та клієнтів при настанні страхового випадку.....	67

				ВР 201-пЕФ 19201						
	П. І. Б.	Підпис	Дата							
<i>Розроб.</i>	<i>Штанько А.М.</i>			<i>Шляхи оптимізації грошових потоків підприємства (на матеріалах ПАТ «Миргородський завод мінеральних вод»)</i>						
<i>Перевір.</i>	<i>Варналії З.С.</i>									
<i>Н. Коєвр.</i>										
<i>Затверд.</i>	<i>Птащенко Л.О.</i>									
				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Літ.</i></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Лист.</i></td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><i>Листки.</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">85</td> </tr> </table>	<i>Літ.</i>	<i>Лист.</i>	<i>Листки.</i>	1	2	85
<i>Літ.</i>	<i>Лист.</i>	<i>Листки.</i>								
1	2	85								
				<i>Національний університет «Полтавська політехнічна імені Юрія Кодратюка» Кафедра фінансів, банківського бізнесу та акадиткування</i>						

ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80
ДОДАТКИ.....	85

				ВР 201-пЕФ 19201			
	П. І. Б.	Підпис	Дата				
Розроб.	Птащенко А.М.			Розвиток медичного страхування в Україні в сучасних умовах	Літ.	Лист.	Листів
Перевір.	Вавнатій З.С.					4	85
Н. Компр.					Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» Кафедра фінансів, банківського бізнесу та академікивства		
Затверд.	Птащенко Л.О.						

ВСТУП

Медичне страхування є дуже перспективною ланкою в сфері страхових послуг. Наразі медичне страхування привертає все більше уваги потенційних страхувальників, оскільки спрощує процес отримання медичних послуг та самостійно обирати заклад, впевнившись в кваліфікації медичного персоналу.

Однак, державне забезпечення розвитку медичного страхування є досить слабким. Більшість населення не цікавиться послугами медичного страхування, оскільки вважає страхування не першочерговою потребою. Це створює тенденцію до зменшення видатків на забезпечення медичного страхування.

Страхова культура – один із найважливіших чинників, що покликаний забезпечити сталий розвиток як галузі, так і окремої страхової компанії. Наразі, з розвитком ринкових відносин питання підвищення рівня страхової культури на вітчизняному ринку страхування є особливо актуальним.

Серед основним проблем в цьому просторі є низький рівень довіри населення до страхових компаній, низький рівень платоспроможного попиту, а також низький рівень фінансової грамотності [15].

Актуальність дослідження полягає у дослідженні розвитку медичного страхування на страховому ринку та надання пропозицій щодо збільшення попиту населення і фінансування з боку держави.

Метою виконання випускної роботи є систематизація теоретичних і практичних знань за напрямом сучасного страхування в країні та оцінка проблематики страхового ринку.

Завданнями випускної роботи є:

- охарактеризувати медичне страхування як галузь страхового ринку України. Визначити його основні функції, завдання та принципи;

- визначити відмінність між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням;
- розглянути світовий досвід у сфері добровільного страхування, зазначити основні відмінності та типові приклади моделей взаємодії держави і приватних страховиків;
- проаналізувати сучасний стан українського страхового ринку в сфері ДМС та порівняти отримані дані з країнами ЄС;
- розглянути стан здоров'я населення, як його зміна впливає на ціни та структуру страхових продуктів;
- дати оцінку зміні страхового простору під час карантинних обмежень;
- представити шляхи розвитку в умовах цифровізації та діджиталізації ринку;
- визначити тенденції змін взаємодії страхувальника і страховика в разі настання страхового випадку.

Об'єктами дослідження виступають ПрАТ «СК «УНІКА», ПрАТ «СК «УСГ», АТ «СК «ІНГО», ТДВ «СК «НГС» тощо.

Предметом дослідження є сучасний стан медичного страхування на страховому ринку України на прикладі страхових компаній.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НА СУЧАСНОМУ СТРАХОВОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

1.1. Характеристика змісту та функцій медичного страхування

В усіх країнах з розвинутою ринковою економікою страхування є найважливішим елементом соціальної системи держави і дає змогу вирішувати соціальні проблеми суспільства, задовольняти потреби юридичних і фізичних осіб у забезпеченні стійких гарантій захисту майнових інтересів, пов'язаних зі здійсненням різних видів господарської діяльності, збереженням певного рівня добробуту та здоров'я людини.

Формування в Україні ринкової економіки, виникнення нових сфер господарювання для усіх суб'єктів ринкових відносин зумовлює необхідність теоретичного з'ясування суті страхування, пошуку нових методів страхового захисту та відшкодування втрат всіх учасників ринку.

У багатьох країнах світу страхування розглядається як могутній фактор стабілізації економіки, можливості здійснення інвестиційної діяльності як найбільш престижна сфера діяльності, в якій, наприклад, в країнах ЄС, число зайнятих перевищує один мільйон чоловік і щорічно ця цифра збільшується на два відсотки [11].

Згідно Закону України «Про страхування», страхування – це вид цивільно правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів [1].

Більшість авторів, що досліджують специфіку страхування, насамперед зазначають визначення, наведене з Закону України «Про страхування» і лише потім своє тлумачення. Розглянемо деякі з них, для всебічного огляду поняття.

Лімаренко Ю.В. зазначає, що страхування – це одна з форм охорони майнових й особистих інтересів застрахованих, які сплачують внески (премії) до страхових організацій і дістають відшкодування втрат, що виникають унаслідок стихійного лиха і нещасних випадків (страхування від недуг, страхування від вогню (пожеж), крадіжок, страхування життя та ін.) [16].

Ярошевич Н.Б. вказує, що страхування є способом забезпечення фізичних осіб та суб'єктів господарювання від фінансових збитків, які можуть виникнути раптово через природні, техногенні чи інші причини [17].

Волохова І.С. дає таке тлумачення визначенню «страхування» – це розподільчі відносини з приводу формування за рахунок грошових внесків цільового фонду, призначеного для відшкодування збитку або його компенсації учасникам страхування [18].

Журавльова О.В. стверджує, що страхування – це сукупність особливих замкнених перерозподільних відносин між його учасниками з приводу формування цільового страхового фонду та його використання для відшкодування збитків, заподіяних за непередбачених несприятливих обставин, а також для надання матеріальної допомоги громадянам у разі настання певних подій у їх житті [19].

Базилевич В.Д. пише, що страхування – це відшкодування потерпілим збитків, що виникли внаслідок непередбачуваних або передбачуваних, але невідтворних згубних подій, за рахунок внесків тих, хто потенційно може зазнати шкоди від цих подій і погоджується або зобов'язується законом чи договором сплачувати внески завчасно, тобто до настання самих подій [12].

Розглянувши основні тлумачення терміну «страхування» (табл. 1.1), будемо спиратися на визначення Базилевича В.Д, як на одне з найповніших.

Основні тлумачення терміну «страхування» за авторами

Автор	Визначення
Лімаренко Ю.В.	Це одна з форм охорони майнових й особистих інтересів застрахованих, які сплачують внески (премії) до страхових організацій і дістають відшкодування втрат, що виникають унаслідок стихійного лиха і нещасних випадків (страхування від недуг, страхування від вогню (пожеж), крадіжок, страхування життя та ін.)
Ярошевич Н.Б.	Це спосіб забезпечення фізичних осіб та суб'єктів господарювання від фінансових збитків, які можуть виникнути раптово через природні, техногенні чи інші причини
Волохова І.С.	Це розподільчі відносини з приводу формування за рахунок грошових внесків цільового фонду, призначеного для відшкодування збитку або його компенсації учасникам страхування
Журавльова О.В.	Це сукупність особливих замкнених перерозподільних відносин між його учасниками з приводу формування цільового страхового фонду та його використання для відшкодування збитків, заподіяних за непередбачених несприятливих обставин, а також для надання матеріальної допомоги громадянам у разі настання певних подій у їх житті
Базилевич В.Д.	Це відшкодування потерпілим збитків, що виникли внаслідок непередбачуваних або передбачуваних, але невідтворюваних згубних подій, за рахунок внесків тих, хто потенційно може зазнати шкоди від цих подій і погоджується або зобов'язується законом чи договором сплачувати внески завчасно, тобто до настання самих подій

На даному етапі більшість країн в світі перебувають в процесі здійснення конкретних реформ у галузі охорони здоров'я, які спрямовані на створення оптимальних та ефективних систем фінансування охорони здоров'я. Спільними факторами для всіх них є старіння населення та зростання цін на медичні послуги.

У межах реформування питання забезпечення медичною допомогою є найбільш релевантним. В Україні, як і в інших країнах світу, традиційною є система забезпечення населення медичними послугами державою. Іншими можливими способами забезпечення громадян послугами охорони здоров'я є обов'язкове (ОМС) та добровільне (ДМС) медичне страхування.

В сьогоденних реаліях медичне страхування в Україні не користується попитом та є малодоступним для населення з економічної точки зору. Тому,

визначення сутності медичного страхування та напрямів його розвитку є дуже важливим питанням задля розширення кола користувачів послугами, зростанні попиту тощо.

Згідно доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2020 рік, за показниками стану здоров'я, в Україні найбільший відсоток нових випадків ВІЛ-інфекції – 28 осіб інфікованих на 1000 неінфікованих. Більшого показника серед Європейського регіону немає. Також великим є показник захворюваності на туберкульоз – 80 чоловік на 100 тис. населення. Для порівняння, станом на 2017 рік показник був 91 особа на 100 тис. населення. Тому, незважаючи на одні з найвищих показників серед Європейського регіону, ми маємо значні зрушення. Одним з найвищих є показник ймовірності смерті від чотирьох основних неінфекційних захворювань у віці від 30 до 70 років – більше 24%. Рівень смертності зменшився з 22% до 20%. Також найбільшим залишається показник смертності від антисанітарії – 4 особи на 100 тис. населення. Це також найбільший показник серед Європейського регіону [2]. Таке становище у сфері охорони здоров'я визначається багатьма факторами: складною економічною та екологічною ситуацією, широким розповсюдженням шкідливих звичок, якістю та доступом медичної допомоги. При цьому, основним елементом впливу на низьку розповсюдженість медичних послуг є застаріла модель фінансування охорони здоров'я.

Поняття «медичне страхування» не є законодавчо визначеним і виступає предметом дискусій різних авторів. Законом України «Про страхування» визначено, що медичне є добровільним і обов'язковим видом страхування, хоча не визначено його суті та механізмів реалізації [1]. Закон України «Про страхування» дає таке визначення поняттю «медичне страхування – це вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом

сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом» [21].

Важко знайти єдиний підхід щодо природи медичного страхування і серед науковців. Багато вчених з різних наукових галузей розглядають питання медичного страхування з різних позицій, залежно від мети дослідження.

З точки зору особистого страхування, Базилевич В.Д. дає наступне визначення: «Медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромадження страхових фондів» [12].

Вороніна О.О. розкриває економічну природу медичного страхування, визначаючи мету медичного страхування у наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів [22].

Осадець С.С. пише, що медичне страхування – це вид особистого страхування, пов'язаний з компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я [23].

Нагайчук Н.Г. стверджує, що «медичне страхування – це система економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими суб'єктами страхових відносин, за яких страхувальник сплатою страхової премії забезпечує собі чи іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або її оплати, а страховик формує та ефективно розміщує страхові резерви і здійснює фінансування заходів, спрямованих на попередження страхового випадку або зменшення негативних його наслідків та представляє і захищає інтереси застрахованих у відносинах із надавачем медичної допомоги (послуги)» [24].

У таблиці 1.2 наведено узагальнення підходів науковців щодо визначення поняття «медичне страхування», а також визначення, що наведені у законодавчих актах.

Таблиця 1.2

Підходи до визначення поняття «медичне страхування»

Автор	Визначення
Згідно Закону України «Про страхування»	Вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом
Базилевич В.Д.	Форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромадження страхових фондів
Вороніна О.О.	Надання громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів
Осадець С.С.	Вид особистого страхування, пов'язаний з компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я
Нагайчук Н.Г.	Це система економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими суб'єктами страхових відносин, за яких страхувальник сплатою страхової премії забезпечує собі чи іншій особі (застрахованому) право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або її оплати, а страховик формує та ефективно розміщує страхові резерви і здійснює фінансування заходів, спрямованих на попередження страхового випадку або зменшення негативних його наслідків та представляє і захищає інтереси застрахованих у відносинах із надавачем медичної допомоги (послуги)

Спираючись на визначення медичного страхування згідно законодавства, можемо дійти висновку, що основною характеристикою є ризикова природа існування людини. Тому варто більш детально розглянути основні завдання, які воно виконує для суспільства, його характеристики, класифікацію та функції, та як ми, як страхувальники, беремо участь у цьому процесі.

Почати слід з класифікації медичного страхування, яка дає нам змогу більш повно розуміти як працює медичне страхування (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Класифікація медичного страхування [27]

Така класифікація надає нам інформацію стосовно особливостей страхових полісів, що можуть запропонувати нам страховики, в залежності від наших потреб, фінансових можливостей тощо. Незалежно від особливостей медичного страхування за будь-якою класифікацією, її основні детермінанти залишаються незмінними.

Мета медичного страхування зводиться до його завдань, які вона виконує, і ми поділимо їх на економічні та соціальні (рис. 1.2). Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям та здоров'ям громадян. Страховими ризиками в медичному страхуванні є страхування від хвороби, а страховим випадком – його лікування в медичному закладі та надання медичних послуг за умовами полісу страхування в межах страхової суми та при наданні відповідних документів до або після страхового випадку.



Рис. 1.2. Соціальні та економічні завдання медичного страхування [25]

Суть кожного економічного явища відображається у його функціях та принципах (рис. 1.3). Розподіл страхових функцій в економічній літературі є дискусійною проблемою. Деякі економісти виділяють такі основні функції медичного страхування [3]:

1. Ризикова функція полягає у захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на медичне обслуговуваннями при зверненні до медичних установ, шляхом перерозподілу страхового фонду, сформованого страховим агентом, з урахуванням випадкового характеру подій.

2. Кумулятивна функція страхування забезпечує захист та поліпшення рівня життя населення за допомогою механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, що мають довгостроковий характер.

3. Інвестиційна функція дозволяє тимчасово інвестувати вільні кошти страховиків в економіку.

4. Попереджувальна функція пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику, і дозволяє страховим компаніям зменшити ймовірність їх виникнення. У той же час попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість всіх учасників страхових відносин у запобіганні негативним подіям, що спричиняють шкоду. Тому основним завданням страхових компаній та економічних суб'єктів господарювання є запобігання ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення ймовірності страхових випадків, ступеня їх негативного впливу та масштабу можливих збитків.

5. Контрольна функція страхування відображається в процесі формування та використання коштів страхових фондів. Таким чином, контрольною функцією медичного страхування є функціонування механізмів, що забезпечують достатність створених страхових фондів для виконання зобов'язань страховиків, а також контроль якості медичного обслуговування, що надається страхувальникам.

Також розглянемо основні принципи медичного страхування, викладені в економічній літературі, визначивши найважливіші з них в галузі медичного страхування:

1. Принцип еквівалентності передбачає підтримку балансу між зобов'язаннями страховиків щодо сплати страхових виплат і страхувальників зі сплати премій. Цей принцип застосовується до добровільного медичного страхування, яке характеризується залежністю розміру та видів допомоги, що надаються за передбаченою програмою страхування, та суми сплачених страхових премій.

Введення обов'язкового медичного страхування гарантує населенню охорону здоров'я на засадах рівності. Принцип еквівалентності також є одним з базових для впровадження фінансових інновацій у галузі медичного страхування, спрямованих на забезпечення збалансованості обсягів медичної допомоги та їх фінансової підтримки.

2. Принцип солідарності медичного страхування полягає в організації оплати витрат на медичну допомогу, що надається застрахованій особі, яка має поліс медичного страхування, за рахунок усіх учасників страхування, а не лише у розмірі внесків, сплачених особою, яка звернулася за медичною допомогою.

3. Принцип відшкодування передбачає надання медичної допомоги в рамках програми, за яку сплачена страхова премія під час добровільного медичного страхування, а територіальної програми обов'язкового медичного страхування – під час обов'язкового.

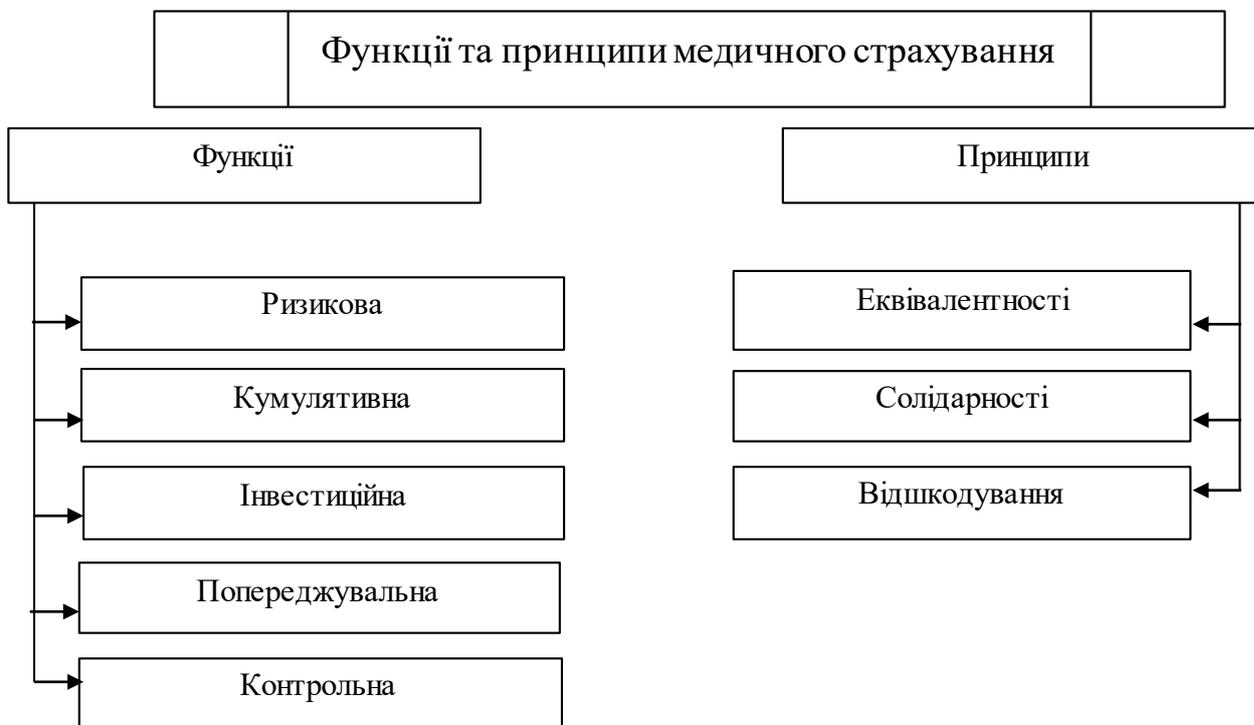


Рис. 1.3. Принципи та функції медичного страхування

Отже, нами було досліджено зміст, функції страхування та його галузі – медичного страхування. Ми розглянули, як дані поняття трактують різні автори, які принципи та функції вони виконують. Розібралися в особливостях саме медичного страхування, які економічні та соціальні завдання воно виконує та чим вони відрізняються від завдань страхування загалом. Так, основною відмінністю є дуже тісна співпраця з медичними закладами та великий вплив на сферу охорони здоров'я країни. Оскільки охорона здоров'я в основному забезпечується за рахунок держави, то важливо розглянути взаємодію приватного сектору та державного, які відображаються як добровільне та обов'язкове медичне страхування.

1.2. Обов'язкове і добровільне медичне страхування

Класифікуючи медичне страхування за формою організації, ми можемо чітко визначити межі повноважень держави та приватних страхових організацій в забезпеченні страхового захисту громадян.

Обов'язкове страхування найближчим часом – це не лише спосіб організації системи охорони здоров'я, але й необхідна потреба в оновленні медичної галузі. Обов'язкове медичне страхування повинно охоплювати все населення і відповідати пріоритетним потребам, але існують певні перешкоди, в основному правові, які не дозволяють реалізувати його принципи (рис. 1.4)

ОМС характеризується тим, що сплата страхувальниками страхових внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового покриття однаковий для всіх. Відповідно до умов обов'язкового медичного страхування.

Частина цього фонду може бути створена за рахунок внесків, відрахованих із заробітної плати працівників. Частина кожної сторони залежить від конкретних економічних умов цього страхування та вартості медичного обслуговування. Кошти створеного страхового фонду покривають

необхідну мінімальну суму витрат на лікування застрахованих працівників у разі їх непрацездатності через втрату здоров'я.

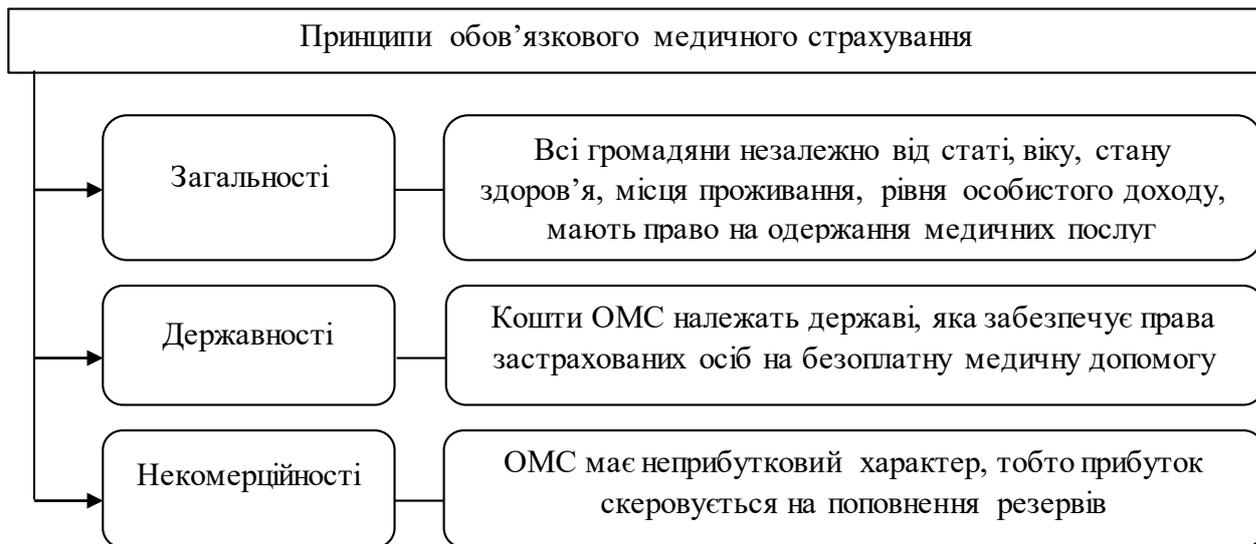


Рис. 1.4. Принципи обов'язкового медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування базується на обов'язкових програмах охорони здоров'я. Ці програми визначають обсяг та умови надання медичної допомоги населенню. Програма охоплює мінімальний необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Обов'язкове медичне страхування охоплює значну частину населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може покрити весь спектр ризиків. Як і недостатність фінансування національної медицини, це вимагає пошуку шляхів надання альтернативних гарантій права особи на надання медичних послуг. Вирішенням існуючої проблеми може стати розвиток добровільного медичного страхування (ДМС).

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові гарантії повної чи часткової компенсації додаткових витрат, пов'язаних із отриманням медичних послуг у медичному закладі, зазначених у полісі.

Основними завданнями добровільного медичного страхування є (рис.1.5):



Рис. 1.5. Основні цілі, завдання, мета та особливості ДМС [35]

Оскільки медичне страхування трактується як система економічних відносин, то воно характеризується наявністю кількох суб'єктів страхової діяльності, серед яких: страховик, страхувальник, застрахована особа та медичний заклад (табл. 1.3).

Відносини між суб'єктами медичного страхування базуються на двох договорах: договорі страхування, укладеному між страховиком та страхувальником, і договорі на надання лікувально-профілактичної допомоги, укладеному між страховиком та лікувально-профілактичним закладом.

Страхувальник, як фізична особа має право укласти договір як на свою користь, так і на користь третьої особи, яку вважатимуть застрахованою згідно з ним. Страхувальник як юридична особа укладає договори лише на користь третіх осіб, тобто трудового колективу, на який буде поширюватися страхових захист згідно з договором медичного страхування.

Характеристика суб'єктів медичного страхування [26]

Суб'єкт	Характеристика
Страховики (страхові медичні організації, компанії, фонди)	Юридичні особи, які створені і функціонують у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю у відповідності до чинного законодавства країни, а також отримали у встановленому порядку ліцензію для здійснення цієї діяльності. Видача ліцензії на всі види медичного страхування здійснюється органами управління охорони здоров'я згідно з законодавством країни
Страховальники	Юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі страховиками договори медичного страхування. При обов'язковому медичному страхуванні страховальниками для працюючого населення виступають підприємства та роботодавці, а для непрацюючого – місцеві органи влади. При добровільному страхуванні страховальниками є підприємства, громадські, благодійні організації та інші юридичні особи, а також працездатні громадяни
Застрахована особа	Особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чие життя, здоров'я та працездатність є об'єктом страхового захисту. Застрахована особа зобов'язана свідомо не створювати ризику втрати свого здоров'я і можливі ризики його погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, де надається медична допомога
Медичні заклади	Самостійні суб'єкти господарювання, котрі укладають угоди з медичними страховими організаціями і працюють згідно з ними. Медичні заклади, що надають послуги у системі медичного страхування, повинні отримати ліцензію на їх здійснення

Обсяг страхової відповідальності за договором медичного страхування визначає перелік страхових випадків, при яких страховик зобов'язаний сплатити страхову виплату. Страховий випадок – це звернення страховальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичного закладу зі скаргами на здоров'я за умови, що симптоми захворювання відповідають випадкам, зазначеним у договорі, які вважаються страховими. Страхова сума, в межах якої страховик несе відповідальність щодо виплат, обумовлена вартістю обраної страховальником програми ДМС.

Програма є невід'ємною частиною договору страхування. Страховики можуть пропонувати програми, що відрізняються обставинами, за яких страховальнику надаватиметься медична допомога: амбулаторно, стаціонарно, за викликом медичної допомоги або лікарем додому. Крім того,

програми можуть бути спрямовані лише на надання допомоги дітям або дорослим, які можуть відрізнитися переліком медичних установ, що беруть участь у здійсненні послуг медичного страхування. Нарешті, програми різняться за вартістю, на яку впливають всі вищезазначені умови.

Законом України «Про страхування» передбачено здійснення добровільного медичного страхування (ДМС) у трьох різновидах:

1. Медичне страхування (безперервного страхування здоров'я).
2. Страхування здоров'я на випадок хвороби.
3. Страхування медичних витрат («медичного асистансу»).

В рамках медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) страхувальниками можуть бути як фізичні, так і юридичні особи. У зв'язку з наданням медичних послуг у цьому виді страхування медичний заклад обов'язково бере участь. Перелік медичних послуг, що надаються медичними закладами на підставі договорів ДМС відображаються в програмах медичних послуг. Для страхування страховик повинен скласти правила, укласти договори про надання послуг з медичними закладами та узгодити з ними програми та ціни на медичні послуги.

Перед укладанням договору ДМС, застрахована особа повинна попередньо пройти повне медичне обстеження. На його підставі визначають наявність певної хвороби чи декількох, та схильність до них. Потім особі пропонується програма медичних послуг, після вибору якої встановлюють страхову суму, тариф і платежі (рис. 1.6).

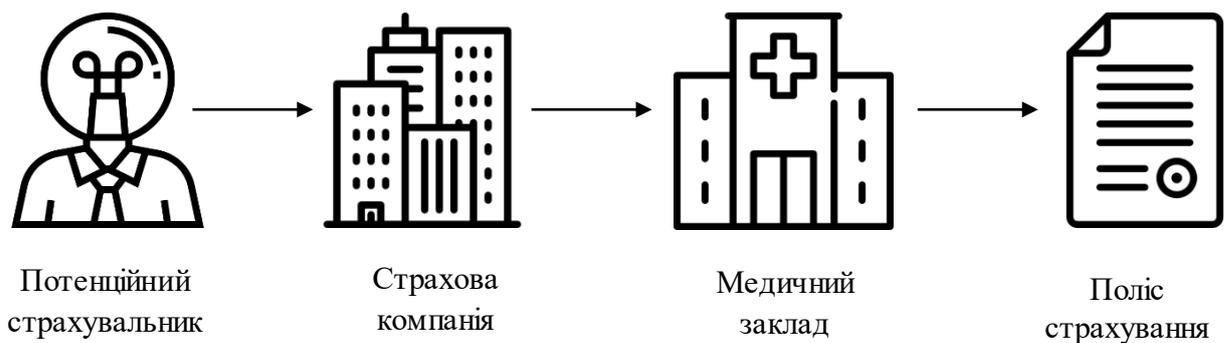


Рис. 1.6. Порядок укладення договору страхування

Після набрання чинності договору страхування застрахована особа може звернутися до медичного закладу за наданням медичної послуги. Медична установа перевіряє відповідність страхового випадку, передбаченого договором страхування, а потім надає застрахованому медичні послуги. Після закінчення лікування медична установа надсилає страховій компанії рахунок для оплати вартості страхових послуг.

Страхування здоров'я на випадок хвороби відрізняється від безперервного страхування здоров'я. Це стосується, зокрема, страхових ризиків, програм медичного обслуговування, способу сплати страхових внесків та організаційних схем. Основним ризиком є хвороба, передбачена програмою медичних послуг, додатковими – встановлення інвалідності або смерть застрахованої особи через хворобу, передбачену для лікування за договором страхування.

Характерною особливістю цього виду страхування, що впливає на його організаційну схему, є виплата страхових сум не медичним установам, а безпосередньо застрахованим особам.

Страхові тарифи зі страхування здоров'я на випадок хвороби встановлюють як суму тарифів на випадок хвороби, інвалідності та смерті. Страхове відшкодування виплачується в певних відсотках від медичних витрат. Це залежить від типу захворювання, його вартість коливається від 20% до 60%, в середньому – близько 40% страхової суми.

Страхування медичних витрат або «медичний асистанс» в основному призначений для покриття невідкладної допомоги та ряду інших послуг під час перебування громадян України за кордоном. Цей вид медичного страхування забезпечує лише найнеобхіднішу медичну допомогу й транспортування людини на територію її країни з метою повного лікування. Враховуючи, що таке страхування надає не лише медичні, а й технічні й організаційні послуги, воно не може розглядатися як повністю медичне, а здебільшого як комплексний вид страхування, який повинен захищати подорожуючого від багатьох ризиків, пов'язаних із життям, здоров'ям,

транспортуванням хворого або тіла померлого, перевезенням авто, пошуком багажу тощо.

Розмір страхового покриття, який можна обрати відповідно до полісу медичного асистансу, поділяють на чотири категорії:

1. Категорія А передбачає лише надання невідкладної медичної допомоги й оплати медичних витрат та перевезення транспортним засобом до найближчої медичної установи; репатріацію у разі хвороби до місця постійного проживання; репатріацію у разі смерті; невідкладну стоматологічну допомогу.

2. Категорія В містить усі пункти, перелічені в категорії А, й додатково забезпечує відвідування третьою особою у разі перебування в лікарні понад 10 днів; дострокове повернення застрахованої особи у разі смерті найближчих родичів (чоловіка, дружини, дітей, батьків); евакуацію дітей.

3. Категорія С, включаючи категорії А та В, також надає правову та адміністративну допомогу; можливість зв'язатися з адвокатом; допомоги у порушенні справи щодо захисту застрахованої особи; повернення та відправлення багажу за іншою адресою; передача термінових повідомлень; допомогу у разі втрати чи крадіжки документів для їх заміни.

4. Категорія D охоплює групи А, В, С, а також надає допомогу у випадку поломки особистого транспорту та захворювання водія; організацію доставки всіх пасажирів до місця проживання в країні перебування (лише в європейських країнах); надання та оплати послуг іншого водія у разі захворювання водія; забезпечення евакуації пасажирів у країну проживання.

Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості і поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги. Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих. Розміри страхових внесків встановлюються на договірній основі страховика і

страхувальника з урахуванням оцінки вірогідності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо.

Таблиця 1.4

Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування [26]

№ п/п	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
1	Некомерційне	Комерційне
2	Один із видів соціального страхування	Один з видів індивідуального страхування
3	Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне
4	Регламентується Законом „Про медичне страхування громадян країни” (проект)	Регламентується Законом України „Про страхування”
5	Здійснюється державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
6	Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
7	Страхувальники – держава (орган місцевої виконавчої влади) та працююче населення	Страхувальники – юридичні та фізичні особи
8	Охоплює практично все населення	Охоплює всіх бажаючих
9	Джерела фінансування – внески державного бюджету, працевдавців і працюючого населення	Джерела фінансування – особисті доходи громадян, прибуток працевдавців (юридичних осіб)
10	Грошові кошти акумулюються в територіальних фондах	Грошові кошти акумулюються страховими компаніями
11	Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами влади різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страхувальника
12	Тарифи на страхування встановлюються за єдиною, затвердженою державою методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страхувальника
13	Надходження коштів до страхового фонду характеризуються стабільністю	Надходження коштів залежить від кількості клієнтів
14	Охоплює не всі ризики	Охоплює більше ризиків
15	Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
16	Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності

Обов'язкове медичне страхування перебуває під контролем держави і характеризується безприбутковістю. Для загальнообов'язкового медичного страхування страхові суми, розмір внесків, порядок їх сплати та процедура виплати страхових сум встановлюється законодавством. Страхувальником є роботодавець (підприємець, підприємство, установа або організація), тому страхування охоплює переважно працююче населення, а для медичного страхування дітей, школярів, непрацюючої молоді, інвалідів та пенсіонерів застосовують додаткові програми або ДМС.

1.3. Особливості розвитку медичного страхування в зарубіжних країнах

На сучасному етапі в розвинутих країнах світу існує три механізми медичного страхування: державний (бюджетний), соціально-страховий та приватно-підприємницький (рис. 1.7). Перший з них (створений за моделлю В. Бевериджа) характеризується створенням страхових фондів за рахунок податкових надходжень держави, надається незалежно від майнового стану громадян і не пов'язаний з безпосередньою участю пацієнтів у фінансуванні медичних послуг. У цьому контексті держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та встановлює основні його умови: базові ставки страхових внесків, схеми організації та фінансування медичної допомоги, бере участь у ціноутворенні медичних послуг тощо. У багатьох країнах система обов'язкового медичного страхування впроваджується через некомерційні страхові товариства – незалежні самоврядні організації, структура яких визначена законодавчо. Приватне медичне страхування охоплює лише ті сфери медичних послуг, які не надаються національними службами охорони здоров'я. Необхідною умовою надання медичних послуг пацієнтам є наявність у них громадянства країни. Модель державного страхування домінує в англосаксонських країнах, скандинавських та деяких середземноморських

країнах (Великобританії, Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії, Португалії, Італії, Іспанії, Греції), а також у Канаді.

Другий із цих механізмів (на основі моделі О. Бісмарка) базується на страхових відносинах, встановлених національним законодавством. Характеризується наявністю регламентованих державою страхових фондів, що здійснюють пряме фінансування медичних установ, некомерційних страхових товариств, що здійснюють добровільне медичне страхування або додаткове страхування на випадок хвороби чи старості, та приватних страхових компаній. Бюджетно- страхова модель поширилась у більшості країн континентальної та східної Європи (Німеччині, Франції, Нідерландах, Австрії, Бельгії, Швейцарії, Чехії, Словаччині), а також у Японії та деяких країнах Латинської Америки.

Приватно-підприємницька (американська) модель страхування ґрунтується на самозабезпеченні населення на випадок хвороби і фінансується переважно клієнтами акціонерних та некомерційних страхових компаній. Цей механізм діє у США, Південній Кореї та деяких інших країнах.

Інформація про некомерційні товариства, що діють в сфері медичного страхування в європейських країнах представлена на сайті Єврокомісії. За її підрахунками, вони охоплюють 50% ринку медичного страхування та 19% ринку страхування життя і обслуговують понад 120 мільйонів людей. Важливість цієї форми страхування підтверджується тим, що в Нідерландах загальнообов'язкове медичне страхування майже повністю управляється компаніями взаємного страхування, у Бельгії, Люксембурзі та Франції вони звільнені від сплати податків, у більшості інших країн – мають значні податкові пільги.

Подібні системи лояльності значно розширюють ринок страховиків, оскільки зменшується тиск з боку держави та громадяни мають більшу довіру до страховика, як стабільної страхової компанії.

Моделі медичного страхування

Державна (бюджетна)	Соціально-страхова	Приватно-підприємницька
<ul style="list-style-type: none"> – створення страхових фондів лише за рахунок податків; – не залежить від майнового стану громадян; – не включає безпосередню участь пацієнтів. 	<ul style="list-style-type: none"> – наявні регламентовані страхові фонди; – страхові угоди укладаються лікарями; – діють переважно для зайнятого населення. 	<ul style="list-style-type: none"> – страхові угоди укладаються лише роботодавцями; – якщо особа залишається без роботи, то і не має страхового полісу; – держава контролює лише державні медичні заклади

Рис. 1.7. Моделі медичного страхування у світі

Взаємні товариства, що діють у сфері охорони здоров'я – «mutual benefit societies», належать до страхових товариств взаємодопомоги соціального спрямування і тісно пов'язані з реалізацією державних програм. Вони забезпечують своїх членів страховим покриттям не лише на випадок хвороби, але і на випадок інвалідності та старості, доповнюючи таким чином сектор державного медичного страхування. Сфера їх діяльності залежить від джерел фінансового забезпечення: за рахунок роботодавців та внесків працюючих страхових компаній, як у країнах Центральної та Східної Європи, або за рахунок податків до національних служб медичного страхування (у Скандинавії та деяких країнах Середземномор'я). Як видно з таблиці 1.5 у першому разі взаємне страхування охоплює значно більшу частину населення

До цих страхових компаній також належать «лікарняні каси», організаційно-правова форма яких закріплена законодавством більшості країн. Історично лікарняними касами називалися страхові організації, які здійснювали страхування, пов'язане з життям і здоров'ям. Сьогодні лікарняні

каси є основою системи ОМС в Німеччині, Швейцарії та Ізраїлі. Є кілька видів кас: місцеві (переважно для непрацюючих членів сім'ї застрахованих), що розташовані за місцем проживання, виробничі (за місцем роботи) та ерзац-каси (переважно для службовців). Певний розвиток лікарняні каси отримали і в Україні.

Таблиця 1.5

Частка європейського населення, охопленого страховими товариствами взаємодопомоги, що діють у сфері охорони здоров'я

Відсоток страхових товариств у загальній чисельності населення				
Менше 20%	Від 20 до 40%	Від 40 до 60%	Від 60 до 80%	Від 80 до 100%
Італія Греція Іспанія Португалія Великобританія	Угорщина Данія Швеція Фінляндія	Словакія Словенія Ірландія	Франція Люксембург Чеська Республіка	Німеччина Нідерланди Бельгія Швейцарія

У сфері додаткового медичного страхування окремо виділяють взаємні товариства страхування здоров'я «health mutual». Їх ще часто називають «providence mutual» (від англ. providence – передбачливість). Специфіка цих компаній полягає в особливостях страхових виплат, які нерідко передбачають не грошову виплату, а надання послуг у формі медичного обслуговування, лікарського забезпечення, догляду за немічними хворими і літніми людьми. Найбільш розвинені «health mutual» у Данії, Ірландії, Люксембурзі, Нідерландах, Фінляндії, Франції. Наприклад, на частку французьких товариств припадає близько 61% ринку клієнтів ДМС, тоді як комерційні страхові компанії обслуговують близько 22%. Діяльність «health mutual» регулюється спеціальними законодавчими актами, що мають національну специфіку.

У європейській практиці широко розвинене колективне страхування, коли компанія страхує своїх працівників. Колективні страхувальники становлять 20,3% загального обсягу ДМС. Найпопулярнішими є британські заводські товариства взаємного страхування (factory mutual) та французькі

страхові товариства взаємодопомоги (society of owners), які страхують ризики, пов'язані з виробництвом (нещасні випадки, професійні захворювання тощо). Існує більш дешевий тариф для колективних полісів, тоді як індивідуальні поліси часто враховують ступінь ризику.

США – одна з небагатьох розвинених країн світу, яка не має комплексної системи медичного страхування. Витрати на лікування оплачуються переважно роботодавцями (58%) та за рахунок добровільного медичного страхування в товариствах взаємного страхування (6%) або акціонерних страхових компаніях. Більшість американців отримують медичну страховку для себе і своєї сім'ї від свого роботодавця, але більшість роботодавців оплачують лише частину вартості. Незважаючи на високу вартість медичного обслуговування (послуги терапевта в середньому коштують 120 доларів США), приблизно 44 мільйони американців (16% населення) не мають медичного страхування, а 77 мільйонів мають так зване «переривчасте страхування», коли страховий поліс може бути припинено (наприклад, у разі втрати роботи). Така система медичного страхування прямо чи опосередковано впливає на соціальний захист більшості населення.

Для деяких верств населення існують федеральні програми медичного страхування: Medicare (для літніх людей від 65 років та осіб з обмеженими можливостями) та Medicaid (надання медичної допомоги незаможним громадянам, що мають дохід нижче рівня бідності), але вони не покривають усіх видів лікування. Безкоштовна медична допомога надається лише військовослужбовцям та ветеранам війни мережею державних госпіталів.

Розмір грошової премії в акціонерних страхових компаніях визначається очікуваною середньою вартістю медичних послуг. Розміри страхових внесків у взаємних товариствах медичного страхування (mutual health insurance company), де страхувальники є одночасно і страховиками, значно менші за рахунок відсутності комерційної складової. Розрахунки з медичними закладами здійснюються страховими організаціями за фактично надану страхувальнику медичну допомогу або послугу, що забезпечує контроль за їх

якістю. Провідні компанії в Сполучених Штатах Америки за медичним страхуванням наведені у таблиці 1.6 [28].

Таблиця 1.6

ТОП страхових компаній США в сфері медичного страхування [29]

Назва компанії	Дохід
United Healthcare	257 млрд. дол. США
Aetna	122 млрд. дол. США
Centene	111 млрд. дол. США
Kaiser Permanente	89 млрд. дол. США
Humana	77 млрд. дол. США
CVS Health	75 млрд. дол. США
HCSC	47 млрд. дол. США
Molina Healthcare	19 млрд. дол. США

Особливим у цих компаніях є те, що кожна має свою перевагу серед інших. Компанія United Healthcare є найпоширенішою, має великий кредит довіри та багато відділень обслуговування. Також вона має високий ступінь цифровізації. Більшість клієнтів United Healthcare обирають дану страхову компанію через можливість мати постійний зв'язок з лікарем в окрему додатку та надсилати йому власні виміри тиску, стресу, ваги тощо буквально за один клік в смартфоні. Страхова компанія «Aetna» фокусується на найкращому обслуговуванні з швидким реагуванням, наданням консультацій та великим спектром специфічних послуг. Наприклад, страхувальники компанії з високим тиском можуть отримати безкоштовний домашній монітор від CVS Health Company, а також у додатку CVS мають можливість відслідковувати свої хронічні захворювання та наявність потрібних для них ліків. Компанія «Cigna» має гарні страхові поліси для подорожей за кордон, та підтримку в багатьох країнах світу. Страхова компанія «Humana» підбирає індивідуальний підхід, враховуючи особливості кожної людини. Так, у полісах медичного страхування компанії можуть бути присутні покриття витрат на окуляри, контактні лінзи, стоматологічні огляди, коронки, пломби. «Humana» - обширна компанія, в якій є ряд полісів для осіб з хронічними захворюваннями, які включають перехід із стаціонарного лікування на догляд на дому а також

доставку їжі. «Humana» зайняла перше місце задоволеністю клієнтів серед медичних страхових компаній у 2020 році [30].

Таким чином, досліджуючи особливості медичного страхування за кордоном, можемо дійти висновку, що воно є необхідним, як в обов'язковій, так і добровільній формах, оскільки забезпечує захист від ризику втрати здоров'я. Хоч в кожній країні існує унікальний страховий простір, умовно його можна віднести до однієї з трьох груп, в залежності від державного контролю: державна, соціально- страхова та приватно-підприємницька. Щодо України, в порівнянні з досвідом інших, то основною проблемою є низька апробація обов'язкового медичного страхування роботодавцями, хоча в останні роки робляться кроки для поліпшення ситуації.

Досліджуючи питання медичного страхування як галузі страхового ринку ми виокремили деякі особливості. Насамперед, медичне страхування відрізняється від страхування життя можливістю розірвання договору страхування, в залежності від бажання страхувальника або ж закінчення терміну дії договору. Друга специфічна характеристика це наявність ще одного суб'єкта – медичного закладу, з яким страховик також укладає договір на обслуговування власних клієнтів на договірних умовах (медичний заклад повинен отримати ліцензію на проведення даного виду діяльності). Поліси медичного страхування мають індивідуальну структуру за певним рядом причин. Кожна страхова компанія пропонує пакети страхування в залежності від домовленості з медичною установою, власною можливістю швидкого реагування тощо. Також кожен страхувальник обирає для себе власний пакет послуг, в залежності від потреб, власних прогнозів та наявних фінансових ресурсів. Всі ці компоненти складають основу добровільного медичного страхування (ДМС). Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є обов'язком держави, яку вона покладає на себе у вигляді забезпечення державних медичних закладів, надання безкоштовних медичних послуг за умови сплати

страхувальниками (працюючим населенням) страхових премій у вигляді частки від заробітної плати.

Порівнюючи досвід країн Америки та Європи з досвідом України, можемо дійти висновку, що Україні характерна соціально- страхова модель. Розподіл державного та добровільного медичного страхування хоч і є досить нерівномірним, однак не має однобокого забезпечення, як, наприклад, майже повна відсутність ролі держави в медичному страхуванні в США або ж зовсім відсутня програма добровільного страхування на прикладі Великобританії, Канади, Італії тощо.

Право вибору щодо комплексу страхового захисту, як від держави, так і додатково від приватних страхових компаній, є запорукою економічної стабільності та безпеки громадян.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО ТА ЗАРУБІЖНОГО РИНКУ В СФЕРІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Аналіз ринку медичного страхування України та країн ЄС

Як зазначалося раніше, кожна країна має свої особливості страхового простору. В залежності від цього розглядають три моделі страхового ринку: державна, соціально- страхова та приватно-підприємницька.

В Україні діє соціально- страхова модель, поєднуючи в собі як обов'язкове, так і добровільне медичне страхування. Дивлячись на стан страхового ринку за кількістю страховиків, можна стверджувати, що за останні 4 роки ситуація все погіршується. З кожним роком кількість страховиків зменшується, як і сфері страхування життя, так і в ризиковому страхуванні (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Кількість страхових компаній у 2017 та 2020 роках

Кількість страхових компаній	Станом на 31.12.2017	Станом на 31.12.2018	Станом на 31.12.2019	Станом на 31.12.2020
Загальна кількість	294	281	233	225
в т.ч. СК «non-life»	261	251	210	203
в т.ч. СК «life»	33	30	23	22

Обсяг страхових премій з медичного страхування складає досить незначну частку в загальному обсязі страхових премій, тож це може свідчити про нерозвинуту структуру ДМС в Україні (рис. 2.1)

Розглядаючи особливості нашої моделі, слід зазначити, що в населення низька страхова культура. Під страховою культурою розуміють рівень обізнаності в сфері страхування: його переваги, умови страхування, рівень знань вітчизняного страхового ринку, та, насамперед, довіра страховим

організаціям. Також важливим елементом є рівень фінансової грамотності, доходу. Україна є країною, що розвивається, тож населення не завжди має можливість дозволити собі поліс страхування, вважаючи таку статтю витрат як не необхідну.



Рис. 2.1. Ринок медичного страхування у структурі страхового ринку України [47]

Не зважаючи на це, можна прослідкувати зростання обсягів страхових премій та виплат у медичному страхуванні. Так, спостерігаємо зростання як страхових премій, так і страхових виплат у 2020 році, порівняно з 2017 роком на 7% та 5% відповідно. Медичне страхування залишається другим по рівню премій та виплат після автострахування та має більшу питому вагу, ніж страхування життя (станом на 2020 рік страхові премії – 11%, страхові виплати – 5%) (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Структура страхових премій за видами страхування за період 2017-
2020 років

Види страхування	Страхові премії, млн грн				Темпи приросту страхових премій, %
	2017	2018	2019	2020	
Автострахування (КАСКО, ОСЦПВ, «Зелена картка»)	9 277,5	12 975,1	13 115,8	15 110,2	62,87
Страхування життя	2 756,1	3 906,1	4 008,2	4 624,0	67,77
Медичне страхування	2 355,5	3 486,7	3 825,6	4 470,3	89,78
Страхування майна та вогневих ризиків	6 766,3	10 937,3	10 982,5	11 351,1	67,76
Страхування фінансових ризиків	3 596,7	5 135,5	4 822,8	4 397,6	22,27
Страхування від нещасних випадків	837,1	1 754,2	1 728,4	1 872,2	123,65
Інші види страхування	1 340,1	2 205,2	2 341,0	2 113,6	57,72
Всього	26 929,3	40 400,1	40 824,3	43 939,0	491,82

Таблиця 2.3

Структура страхових виплат за видами страхування за період 2017-
2020 років

Види страхування	Страхові виплати, млн грн				Темпи приросту страхових виплат, %
	2017	2018	2019	2020	
Автострахування (КАСКО, ОСЦПВ, «Зелена картка»)	4 997,8	5 831,6	6 123,5	6 714,7	-25,57
Страхування життя	556,3	1 423,6	815,2	575,9	-3,4
Медичне страхування	1 672,0	2 095,4	2 234,7	2 602,8	-35,76
Страхування майна та вогневих ризиків	429,7	1 686,0	1 549,4	1 868,0	-77,0
Страхування фінансових ризиків	1 879,2	1 585,0	1 612,0	1 624,6	15,67
Страхування від нещасних випадків	263,5	312,8	320,9	349,9	-24,69
Інші види страхування	410,9	447,6	593,4	830,2	-50,51
Всього	10 209,4	13 382,0	13 249,1	14 566,1	-201,26

Отже, динаміка страхових платежів в загальному є позитивною. Порівнюючи 2017 рік з 2020 роком, приріст страхових платежів склав 491,82%, або трохи більше, ніж у 1,5 рази. Найкращий приріст спостерігається у статей: Страхування від нещасних випадків (123,65%) та Медичне страхування (89,78%). Таке зростання показників може свідчити про підвищення страхової культури населення, їх бажання убезпечити себе в майбутньому на довгостроковій перспективі. Медичне страхування з кожним роком мало все більший показник сплачених страхових платежів, а страхування від нещасних випадків у 2019 році було меншим, ніж у 2018 році (1 728,4 млн грн та 1 754,2 млн грн відповідно).

Найменший приріст мала стаття Страхування від фінансових ризиків (22,27%). Наразі населення, особливо індивідуальні страхувальники, не готові страхуватися від фінансових ризиків, оскільки не мають в цьому потреби, маючи стабільний дохід. Навіть особи, що працюють неофіційно, віддають перевагу «ховати гроші під матрац», тобто просто зберігати їх в готівці. Така тенденція зазвичай призводить до знецінення коштів, що зберігаються і ті великі суми, що відкладалися раніше, вже не матимуть таку ж ціну в майбутньому. Тому страхування як варіант вкладання грошей для того, щоб вони «працювали» - є одним із найкращих.

Динаміка страхових виплат в період -з 2017 по 2020 рік в загальному мала спадаючу тенденцію (-202,26% всього, порівнюючи 2017 та 2020 рік). Найбільше зменшення відбулося по статтям Страхування майна та вогневих ризиків (-77,0%), а також Інші види страхування (-50,51%). Зменшення страхових виплат може бути як позитивним, так і негативним показником, тому що свідчить або про зменшення страхових випадків, або про недобросовісність страховиків. Єдиною статтею з приростом страхових виплат стала стаття страхування від фінансових ризиків (+15,67%). Виплати по медичному страхуванню зменшилися на 35,76%.

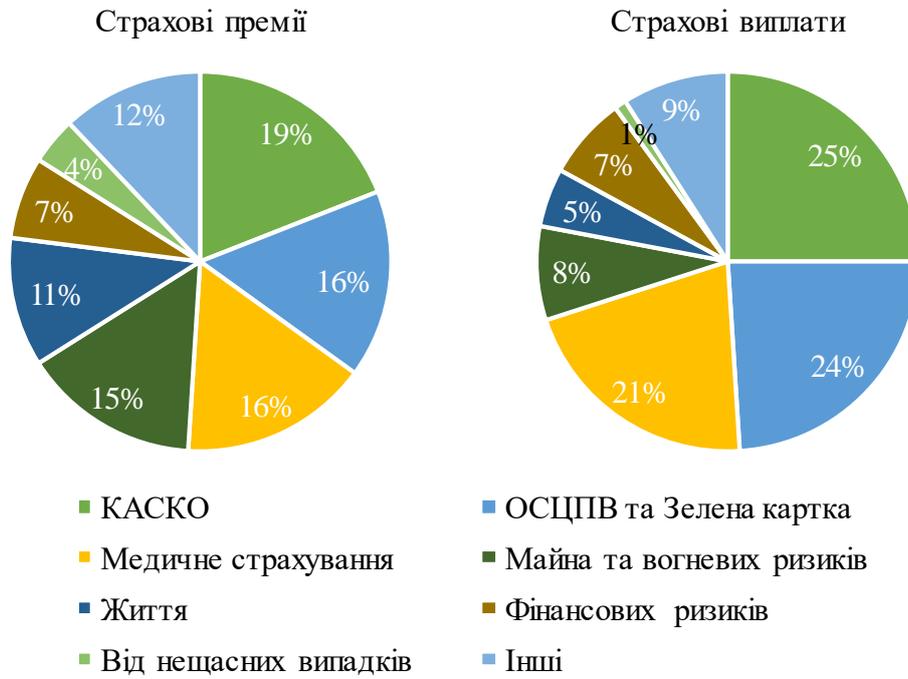


Рис. 2.2. Структура страхових премій та платежів за видами на 2020 рік

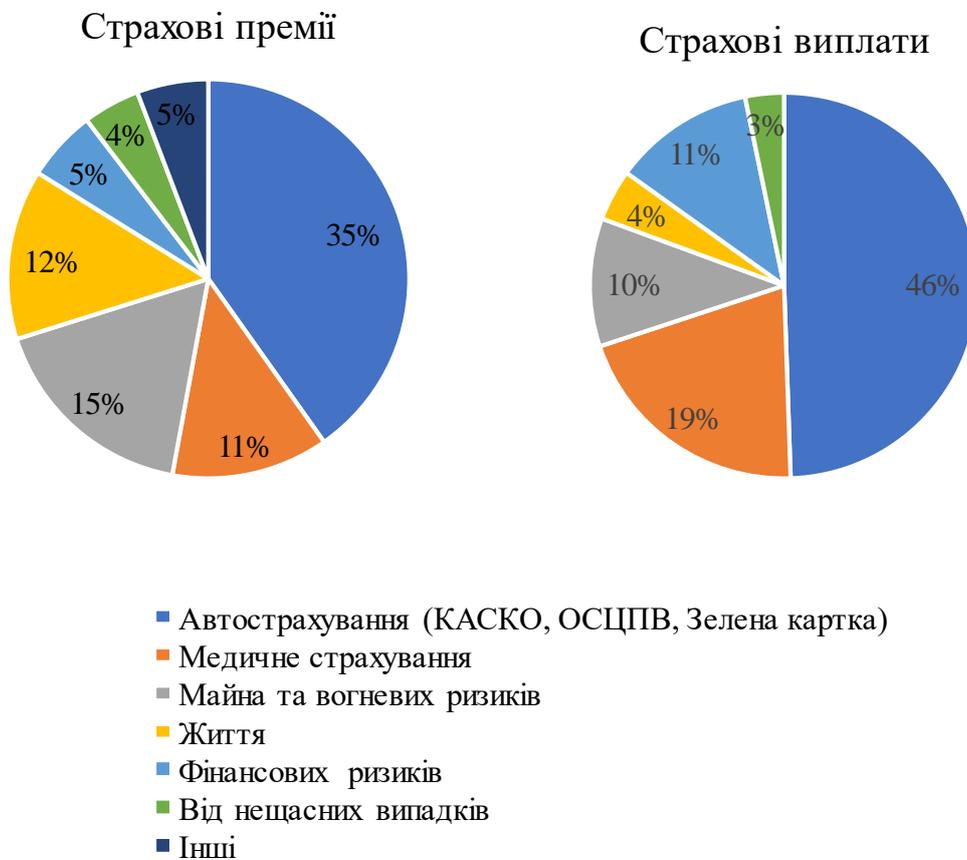


Рис. 2.3. Структура страхових премій та платежів за видами на 2019 рік



Рис. 2.4. Структура страхових премій та платежів за видами на 2018 рік

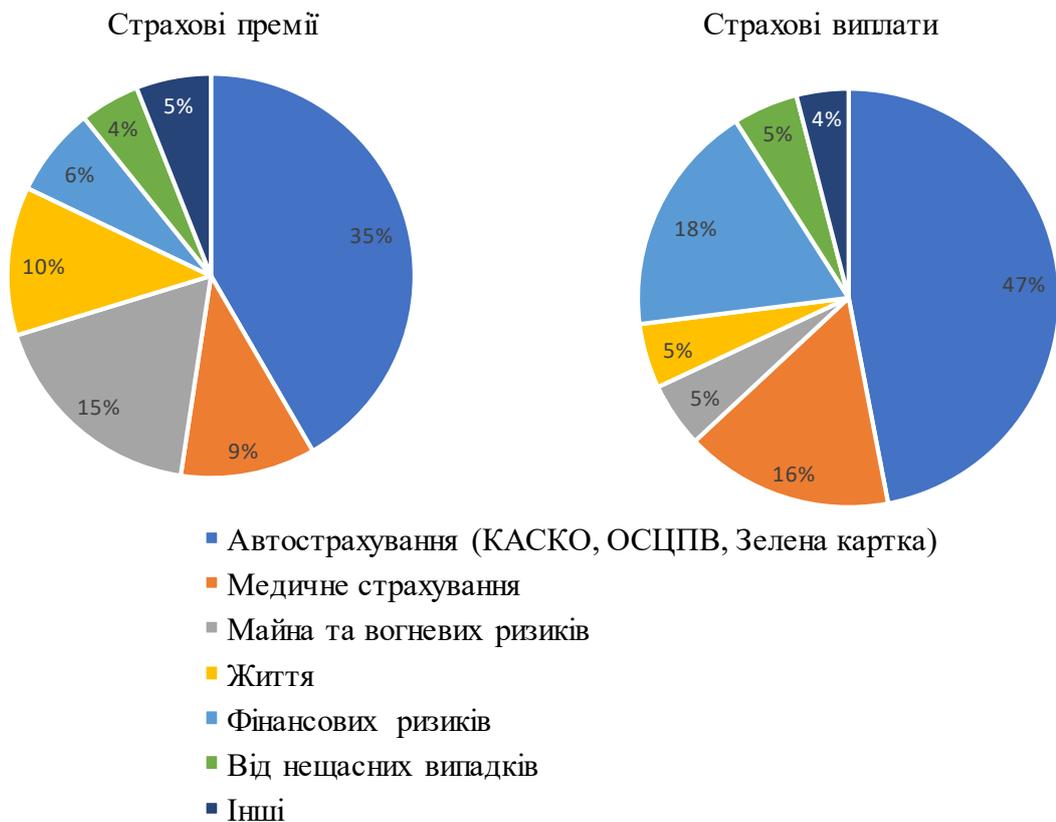


Рис. 2.5. Структура страхових премій та платежів за видами на 2017 рік

В сьогоднішніх реаліях потенційний страхувальник, обираючи страхову компанію, буде спиратися на досвід інших, відгуки та популярність страховика. Таким чином, великий приріст задоволених клієнтів притягне ще більше потенційних страхувальників.

Наразі на ринку страхування життя діє 215 страхових компаній, з них 20 – компанії зі страхування життя [31]. Найбільш популярними у сфері ДМС є: ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА», ПрАТ «Страхова компанія «Провідна», ПрАТ «Акціонерна страхова компанія «ІНГО Україна» тощо (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рейтинг страхових компаній по ДМС в Україні за 2020 рік

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Частка премій, %	Виплати, тис. грн	Частка виплат, %
1	УНІКА	696 200	20,21	396 772	20,65
2	Провідна	602 602	17,49	364 674	18,98
3	ІНГО Україна	440 607	12,79	230 910	12,02
4	АХА (ARX) Страхування	348 788	10,12	161 894	8,43
5	Альфа Страхування	334 517	9,71	196 353	10,22
6	Нафтогазстрах (NGS)	223 327	6,48	103 864	5,41
7	Українська страхова група (УСГ)	222 377	6,45	130 884	6,81
8	Країна	208 294	6,05	133 087	6,93
9	ТАС СГ	202 246	5,87	113 585	5,91
10	PZU Україна	166 134	4,82	89 195	4,64
	<i>Всього</i>	3 445 092	100,00	1 921 218	100,00

**Складено автором [32]*

Потрібно звернути увагу, що цей рейтинг не означає, що на перших позиціях найкращі компанії. Слід відзначити, що все залежить від рівня виплат на особу, а не на загальні виплати страхової компанії.

Для порівняння, наведемо рейтинг страхових компаній по ДМС в країнах Європейського союзу (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Рейтинг страхових компаній по ДМС в Європі за 2020 рік [33]

№	Страхова компанія	Країна	Рівень капіталізації, млрд. євро	Темп зміни, %
1	Allianz Group	Німеччина	74,5	-8,5
2	Chubb Ltd.	Швейцарія	51,99	-3,4
3	АХА	Франція	44,95	-18,5
4	Prudential PLC	Великобританія	40,29	-20,3
5	Zurich Insurance Group AG	Швейцарія	39,09	-5,5
6	Aon PLC	Великобританія	30,59	-5,9
7	Munich Re Co.	Німеччина	28,07	-1,4
8	Swiss Re AG	Швейцарія	24,56	-0,5
9	Generali	Італія	22,85	-1,9
10	Sampo Oyj	Фінляндія	21,51	-13,2
	<i>Всього</i>		378,4	-79,1

З наведених даних прослідковуємо тенденцію до все більшого зменшення капіталізації страховими компаніями, однак це не є причиною для недовіри страхувальників. Також видно, що багато страхових компаній є німецькими або швейцарськими. Це є гарним показником для країн та їх економічного рівня.

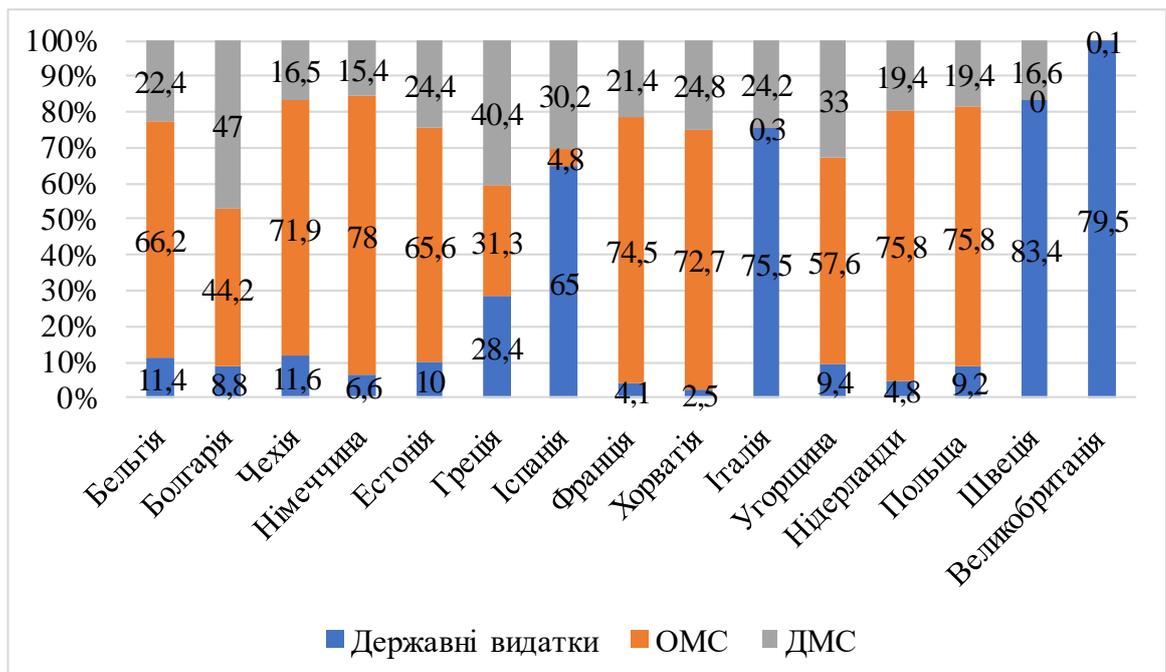


Рис. 2.6. Структура витрат на охорону здоров'я в країнах світу [46]

Важливим поєднанням до рейтингів страхових компаній є обсяги і структура витрат іноземних країн та України для розуміння різниці заохоченості страховиків працювати у цій сфері (рис. 2.6)

Для більш наочного порівняння, розглянемо страхову компанію АХА, яка надає свої послуги в багатьох країнах світу, і в Україні також.

Таблиця 2.5

Перелік страхових послуг ARX Україна та АХА France [34,35]

ARX Україна	АХА France
1	2
«Медицина без меж»	«Моє здоров'я 100% НЕО»
<p>З програмою Ви можете отримати якісні медичні послуги за кордоном. З полісом покривається лікування в стаціонарі, операції, переливання крові, аналізи та всі необхідні тести, а також витрати на медикаменти.</p> <p>Під час лікування надається лікар-куратор та медичний перекладач.</p> <p>Покривається переїзд та проживання для Вас та особи, що вас супроводжуватиме.</p> <p>У випадку смерті репатріація до України.</p> <p>Страхова сума – 1 млн євро на рік</p> <p>Вартість полісу – 260 євро</p>	<p>З полісом покривається госпіталізація, відшкодування оплати хірургу, оптичне обладнання (оправа + лінзи), стоматологічні послуги, оплата слухових апаратів, консультації лікарів.</p> <p>Середня вартість полісу – 198,92 євро</p>
«Добровільне страхування»	«Моє здоров'я 100% Тради»
<p>З програмою Ви, захворівши, можете звернутися до медичного-профілактичного оздоровчого або фармацевтичного закладу по допомогу.</p> <p>Є три програми страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Базова» - страхова сума 60 тис. грн. на рік, вартість – 1080 грн на рік – «Стандарт» - страхова сума 80 тис. грн. на рік, вартість – 2040 грн на рік – «Преміум» - страхова сума 100 тис. грн. на рік, вартість – 2880 грн на рік <p>Забезпечує швидку та екстрено-стаціонарну допомогу, покриває лабораторну та інструментальну діагностику гострого стану</p>	<p>З полісом покривається госпіталізація, відшкодування усім лікарям, задіяним у лікуванні, виклик швидкої, оптичне обладнання, стоматологічна допомога, оплата слухових апаратів, консультація лікарів та відшкодування оплати ліків.</p> <p>Середня вартість полісу – 1 148,42 євро</p> <ul style="list-style-type: none"> – до 100 євро в день за окрему палату, до 25 євро в день за додаткове ліжко та до 10 євро в день за комфорт у палаті (телевізор, інтернет, телефон) <p>до 50 євро в рік на ліки, що відпускаються за рецептом</p>

Продовження табл. 2.5

1	2
«Добровільне страхування»	«Моє здоров'я 100% Тради»
<p>З програмою Ви, захворівши, можете звернутися до медичного-профілактично-оздоровчого або фармацевтичного закладу по допомогу.</p> <p>Є три програми страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Базова» - страхова сума 60 тис. грн. на рік, вартість – 1080 грн на рік – «Стандарт» - страхова сума 80 тис. грн. на рік, вартість – 2040 грн на рік – «Преміум» - страхова сума 100 тис. грн. на рік, вартість – 2880 грн на рік <p>Забезпечує швидку та екстрено-стаціонарну допомогу, покриває лабораторну та інструментальну діагностику гострого стану</p>	<p>З полісом покривається госпіталізація, відшкодування усім лікарям, задіяним у лікуванні, виклик швидкої, оптичне обладнання, стоматологічна допомога, оплата слухових апаратів, консультація лікарів та відшкодування оплати ліків.</p> <p>Середня вартість полісу – 1 148,42 євро</p> <ul style="list-style-type: none"> – до 100 євро в день за окрему палату, до 25 євро в день за додаткове ліжко та до 10 євро в день за комфорт у палаті (телевізор, інтернет, телефон) – до 50 євро в рік на ліки, що відпускаються за рецептом
«ДМС для клієнтів ПРАВЕКС БАНК»	
<p>Ставши клієнтом банку, можна обрати одну з трьох програм страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Комфорт» - страхова сума на 1 особу 30 тис. грн, вартість – 990 грн – «Комфорт діти» - страхова сума на 1 особу 30 тис. грн, вартість 1990 грн – «Фамільний Еліт» - страхова сума 80 тис. грн, вартість – 3540 грн <p>Забезпечує швидку медичну та невідкладну стаціонарну допомогу, виклик лікаря додому, амбулаторно-поліклінічну допомогу та діагностику лікування критичних захворювань</p>	<ul style="list-style-type: none"> – до 100 євро в день за окрему палату, до 25 євро в день за додаткове ліжко та до 10 євро в день за комфорт у палаті (телевізор, інтернет, телефон) – до 50 євро в рік на ліки, що відпускаються за рецептом – до 75,9 євро на окремі відвідування вузькоспеціалізованих лікарів <p>залишок можна використати на консультацію сімейного лікаря або відпочинок в санаторії з покриттям проживанням та транспорту</p>
«Онлайн-консультація з лікарями»	«Альтернативна медицина»
<p>Щоб отримати послуги онлайн-консультації лікаря, потрібно бути власником картки VISA Platinum, Signature або Infinite. В залежності від картки є три програми страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Visa Platinum: підтримка медичного консьержа, консультації сімейного лікаря або лікарів вузьких спеціальностей (5 на рік) – Visa Signature: Visa Platinum + організація тестування на Covid-19 4 рази на рік – Visa Infinite: Visa Signature + консультації психолога без обмежень 	<p>До полісу «Моє здоров'я 100 Тради» або «Моє здоров'я 100% НЕО» можна додати:</p> <ul style="list-style-type: none"> – до 65 євро за сеанс у психотерапевта, остеопата, мануального терапевта, голкотерапевта та 150 євро в рік з дієтологом – до 100 євро на 3 оправы в рік, залишок на лінзи <p>до 1600 євро на слухові апарати, знижка 15% на слухові апарати із партнерської мережі</p>

За розглянутими пакетами послуг можемо зробити висновок, що в ARX Україна надають перевагу швидкості та комплексності обслуговування. На вибір представляють декілька пакетів послуг і більшість з них можна замовити онлайн через смартфон. В AXA France діють два основні пакети послуг і лише після зв'язку з страховиком та особистого обговорення деталей можливо укласти договір страхування, врахувавши низку своїх потреб та особливостей. Також варто відмітити партнерство кожної страхової компанії. ARX Україна співпрацює з банками, для того, щоб охопити більше клієнтів, яких можуть зацікавити їх послуги. AXA France співпрацює з медичними постачальниками ліків, медичного обладнання, таким чином користуючись довірою потенційних страхувальників до даних компаній.

2.2. Діяльність страхових компаній України на ринку медичного страхування

На даному етапі стан здоров'я населення є актуальною проблемою. Тривалість життя збільшується, якість життя покращується, тож люди прагнуть захистити себе від несподіваних та важких захворювань. Медичне страхування покликане вберегти страхувальників від таких ризиків, допомагаючи їм компенсувати витрати на лікування. Однак, не всі страхові компанії мають стандартизовані програми страхування, хоча більшість із них спирається на актуальні статистичні дані Міністерства Охорони Здоров'я (далі МОЗ).

Так, Україна входить в топ . За даними World Life Expectancy найбільш поширеними причинами смерті є ішемічна хвороба серця з показником майже 330 осіб на 100 000 населення, рак прямої та товстої кишки – 17 осіб на 100 000 населення, самогубство – 18 осіб на 100 000 населення, рак матки – 5 осіб на 100 000 населення, посідаємо перше місце за смертністю від вживання наркотиків – 11 осіб на 100 000 населення [36]. Державна служба статистики

надає такі дані, в яких слід відмітити, що більшість захворювань населення, станом на 2020 рік, це хвороби системи кровообігу, тому превентивні заходи в цьому напрямленні є дуже важливими (таблиця 2.6) [37].

Таблиця 2.6

Кількість померлих в Україні за віковими групами та причинами смерті

Рік	Причина смерті	Вік					
		Всього	10-14	15-19	25-29	35-39	65-69
2020	<i>Усього померлих</i>	<i>616 835</i>	<i>373</i>	<i>932</i>	<i>3 095</i>	<i>10 608</i>	<i>65 412</i>
	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	6 980	10	13	195	1 114	264
	Новоутворення	77 880	61	83	208	997	13 739
	Хвороби системи кровообігу	408 163	17	58	458	2 523	39 132
	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2 347	9	11	20	62	725
	Розлади психіки та поведінки	971	3	2	18	102	63
	Хвороби нервової системи	4 254	48	68	109	303	299
	Хвороби органів дихання	16 479	18	24	136	553	2 103
	Хвороби органів травлення	24 167	5	14	262	1 634	2 362
	Хвороби сечостатевої системи	2 668	-	2	21	78	439
	Зовнішні причини смерті	28 635	166	583	1 471	2 695	1 909

За даними таблиці бачимо, що питому вагу в складі причин смертності займають хвороби системи кровообігу (66%). Друге місце посідають новоутворення (13%) та третє – зовнішні причини смерті (5%). За віковими категоріями бачимо, що велика частка смертей припадає на осіб віком 65-69 років. Слід звернути увагу, що інфекційними хворобами, та розладами психіки частіше хворіють особи віком 35-39 років. Найбільш великий показник у осіб до 14 років – за зовнішніми причинами смерті.

Вивчення тенденцій захворюваності і поширення хвороб населення є дуже важливим стратегічним кроком у плануванні медичної галузі.

Протягом останніх чотирьох років (2017-2020 рр.) показники поширюваності хвороб серед населення країни мали тенденцію до зростання, а саме поширеність хвороб серед населення країни у 2019 році відносно 2017 р. на 1,5%, захворюваність на 2,5% (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення за період 2017-2020 рр. (на 100 тис. населення відповідно)

Найменування показника	2017	2018	2019	2020
Поширеність хвороб	170 128,0	171 096,7	172 692,9	171 376,5
Захворюваність населення	62 654,2	62 651,3	64 242,4	62 748,0

Незважаючи на зростаючу тенденцію, показники залишаються у приблизно однакових межах. У 2019 році спостерігаємо збільшення захворюваності населення на 2,54% та поширеності хвороб на 1,1%, порівняно з 2018 роком (рис. 2.7)



Рис. 2.7. Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення України за період 2017 – 2020 років (на 100 тис. населення відповідно)

Визначальну роль у виникненні відхилень у стані здоров'я дітей та підлітків грають три групи чинників: наслідковість, спосіб життя і стан довкілля.

На жаль, в Україні протягом останніх чотирьох років захворюваність дитячого населення не зменшилася. Це викликає занепокоєння органів державного управління охороною здоров'я з огляду на щорічне зростання показників (табл. 2.8)

Таблиця 2.8

Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення (до 17 років) за період 2017 – 2020 років

Найменування показника	2017	2018	2019	2020
Поширеність хвороб	1 760,7	1 742,3	1 777,1	1 747,7
Захворюваність населення	1 286,1	1 385,0	1 316,1	1 291,7

Зобразимо наведені дані графічно (рис. 2.8)

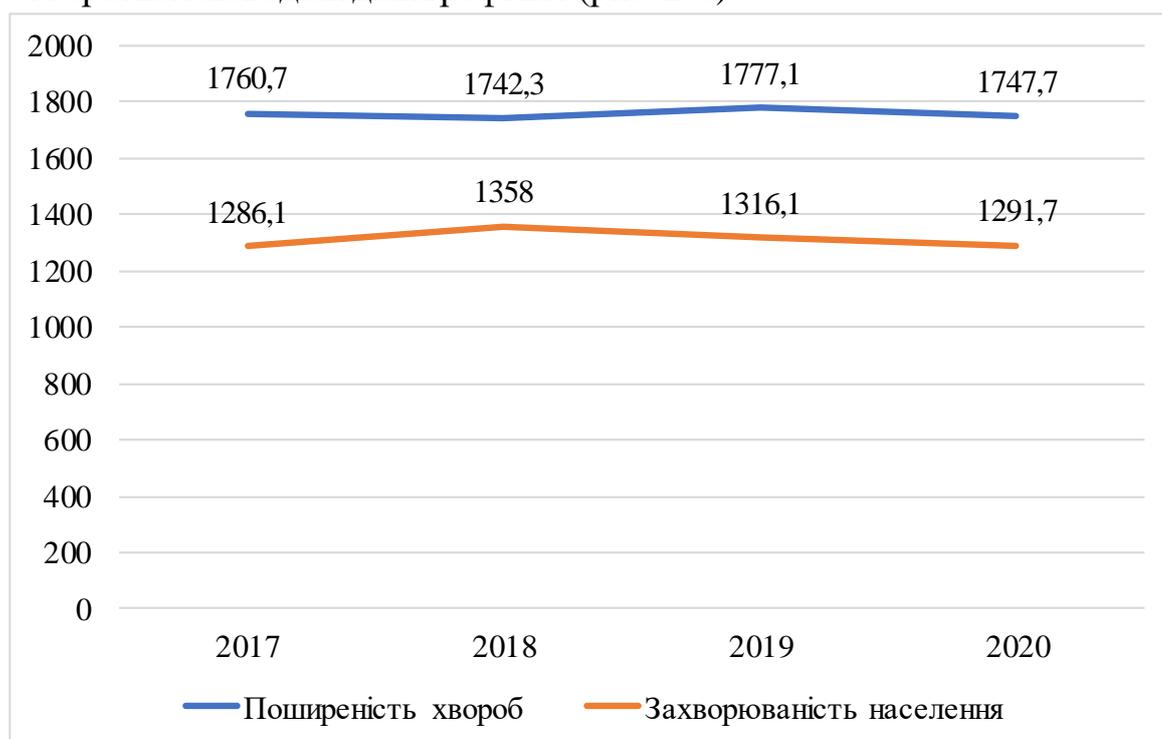


Рис. 2.8. Динаміка показників захворюваності та поширення хвороб серед дитячого населення України (до 17 років) за період 2017 – 2020 рр. (на 1000 відповідного населення)

Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціальних процесів, що відбуваються у світі, а відтак вимагає підвищеної концентрації дій, спрямованих на збереження населення країни. Особливої уваги потребує працездатне населення як головний трудовий потенціал країни. Показники стану здоров'я цієї групи дають змогу виявити особливості формування здоров'я (табл. 2.9)

Таблиця 2.9

Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед працездатного населення за період 2017 – 2020 років (на 100 тис. населення)

Найменування показника	2017	2018	2019	2020
Поширеність хвороб	135 706,2	137 437,6	139 131,6	170 634,5
Захворюваність населення	54 118,2	54 480,1	55 919,2	48 212,2

Структура первинної захворюваності працездатного населення за основними класами хвороб має наступний розподіл місць: 1 місце займають хвороби органів дихання (37,72%), 2 – хвороби сечостатевої системи (9,66%), 3 – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,69%), 4 місце посідають хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 6,43%, 5 – хвороби системи кровообігу (6,42%) (рис. 2.9).

Вирішальним фактором у прийнятті рішення щодо медичного страхування себе або рідних є самооцінка населенням стану свого здоров'я та доступності окремих видів медичної допомоги. За даними Державної служби статистики стан здоров'я як «добрий» оцінила майже кожна друга особа (додаток 1). Найвища частка таких осіб (81-78%) була серед підлітків та молоді у віці 18-29 років та дітей до 14 років (за оцінкою батьків). Серед населення у працездатному віці добрий стан здоров'я зазначили 61% чоловіків та 53% жінок. Серед населення старше працездатного віку добре себе почували 11% чоловіків і 6% жінок (рис. 2.11).



Рис. 2.9. Структура захворюваності за основними класами хвороб серед працездатного населення в Україні у 2020 році

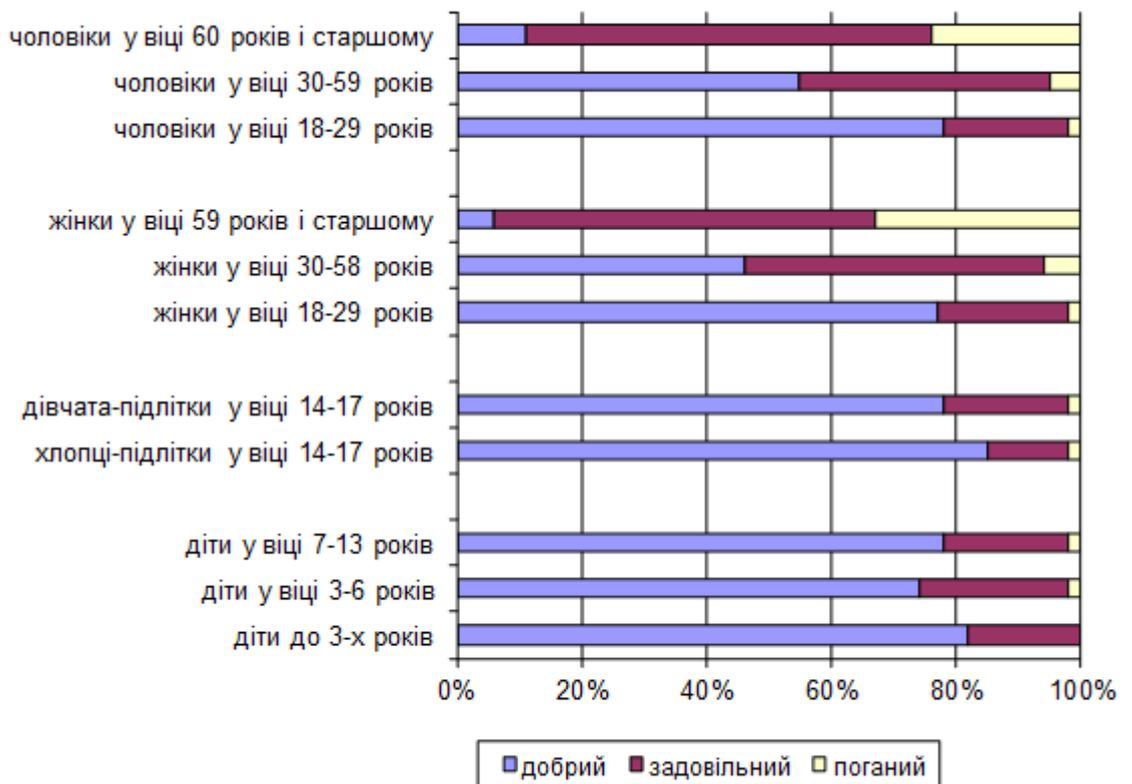


Рис. 2.10. Розподіл населення за самооцінкою здоров'я по статі та віку

«Задовільним» уважали свій стан здоров'я 41% осіб: серед дорослих – 45%, серед дітей у віці до 14 років – 21%, а серед підлітків у віці до 18 років – 17%.

«Поганий» стан здоров'я вказала кожна десята особа. Найбільша частка населення, яке погано себе почувало, спостерігалася серед осіб непрацездатного віку: так оцінили стан свого здоров'я кожна третя жінка та кожен четвертий чоловік.

У країнах Європейського Союзу оцінили стан свого здоров'я як «добрий» дві третини осіб у віці 18 років і старшому, як «задовільний» - кожен четвертий, а 9% осіб оцінили стан свого здоров'я як поганий. В Україні таких осіб 43%, 45% та 12: відповідно.

Найбільші частки осіб такого віку, які оцінили стан свого здоров'я як "добрий", – в Ірландії, на Кіпрі, у Нідерландах, Швеції, Греції, Бельгії, на Мальті, у Іспанії, Данії, Італії, Фінляндії, Румунії та Австрії (82–70%), а як "поганий" – у Хорватії, Литві, Португалії, Латвії, Естонії, Польщі та Угорщині (19–14%) (додаток 2).

Доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансових можливостей домогосподарств. В групах домогосподарств із низькими доходами, частки осіб, які скористалися послугами приватного стоматолога або звернулися за медичною допомогою до платної медичної установи чи приватного лікаря (крім стоматолога), становили від 5% до 0,2% від числа тих, які зверталися за медичною допомогою. У групі найбільш забезпечених 10% домогосподарств частки таких осіб склали 18 та 9% відповідно.

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вказала занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. У кожній з груп домогосподарств із низькими доходами близько третини домогосподарств при потребі не змогли придбати ліки, медичні товари та послуги, в той час як серед найбільш забезпечених домогосподарств частка таких склала 17%.

Важливим є вивчення питання щодо народжуваності дітей жінками у віці 15 років і старшому (додаток 3). Підсумки дослідження свідчать, що за своє життя народжували дітей 86% жінок відповідного віку. Найчастіше першу дитину жінки народжували у віці 20–24 років (57% матерів). У віці 15–19 років та 25–29 років первістка народила кожна п'ята жінка; у віці 30 років і старшому народили вперше 7% жінок, які народжували дітей.

Із загальної кількості жінок, які народжували дітей, 46% жінок повідомили, що народили двох дітей, 43% – одну дитину, і кожна дев'ята народила трьох і більше дітей. При цьому частка матерів, які народили трьох і більше дітей, вища серед сільських жінок, ніж серед міських. У сільській місцевості народили трьох дітей 14% жінок проти 5% – у містах, чотирьох – відповідно 3% і 0,6%, п'ять і більше – 2% і 0,5%.

У більшості регіонів країни переважала частка жінок, які повідомили, що народили двох дітей. Найбільша частка жінок, які народили одну дитину – у м. Києві, Донецькій, Черкаській, Харківській, Луганській, Полтавській, Сумській, Дніпропетровській та Херсонській, областях (56–46%), трьох і більше дітей – у Рівненській, Івано-Франківській, Житомирській та Волинській областях (24–17%) [38].

Для того, щоб не турбуватися про свої фінансові можливості під час настання страхового випадку, створюються страхові продукти, здатні забезпечити найнеобхідніше, однак не усі страхові компанії можуть пропонувати максимальну кількість послуг за мінімальну ціну (табл. 2.9).

Порівняльна характеристика ТОП 10 страхових компаній
індивідуального медичного страхування

Страхова компанія / програма ДМС	Послуги, що надаються							
	Швидка допомога	Стоматологія	Стационарна допомога	Медикаментозна допомога	Амбулаторне лікування	Розмір страхової суми, грн	Вартість полісу, грн/рік	Можливі варіанти вартості полісу в залежності від різниці набору полісу, грн
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
УНІКА / «Стандарт»	+	+	+	+	+	75 000	13 000	13 000 – 23 000
Провідна / «Медицина для кожного»	-	+	+	+	+	7 000	9 000	7 000 – 150 000
ІНГО Україна / «ДМС Легкий»	+	+	+	+	+	150 000	7 050	150 000 – 210 000
АХА (ARX) Страхування / «Добровільне страхування»	+	-	+	-	-	60 000	1 080	60 000 – 100 000
Альфа Страхування / «Невідкладна допомога +»	+	-	+	+	-	75 000	1 300	75 000 – 250 000
Нафтогазстрах / «Персона»	+	+	+	+	+	60 000	1 015	50 000 – 120 000
Українська страхова група *корпоративне	-	-	-	-	-	-	-	-
Країна / «Сімейний поліс»	+	-	+	+	+	70 000	2 020	70 000 – 150 000
ТАС СГ / «ТАС – територія здоров'я»	+	-	+	-	-	50 000	970	50 000 – 100 000
PZU Україна *корпоративне	-	-	-	-	-	-	-	-

За порівняльною характеристикою бачимо, що більшість страхових компаній пропонують стандартизовані поліси з ранжуванням за вартістю та обсягом медичних послуг і закладів. Наприклад, СК «УНІКА» має 3 класи страхових полісів, які відрізняються страховою сумою, рівнем медичних закладів та страховими платежами. «ТАС СГ» пропонує страхові поліси лише на випадок екстреної госпіталізації та забезпечує викликом швидкої допомоги. В основному вона спирається на онлайн-консультації зарубіжних лікарів, тому має найменший страховий платіж на рік.

Також виділяється СК «Альфа Страхування», що при найповнішому пакеті послуг має страхову суму 250 000 грн. На сайті СК «Альфа страхування» є можливість обрати найбільш підходящий страховий поліс, в залежності від: рівня медичних закладів; частки оплати медикаментів страховою компанією; комплексу медичної допомоги. Залежно від цього можна отримати цілих 6 варіантів страхових полісів.

Найбільш оптимальним варіантом, на наш погляд, є СК «Нафтагазстрах», що надає весь перелік медичних послуг, вказаних в таблиці, страховий платіж є одним з найменших та страхова сума не відстає від страхових сум інших компаній.

В даний час медичне страхування в Україні користується невеликим попитом і є малодоступним для населення. Головними чинниками є низька страхова культура населення, низький рівень фінансування охорони здоров'я, велика вартість медичних послуг та недовіра до медичних працівників.

На думку науковців причинами низького попиту на медичні страхові послуги є [39]:

- корупція в медичних закладах, що співпрацюють зі страховими компаніями;
- населення працездатного віку переконане, що не матиме в майбутньому проблем із здоров'ям;
- низький рівень доходів і страхової культури;
- вартість, особливо індивідуального страхування.

Нова сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я повинна передбачати гарантії держави щодо надання медичної допомоги, фінансового захисту населення тощо (таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України [3]

Напрямок реформи	Характеристика	Результат від реформи
------------------	----------------	-----------------------

Державний гарантований пакет медичних послуг	Замість декларації про надання всієї медичної допомоги безоплатно держава бере чітке зобов'язання надавати визначений обсяг медичних послуг. Медичні послуги в межах гарантованого пакету надають постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника	Обмежені ресурси ідуть на гарантовані медичні послуги, зменшуються неформальні платежі, зростає якість медичної допомоги, взаємна відповідальності пацієнтів та лікарів
Єдиний національний замовник медичних послуг	У системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів – розмежування функцій замовника та постачальника послуг. Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді.	На ринку медичних послуг з'являється конкуренція, впроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря
Нові механізми оплати медичних послуг	Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування, переходячи до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам	З'являються стимули для медичних закладів підвищувати якість та ефективність. Зростають доходи медичних працівників
Посилення ролі громад	Громади є в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг.	Стосунки між державною, громадою та пацієнтами стають більш здоровими. Чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їхніх ролей.

Існує також потреба в ряді організаційних заходів, включаючи прийняття нормативних актів, для забезпечення вирішення наступних важливих проблем [40]:

- забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування;
- створення умов розвитку добровільного медичного страхування як ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування;

- здійснення оподаткування сукупного доходу громадян у разі отримання страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування відповідно до бази та ставок, які передбачені до обов'язкового соціального медичного страхування;
- посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників шляхом встановлення економічних стимулів та відрахування коштів на добровільне медичне страхування;
- законодавче врегулювання питання щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) включення витрат на сплату страхових платежів за договорами добровільного медичного страхування своїх працівників до складу собівартості продукції;
- підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко встановлених критеріїв;
- забезпечення надходжень коштів у систему добровільного медичного страхування, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;
- забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми тощо.

Підсумовуючи, перспективи розвитку медичного страхування в Україні заспокоюють: частка добровільного медичного страхування на ринку має тенденцію до зростання; страхові компанії, які надають послуги ДМС, стають більш конкурентоспроможними; поступово зростає попит населення на послуги цього виду страхування тощо.

2.3. Розвиток послуг ДМС від Covid-19 в умовах світової пандемії

Глобальна пандемія Covid-19 призвела не тільки до захворюваності та смерті, а й до фінансово-економічної кризи. На хвилі кризи держави

приспосовуються до поточної ситуації та приймають рішення щодо її подолання, в тому числі в галузі медичного страхування. Пандемія створює як загрози, так і можливості для розвитку державного та добровільного медичного страхування.

Пандемія Covid-19 почалася наприкінці грудня 2019 року в Китаї. 31 грудня 2019 року влада Китаю повідомила у Всесвітню Організацію Охорони Здоров'я (ВООЗ) про спалах невідомої пневмонії. 30 січня 2020 р. ВООЗ визнала спалах нового коронавірусу надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я, що викликає міжнародне занепокоєння. 11 лютого 2020 р. хвороба здобула нову назву – Covid-19 (офіційна назва SARS-CoV-2). Станом на 7 лютого 2021 року у світі захворіло 106,42 млн. чоловік. З них 73,5% одужали, а 2,2% померли. На рисунку 2.11 показано збільшення захворюваності коронавірусом у всьому світі з розподілом смертей та одужанням у 2020 році.

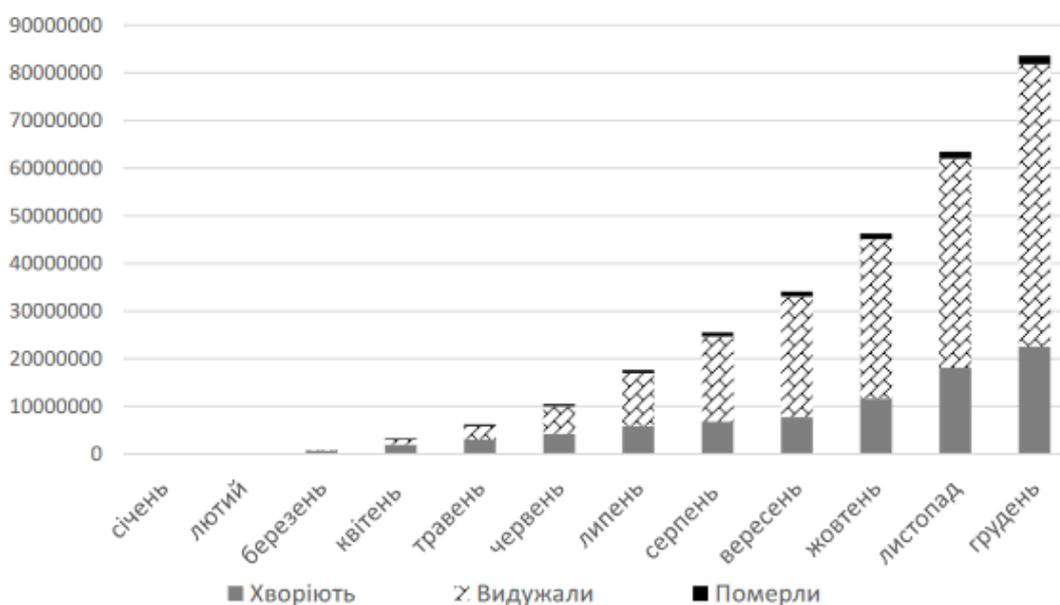


Рис. 2.11. Пандемія Covid-19 в світі в 2020 році

В Україні коронавірусну інфекцію вперше діагностували 3 березня 2020 року в Чернівцях. 13 березня було зафіксовано перший летальний випадок внаслідок коронавірусної інфекції. Станом на 7 лютого 2021 року в Україні налічувалось 1,24 млн. хворих, з них 86,2% одужали, а 1,9% померли. На рисунку 2.13 представлена інформація про всі категорії заражених у 2020 році.

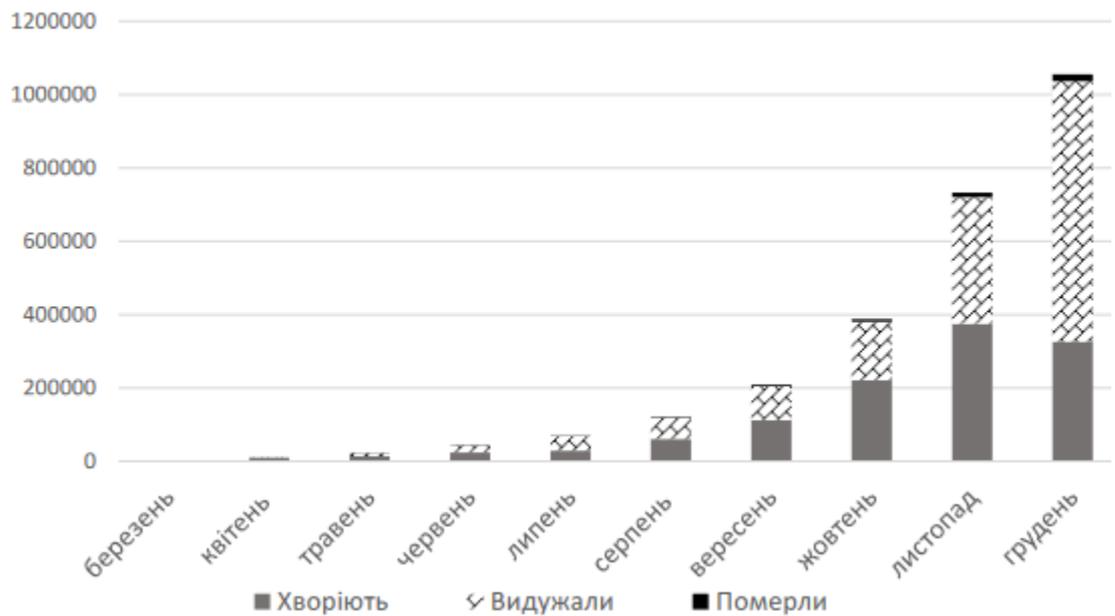


Рис. 2.12. Пандемія Covid-19 в Україні в 2020 році

Пандемія знайшла слабкі ланки в медичних системах різних країн світу, але в Україні пандемія показала катастрофічний стан охорони здоров'я з точки зору забезпечення доступності та якості медичних послуг. Одним із факторів є неефективне державне медичне страхування. У розвинених країнах добровільне медичне страхування є ефективним механізмом фінансування видатків на охорону здоров'я (в Україні менше 1% видатків на охорону здоров'я).

В Україні Covid-19 є винятком із стандартного медичного страхування, тому, не достатньо мати звичайний медичний страховий поліс, для забезпечення лікування від нього. Першим страховим продуктом від коронавірусної хвороби було медичне страхування туристів, яке згодом набуло поширення і на громадян, що не подорожують. Страхові компанії в Україні пропонують страхові продукти, які покривають лише один ризик – Covid-19 (таблиця 2.11).

Таблиця 2.11

Програми страхування від Covid-19 [41]

Страхова компанія	Ліміти з виплат	Строки страхування	Що компенсують	Вартість максимального покриття для
-------------------	-----------------	--------------------	----------------	-------------------------------------

				клієнта до 35 років
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
АХА (ARX) Страховання	10-50 тис. грн. залежно від програми	3 і 6 місяців	Госпіталізація з пневмонією (виплата 100% страхової суми). Передчасна смерть з будь- якої причини (виплата 100% страхової суми). Амбулаторно-поліклінічна допомога при пневмонії (виплата 25% від страхової суми)	3 780 грн на 6 місяців
Універсальна	50-100 тис. грн. залежно від програми	3,6 і 12 місяців	Смерть (максимальна сума виплати 100 тис. грн) Стаціонар (максимальна сума виплати 50 тис. грн) Встановлення діагнозу (максимальна сума виплати 5 тис. грн)	6 200 грн на 12 місяців
ІНГО Україна	30-100 тис. грн. залежно від програми	6 місяців	Екстрена госпіталізація (максимальний ліміт – 20 тис. грн у тому числі 600 грн за кожен день перебування у стаціонарі) Смерть (максимальна виплата 100 тис. грн)	1 300 грн (незалежно від віку) на 6 місяців
Оберіг	Максимальна сума виплати – від 10 тис. грн. до 50 тис. грн залежно від програми	6 місяців	Стаціонарне лікування (до 1 тис. грн) Смерть (максимальна сума виплати 50 тис. грн)	450 грн (незалежно від віку) на 6 місяців
АСКА Життя	Максимальна виплата – 10 тис. грн	1 місяць	Стаціонарне та амбулаторне лікування (300 грн на день) Смерть (10 тис. грн)	150 грн (незалежно від віку) на 1 місяць
ВУСО	Максимальна страхова виплата – 70 тис. грн	6 місяців	Діагностування (2 тис. грн) Пневмонія с ускладненнями (+ 7 тис. грн) Пневмонія з реанімацією (+30 тис. грн) Смерть (+ 31 тис. грн)	1 436 грн (незалежно від віку) на 6 місяців

Продовження табл. 2.11

Країна	10-50 тис. грн залежно від програми	12 місяців	Госпіталізація (50% від страхової суми) Смерть (максимальна сума виплати 50 тис. грн)	2 400 грн за 12 місяців
Провідна	від 15 до 50 тис. грн	6 місяців	Госпіталізація (1% від страхової суми)	750 грн (незалежно від

	залежно від програми		Смерть (максимальна сума виплати 50 тис. грн)	віку) на 6 місяців
Альфа Страховання	Максимальна страхова виплата – 50 тис. грн	6 і 12 місяців	Смерть (50 тис. грн) Інвалідність I групи (50 тис. грн) Інвалідність II групи (35 тис. грн) Інвалідність III групи (25 тис. грн)	700 грн (незалежно від віку) на 12 місяців

Оскільки державне медичне страхування не має достатньо коштів для фінансування виявлення та лікування Covid-19, а ДМС досі не поширене серед українців, найкращим рішенням можуть бути спільні програми страхування ризиків пандемії, засновані на партнерських відносинах між державними органами влади та страховими компаніями.

Страхові компанії проводять активні дослідження у сфері поширення вірусу, фактичних та очікуваних збитків. При цьому між страховиками немає однастайності щодо можливості страхувати даний ризик. Ті страхові компанії, які дійшли висновку про можливість страхування від COVID-19 та його наслідків, вважають, що хвороба є в принципі виліковною респіраторною хворобою з дещо вищим за стандартний ризик смертності, але компенсація ризику може закладатися в тарифі. Попит на даний вид страхування страховики оцінюють як помірно високий.

Ті страховики, які відмовилися вводити страхування від COVID-19 до асортименту своїх послуг, аргументують це рівнем невизначеності питань:

- час розробленні й ефективність вакцини;
- вартість вакцини і можливість масової вакцинації;
- можлива мутація вірусу з більш важкими наслідками для здоров'я;
- низька ефективність державних заходів.

1

Звернутися до медичного закладу та здати тест/аналіз на Covid-19

2

При позитивному результаті тесту/аналізу на Covid-19, лікар повинен зареєструвати випадок та, при необхідності, повідомити інші компетентні органи держави

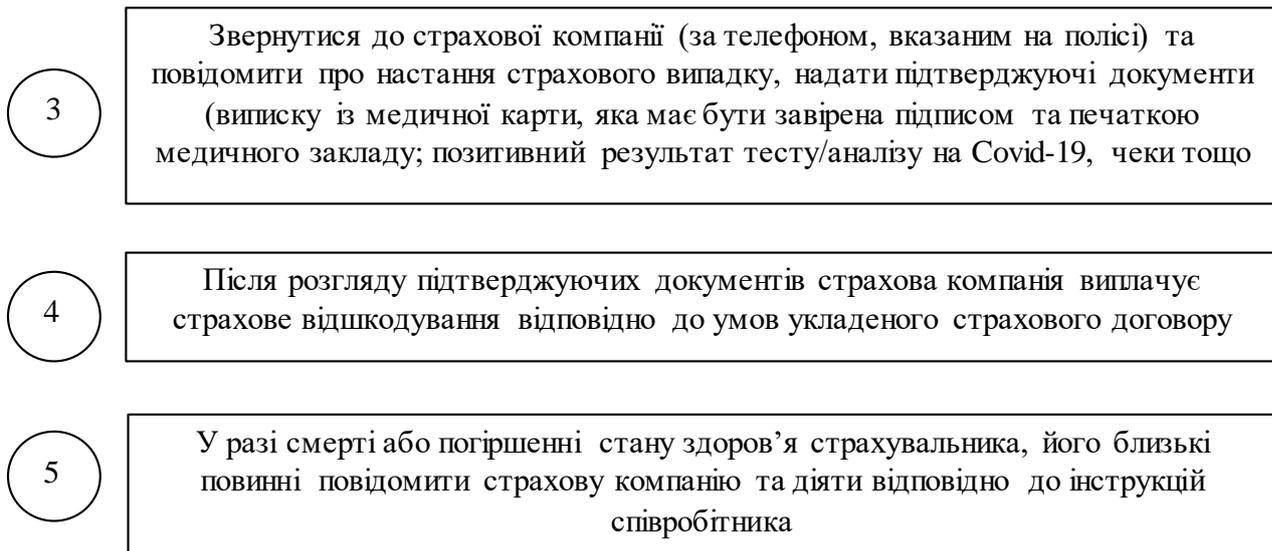


Рис. 2.14. Схема дій при настанні страхового випадку при страхуванні від Covid-19 [48]



Рис. 2.15. Втрати страхової галузі від Covid-19 порівняно з іншими катастрофічними випадками станом на 2020 рік

Розглянувши світовий досвід у сфері добровільного медичного страхування та порівнявши його з українськими страховими компаніями, ми можемо зробити наступні висновки.

Наразі українське населення характеризується низькою страховою культурою та недовірою до медичних закладів. Фінансове положення більшості населення призводить до того, що особи сподіваються на міцне здоров'я та не вважають за потрібне витратити хоч якісь кошти на такі довгострокові заходи. Натомість, в країнах Європи добровільне медичне страхування більш поширене, хоча і в різних формах співпраці з державою. Населення країн ЄС має більше уявлення про переваги страхових продуктів, їх актуальність та вигідність, як для себе, так і для страхової компанії. Також велику роль відіграють страхові премії, які в порівнянні з доходами українців, мають меншу питому вагу у витратах іноземних громадян. Тому, важливим фактором зменшення ціни на страхові продукти є їх поширення. Цікава та доступна реклама може внести значний вклад в розвиток страхових продуктів.

Розвиток добровільного медичного страхування найбільше залежить від епідеміологічної ситуації в країні. Страховики мають на меті забезпечити страхувальників певним переліком послуг, які допоможуть їм під час найбільш поширених хвороб. Дослідивши показники смертності, народжуваності та самооцінки здоров'я, ми виявили основні групи населення та хвороби, з якими звертаються для страхового захисту.

Послуги ДМС стали більш різноманітними з привнесенням в їх перелік страхування від нової хвороби – Covid-19. Як зазначалося раніше, хвороба нова, тому розвиток у цій сфері тільки починається, але доступність таких продуктів у великій кількості страховиків є поштовхом до убезпечення себе і своїх близьких. Таким чином, можемо стверджувати, що прогнозний стан ринку ДМС в Україні є гарним, оскільки більш легкий зв'язок з іноземними країнами, перейняттям їх досвіду та нові страхові продукти дуже легко знаходять відгук, особливо серед молодого населення.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

3.1. Цифровізація та діджиталізація страхового ринку

Новітні цифрові технології все глибше проникають у світовий ринок страхування, не обходячи жодної сфери діяльності. Відповідно, активно розвивається й діджитал-страхування. Це новий вид страхування, який тісніше співпрацює з клієнтами та надає послуги через інтернет, мобільні пристрої та інші цифрові носії інформації. Впроваджуючи цифрові технології у страховій галузі, страхові компанії підвищують ефективність своєї діяльності та зменшують витрати, використовуючи онлайн-страхування. Зниження витрат на страхові послуги полягає у зменшенні кількості працівників, а відповідно і заробітної плати, оренди приміщення, комісійних витрат тощо. Страховим компаніям вигідно переходити на електронні канали продажу страхових продуктів, оскільки це прискорює процес продажу, звільняє робочий час для залучення нових клієнтів та вдосконалення процесів, зменшує ймовірність помилок через людський фактор тощо [42].

Страхові послуги та сервіси все активніше мігрують в інтернет. Основними видами страхових продуктів, що продаються онлайн є: автострахування (ОСЦПВ, КАСКО, «Зелена карта»); туристичне страхування; страхування майна; добровільне медичне страхування тощо.

На сьогоднішній день лідерами інтернет-продажів є поліси ОСЦПВ. Згідно зі статистикою Моторного (транспортного) страхового бюро України (МТСБУ) за підсумками 2020 року кількість електронних договорів ОСЦПВ склала 3,05 млн. шт., що в 2,5 рази більше, ніж в 2019 році. Сума страхових платежів за такими договорами становить 2,6 млрд. грн. (+176%). Більше, ніж третина від загальної кількості договорів ОСЦПВ укладено в електронній

формі: частка електронних договорів ОСЦПВ в 2020 р. складає близько 37%, тоді як в 2019 р. вона становила 15%, а в 2018 – лише близько 2% (рис. 3.1)

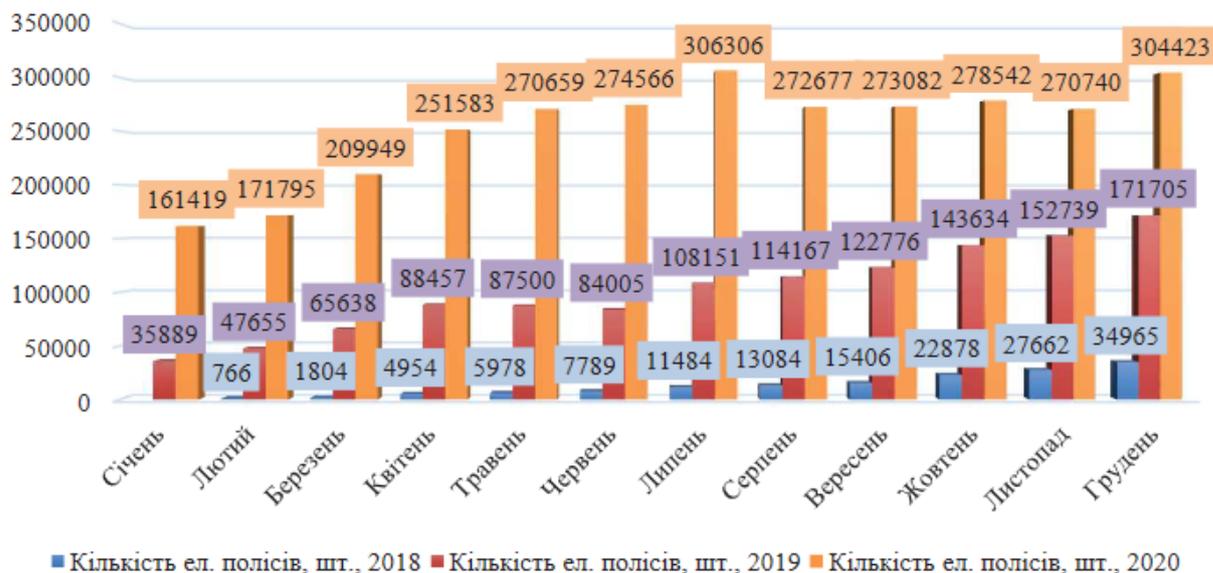


Рис. 3.1. Кількість електронних полісів, січень-грудень 2018-2020 рр., шт. [43]

Аналіз даних рис. 3.1. показав, що запровадження та розвиток електронних договорів ОСЦПВ набирає значні оберти, що зумовлено прийняттям відповідних законодавчих актів та дозволяє здійснювати відповідну діяльність в онлайн форматі. Слід зазначити, що основною перешкодою для широкого використання в Україні інтернет-страхування є недовіра громадян до фінансових інститутів в цілому і страхових агентів зокрема. У багатьох клієнтів страхування, переважно в старшого покоління, сформувався обережне ставлення до страхових компаній. Це пов'язано з негативним досвідом спілкування з недобросовісними страховими компаніями, що призвело до недовіри до партнерів на всьому страховому ринку.

Розвиток інтернет-страхування сприяє виходу страхового ринку на якісно новий етап його розвитку. Інтернет-ера дозволяє страховим агентам і страхувальникам повною мірою користуватися інформаційними технологіями. Обидва суб'єкти страхових відносин при цьому матимуть

позитивний результат. Для страхувальника можливість здійснення онлайн-операції в галузі страхування, в першу чергу, надає зручність, дозволяючи виконувати необхідні процедури, не виходячи з дому. Для страховика основною перевагою прямого страхування є збільшення обсягу продажів і, як результат, збільшення фінансових доходів від страхових договорів. Також можна зазначити, що для ефективного функціонування сфери онлайн-продажів страхових продуктів потрібні зусилля не лише суб'єктів страхового ринку, а й держави, яка завдяки застосуванню законодавчих і правових актів регулюватиме здійснення страхових операцій в інтернеті.

Цифрова трансформація полягає у впровадженні сучасних технологій у бізнес-проекти суб'єктів господарювання. Цей підхід полягає в наступному:

- використання сучасного обладнання та ПО;
- фундаментальні зміни в управлінні;
- підвищення ефективності корпоративної культури та зовнішніх комунікацій.

Результатом є підвищення продуктивності праці кожного працівника, в результаті чого підвищується задоволеність клієнтів, а страхова компанія набуває репутацію прогресивної та сучасної організації. Перенесення частини організаційних моментів страхування в онлайн-простір дає страховикам та їх потенційним клієнтам купу переваг (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Переваги діджиталізації страхової діяльності для суб'єктів страхового ринку [44]

Переваги для страхувальника	Переваги для страховика
<i>1</i>	<i>2</i>
Скорочення часу і зусиль, оскільки онлайн заповнення заявки займає кілька хвилин, в той час як відвідування офісу може затягнутися на декілька годин	Прискорює процес продажу та зменшує витрати
Підвищує якість страхових послуг, особливо за допомогою хмарних платформ, де можна порівняти страхові продукти різних страховиків та вибрати той, який найкраще підходить людині	Зменшує кількість працівників

Продовження табл. 3.1

1	2
Простота та універсальність способів оплати (банківський переказ, платіжна картка, електронні гроші)	Трансакційні витрати на операції у віртуальному офісі набагато нижчі
Можливість під час перебування вдома отримати загальне уявлення про страховий ринок, страховика та його послуги	Прискорює передачу інформації до електронних баз даних, включаючи бази даних Нацкомфінпослуг
Ви можете скористатися страховим калькулятором для самостійного розрахунку ставок	Зменшує ймовірність шахрайства та підвищує безпеку страхових операцій
Мінімізація "людського" фактора: відсутність необхідності зустрічатися та спілкуватися зі страховими представниками в більшості випадків	Відкриття Інтернет-офісу автоматично призводить до географічної диверсифікації страхових продуктів компанії
Економія витрат - багато страхових компаній надають своїм клієнтам знижки при купівлі страхових договорів через Інтернет	Представництво в Інтернеті просуває нові можливості для підтримки послуг компанії на ринку, тобто використання Інтернет-маркетингу
Досягнення більшого обґрунтування вибору необхідного страхового продукту за рахунок необмеженого доступу до найповнішої інформації, швидкого порівняння різних пропозицій, отримання інформації та консультацій у глобальній мережі	Можливість збільшити продажі страхових продуктів через відкритий доступ для клієнтів з усього світу
Отримання клієнтом повної інформації про загальний та фінансовий стан компанії	Можливість обслуговувати клієнтів на якісно новому рівні: сім днів на тиждень, 365 днів на рік
Немає ризику втратити електронний поліс, оскільки власник зможе роздрукувати копію в будь-який час, а його юридична сила буде перевірена в загальнодоступній базі даних	

Однак, разом із перевагами, існують і недоліки діджиталізації і використання цифрових засобів страхової діяльності як для клієнтів, так і для страхових компаній (табл. 3.2)

Проаналізувавши таблиці, ми можемо стверджувати, що використання Інтернет-страхування має значні переваги. Найважливіші з них – це зменшення часу та зусиль, більший вибір, простота та універсальність способів оплати, можливість перевірити стан вашого договору та змінити його, отримати повну інформацію про загальний стан компанії.

Таблиця 3.2

Недоліки діджиталізації страхової діяльності для суб'єктів страхового ринку

Недоліки для страхувальника	Недоліки для страховика
1	2
Необхідність розуміння клієнтом складності та нюансів роботи з веб-сайтом страховика	Обмежений бюджет
Набагато менша кількість страхових продуктів публікується на веб-сайтах страхових компаній для продажу	Недостатнє розуміння важливості автоматизації у керівництва страхової компанії
Неможливість застрахувати в онлайн-режимі транспорт та нерухомість, що знаходяться в заставі	Відсутність готових рішень для страхових компаній
Можлива помилка сервера або сервер може бути недоступний у потрібний час	Недостатнє розуміння особливостей страхового ринку постачальниками ІТ-послуг
Невеликий вибір страхових компаній, які надають страхові послуги через Інтернет	Відсутність інформації про автоматизацію страхового ринку
Відсутність компетентної особи, яка б пояснила всі умови страхування	Відсутність успішного досвіду впровадження ІТ-систем на страховому ринку
Неможливість повністю ознайомитись з усіма умовами контракту. Незважаючи на те, що компанії надають типовий договір в Інтернеті, немає повної гарантії того, що кур'єр не надасть черговий поновлений контракт з додатковими, невігідними умовами	Кіберризика, що становлять небезпеку для споживачів і систем, створюючи загрози фінансової стабільності
Проблема оцінки вартості об'єкта страхування. При онлайн-страхуванні існують варіанти строго фіксованих премій, які неможливо змінити. Як результат, сплати страхових внесків може бути недостатньо для покриття збитків або може відбутися переплата страхових внесків.	

Як показує світова практика, в результаті запровадження продажу страхових договорів через Інтернет страхові компанії можуть зменшити свої витрати приблизно на 9-12%.

Отже, цифровізація відіграє ключову роль у діяльності страхових компаній в Україні та підтримує їх зростання на страховому ринку. Однак сьогодні необхідно подолати низку проблем, які заважають страховим компаніям використовувати у своїй діяльності всі можливості комп'ютерних технологій.

3.2. Трансформація взаємодії компаній та клієнтів при настанні страхового випадку

В даний час більшість інформаційних процедур, що виконуються у страхових компаніях, базуються на автоматизованих інформаційних технологіях. В свою чергу це зменшує обсяг незначних, рутинних платежів і знижує їх трудомісткість, а також забезпечує інформаційну безпеку страхових компаній та клієнтів. Завдяки цьому страхові компанії можуть успішно спілкуватися та знаходити компроміси з найвимогливішими клієнтами. Близько 91% страхових аналітиків вважають, що використання технологій має рушійне значення для діяльності страховиків. Водночас, більше половини з них оцінюють сучасний рівень технологій, що використовуються страховими компаніями, як «низький» або «той, що потребує вдосконалення». Розвиток йде в таких сферах, як робота з клієнтами, використання аналітичних інструментів, використання соціальних мереж та мобільних пристроїв. Однак, лише 44% компаній використовують розповсюдження нових пропозицій серед споживачів через мобільні пристрої, тоді як подібну операцію через інтернет здійснюють 73% компаній. Тому страховим компаніям слід звертати увагу на соціальні мережі, як на відносно недорогий інструмент маркетингу страхових послуг та ефективних контактів, особливо з молоддю.

Існують різні типи організаційних форм використання техніки в автоматизованій інформаційній системі страхової компанії:

1. Автономні автоматизовані робочі місця (АРМ). Кожне автономне АРМ орієнтоване на окремих агентів, які беруть участь в укладанні нових договорів, проведенні розрахунків зі страхування життя або формуванні страхового портфеля.
2. Комплекс взаємопов'язаних АРМ, що працюють на базі комп'ютерної мережі на одній інформаційній базі. Інформаційна система страхування підтримує функції основної діяльності та допоміжні функції управління (бухгалтерський облік, фінансовий аналіз, управління персоналом тощо).
3. Корпоративна інформаційна система страхової діяльності (ІССД) (рис. 3.2).

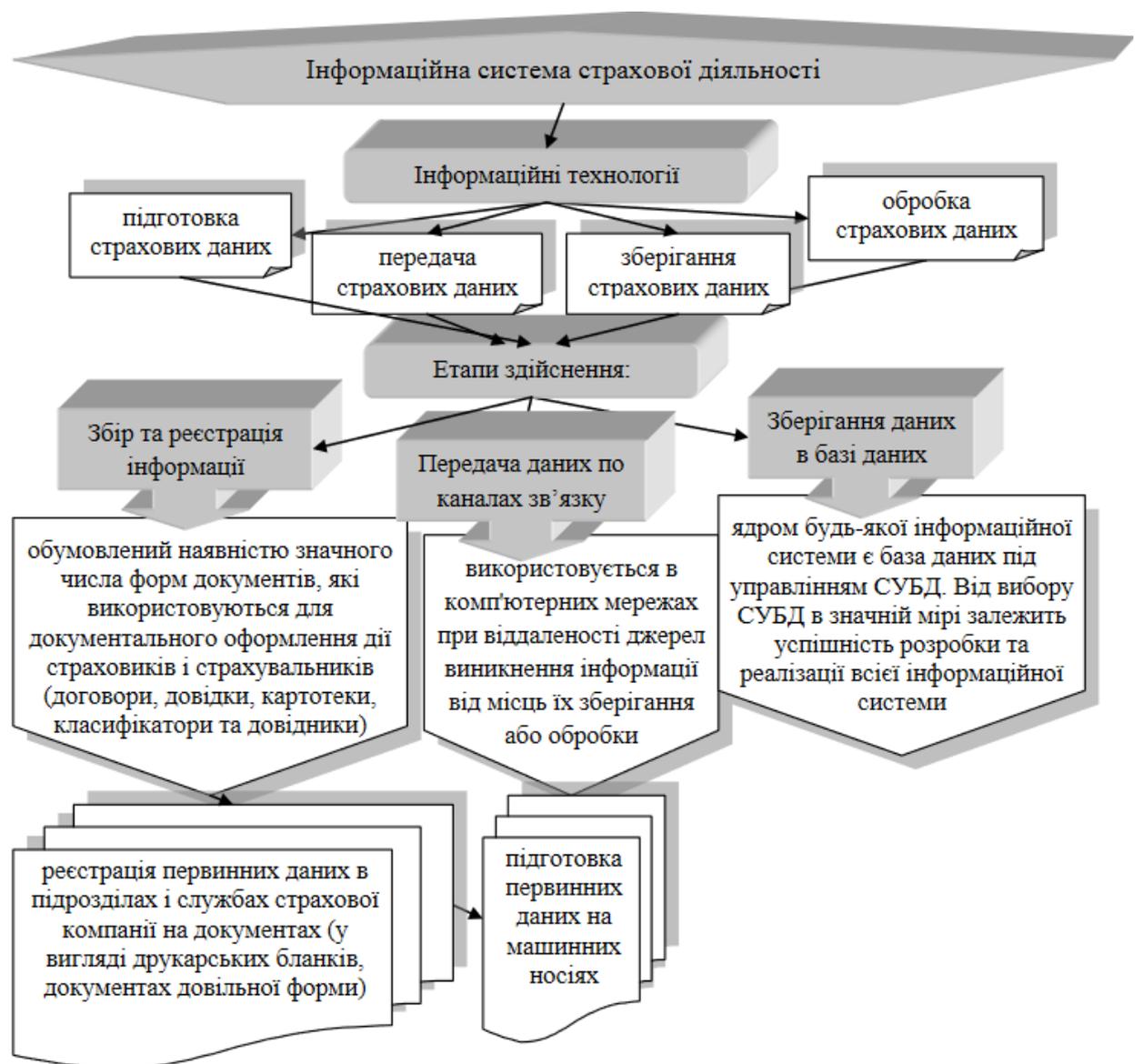


Рис. 3.2. Основні засади створення ІССД

Охоплення все більших областей діяльності та підвищення вимог до ефективності управління та організації страхового бізнесу – причини появи ІССД, характерними рисами якого є: перехід до розподіленої обробки даних (використання комп'ютерних мереж); застосування різних серверів, робочих станцій, ноутбуків; інтеграція ПО для обробки даних; розширення функцій автоматизації управління; створення та ведення інтегрованої бази даних; використання інтелектуальних методів вирішення проблем (статистичні прогнози, математичне моделювання, оперативна обробка аналітичної інформації тощо).

При укладанні договору страхування онлайн доречно було б перенести в онлайн-формат і врегулювання страхових претензій, для зручності як страховика, так і страхувальника.

Страховими ризиками в випадку медичного страхування є зміни здоров'я застрахованої особи, у тому числі розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку, зміни фізіологічного стану.

Страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії договору страхування до медичного закладу, у випадках, передбачених договором страхування, які пов'язані зі змінами стану здоров'я застрахованої особи, з метою одержання медичної допомоги (медичної послуги) у межах переліку (згідно програми медичного страхування).

Під страховою претензією слід розуміти ситуацію, при якій страхова компанія отримала повідомлення від страхувальника про настання страхового випадку, орієнтовну суму збитків та обставини події. Також обов'язковим є встановлення факту вимоги страхувальника заплатити страхове відшкодування.

Фіксація страхової претензії має бути здійснена в письмовому вигляді, яка початково має містити заяву страхувальника про страховий випадок. В заяві обов'язково потрібно вказати обставини страхового випадку. Саме такі процедури легко можна робити в онлайн-форматі, заповнюючи документи в електронному вигляді та надсилаючи страховику.

Прийняття такої заяви страховиком не означає автоматичного проведення страхової виплати. Це лише перша стадія врегулювання страхової претензії.

За страховим договором як страховик, так і страхувальник мають певні права та обов'язки, згідно яких вони і укладають страховий поліс та зобов'язуються їх дотримуватися.

Страхувальник має право:

1. Вимагати від страховика оплати вартості медичної послуги, виходячи із програми медичного страхування, що була передбачена договором страхування.
2. Розширити перелік медичної допомоги або підвищити розмір страхової суми шляхом внесення змін до діючого договору страхування.
3. Достроково припинити дію договору страхування.
4. Обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих страховиком.
5. Обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги.
6. Здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із страховиком.

Страхувальник зобов'язаний:

1. Своєчасно вносити страхові платежі.
2. При укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.
3. Повідомити страховика про настання страхового випадку.

Страховик має право:

1. Перевіряти достовірність даних, повідомлених йому страхувальником або застрахованою особою.
2. Запитувати і одержувати відомості, пов'язані із страховим випадком, від державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян.
3. Достроково припинити дію договору.

Страховик зобов'язаний:

1. Ознайомити страхувальника з умовами та правилами страхування.
2. Видати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) на ім'я кожної застрахованої особи відповідно до правил страхування.

3. Оплатити вартість наданої медичної допомоги в обсязі, гарантованому умовами договору.

4. Забезпечити контроль якості медичної допомоги.

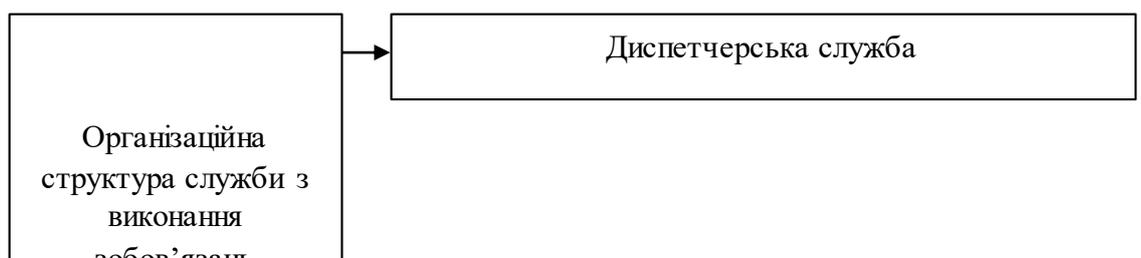
В великих (а інколи і середніх) страхових компаніях існує спеціальна служба врегулювання страхових претензій. Метою створення таких служб є якісне проведення розслідувань обставин настання страхових випадків, визначення винних осіб, встановлення величини отриманих збитків. Тому завданнями таких служб є:

- перевірка заяв страхувальників;
- оцінка причин настання страхового випадку і достовірності поданих фактів;
- вивчення страхових сертифікатів щодо правильності заповнення;
- оцінка завданих страховим випадком збитків;

Особи, що входять до таких підрозділів, часто мають різну спеціалізацію. Тож це можуть бути аварійні комісари, юристи. Також страхова компанія може залучати осіб з боку (професійних оцінювачів, аварійних комісарів, юристів тощо) (рис. 3.3)

В 50-60-х рр. минулого сторіччя виникла ідея організувати для страхувальників при страхуванні сервісну частину, де усі видатки за надання відповідної допомоги відшкодовувала б страхова компанія. В першу чергу це стосувалося подорожуючих. Ідея виявилася ефективною та отримала назву «асистанс» - це вид підприємницької діяльності щодо надання технічної, медичної, сервісної, правової та фінансової допомоги фізичним та юридичним особам.

Врегулювання претензій в рамках асистанс-послуги відрізняється від інших видів страхування тим, що надання послуги передусє проведенню розслідування та компенсації збитків.



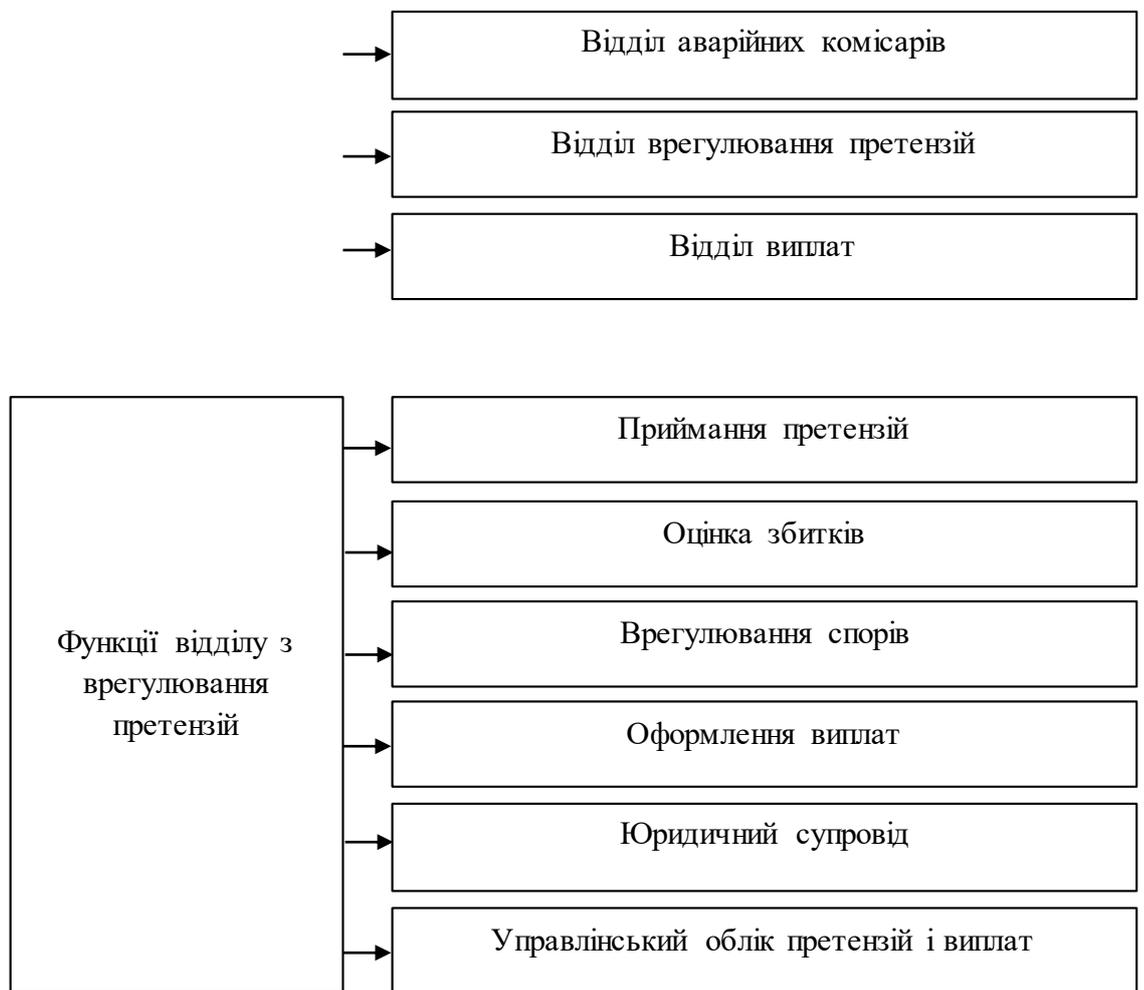


Рис. 3.3 Місце відділу врегулювання претензій в структурі страхової компанії та його функції [44]

При виникненні у страховика або застрахованої особи потреби в одержанні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто або за телефоном до страховика або його представника, або асистанської компанії, відомості про які наведені у страховому полісі та договорі страхування.

Таке звернення від імені застрахованої особи може бути здійснено страховальником, членами сім'ї застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

Страховик або його представник або асистанська компанія рекомендує застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога.

При зверненні до медичного закладу, рекомендованого страховиком, його представником чи аси́станською компанією, медична допомога (медичні послуги) застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

- документ, що посвідчує особу;
- страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат);
- письмове направлення страховика або аси́станської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

Для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку страхувальник чи застрахована особа подає страховику документ медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, або його копію протягом 15 робочих днів після отримання медичної послуги.

Таким чином, при переході до онлайн-простору можна скоротити як кількість документарного обороту, так і час надання послуг аси́тансу, проведення розслідування та виплати страхового відшкодування, що вкрай важливо для страхувальника. В подальшому вибір страхової компанії все частіше буде формуватися від потреби страхувальника в онлайн-аси́тансі та оформленні полісу страхування в онлайн-форматі, тож спрощення схеми взаємодії є необхідною зміною.

ВИСНОВКИ

Під час написання випускної бакалаврської роботи були вирішені наступні завдання: дослідити характеристику медичного страхування та його особливості.

Медичне страхування – це вид особистого страхування, що являє собою систему прав, обов'язків і гарантій між страхувальником і страховиком, який передбачає надання страховиком право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику, за умови своєчасної сплати страхувальником страхових платежів за умовами договору страхування.

Розглянуто класифікацію медичного страхування. Медичне страхування поділяється на: добровільне, індивідуальне, корпоративне та обов'язкове за формою організації; на довгострокове та короткострокове за строками дії; на страхування з фіксованими виплатами та страхування з виплатами, розмір яких залежить від розміру збитку; та на ризикове і накопичувальне страхування за цілями страхування.

Виділено функції медичного страхування: ризикова, інвестиційна та попереджувальна.

Також розглянуто принципи медичного страхування: загальності, державності та некомерційності.

Було виділено мету медичного страхування – забезпечення страхового захисту у разі настання страхового випадку шляхом надання медичних послуг або медичної допомоги.

Страховим ризиком в медичному страхуванні є страхування від хвороби, а страховим випадком – його лікування в медичному закладі та надання медичних послуг за умовами полісу страхування.

Також було виокремлено завдання медичного страхування, які ми поділили на економічні та соціальні.

Розглянуті суб'єкти медичного страхування, які приймають участь у процесі. Відмінністю від звичайного страхування є залучення до нього

медичних закладів та додатковий етап перевірки перед укладанням страхового договору. Тож, суб'єктами медичного страхування є:

- страхувальники – фізичні або юридичні особи, які мають на меті убезпечити себе від ризиків;
- страховики – страхові компанії, що мають ліцензію на здійснення цього виду діяльності;
- медичні заклади – установи, що надають медичну допомогу, мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності, передбаченої програмою медичного страхування і уклали договір зі страховою компанією.

Медичне страхування в обов'язковій формі має неприбутковий характер. Громадяни як застраховані особи прямо не беруть участі у сплаті страхових платежів, а лише здійснюють відрахування із заробітної плати у вигляді податків. Така система має свої недоліки, оскільки не може покривати та передбачати усіх ризиків, що можуть статися із застрахованими. Однак, із цим покликане справлятися добровільне медичне страхування

Обов'язкове медичне страхування – це вид страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування.

Добровільне медичне страхування – це договір страхування, який передбачає страхову виплату, що здійснюється медичним закладам у разі настання страхового випадку, пов'язаного з хворобою застрахованої особи або нещасним випадком.

Добровільне медичне страхування має на меті додаткове покриття ризиків, які можуть статися із страхувальником. Ринок страхових послуг пропонує убезпечити себе від багатьох ризиків, за певними стандартизованими формами, які не покриваються обов'язковим медичним страхуванням.

Дослідивши динаміку страхових виплат та платежів на ринку України, можемо дійти висновку, що питома вага медичного страхування в загальному обсязі страхування поступово збільшується. Такі результати є наслідком підвищення страхової культури населення та бажанням мати страховий захист на майбутнє.

Аналіз сфери охорони здоров'я, а точніше стану здоров'я населення, свідчить про зниження якості життя. Необхідною умовою стабілізації є реформування медичної сфери. Під час пандемії люди особливо гостро відчували необхідність у страховому захисті, який може не надати держава.

Вивчивши сучасний стан ринку медичного страхування, можна стверджувати, що в Україні не розвинена добровільна форма медичного страхування. Наразі лише найбільші страховики пропонують декілька пакетів страхових послуг у сфері ДМС. Тому, в цьому напрямленні ще є багато простору для менших страховиків.

Можливим фактором, що зупиняє потенційних страхувальників від укладання договору ДМС, є відсутність широкого спектру послуг в онлайн-форматі. Страхові компанії пропонують дуже мало послуг, що можуть оформлюватися через інтернет, без відвідування офісів страхової. Люди все більше звикають до можливості легко організувати своє життя через інтернет простір тому своєчасний вихід у соціальні мережі та доступні страхові пакети в онлайн-режимі можуть значно покращити статистику кількості укладених страхових договорів.

Проаналізувавши послуги страхових компаній з медичного страхування, ми можемо виділити найбільш вигідних і надійних компаній:

1. «УНІКА» - посідає перше місце за рейтингом журналу «Фориншурер», має велику базу страхувальників та надає більшість необхідних медичних послуг.
2. «Нафтагазстрах» - найкраще співвідношення ціни та послуг. Мають онлайн-підтримку, велику кількість страхових продуктів можна замовити онлайн.

3. «ІНГО Україна» - мають широкий спектр медичних полісів, в залежності від віку, бажаного рівня медичних закладів, оплати медикаментів тощо.

Ринок страхових послуг стрімко змінюється, не зважаючи на податковий тиск та непоширеність на ринку медичного страхування. Такі зміни призводять до спрощення порядку укладання договорів страхування, задля забезпечення зручності як страхувальнику, так і страховику. Тож, ми розглянули, якими перевагами та недоліками характеризується діджиталізація страхових послуг, як вона впливає на скорочення часу укладання страхового договору, виявлення та підтвердження страхового випадку, виплату страхового відшкодування тощо. Однією з передумов швидшого переходу медичного страхування в онлайн простір є карантин, при якому зайві контакти з іншими людьми є небажаними. До того ж, молодь значно швидше оброблює інформацію стосовно страхових продуктів на сайті, при замовленні страхового продукту прямо із веб-сторінки або мобільного додатку.

Не зважаючи на зручність та скорочення витрат, діджиталізація має свої недоліки, які ми зазначали раніше. Серед них є як потреба сплачувати за хостинг, підвищувати кваліфікацію працівників, так і належний стан технічного обладнання.

Досліджуючи зарубіжний страховий простір та його досвід у сфері ДМС, можемо підкреслити основні моделі функціонування ринку: державна, соціально- страхова та приватно-підприємницька. Усі вони різняться ступенем взаємодії держави та приватних страхових компаній, а також превалюванням однієї з сторін на ринку. Україні притаманна змішана (соціально- страхова) модель, однак це не свідчить про збалансованість, а лише дає змогу зробити висновки щодо співпраці держави і приватних страховиків.

Наразі зарубіжні страхові компанії значно краще працюють на ринку ДМС, про що може свідчити як і популярність добровільного медичного страхування за кордоном, так і його невисока ціна. Оцінюючи рівень страхових послуг України, можна стверджувати, що недостатній рівень

страхової культури та фінансове положення громадян значно впливають на розвиток добровільного медичного страхування, оскільки не така велика кількість страховиків безпосередньо знайома та має досвід в добровільному медичному страхуванні. Недосконалість законодавства, інтеграційних процесів та розповсюдження призводять до сповільнення інновацій в сфері ДМС, тож всебічний вплив на зміни в галузі охорони здоров'я є одним із основних кроків до розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – №18. – ст. 78.
2. Світова статистика охорони здоров'я: щорічні звіти ВООЗ про світову статистику. URL: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
3. Федорович І.М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. – ТНЕУ, 2017. – с. 76-78.
4. Гатаулліна Е.І. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. – ХДУ, 2017. – с. 46 – 47.
5. Медичне страхування персоналу: СК «Альфа Страхування». URL: <https://alfaic.ua/product/strahovanie-personala/dobrovolnoe-medicinskoje-strahovanie-rabotnikov>.
6. Корпоративне медичне страхування: СК «Універсальна». URL: <https://universalna.com/korporativnym-klientam/osobiste-strahuvannya/dms/>.
7. Бойко О.О., Хижинська Г.Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *«Гроші, фінанси і кредит»*. – 2018. – с. 93-96.
8. Страховий ринок України станом на 2019 рік: «Фориншурер». URL: <https://forinsurer.com/stat>.
9. Рейтинг страхових компаній по добровільному медичному страхуванню за 2019 рік: «Фориншурер». URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/19/12/45>.
10. Журавка О.С. Страхування: навч. посіб. / О.С. Журавка, А.Г. Бухтіарова, О.М. Пахненко.. - Суми : Сумський державний університет, 2020. – с. 15.
11. Чумаченко І.Л. Аналіз системи медичного страхування в Україні *«Молодий вчений»*, №10 (50), жовтень 2017 р. – с. 1097.
12. Базилевич В.Д. Страхування: підручник / За ред. В.Д. Базилевича. – К.: Знання, 2008. – с. 32.
13. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43–47
14. Фармацевтична енциклопедія // Медичне страхування. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1365/medichne-strahuvannya>.
15. Романець Г.П., Зоря С.П. Страхова культура в Україні. *Соціально-економічні, політичні та гуманітарні виміри національного та місцевого розвитку зб. наук. ст. учасників другої всеукраїнської наук.-практ. конф./редкол.: С.В. Степаненко (голова ред.) та ін.* Полтава: ПНПУ імені В.Г.Короленка, 2020. – с. 241-242.

16. Лімаренко Ю.В., Жарінова А.Г. Становлення страхового ринку України та конкурентоспроможність даного ринку послуг. *«Економіка та суспільство»*, електронне видання №10. – Мукачеве, 2017. – с. 8.
17. Ярошевич Н.Б. Фінанси: навчальний посібник / Н.Б. Ярошевич, І.Ю. Кондрат, М.В. Ливдар. *Національний університет «Львівська політехніка»*. – Львів: Видавництво «Простір-М», 2018. – с. 208.
18. Волохова І.С. Фінанси: навчальний посібник: експрес курс / І.С. Волохова, Н.А. Шикіна, О.Г. Волкова. *Одеський національний економічний університет*. – Харків: Видавництво «ПромАрт», 2018. – с.150.
19. Журавльова І.В. Фінанси: навчальний посібник / І.В. Журавльова, О.В. Гаврильченко, О.П. Полтніна та ін. / ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2017. – с. 226.
20. Сокирко О. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні / О. С. Сокирко, І. А. Кобзар, І. С. Ханалієва. - *Економіка і суспільство*. – 2018. – Вип. № 19. – С. 1139–1145.
21. Закон України «Основи законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14.01.1998 №16/98-ВР // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1998. – №23, ст. 121.
22. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського*. – 2015. – №8. – с. 737.
23. Осадець С.С. Страхування: підручник. – Вид. 2-ге, [перероб. та доп.]. – К: Вид-во КНЕУ, 2008. – с. 234
24. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук.: спец. 08.04.01. «Фінанси, грошовий обіг і кредит» Н.Г. Нагайчук. – Київ: 2008. – с. 22.
25. Остапенко Д.А. Медичне страхування та його розвиток в Україні / Д.А. Остапенко, Л.Ф. Волохова. - *Науково-практичний збірник. Фінансові послуги*. – №1. – Київ, 2017. – с. 37.
26. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 5-6. С. 109–114
27. Штепенко К.П. Стан добровільного медичного страхування в контексті розгляду діяльності страхових компаній / К.П. Штепенко, Т.І. Борисова. - *Ефективна економіка*. – 2019. – №2.
28. TOP US Insurance companies: Investopedia. URL: <https://www.investopedia.com/articles/active-trading/111314/top-10-insurance-companies-metrics.asp>.
29. Largest Health Insurance Companies of 2021: ValuePenguin. URL: <https://www.valuepenguin.com/largest-health-insurance-companies>.

30. Investopedia: Best Health Insurance companies in the U.S. URL: <https://www.investopedia.com/best-health-insurance-companies-4775920#best-for-medicare-advantage-aetna>
31. Рейтинг страхових компаній: Фориншурер. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife>.
32. Рейтинг страхових компаній по ДМС за 2020 рік: Фориншурер. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/21/3/45>.
33. Top 20 European insurance companies by market cap: S&P Global. URL: <https://www.spglobal.com/marketintelligence/en/news-insights/latest-news-headlines/top-20-european-insurance-companies-by-market-cap-q4-18-49154243>
34. Complémentaire Santé: AXA. URL: <https://www.axa.fr/complementaire-sante.html>.
35. Кісельов Є.М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є.М. Кісельов, С.В. Бурлаєнко, І.Г. Кірпа *Фінансові послуги*. – 2009. – №1. с. 24-25.
36. Country Health Profile – Ukraine: World Life Expectancy. URL: <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/ukraine>
37. Захворюваність населення (1990 – 2017): Державна служба статистики / Охорона здоров'я. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
38. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році. Державна служба статистики. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
39. Самчук А.А. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Проблеми та перспективи розвитку економіки України: погляд молоді. Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції. Частина I (6-7 квітня 2021 р. м. Черкаси)*. – Черкаси: ЧДБК, 2021. – с. 197.
40. Пазюк Ю.С. Теоретичні аспекти добровільного медичного страхування та перспективи його розвитку в Україні. *Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту КНТЕУ*. – Вінниця: Видавничо-редакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2017. – Вип. 42. – с. 466-467.
41. Кириченко А.В. Досвід українського та італійського медичного страхування в боротьбі з COVID-19. *Theoretical and practical scientific achievement: research and results of their implementation: collection of scientific papers "SCIENTA" with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference (Vol. 1), February 12, 2021*. – Pisa, Italian Republic: NGO European Scientific Platform. – с. 64-68.
42. Желізняк Р. Й. Розвиток світового ринку страхування в умовах діджиталізації / Р. Й. Желізняк, О. О. Бонецький, М. І. Жулевич. - *Modern Economics*. - 2019. - № 17. - С. 100-104.

43. Рубцова Н.М. Радченко Н.Г. Особливості функціонування страхового ринку України в умовах діджиталізації. - *Fundamental and applied research in the modern world. Abstracts of the 8th International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Boston, USA. 2021. с. 825-830.*

44. Стасюк Т.І. Врегулювання страхових претензій. *Бізнес-аналітика в управлінні зовнішньоекономічною діяльністю: Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції*, 15 березня 2019 року. – К: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2019. с. 218-222.

45. Галащук В.В. Інформаційні технології страхування – рушійна сила страховика у взаємодії з клієнтами. *Збірник тез наукових робіт учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції. Регулювання банківської діяльності, бізнесу та підприємництва: національна та міжнародна практика.* (м. Одеса, 10 березня 2018 р.). ГО «Центр економічних досліджень та розвитку». Одеса : ЦЕДР, 2018. С. 87-91.

46. Жара А.М. Сталий розвиток страхового ринку в Україні на аналізі іноземного досвіду. *Сталий розвиток територій: проблеми та шляхи вирішення : матеріали ІХ міжнар. наук.-практ. конф.*, Дніпро, 20 жовт. 20-18 р. / за заг. ред. О. Ю. Бобровської. – Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2018. с. 85-87.

47. Качула С.В. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи розвитку. *Фінанси, банківська система та страхування: стан, проблеми та перспективи розвитку в кризовій економіці України: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції*, 02-03 березня 2020р.- ДДАЕУ, 2020. с. 78-80.

48. Жбанкова А.М. Застосування зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні. *Розвиток економіки та планування бізнесу в сучасних умовах: проблеми та шляхи вирішення: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції* (Одеса, 14-15 вересня 2017 р.). с. 60-61.

49. Заволока Л.О., Задорожна В.В. Впровадження та гармонізація європейських стандартів в системі українського страхування. *«Економіка, фінанси і право»: наук. журн.*, 2017. – с. 35-36,

50. Горіславська І.В. Ткачук С. До питання правового регулювання медичного страхування. *«Порівняльно-аналітичне право»: наук. журнал*, 2018. – с. 62-63.

51. Чвертко Л.А., Кирилюк І.М. Детермінанти розвитку страхування життя в Україні. *Управління економічними процесами: сучасні реалії і виклики*, 2017. – с. 280-281.

52. Волохова Л.Ф., Остапенко Д.О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Фінансові послуги: навч. журнал*, 2017. – с.32-33.

53. Заблоцька А.Б. Предмет договору медичного страхування. Межі його охоплення. *«Економіка, фінанси і право»: наук. журн.*, 2019. – с. 93-94.

54. Брик Г., Михальчук Л. Проблеми та перспективи інтернет-страхування в Україні. *Цифрова економіка: тренди та перспективи*, 2018, - с. 47-48,

55. Кириченко А.В. Медична реформа та запровадження обов'язкового медичного страхування. *Науковий вісник НУБІП України. Серія: Економіка, аграрний менеджмент, бізнес*, 2018. – с. 92-97.

56. Коваль М.О. Сутність медичного страхування та його суспільне призначення. *Сучасне українське студентство: проблеми та ціннісні орієнтації: тези доповідей XII Всеукраїнської наукової конференції студентів та молодих вчених.* – Хмельницький: ХІСТ Університету „Україна”, 2019. – с. 232-233.

57. Барзилович А.Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Державне управління. Інвестиції: практика та досвід №5-6*, 2020. – с. 110-114,

58. Прилуцький А.М., Глебова К.О. Стан та перспективи добровільного медичного страхування. *Ефективна економіка*, 2019. – №12. – с. 3-5.

59. Приказюк Н.В. Передумови розвитку кібер-страхування. *Економічна наука. Інвестиції: практика та досвід №15-16*, 2020. – с. 29-32.

60. Водолазська О.А., Сіроштан Т.М. Вектори розвитку медичного страхування. *Економіка та суспільство №15*, 2021.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

4. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

5. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

6. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

7. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

8. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

9. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

10. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

11. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

12. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

13. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

14. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

15. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

16. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

17. Свідоцтвами про володіння нерухомістю є свідоцтва про право на частину нерухомого майна, видані в межах ділянки, на якій здійснено запис про право володіння нерухомістю.

Додаток 1

Свідоцтва про володіння нерухомістю

№ п/п	№ ділянки	2010						2011										
		власник	поземельний користувач	арендар	поземельний користувач	арендар	поземельний користувач	власник	поземельний користувач	арендар	поземельний користувач	арендар	поземельний користувач					
1	10/4	0/8	11/0	4/3	13/0	0/1	0/0	0/8	11/0	10/0	0/3	11/2	4/3	10/8	8/8	2/3	7/0	11/3
2	40/2	40/2	40/4	30/0	21/2	23/1	41/0	30/1	30/2	40/0	40/2	40/0	30/3	25/2	30/8	43/4	33/0	30/8
3	40/1	40/2	40/0	44/8	30/0	23/3	21/8	22/1	40/3	40/4	20/3	43/0	02/0	30/2	21/4	21/4	20/1	48/0
4	100/1	200/1	131/0	200/2	120/2	452/2	300/8	180/2	200/0	200/2	1700/8	200/7	120/2	410/2	250/0	120/0	120/0	1400/8

ДОДАТОК Б

Додаток 2

Розподіл населення країн ЄС¹ за самооцінкою стану здоров'я

(відсотків)

	Частка осіб у віці 18 років і старше, які оцінили стан свого здоров'я як			Частка осіб у віці 16 років і старше, які повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям
	добрий	задовільний	поганий	
ЄС	66.7	24.2	9.1	35.4
Бельгія	73.2	17.4	9.5	25.5
Болгарія	65.0	23.7	11.3	21.3
Чеська Республіка	60.0	28.1	11.8	34.9
Данія	70.7	21.4	7.9	29.5
Німеччина	64.3	27.2	8.5	42.4
Естонія	52.5	32.9	14.6	44.2
Ірландія	82.2	14.1	3.7	27.0
Греція	73.4	16.0	10.6	24.1
Іспанія	71.9	21.0	7.1	30.9
Франція	65.6	26.1	8.4	38.8
Хорватія	58.2	22.7	19.1	35.2
Італія	70.3	21.8	7.9	15.2
Кіпр	78.1	17.3	4.6	33.0
Латвія	46.4	37.8	15.9	40.0
Литва	43.0	40.0	17.0	34.7
Люксембург	68.6	21.6	9.8	26.0
Угорщина	58.9	27.6	13.5	38.4
Мальта	72.4	24.5	3.2	32.7
Нідерланди	75.4	19.6	5.1	33.0
Австрія	69.5	22.1	8.4	37.3
Польща	57.7	28.4	13.9	36.4
Португалія	46.5	37.1	16.3	41.5
Румунія	69.6	23.0	7.4	19.3
Словенія	64.2	25.7	10.0	35.5
Словаччина	65.7	22.3	12.1	29.0
Фінляндія	69.9	24.1	6.0	47.1
Швеція	74.7	19.4	5.9	37.6
Велика Британія	68.4	22.5	9.0	36.1
<i>Довідково</i> : Україна ²	42.7	45.3	12.0	43.8

¹ Джерело: дані статистики доходів і умов життя в Європейському Союзі (EU-SILC)
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvhl01&lang=en
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_04&lang=en
 Дані наведено за 2016р.

² За даними опитування домогосподарств, проведеного у жовтні 2017р.

ДОДАТОК В

Розподіл населення за наявністю хронічних захворювань або проблем зі здоров'ям

	2016										2017												
	у ді. домогосподарств		домогосподарства, які проживають		домогосподарства з дітьми		домогосподарства, які проживають у міських поселеннях		домогосподарства, які проживають у сільській місцевості		домогосподарства, які проживають у міських поселеннях		домогосподарства, які проживають у сільській місцевості		домогосподарства з дітьми		домогосподарства без дітей		домогосподарства, які за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів у місяць входять до складу		домогосподарства, які за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів у місяць входять до складу		
	у міських поселеннях	у сільській місцевості	з дітьми	без дітей	першої десятиї десятиї групи	другої десятиї десятиї групи	у міських поселеннях	у сільській місцевості	у міських поселеннях	у сільській місцевості	у міських поселеннях	у сільській місцевості	з дітьми	без дітей	першої десятиї десятиї групи	другої десятиї десятиї групи	у міських поселеннях	у сільській місцевості	у міських поселеннях	у сільській місцевості	1588 грн ¹ 2591 грн ²	1588 грн ¹ 2904 грн ²	
	1.4	0.9	1.5	0.7	1.6	0.8	2.4	1.5	1.2	0.8	2.4	1.5	1.2	0.8	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
Кількість населення – всього (тис. осіб)	38841.9	25671.8	13170.1	20929.3	17912.6	4253.8	3195.8	1864.7	20800.1	38697.9	25599.8	13098.1	20862.8	17835.1	4189.7	3299.6	1260.9	14786.8					
Кількість осіб, які повідомляють, що хворіли за останні 12 місяців – всього (тис.)	30748.7	21063.4	9685.3	15838.0	14910.7	3125.2	2647.1	1353.9	16074.9	31237.8	21046.0	10191.8	16350.6	14887.2	3221.3	2666.4	910.9	11757.5					
Кількість осіб, які повідомляють, що мають хронічні (6 місяців і більше) захворювання або проблеми зі здоров'ям – всього (тис.)	14663.5	9558.7	5104.8	4630.0	10033.5	1326.9	1172.9	526.9	7575.5	14645.8	9523.8	5122.0	4616.9	10028.9	1249.1	1256.6	272.3	5372.7					
у т.ч. мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям (%):																							
астму неалергічну	1.4	1.7	0.8	1.5	1.3	1.6	0.8	2.4	1.5	1.2	0.8	1.2	0.8	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.1
астму алергічну	0.9	0.9	0.9	1.4	0.7	1.9	1.8	2.3	0.7	0.8	1.0	0.3	1.2	0.6	0.3	1.3	0.7	0.4	0.3	1.3	0.7	0.4	0.4
алергію (за винятком алергічної астми)	5.0	6.1	3.1	8.7	3.3	5.0	6.0	4.6	5.0	4.3	5.3	2.4	6.1	3.5	2.4	7.6	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7
діабет	5.3	5.9	4.2	3.9	6.0	3.9	7.0	2.7	5.1	5.3	6.0	4.0	2.9	6.4	3.2	3.8	2.4	6.2	2.4	3.8	2.4	6.2	6.2
капілярну гіпертензію	4.1	4.3	3.7	1.3	5.4	2.1	3.4	2.6	3.7	4.3	4.6	3.6	1.5	3.6	2.3	2.0	5.7	2.0	3.6	2.3	2.0	5.7	5.7
серцеві захворювання	42.8	42.2	43.8	29.9	48.7	35.1	37.1	29.8	42.8	44.6	42.9	47.7	30.6	51.0	46.6	31.8	47.0	47.2	47.7	30.6	51.0	46.6	31.8
інсулін	25.1	25.7	24.0	16.8	28.9	19.8	18.8	17.3	25.5	25.8	26.1	17.0	30.0	27.4	17.6	20.9	27.4	27.4	26.1	17.0	30.0	27.4	17.6
хронічний бронхіт, емфізема легень	3.9	4.0	3.8	2.7	4.5	4.3	2.1	3.4	4.4	3.0	3.3	2.4	2.2	3.3	2.7	2.3	0.9	3.4	2.4	2.2	3.3	2.7	2.3
артеріо, артеріо (у т.ч. ревматоїдний) остеоартроз	6.5	7.0	5.6	8.1	5.8	7.7	8.2	8.6	7.0	7.9	8.3	7.1	11.2	6.3	7.1	10.9	9.4	7.4	8.3	7.1	10.9	9.4	7.4
остеохондроз	13.0	12.8	13.3	7.7	15.4	12.1	13.1	9.9	12.8	14.5	14.2	15.0	9.3	16.9	14.9	11.2	13.5	15.3	14.2	15.0	9.3	16.9	14.9
випарку шлунка або 12-палої кишки	1.1	1.4	0.6	0.6	1.4	2.2	0.4	1.2	1.3	1.5	1.5	0.7	1.8	1.7	1.4	0.3	1.3	1.5	1.5	0.7	1.8	1.7	1.4
хронічний гепатит, жовтячка, цироз печінки	12.7	13.2	11.7	10.1	13.9	12.2	12.9	11.3	11.3	14.0	14.1	13.7	11.5	15.1	11.9	15.4	12.5	12.5	14.1	13.7	11.5	15.1	11.9
хронічний гепатит, жовтячка, цироз печінки	5.6	5.8	5.2	5.2	5.8	5.2	6.7	5.1	5.6	5.0	5.5	4.3	4.9	5.1	5.4	6.3	7.5	4.7	5.5	4.3	4.9	5.1	5.4
хронічний гепатит, жовтячка, цироз печінки	7.8	9.2	5.2	8.3	7.5	7.6	10.7	7.7	7.7	7.8	9.1	5.3	7.4	7.9	5.6	8.3	5.4	5.4	9.1	5.3	7.4	7.9	5.6
зловикін пухлина (печінки, ліквідації і інші)	2.1	2.2	2.1	1.6	2.4	2.1	3.6	0.5	1.4	1.9	2.0	1.8	2.1	1.8	1.2	3.2	0.6	1.7	2.0	1.8	2.1	1.8	1.2
мигрень або часті головні болі	6.0	6.5	5.0	6.3	5.8	7.3	5.6	9.8	6.3	7.8	7.5	8.2	9.8	6.8	7.1	6.3	13.9	7.1	7.5	8.2	9.8	6.8	7.1
хронічну травму або депресію	1.4	1.3	1.4	0.7	1.7	1.3	0.4	1.8	1.6	1.7	1.9	1.3	1.4	1.8	1.4	0.7	3.3	1.6	1.9	1.3	1.4	1.8	1.4
хронічну травму чи інші наслідки дії зовнішніх факторів	3.4	3.4	3.6	3.3	3.5	5.1	2.4	6.8	6.8	2.9	2.7	3.1	3.2	2.7	3.6	2.4	2.3	2.3	2.7	3.1	3.2	2.7	3.6
інші захворювання	18.7	17.4	21.2	27.3	14.7	18.5	20.1	17.2	17.9	18.7	18.6	19.0	25.4	15.6	18.8	27.6	18.2	17.7	18.6	19.0	25.4	15.6	18.8

¹ Середньомісячний розмір заповнюваного проєкційного мінімуму за 9 місяців відповідного року.

² Середньомісячний розмір фактичного проєкційного мінімуму за 9 місяців відповідного року, розрахованого Мінасопільни.

ДОДАТОК Г

Програми добровільного медичного страхування СК «Альфа Страхування»

ЕКСТРЕННА ПОМОЩЬ+	ОПТИМАЛЬНА ПОДДЕРЖКА +	ГАРАНТИРОВАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ+	СЕМЕЙНАЯ ЗАБОТА	ЖЕЛАЕМЫЙ КОМФОРТ	ПРЕМИУМ ЗАЩИТА
Общая стоимость полиса 1 300 грн Страховая сумма 75 000 грн	Общая стоимость полиса 3 599 грн Страховая сумма 100 000 грн	Общая стоимость полиса 4 999 грн Страховая сумма 100 000 грн	Общая стоимость полиса 8 200 грн Страховая сумма 200 000 грн	Общая стоимость полиса 16 700 грн Страховая сумма 250 000 грн	Общая стоимость полиса 32 200 грн Страховая сумма 250 000 грн
Страховой платеж, взрослые 1 человек 1 300 грн	Страховой платеж, взрослые 1 человек 3 599 грн	Страховой платеж, взрослые 1 человек 4 999 грн	Страховой платеж, взрослые 1 человек 8 200 грн	Страховой платеж, взрослые 1 человек 16 700 грн	Страховой платеж, взрослые 1 человек 32 200 грн
Страховой платеж, дети 1 человек 3 250 грн	Страховой платеж, дети 1 человек 8 999 грн	Страховой платеж, дети 1 человек 12 499 грн	Страховой платеж, дети 1 человек 20 500 грн	Страховой платеж, дети 1 человек 41 750 грн	Страховой платеж, дети 1 человек 80 500 грн
Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий	Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий	Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий	Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий	Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий	Скорая помощь мед. учреждения до 7 категорий
Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 7 категорий	Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 4 категорий	Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 4 категорий	Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 5 категорий	Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 7 категорий	Неотложное стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 8 категорий
Поликлиника X	Поликлиника до 4 категорий	Поликлиника до 4 категорий	Поликлиника до 5 категорий	Поликлиника до 7 категорий	Поликлиника до 8 категорий
Вызов врача на дом X	Вызов врача на дом V	Вызов врача на дом V			
Обеспечение медикаментами (полликлиника) X	Обеспечение медикаментами (полликлиника) X	Обеспечение медикаментами (полликлиника) франшиза 30%	Обеспечение медикаментами (полликлиника) франшиза 30%	Обеспечение медикаментами (полликлиника) франшиза 0%	Обеспечение медикаментами (полликлиника) франшиза 0%
Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты X	Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты X	Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты X	Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 5 категорий	Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 7 категорий	Плановое стационарное лечение в т.ч. медикаменты до 8 категорий
Неотложная стоматология X	Неотложная стоматология X	Неотложная стоматология X	Неотложная стоматология X	Неотложная стоматология лимит 15 000 грн	Неотложная стоматология лимит 15 000 грн

ДОДАТОК Д

Програми добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «УНІКА»



Медичне страхування для фізичних осіб



Амбулаторно-поліклінічна допомога



Стационарна допомога



Невідкладна (швидка) допомога



Невідкладна стоматологічна допомога

Програми	СТАНДАРТ	КЛАСИКА	ПРЕСТИЖ
Страхова сума	75 000 грн	125 000 грн	175 000 грн
Вартість договору* для особи 6-59**років	13 000 грн	17 500 грн	23 000 грн
Рівень клінік			
Клініки по амбулаторно-поліклінічній допомозі	Відомчі та комерційні категорії С, В, В+, Хелсі Енд Хеппі, Здравиця, Наша Родина (МЦ Інго), Інто-Сана, Адоніс, Амеда, Альфа Віта, Медбуд	Категорії А, Валерія, Віва, Медокс, Наш доктор	Категорії А+, Медіком, Добробут, Борис, Оберіг
Клініки по стаціонарній допомозі	Відомчі та комерційні категорії С, В		
Клініки по невідкладній допомозі та невідкладній стоматологічній допомозі	Брендові А+		
Послуги та ліміти			
Амбулаторно-поліклінічна допомога, невідкладний стаціонар та швидка допомога	75 000 грн	125 000 грн	175 000 грн
Плановий стаціонар, у т.ч. медикаменти	3 000 грн	4 000 грн	5 000 грн
Невідкладна стоматологічна допомога	500 грн	1 000 грн	2 000 грн
Цілодобова підтримка застрахованих осіб медичним асистансом УНІКА			

* Якщо у клієнта раніше був договір медичного страхування в СК «УНІКА», то вартість розраховується індивідуально та може бути змінена.

** Не страхуємо осіб молодше 6 років та старше 59 років, дитина приймається на страхування тільки з дорослим.

ДОДАТОК Е

Програми добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «ІНГО»

Условия страхования	Легкий	Оптимальный	Премиальный
Страховая сумма, грн.	150 000	180 000	210 000
Возраст застрахованных лиц, лет	от 17 до 65	от 17 до 65	от 17 до 65
Уровень клиник	1 и 2	3	4
Скорая и неотложная помощь в пределах 50 км за чертой города	✓	✓	✓
Амбулаторно-поликлиническая помощь (консультации, диагностики, анализы)	✓	✓	✓
Обеспечение лекарственными средствами при амбулаторно-поликлинической помощи	да, с 0% франшизой	да, с 0% франшизой	да, с 0% франшизой
Лечение COVID-19 в амбулаторно-поликлинических условиях и стационаре	да, дополнительная опция	да, дополнительная опция	да, дополнительная опция
Вызов врача до 50 км. за пределами города	✓	✓	✓
Физиотерапия	10 процедур	10 процедур	10 процедур
Экстренный стационар	✓	✓	✓
Плановый стационар	✓	✓	✓
Обеспечения лекарственными средствами при стационарном лечении	да, с 0% франшизой	да, с 0% франшизой	да, с 0% франшизой

ДОДАТОК Ж

Програми добровільного медичного страхування ТДВ «СК «НГС»

Програми	«Блискавка»	«Турбота»	«Персона»	«Безпека»
Для кого	для осіб від 1 до 70 років	Для осіб віком від 55 років	Для осіб віком від 1 до 55 років	Для осіб віком від 1 до 55 років
Страховий платіж	від 1,88 грн до 5,66 грн на день	від 9,73 грн до 25,65 грн на день	від 2,78 грн до 22,78 грн на день	Від 16,78 грн до 69,5 грн на день
Страхова сума	від 80 000 до 200 000 грн на рік	Від 50 000 до 120 000 грн	Від 50 000 до 120 000 грн на рік	Від 60 000 грн до 150 000 грн
Клас страхування	Гострі порушення мозкового кровообігу Інфаркт міокарду Онкологічні хвороби Туберкульоз Гепатит С	Стандарт Класик Класик + Еліт	Стандарт Класик Класик + Еліт	Обслуговування здійснюється у державних та приватних лікувально-профілактичних закладах
Страховий випадок	Встановлення та підтвердження діагнозу із класу страхування	Гостре захворювання Загострення хронічного захворювання Травми, отруєння та інші наслідки нещасного випадку	Гостре захворювання Загострення хронічного захворювання Травми, отруєння та інші наслідки нещасного випадку	Травми, отруєння та інші наслідки нещасного випадку