

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

## **Випускна робота бакалавра**

**на тему «Добровільне медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку»**

Виконала: студентка 4-го курсу, групи 402-ЕФ

Спеціальності

072 «Фінанси, банківська справа та  
страхування»

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Зубок В.В.

Керівник: д.е.н., професор Онищенко В.О.

Рецензент:

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

Зубок В.В.

Підтверджую достовірність даних,  
використаних у роботі

Зубок В.В.

Полтава, 2023 року

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	6
1.1.Сутність та значення добровільного страхування в системі медичного страхування.....	6
1.2.Види та принципи добровільного медичного страхування.....	14
1.3.Державне регулювання добровільного медичного страхування .....	21
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ .....	31
2.1. Оцінювання показників розвитку добровільного медичного страхування на страховому ринку України.....	31
2.2. Дослідження діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування .....	40
2.3. Тенденції у сегменті добровільного медичного страхування в умовах пандемії COVID-19 .....	49
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ УКРАЇНИ .....	65
3.1. Проблеми добровільного медичного страхування в Україні .....	65
3.2. Міжнародний досвід розвитку добровільного медичного страхування	72
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ .....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	92
ДОДАТКИ.....	98

				ВР            402-ЕФ            19074			
	П. І. Б.	Підпис	Дата				
<i>Розроб.</i>	<i>Зубок.В.В.</i>			Добровільне медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку	Літ.	Арк.	Акрушів
<i>Перевір.</i>	<i>Онищенко В.О.</i>				3	98	
<i>Н. Контр.</i>	<i>Маслій О.А.</i>				Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» Кафедра фінансів, банківського бізнесу та оподаткування		
<i>Затверд.</i>	<i>Птащенко Л.О.</i>						

## ВСТУП

Актуальність теми дипломної роботи. Однією з фундаментальних складових ефективного функціонування економіки та системи охорони здоров'я країни є медичне страхування. Ця складова має вирішальне значення для забезпечення майбутнього здоров'я нації. Стан здоров'я населення характеризується рядом показників, що є ключовими для вимірювання рівня соціально-економічного розвитку країни, а також пов'язані з національною безпекою. Важливою складовою системи охорони здоров'я є добровільне медичне страхування, яке має на меті забезпечити захист в разі втрати здоров'я та працездатності з будь-якої причини, включаючи хвороби та нещасні випадки.

На сучасному етапі розвитку системи страхування, добровільне медичне страхування стає необхідним елементом різних економічних і соціальних систем суспільства. Економічний розвиток без належної системи страхування стає неможливим. У сучасних економічних умовах все більше уваги приділяється аналізу існуючої української системи охорони здоров'я, можливостям та шляхам її трансформації.

Мета наукової роботи – дослідження розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні.

Для досягнення мети у дипломній роботі поставлено такі завдання:

- обґрунтувати сутність, значення та основні принципи добровільного медичного страхування;
- проаналізувати вплив державного регулювання на ринок медичного страхування;
- оцінити показники розвитку добровільного медичного страхування;
- визначити діяльність страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування;

- розглянути тенденції розвитку добровільного медичного страхування за часів пандемії COVID-19;

- проаналізувати міжнародний розвиток добровільного страхування;

- розкрити зміст та обґрунтувати проблеми та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є процеси розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Предметом наукового дослідження є теоретико-методологічні засади оцінки, забезпечення та готовності страхового ринку України до впровадження страхової медицини.

розширення послуг медичного страхування.

Інформаційною базою дослідження стали нормативні акти, що визначають та регулюють страховий ринок України; звітно-аналітичні дані Національного банку України, Державної служби статистики України, Міністерства фінансів України, результати наукових досліджень щодо страхування, рейтинг страхових компаній згідно журналу «Insurance TOP», а також дані електронних ресурсів мережі Інтернет.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

### 1.1. Сутність та значення добровільного страхування в системі медичного страхування

Як окрема ланка економічної категорії – страхування є невід’ємною частиною суспільного життя та ринкової економіки. Західні дослідники підкреслюють, що слово «страхування» походить від латини, перекладається як «безтурботний». Англійська назва терміна – «insurance» – дослівно означає «страховка». Зміст цієї категорії також асоціюється зі словом «страх». Людина боїться втратити всю набуту цінність чи життя та здоров’я, тому об’єктивно бажає захистити себе та своє майно від різних ризиків.

Медичне страхування – форма соціального забезпечення медичних благ населення, виражена часткою страховика в накопичених коштах, яка гарантує оплату медичних витрат, передбачених договором страхування у разі настання страхового випадку.

Медичне страхування гарантує, що у разі настання страхового випадку населенню буде надано певний обсяг безкоштовних медичних послуг відповідно до договору, укладеного зі страховою організацією. Сьогодні цей вид страхування є важливою альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не гарантує громадянам конституційне право на безкоштовне медичне обслуговування.

Метою добровільного медичного страхування є відшкодування особі витрат на медичні послуги та збереження здоров’я. Передбачає компенсацію громадянам витрат на медичну допомогу та інших витрат, пов’язаних із збереженням здоров’я: відвідування лікаря, амбулаторне лікування; лікування в стаціонарі; придбання медикаментів; протезування зубів, отримання стоматологічної допомоги; проведення профілактичних та гігієнічних заходів

тощо [1]. Перш за все, слід звернути увагу на структуру медичного страхування в Україні.

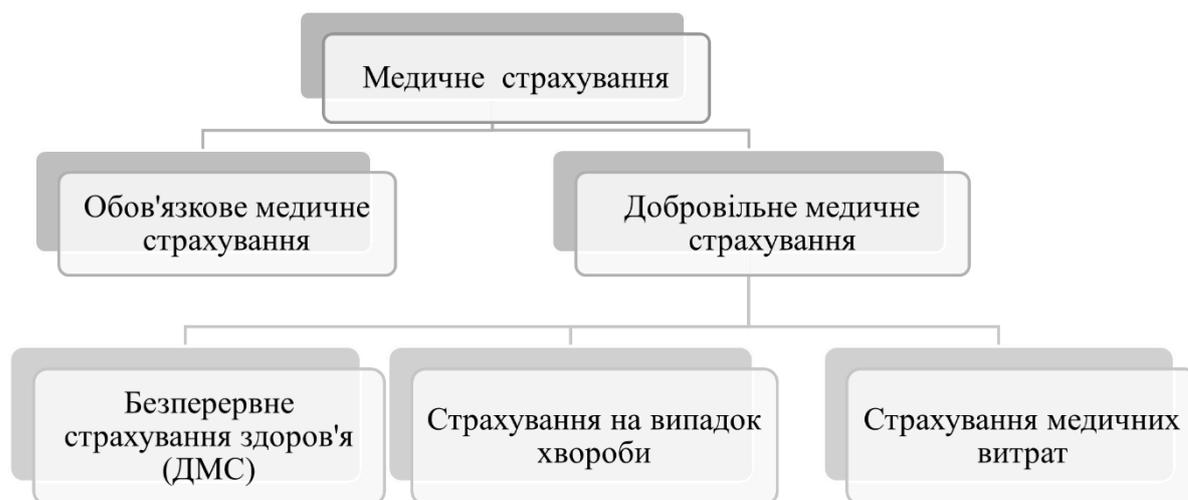


Рис. 1.1. Структура ринку медичного страхування в Україні

Основною метою добровільного медичного страхування (ДМС) є сплата одноразової премії, яка дозволяє отримувати якісні медичні послуги за вибраним планом протягом усього терміну дії полісу без додаткових витрат.

Відповідно до форми організації медичне страхування поділяється на: загальнообов'язкове страхування, яке забезпечує отримання медичної допомоги для всіх громадян країни, що являє собою невід'ємну частку державного соціального страхування, надає рівні можливості та виконується на умовах відповідного медичного страхування, що надається фондом загальнообов'язкового медичного страхування та добровільне медичне страхування, що здійснюється на основі відповідної схеми медичного страхування, надає громадянам додаткові та інші медичні послуги, крім встановленої системи обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування може бути корпоративним або індивідуальним[2].

Загальнообов'язкове медичне страхування – це визначена законом програма гарантованого надання населенню медичної допомоги. Загальнообов'язкове медичне страхування – це форма медичного страхування, спрямована на забезпечення реалізації застрахованими особами конституційного права на безоплатну медичну допомогу в порядку,

встановленому програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, затвердженою НБУ [3].

Обов'язкове страхування координується державною установою. Страхові внески сплачуються фізичними та юридичними особами у формі податків. Така організація страхового фонду забезпечує стабільне надходження коштів до страхового фонду, що дає можливість планувати



Рис. 1.2. Класифікація медичного страхування на страховому ринку України

Зараз добровільне медичне страхування в основному продається як індивідуальне та корпоративне страхування. Більшість українців страхуються в рамках корпоративного страхування.

Популярність цього виду страхування пояснюється його ціною та легкістю, з якою його можна придбати, маючи лише довідку з адміністрації. Крім того, вартість корпоративного страхування на 20-30% дешевша, ніж приватного. Для страхових компаній цей вид добровільного медичного

страхування є більш вигідним, ніж приватне медичне страхування. Це пов'язано з тим, що при створенні корпоративного страхового поліса зараховуються як здорові, так і хворі люди, тоді як приватне страхування зазвичай оформляють люди, які вже потребують лікування або мають схильність до різних захворювань.

Кожна страхова компанія встановлює свої умови договору. Як правило, ці умови визначають, за яких умов буде, а за яких не буде виплачене відшкодування в разі настання страхового випадку, визначеного в договорі. [5].



Рис. 1.3. Принципи обов'язкового медичного страхування: основні аспекти та характеристики

\*Складено за даними [4].

Суть добровільного медичного страхування полягає у забезпеченні медичного захисту населення у разі настання страхового випадку за рахунок

накопичених коштів. Таким чином, з одного боку, забезпечується надання медичної допомоги та профілактичних заходів, а з іншого – гарантується якість медичних послуг. Ще однією особливістю медичного страхування є те, що якість страхових послуг залежить не тільки від роботи самих страховиків, а й безпосередньо від їхніх партнерів – фармацевтичних компаній та медичних закладів. Тому страховики безпосередньо зацікавлені в тому, щоб укласти договори з приватними постачальниками медичних послуг, які можуть запропонувати якісне медичне обслуговування. Таким чином, придбати страховку з добровільного медичного страхування означає отримати доступ до широкого спектру медичних закладів по всій Україні, включаючи комерційні заклади, клініки та спеціалізовані установи. У разі необхідності фахівці страхової компанії направлять пацієнтів до найбільш ефективних медичних закладів для вирішення їхніх проблем.

Важливою ланкою при працевлаштуванні є надання підприємством можливості укласти корпоративне страхування, але, якщо роботодавцем не передбачене укладання договору медичного страхування – особа має право самостійно обрати поліс з добровільного медичного страхування, та укласти його з вибраною страховою компанією.

Приватне медичне страхування можна поділити на: страхування життя, страхування від нещасних випадків та медичне страхування [6].

Добровільне медичне страхування є чудовою альтернативою державній системі охорони здоров'я. Завдяки приватному страхуванню клієнти можуть обстежуватися як у приватних, так і в державних лікарнях у зручний час без черг, отримувати якісну багатопрофільну допомогу та відшкодовувати витрати на ліки. При цьому програми добровільного медичного страхування є нестандартними і розробляються індивідуально, відповідно до побажань і можливостей клієнта.

Як наслідок, вартість приватного страхування значно вища. Її ціна залежить від багатьох факторів і зазвичай визначається після консультації. В тому числі значною мірою залежить від переліку ризиків, кількості

застрахованих, регіону надання страхових послуг, стану здоров'я клієнта, від категорії медичних установ, що здійснюють страхування, та можливих наборів бонусних програм, які стосуються фітнес-центрів, профілактичних масажів, тощо.

Тому рекомендується обирати поліс добровільного медичного страхування, який виражається у фінансових, а не кількісних обмеженнях. Наприклад, медичну допомогу можна отримати не більше трьох разів на рік [6].

Оплата фактично наданої медичної допомоги здійснюється страховиком у вигляді перерахування коштів на рахунок медичного закладу. Якщо застрахована особа за погодженням зі страховиком авансує медичні витрати або купує ліки за рецептом, страховик відшкодовує понесені витрати на підставі наданих документів.

Звернувши увагу на переваги добровільного медичного страхування можна відокремити наступні риси: при випадку серйозних захворювань надається гарантія надання коштів на покриття медичної допомоги, також клієнт має можливість вибору, що надає йому право на обрання страхової компанії орієнтуючись на репутацію, відгуки та її досвід, також перевагою є те, що діє можливість обрати найефективнішу базу лікування з переліку запропонованих страхових компаній.

Не менш важливим фактором є економія. Одним із головних недоліків приватної медицини є те, що клієнт має ризик переплатити за непотрібне лікування велику кількість коштів. Фахівці обраної страхової компанії відстежують доцільність призначених діагностик та лікування для вирішення цієї проблеми.

Також, одним з важливих рис є відсутність зміни цін на послуги. Таким чином, якщо упродовж дії страхового полісу добровільного медичного страхування відбувається зміна цін на препарати або відбувається зміна у вартості процедур – це не відображається на власнику поліса, що є не менш важливим фактором



Рис. 1.4. Переваги добровільного медичного страхування на страховому ринку України

За якісним медичним обслуговуванням стежать страховики, що надають поліси добровільного медичного страхування їх власникам

Але, у добровільного медичного страхування також існує ряд недоліків, що включають в себе високу вартість та ризик при не використанні медичної допомоги власник поліса не може повернути собі свої кошти,

На даний час страхові компанії пропонують кілька видів страхових програм. По-перше, страховики у свої поліси включають стаціонарну медичну допомогу, що дає можливість забезпечити необхідні обстеження та лікування в зв'язку із захворюваннями або травмою, що стали причиною госпіталізації до медичної установи.



Рис. 1.5. Запропоновані види страхових програм в Україні

По-друге, важливим аспектом є швидке реагування медичної допомоги за місцем виклику, діє можливість транспортування до медичного закладу, супровід медиків, якщо стану здоров'я щось загрожує.

Також, амбулаторно-поліклінічна допомога за дією полісу добровільного медичного страхування включає в себе лабораторні дослідження, консультації медиків, апаратну діагностику (рентген, ЕКГ, УЗД, тощо), лікування відбувається без оплати на медичні препарати, ін'єкції, крапельниці та фізіотерапевтичні процедури в умовах денного стаціонару або умовах поліклініки

Якщо пацієнт за станом здоров'я потребує постільного режиму – послуги надання медичної допомоги надаються на дому, що включає в себе збір матеріалів для проведенні лабораторних аналізів дома.

Існують також ексклюзивні програми, що включають в себе консультації в телефонному режимі з особистим лікарем та доставку ліків до будинку в цілодобовому режимі.

Таблиця 1.1

## Порівняльна характеристика обов'язкового та медичного страхування

Характерні риси	Обов'язкове	Добровільне
Хто встановлює перелік послуг, що надаються	Спеціальний державний орган	Страхова компанія
Пакет послуг	Охоплює тільки встановлену державою програму обов'язкового медичного страхування	Пропоновані послуги досить різноманітні і вибираються самим клієнтом
Оплата	Всі послуги в рамках обов'язкового медичного страхування надаються безкоштовно, фінансується з бюджету держави	Громадянин оплачує обраний пакет медичного полісу за рахунок власних коштів
Сектор поширення	Всі громадяни України мають поліс обов'язкового страхування	Тільки ті особи, достаток яких дозволяє сплатити додатковий поліс страхування
Ознака прикріплення	Прикріплення громадян відбувається за місцем реєстрації	Клієнт самостійно вибирає установу, де він буде проходити лікування

Наразі, в Україні багато громадян не звикли до приватного страхування, оскільки вони не довіряють страховим компаніям, а іноді, не знають про його переваги. З іншого боку, багато громадян більше не задоволені рівнем медичного обслуговування, що надається місцевими лікарнями. Крім того, медичні організації не мають фінансової спроможності надавати всі медичні послуги безкоштовно. Як наслідок, в загальному обсязі страхових послуг частка медичного страхування в поступово зростає.

Існує низка проблем, які стримують розвиток медичного страхування в Україні. Серед них – відсутність системи підготовки фахівців, неадекватний рівень заробітної плати та преміювання лікарів, відсутність законодавства, що регулює медичне страхування, різні погляди страховиків, лікарів та зацікавлених сторін на модель медичного страхування, а також недостатня поінформованість населення про переваги та недоліки медичного страхування. Вирішення всіх цих проблем не потребує багато часу, відповідних фахівців та фінансових ресурсів [7].

Отже, це означає, що наразі частка людей, які не мають медичної страховки, становить понад 95%. Це означає, що українська система медичного страхування має великий потенціал для розвитку, оскільки існує велика кількість потенційних споживачів страхових послуг. Однак це не має сенсу без належної підтримки з боку держави. Законопроекти у сфері медичного страхування потребують ретельної експертизи з боку національних та міжнародних експертів, які мають значний досвід у сфері медичного страхування.

## **1.2. Види та принципи добровільного медичного страхування**

Добровільне медичне страхування спрямоване на поліпшення здоров'я людей шляхом надання економічних вигод роботодавцям і населенню у сфері охорони здоров'я. Основними принципами процесу надання медичних послуг за програмою добровільного медичного страхування є принцип економічної

вигоди і взаємодії між гравцями на ринку охорони здоров'я для всіх учасників та гарантує «саморегулювання» поведінкової системи.

Основні принципи медичного страхування представлено на рис. 1.6.



Рис. 1.6. Принципи добровільно медичного страхування

\*Складено за даними [8. с.26]

Принципи добровільності та доступності означають, що будь-яка юридична або фізична особа має змогу укласти договір зі страховою компанією добровільного медичного страхування, яка пропонує такі послуги.

Принцип еквівалентності означає, що за договором добровільного медичного страхування застрахована особа отримує вид медичних послуг у межах сплачених страхових внесків.

Принцип безперервності означає, що початок і кінець періоду страхування визначають у договорі страхування окремо, тому що страхові виплати здійснюють тільки в тому разі, якщо страховий випадок стався протягом періоду страхування.

Принцип одноразової або періодичної сплати страхових внесків означає, що в разі добровільного страхування чинність договору страхування залежить від сплати страхових внесків. У разі довгострокового

добровільного страхування несплата регулярних страхових внесків зазвичай призводить до розірвання договору.

З урахуванням наступних принципів відбувається реалізація програм добровільного медичного страхування. Витрати, які пов'язані з лікуванням клієнта поліса добровільного медичного страхування обмежуються страховим внеском в не залежності від високої вартості лікування, та їх збільшення не допускається.

Лікар-координатор приймає безпосередню участь за весь час лікування та має досвід роботи, як в національній інфраструктурі системи охорони здоров'я, та і в медичній сфері, також він має обрати більш підходящий медичний заклад, лікаря-фахівця, що проводитиме лікування та умови лікування.

У співпраці із застрахованою особою розробляються програми страхування та пропонуються різні рівні покриття, що включає в себе як початкове покриття ( одна або декілька програм захисту), до повного покриття ( госпіталізація, стоматологічна допомога, амбулаторне лікування, невідкладна допомога, вакцинація, щеплення, тощо).

Якість надання медичних послуг власнику полісу добровільного медичного страхування постійно контролюється страховою компанією. Впроваджуються передові методи і засоби лікування, затверджується політика лікування, знижується ризик рецидиву захворювання та скорочується період одужання.

Відбувається постійна співпраця в розробці лікування з провідними медичними установами країни, здатне забезпечити якісне та ефективне лікування за програмою медичного страхування.

Також, важливим фактором є те, що застраховані особи можуть отримати медичні послуги поза межами постійного проживання, адже програма медичного страхування діє по всій території України.

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

страхування (безперервного страхування здоров'я); страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат («медичного асистансу»).

Медичне страхування (постійне страхування здоров'я) може бути укладено як фізичними, так і юридичними особами. У зв'язку з наданням медичних послуг заклади охорони здоров'я зобов'язані укласти цей вид страхування. Перелік медичних послуг, що надаються медичним закладом за договором добровільного медичного страхування, відображається в переліку медичних послуг. Для здійснення страхування страховик повинен встановити правила, укласти з медичним закладом договір про надання послуг і узгодити з медичним закладом графік і ціни на медичні послуги. [10, с. 150]

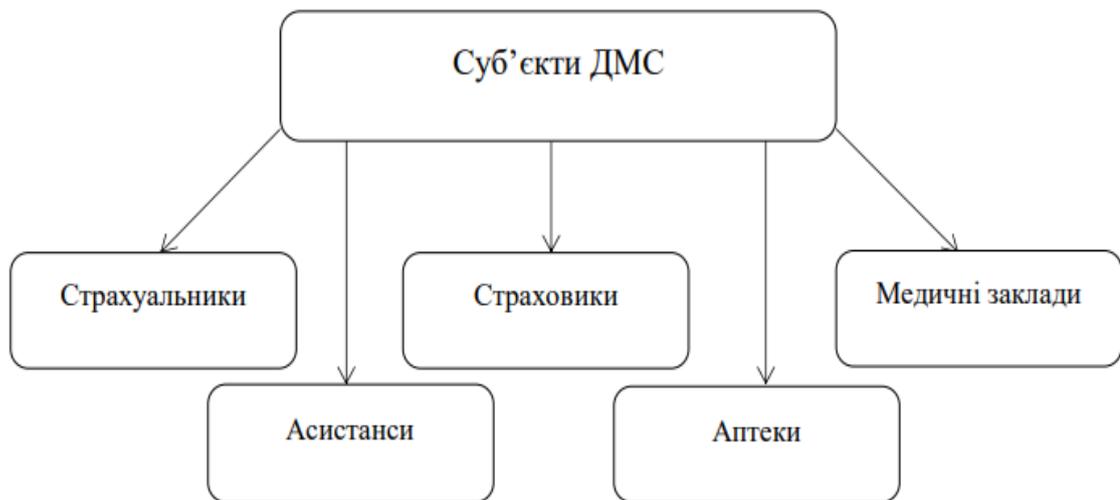


Рис. 1.7. Суб'єкти добровільного медичного страхування

Розглядаючи суб'єкти добровільного медичного страхування охарактеризуємо кожного з них.

Страховальники – це окремі дієздатні громадяни, компанії, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди.

Страховики являють собою страхову компанію, яка має право, згідно ліцензії надавати послуги з добровільного медичного страхування..

Ліцензований постачальник медичних послуг здійснює лікувально-профілактичні заходи та надає медичні страхові виплати за програмою добровільного медичного страхування.

Аптечний заклад, надає витратні матеріали та лікарські засоби, необхідні для надання медичних послуг застрахованим особам або медичним організаціям за договором добровільного медичного страхування.

Асистенти – компанії організують надання медичної допомоги власникам полісів добровільного медичного страхування, та виступають посередниками між медичними організаціями, страховиками та аптеками.

Перед тим, як оформити поліс добровільного медичного страхування, застрахована особа повинна пройти медичний огляд. Мета цього обстеження – визначити, чи страждає застрахована особа на певне захворювання або чи є у неї передумови до певного захворювання. Після цього складається програма медичних послуг, яка визначає розмір страхового покриття, страхових внесків та виплат.

Після укладення договору страхування застрахована особа може звернутися до медичного закладу за наданням медичних послуг. Медичний заклад підтверджує відповідність страхового випадку страховому випадку, зазначеному в договорі страхування, і надає медичні послуги застрахованій особі. Після завершення лікування медичний заклад надсилає рахунок до страхової компанії та здійснює оплату застрахованій особі за надані послуги.

Медичне страхування на випадок втрати працездатності відрізняється від страхування життя кількома аспектами. В основному вони стосуються ризику застрахованої особи, програми медичних послуг, способу виплати страхової суми та організаційної схеми. Основним ризиком є захворювання, що покривається медичною програмою, додатковим ризиком – інвалідність або смерть застрахованої особи внаслідок захворювання, що покривається полісом [10, с. 151].

Особливістю цього виду страхування, яка також впливає на його організаційну структуру, є те, що страхова сума виплачується безпосередньо застрахованій особі, а не медичному закладу.

У разі хвороби страхові внески на медичне страхування визначаються як сума страхових внесків на випадок хвороби, інвалідності та смерті. Страхове

відшкодування виплачується у відсотках від вартості лікування. Цей відсоток залежить від типу захворювання і коливається в межах 20-60%, в середньому близько 40% від страхової суми.

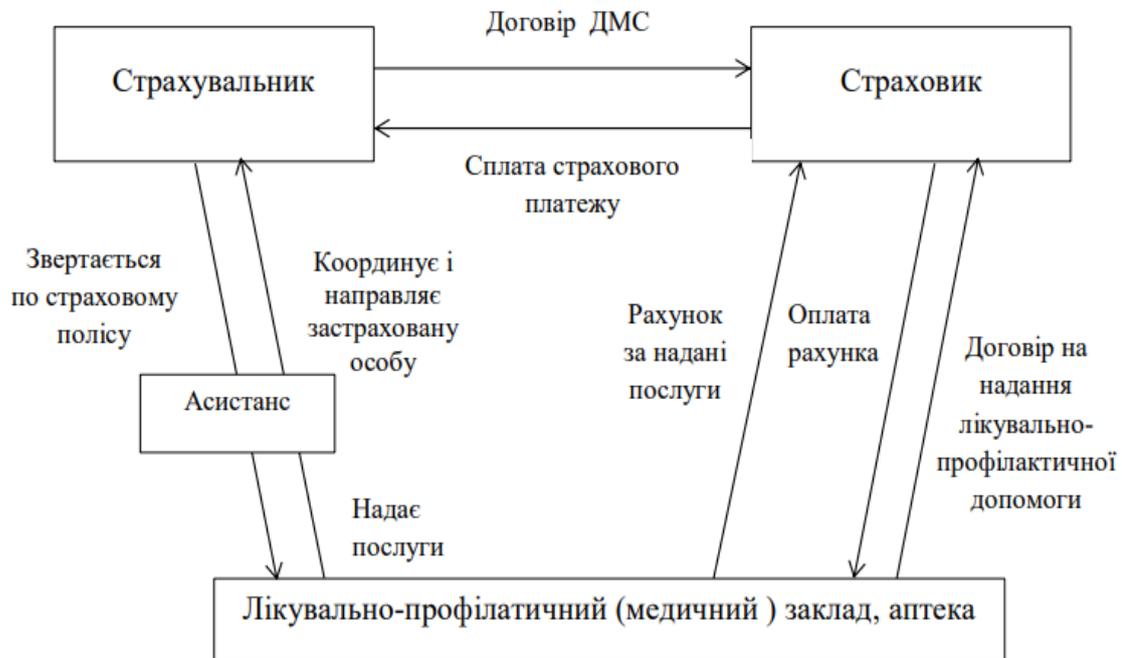


Рис.1.8. Взаємодія суб'єктів добровільного медичного страхування

Страхування медичних витрат або «Медичний асистанс» в першу чергу призначене для покриття невідкладної медичної допомоги та низки додаткових послуг під час перебування українців за кордоном. Цей вид медичного страхування спрямований на надання лише найнеобхіднішої медичної допомоги та переведення на територію Батьківщини для повноцінного лікування. Цей вид страхування можна вважати скоріше комплексним видом страхування, ніж повним медичним страхуванням, оскільки він передбачає не лише медичну допомогу, а й технічні та організаційні послуги, які захистять подорожуючого від багатьох ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, транспортуванням хворих і трупів, перевезенням транспортних засобів, контролем багажу тощо [10, с. 151].

Існує два види добровільного медичного страхування: індивідуальне страхування та групове страхування. В індивідуальному страхуванні застрахованою особою зазвичай є фізична особа, яка укладає договір зі

страховиком про страхування себе або третьої особи (наприклад, дитини, батьків, родича) за власний рахунок. У груповому страхуванні страхувальником зазвичай є компанія або організація, яка укладає договір зі страховиком і страхує своїх працівників та інших осіб (наприклад, членів сім'ї працівників, пенсіонерів) за власний рахунок [11, с. 166].



Рис. 1.9. Види страхових послуг з добровільного медичного страхування

Загалом програми, які пропонують компанії добровільного медичного страхування, можна поділити на базові та додаткові послуги. Саме на базові послуги в першу чергу орієнтуються споживачі, обираючи той чи інший пакет послуг від страхової компанії. Проте кожна компанія має свої переваги і пропонує широкий спектр послуг, таких як медична допомога на дому, пільгове страхування членів сім'ї для відвідування лікаря, якому довіряють, спеціальні програми для вагітних жінок і дітей, безкоштовне медичне страхування при виїзді за кордон.

Таким чином, добровільне медичне страхування поширюється як на фізичних, так і на юридичних осіб і гарантує надання та вартість послуг, передбачених договором з медичними установами. Для визначення графіка надання медичних послуг, визначення вартості страхування та визначення страхового покриття необхідно обстежити застраховану особу на наявність конкретного захворювання або схильності до нього. У разі настання страхового випадку людина з конкретним полісом медичного страхування може звернутися до медичного закладу за лікуванням. Після завершення лікування медичний заклад надсилає рахунок до страхової компанії, яка, в свою чергу, оплачує надані послуги.

### **1.3. Державне регулювання добровільного медичного страхування**

Страховий ринок України є найбільшим і найпотужнішим сектором ринку небанківських фінансових послуг. Сектор постійно розвивається, що не тільки збільшує економічні, комерційні та інвестиційні можливості, але й впливає на соціальний розвиток країни. Необхідність державного регулювання страхового ринку України зумовлена пріоритетністю інтересів страхових компаній, що виражається в дисбалансі інтересів страхових компаній, розвитку страхової інфраструктури, монополізації, недобросовісній конкуренції та змінах у виконанні зобов'язань.

Згідно Закону про страхування, страхування може бути обов'язковим або добровільним, включаючи медичне страхування. Однак, в законодавстві відсутня точна визначеність змісту та принципів медичного страхування. Закон про загальнообов'язкове державне соціальне страхування визначає основні принципи обов'язкового медичного страхування. Згідно з цим законом, медичне страхування є видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, яке забезпечує соціальний захист громадян у разі хвороби, втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття та інших випадках, за рахунок страхових внесків та інших джерел. У законі також

вказано, що обсяг послуг, що надаються через обов'язкове медичне страхування, визначається базовими та територіальними програмами, затвердженими законодавством.

Добровільне медичне страхування дозволяє отримувати додаткові медичні послуги, які перевищують ті, що надаються за рахунок обов'язкового медичного страхування. Умови та порядок добровільного страхування визначаються у договорі між страховиком і страхувальником. Розмір страхових внесків розраховується відповідно до умов договору, включаючи особисті внески громадян та підприємців.



Рис.1.10. Роль держави у страховому секторі України

Державне регулювання страхового ринку – це сукупність організаційно-правових, економічних та організаційно-технічних відносин між державою та учасниками страхового ринку, які здійснюють цілеспрямований державний вплив на страховий ринок як єдину систему [12].

В законодавстві України не має єдиного підходу до трактування понять загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування, тому розглянемо визначення (додаток А).

Виходячи з розглянутих законів та законопроектів, можна зробити висновок, що загальнообов'язкове медичне страхування представляє собою форму обов'язкового страхування, спрямовану на надання соціального захисту, включаючи фінансове забезпечення громадян у разі хвороби. З свого боку, добровільне медичне страхування є страхуванням, що передбачає надання громадянам медичних послуг фінансовими установами, які отримали ліцензію на здійснення добровільного медичного страхування. Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні, враховуючи і пацієнтів, і державу, відповідає середньому показнику в багатьох країнах Європи.

Держава впливає на страховий ринок через створення нормативно-правової бази діяльності учасників страхового ринку, що забезпечує вибір моделі державного регулювання страхового ринку.

В Україні існує власна система державного регулювання добровільного медичного страхування. Основними нормативно-правовими актами, що визначають це регулювання, є Закон України «Про добровільне медичне страхування» – цей закон встановлює загальні принципи та правила функціонування добровільного медичного страхування в Україні. [13].

В Україні також існує обов'язкове медичне страхування, яке регулюється окремими нормативно-правовими актами та державними наглядовими органами. Загальнообов'язкове медичне страхування в Україні запроваджується з метою забезпечення доступності медичної допомоги для всіх громадян [14].

Згідно з українським законодавством, усі працездатні особи, які офіційно працевлаштовані або займаються підприємницькою діяльністю в Україні, зобов'язані вступити в систему обов'язкового медичного страхування. Сплата страхових внесків є обов'язковою для фінансування надання медичних послуг.

Обов'язкове медичне страхування забезпечує доступ до базових медичних послуг відповідно до вимог закону. Цей пакет включає базові профілактичні та лікувальні послуги, невідкладну допомогу, планову

госпіталізацію та інші види медичної допомоги. Державне регулювання добровільного медичного страхування відіграє важливу роль у забезпеченні довіри до системи страхування та захисту прав споживачів.

Держава встановлює стандарти та вимоги до страховиків добровільного медичного страхування, такі як фінансова стабільність, покриття послуг та якість обслуговування. Ці норми гарантують, що страховики зможуть виплачувати страхові відшкодування, коли це необхідно, і що пацієнти отримують належне лікування.

Національний банк України (НБУ) виконує регулювання медичного страхування в Україні через нормативно-правову базу, ліцензування та регулярний нагляд, захист інтересів страхувальників, співпрацю з іншими регуляторами та стимулювання розвитку ринку

НБУ встановлює правила та норми, які регулюють діяльність страхових компаній, що займаються медичним страхуванням. Це включає встановлення вимог до фінансової стійкості страховиків, правила формування резервів, установлення лімітів на страхові виплати та інші аспекти діяльності.

Також, НБУ відповідає за ліцензування страхових компаній, які здійснюють медичне страхування. Крім того, здійснює регулярний нагляд за їх діяльністю, включаючи оцінку фінансових показників, контроль дотримання нормативів та надання звітності.

Встановлює правила, спрямовані на захист інтересів страхувальників у медичному страхуванні. Це може включати вимоги щодо обов'язковості певних покриттів, забезпечення доступності та якості страхових послуг, встановлення процедур врегулювання спорів та скарг.

Співпрацює з іншими органами державного регулювання, такими як Міністерство охорони здоров'я та Державна служба фінансового контролю, для забезпечення координації та ефективного регулювання медичного страхування. НБУ може використовувати різні інструменти та політики для стимулювання розвитку ринку добровільного медичного страхування, зокрема шляхом впровадження фінансових стимулів, підтримки інновацій та

забезпечення стабільного розвитку сектору. Загалом, НБУ виконує роль регулятора та наглядача, забезпечуючи ефективне функціонування медичного страхування та захист інтересів страхувальників.

Важливим аспектом державного регулювання добровільного медичного страхування є контроль за цінами на медичні послуги. Постачальники медичних послуг часто встановлюють високі ціни, що може призвести до непропорційного зростання страхових внесків. Держави встановлюють ліміти на ціни, які сплачує добровільне медичне страхування, або створюють механізми контролю за підвищенням цін. Це гарантує, що страхові послуги є доступними для широкого кола людей.

Крім того, країни можуть сприяти злиттю більш ефективних і конкурентоспроможних страхових компаній. Злиття страховиків може створити спільну клієнтську базу та ресурси, що може зменшити адміністративні витрати та витрати на розробку нових продуктів. Крім того, страховики можуть ефективніше контролювати якість медичних послуг і надавати додаткові переваги клієнтам.

Злиття також може допомогти страховикам зміцнити свої позиції на ринку та підвищити стабільність у конкурентному середовищі. Це дозволяє страховикам ефективніше конкурувати з державними медичними службами та залучати нових клієнтів. Злиття також сприяє обміну досвідом та спільній розробці страхових продуктів, підвищенню якості обслуговування та задоволеності клієнтів.

Об'єднання страховиків є важливим явищем у страховій галузі, де різні страховики та організації об'єднуються для спільного вирішення проблем, підвищення ефективності та захисту спільних інтересів. Вони можуть мати різні форми та цілі, включаючи професійні асоціації, консорціуми, спілки та кооперативні структури.

Спілки можуть об'єднувати страховиків з метою здійснення спільних заходів, наприклад, щодо лобіювання інтересів галузі або ведення спільної рекламної кампанії. Кооперативні структури передбачають спільну власність

та управління, де страховики спільно здійснюють страхову діяльність та діляться ризиками та прибутками. Ці об'єднання сприяють розвитку страхової галузі шляхом зміцнення співпраці та об'єднання ресурсів.

Однією з головних причин, чому страховики об'єднуються в альянси, є збільшення їхньої сили та конкурентоспроможності на ринку. Злиття дозволяє страховикам об'єднати свої ресурси, досвід і можливості для залучення нових клієнтів, розширення ринків і пропозиції нових страхових продуктів. Вони також можуть зменшити адміністративні процеси, витрати на маркетинг та рекламу.



Рис. 1.11. Види об'єднань страхових компаній, які здійснюють добровільне медичне страхування

Асоціації страховиків також можуть допомогти страховикам у вирішенні спільних проблем та викликів, з якими вони стикаються. Наприклад, вони можуть спільно вдосконалювати процеси укладання договорів, управління ризиками, стандартизацію страхових полісів та розробку нових технологій. Це може підвищити якість послуг та задоволеність клієнтів.

Асоціації страховиків також можуть впливати на розвиток страхового законодавства та державної політики. Асоціації страховиків можуть

працювати з урядами та регуляторами над розробкою правил і норм, які сприятимуть сталому та ефективному функціонуванню страхових ринків. Це включає розробку стандартів, гармонізацію тарифів, захист прав споживачів та співпрацю з іншими секторами охорони здоров'я.

Асоціації страховиків також можуть мати значний вплив на пацієнтів та постачальників медичних послуг. Вони можуть покращити доступ до медичної допомоги та її якість шляхом зміцнення відносин з постачальниками медичних послуг, створення мереж постачальників медичних послуг та спільного фінансування проектів у сфері охорони здоров'я. Крім того, асоціації можуть сприяти створенню інноваційних рішень, використанню технологій та вдосконаленню процесів у секторах охорони здоров'я та страхування.

Загалом, об'єднання страховиків є важливим інструментом зміцнення страхового сектору та підвищення якості послуг. Страхові об'єднання сприяють створенню конкурентного середовища, підвищенню ефективності та розширенню сфери діяльності страховиків. Водночас вони повинні дотримуватися принципу справедливості, забезпечувати захист прав споживачів та сприяти сталому розвитку страхової системи..

Важливо, що Асоціація страховиків добровільного медичного страхування працює за відповідними правилами та узгодженими положеннями, але не має законодавчих повноважень.

Функція Федерації полягає в координації та співпраці з іншими учасниками ринку, а також у виконанні регуляторних функцій у сфері добровільного страхування.

Для досягнення своїх цілей Федерація організовує конференції, семінари та інші заходи науково-практичного характеру, організовує обмін досвідом між своїми членами та допомагає їм дізнаватися про практичні досягнення страхових компаній інших країн за допомогою різних інформаційних інструментів, включаючи роботу власного сервера. Навчально-інформаційний центр діє як юридична особа під егідою Асоціації.

Основні завдання Ліги страхових організацій України полягають у сприянні розвитку страхового ринку, захисті прав та інтересів тих страховиків, які є членами Ліги, сприяє формуванню й удосконаленню правової бази страхування, підвищенню кваліфікації та професіоналізму керівників і спеціалістів страхового ринку.

Також, відбувається утвердження взаємної довіри, надійності, порядності й ділового партнерства у взаєминах учасників страхового ринку.

Таким чином, добровільне страхування є важливою складовою системи медичного страхування, що доповнює обов'язкове страхування та забезпечує додатковий фінансовий захист страхувальників.

Суть добровільного страхування полягає в тому, що вступ на страхування є добровільним для застрахованої особи, а застрахована особа обирає пакет та умови страхування відповідно до своїх потреб та можливостей.

Добровільне страхування дозволяє застрахованій особі отримати додаткові медичні послуги, не включені в обов'язкове страхування, такі як консультації спеціалістів, діагностичні та реабілітаційні послуги.

Добровільне страхування є важливим з точки зору забезпечення фінансової безпеки страхувальників у разі непередбачуваних витрат на охорону здоров'я, зменшення фінансового навантаження на систему обов'язкового страхування, заохочення розвитку приватного сектору охорони здоров'я, стимулювання конкуренції та покращення якості медичних послуг.

Добровільне медичне страхування може мати різні форми, включаючи індивідуальне, групове та корпоративне страхування. Таке страхування дозволяє різним особам та організаціям забезпечити фінансовий захист від медичних витрат.

Принципами добровільного медичного страхування є добровільність, вибірковість та індивідуальний підхід до страхових пакетів та умов, актуарна справедливість, довгостроковість договорів та довіра між страхувальником та страховою компанією. Застрахована особа може обирати покриття, додаткові

послуги та лікарів, які надають медичну допомогу. Це дозволяє добровільному медичному страхуванню гнучко реагувати на потреби кожної застрахованої особи.

Добровільне медичне страхування заохочує конкуренцію між постачальниками медичних послуг та лікарями і сприяє підвищенню якості медичного обслуговування. Забезпечення ефективного управління та регулювання є важливим елементом підтримки стандартів якості в схемах добровільного медичного страхування та захисту прав страхувальників.

Державне регулювання добровільного медичного страхування необхідне для забезпечення ефективності, прозорості та стабільності в секторі, захисту інтересів страхувальників, забезпечення фінансової стабільності страхових компаній та дотримання вимог законодавства про добровільне медичне страхування.

Національні наглядові органи, такі як Національна агенція з фінансування охорони здоров'я (НФЗ), встановлюють правила і норми, що регулюють діяльність страхових компаній з добровільного медичного страхування.

Державні регулятори також здійснюють моніторинг якості медичних послуг, що надаються за полісами добровільного медичного страхування, та вживають заходів у разі їх невідповідності. Важливою функцією державного регулювання є надання інформаційної підтримки та консультацій страховикам і страхувальникам, допомога у виборі страхових пакетів та вирішенні спірних питань.

Державне регулювання добровільного страхування стимулює розвиток сектору та забезпечує стабільність і довіру на ринку добровільного медичного страхування. Ефективність державного регулювання є важливим фактором забезпечення якості медичних послуг, захисту прав страхувальників та сприяння розвитку добровільного страхування в Україні.

Таким чином, аналізуючи дослідження, можна зробити висновок, що

добровільне медичне страхування відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я. Воно дає можливість громадянам бути готовими до непередбачуваних медичних витрат, отримати додатковий фінансовий захист та доступ до якісної медичної допомоги.

Розглянуті види добровільного медичного страхування, такі як індивідуальне та групове страхування, дають можливість вибрати варіант, який підходить саме для конкретного клієнта. Принципи добровільного медичного страхування, такі як взаємність, справедливість і солідарність, сприяють створенню стабільної системи захисту і накопичення фінансових ресурсів для медичного страхування.

Державне регулювання добровільного медичного страхування є важливим для забезпечення балансу інтересів страхувальників та страхових компаній. Таке регулювання включає законодавство, наглядові органи та адміністративні структури, які сприяють ефективному функціонуванню ринку добровільного медичного страхування.

Таким чином, добровільне медичне страхування має велике значення як для окремих клієнтів, які отримують фінансовий захист і доступ до якісної медичної допомоги, так і для стабільності системи охорони здоров'я в цілому. У цьому виді страхування мають бути зацікавлені як окремі громадяни, так і держава, яка повинна забезпечити ефективне регулювання та нагляд за його функціонуванням.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Оцінювання показників розвитку добровільного медичного страхування на страховому ринку України

Існування повноцінного страхового ринку є важливою умовою підвищення добробуту населення та сталого економічного зростання, а його подальший розвиток має бути пріоритетом в економічному та соціальному аспектах реалізації державної політики. У сучасних умовах страховий ринок має сприяти створенню додаткових джерел фінансування, а страхові компанії повинні розглядатися як потужні інвестори в економічний розвиток [16].

У контексті аналітичного дослідження ринку добровільного медичного страхування в Україні необхідно проаналізувати низку абсолютних та відносних показників у динаміці: місце добровільного медичного страхування на страховому ринку України в цілому, загальну кількість підприємств та компаній, що здійснюють медичне страхування, обсяг акумульованих страхових премій, вартість страхових виплат за наслідками страхових випадків, частку сукупних страхових премій по відношенню до ВВП тощо.

За останні роки популярність на укладання полісів добровільного медичного страхування суттєво зросла. Доцільно звернути увагу на страховий ринок в цілому, визначити кількість страхових компаній та дослідити їх частку на страховому ринку України.

Таблиця 2.1

Зміни у складі учасників страхового ринку України у 2022 році.

Кількість страховиків у ДРФУ	01.01.2022		01.03.2022		01.09.2022	
	ДРФУ	Ліцензіати	ДРФУ	Ліцензіати	ДРФУ	Ліцензіати
Всього, з них:	156	144	145	142	140	140
non-life	143	131	132	129	127	127
life	13	13	13	13	13	13

Аналізуючи таблицю 1.1. бачимо, що станом на перше вересня 2022 року, в Державному реєстрі фінансових установ (ДРФУ), на страховому ринку України свою діяльність здійснюють 140 страхових компаній. Страхуванням життя займаються лише 13 страхових компаній, а ризиковим страхуванням 127 страховиків.

Страхові компанії сегменту ризикового страхування з у січні-лютому 2022 року втратили 10 страховиків-неліцензіантів з ДРФУ. Таким чином, 3 страховики виключені після анулювання ліцензії (як захід впливу), 1 страховик після анулювання ліцензії за заявою, та ще 1 страховик, який був у січні 2022 року включений до ДРФУ, проте ті і не отримав жодної ліцензії на здійснення страхової діяльності. Станом на 22.09.2022 у 3 страховиків тимчасово зупинена ліцензія на здійснення страхової діяльності, 1 страховику анульовано ліцензію.

Слід зазначити, що кількість Лайфових страхових компаній не змінювалась упродовж дев'яти місяців 2022 року.

Станом на 30.06.2022 загальний обсяг активів страховиків у порівнянні з початком року (до військової агресії), майже не змінився (+2,2%) і склав 65,7 млрд. грн. При цьому, за вказаний період кількість страховиків скоротилася – з 155 (станом на 01.01.2022) до 142 (станом на 01.07.2022).

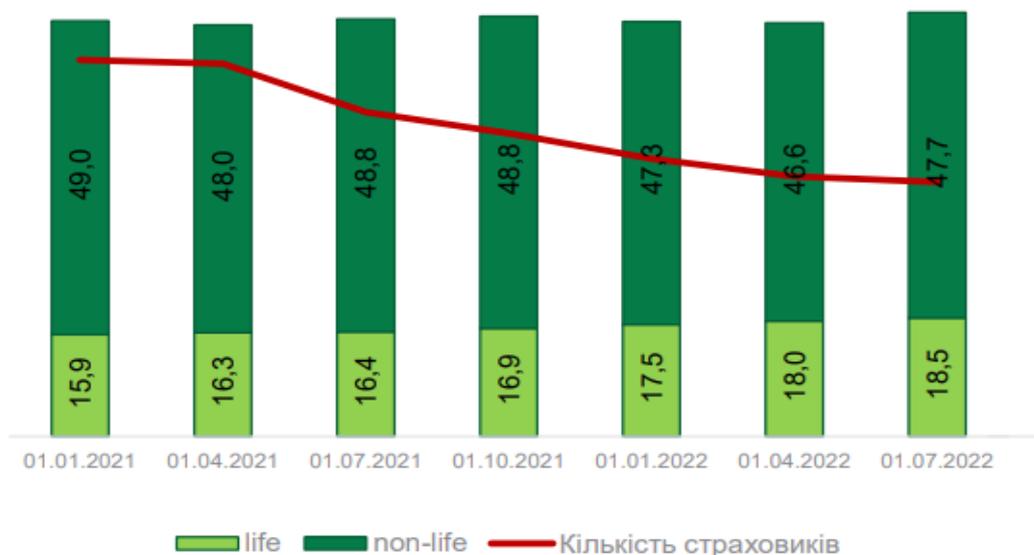


Рис.2.1. Обсяг активів та кількість страхових компаній в Україні, млрд грн

Також, доцільно звернути увагу, та проаналізувати страховий портфель за видами страхування та визначити частку кожної ланки на страховому ринку України.

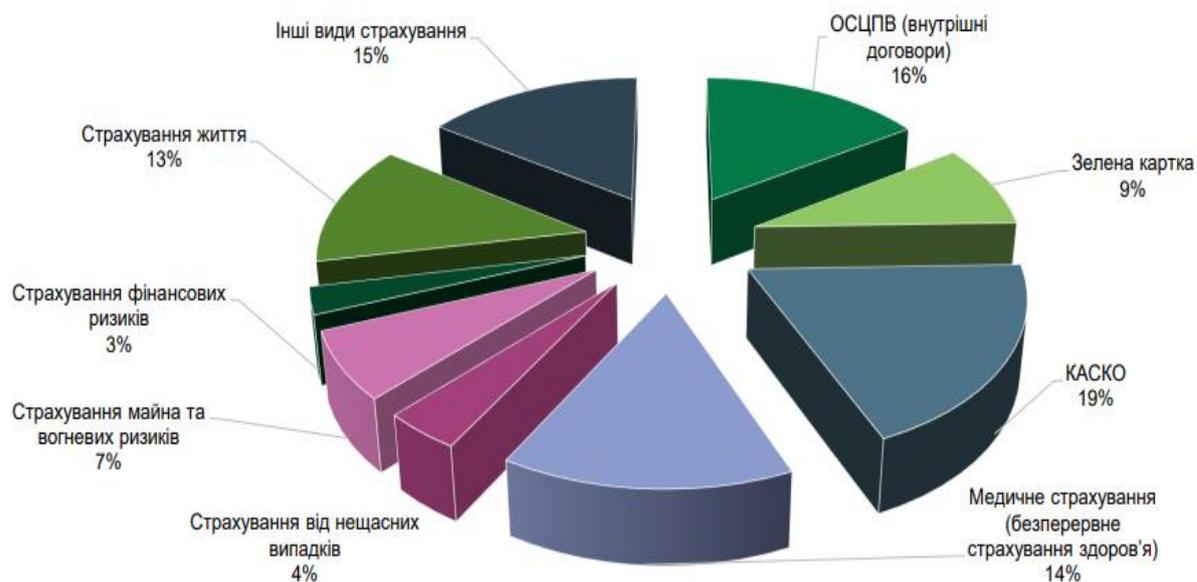


Рис. 2.2. Страховий портфель України за I півріччя 2022 року за видами страхування

У I півріччі 2021 року 44% страхових премій традиційно припало на автострахування (ОСЦПВ, Зелена картка, КАСКО) – у період військової агресії частка цих видів страхування у портфелі стала більш значною (за аналогічний період минулого року – 36%).

Особові види страхування (добровільне медичне страхування, страхування від нещасних випадків, страхування життя) склали 31%. Страхування від нещасних випадків та вогневих ризиків загалом мають показник у 11%, на інші види страхування припадає частка у 15% від загального обсягу страхового портфелю.

Важливо також відобразити зміни в структурі страхового портфелю порівнюючи перше півріччя 2021 року та перше півріччя 2022 року. Таким чином, у структурі страхового портфелю найбільше скоротились обсяги страхування майнових та вогневих ризиків (-60%), фінансових ризиків (-64%) та КАСКО (-30%)

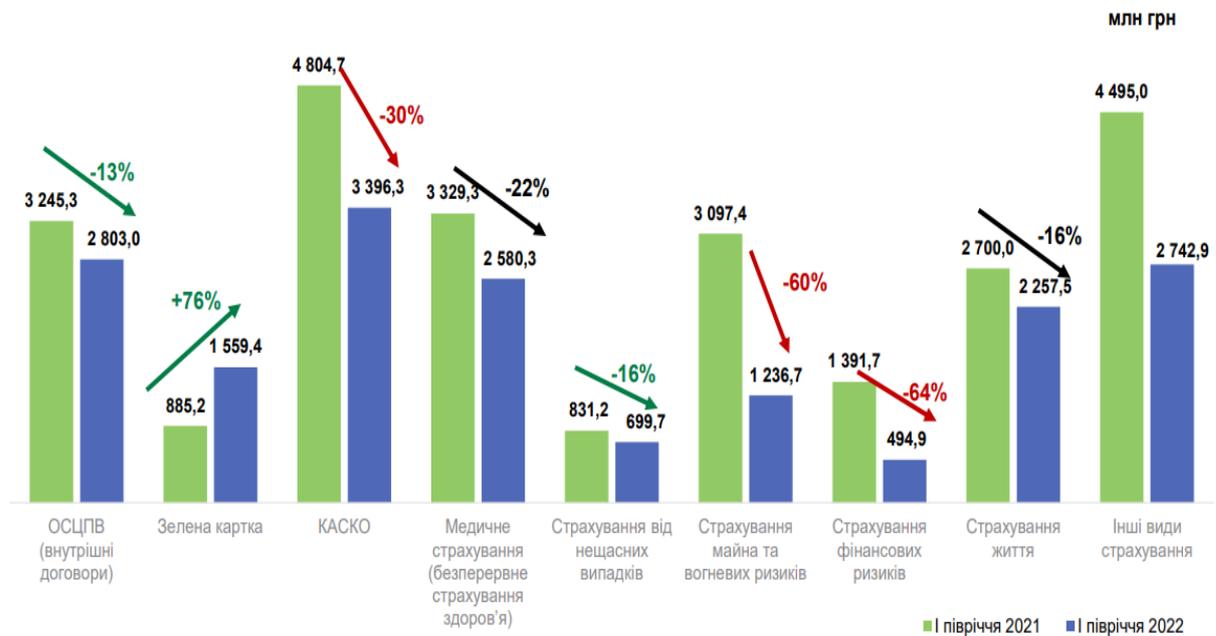


Рис. 2.3. Структура страхового портфеля України за видами страхування за перше півріччя 2021-2022 року

Драйверами підтримки страхового бізнесу non-life стали «Зелена картка» (+76%), ОСЦПВ (-13%), та страхування від нещасних випадків (-16%). Надходження страхових премій зі страхування життя скоротилося на 16%.

Також, слід зазначити, що одним із важливих показників, що дає уявлення про місце страхування в економіці країни та розвиток страхової культури є частка валових страхових премій у відношенні до ВВП. Для порівняння, показник проникнення у Європі складає 5,0%, в середньому у світі – 6,1%. Лідерами за цим показником страхування у світі є Великобританія, Японія та Франція. У той же час, за 2020 р. частка валових страхових премій у відношенні до ВВП становила 1,3 %. Щодо рівня проникнення добровільного медичного страхування, значення показника є вкрай низьким. Детальніше динаміку рівня проникнення добровільного медичного страхування в Україні можна розглянути на рис. 2.4.

Проаналізувавши динаміку показника проникнення, можна сказати, що його значення є вкрай низьким і коливається в діапазоні 0,008 % – 0,0011 %.

Найбільшого значення він досяг у 2020 р. через значне перевищення темпів приросту отриманих премій по добровільному медичному страхуванні над темпами приросту ВВП. А у 2022 р. рівень проникнення зменшився на 0,0002 у зв'язку з зниженням обсягів премій та ВВП.

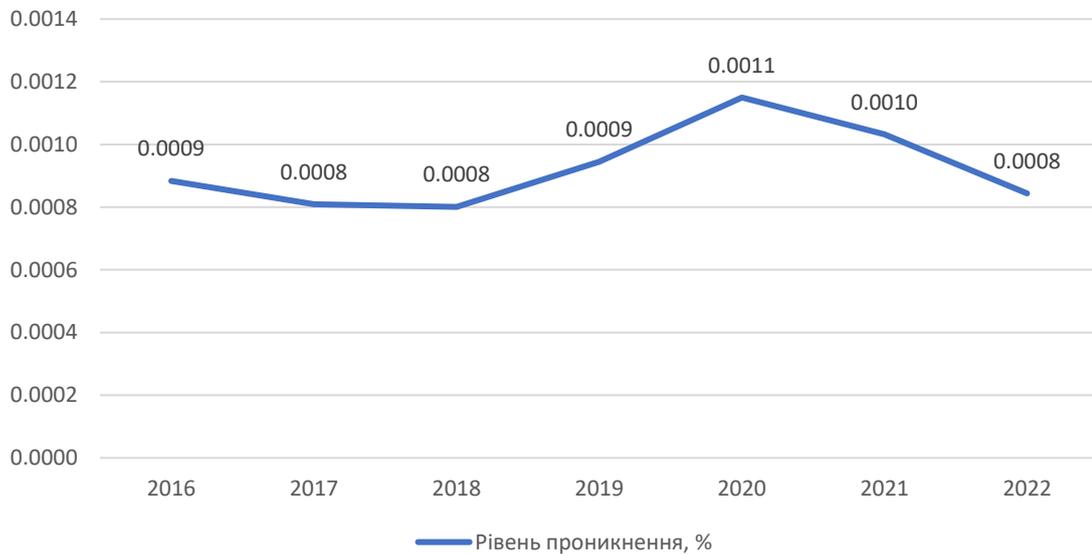


Рис. 2.4. Частка проникнення медичного страхування на ринку медичних послуг України за 2016-2022 роки

Отже, порівнюючи значення частки валових страхових премій у відношенні до ВВП, з аналогічними показниками інших розвинених країн, можемо говорити про досить низький рівень страхової культури в Україні [17].

Більш детально розглянути обсяги акумульованих страхових премій і виплат за договорами добровільного медичного страхування допоможе наведений нижче табл. 2.2 та рис. 2.5.

Таблиця 2.2

Акумульовані страхові премії та виплати добровільного медичного страхування у 2019-2022 рр.

Рік	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	2	3	4
2019	3756727,6	2258625,7	60,12
2020	4822735,2	2602326,6	53,96
2021	5637364,5	3189082	56,57
2022	4383096,5	2386993,4	54,46

За даними таблиці 2.2 можна виявити зростання показників премій та виплат у 2021 р. на 1 млрд 880 млн 637 тис. грн та 930 млн 456 тис. грн відповідно. При цьому, рівень страхових виплат зменшився з 60,1 % у 2019 р. до 56,6 % у 2021 р.

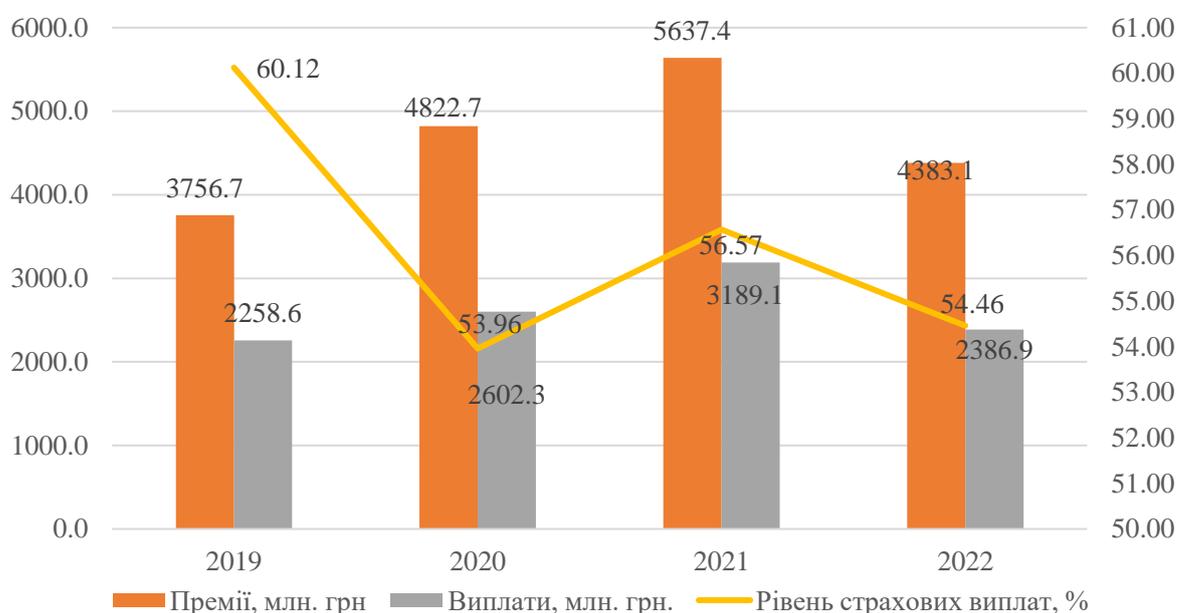


Рис. 2.5. Динаміка обсягів премій і виплат добровільного медичного страхування, 2019-2022 рр.

Проте, зважаючи на складну економічну ситуацію в країні, у 2022 році обсяг премій та виплат у порівнянні з даними попереднього року скоротився на 22,3 % та 25,2 % відповідно. Так само і скоротився рівень виплат у 2022 році, на 2,1 % порівняно з 2021 роком.

Доречним є аналіз питомої ваги та темпів приросту страхових платежів по всіх областях України розглянутих у табл. 2.4.

Аналіз показників за областями дасть змогу побачити в яких регіонах програма добровільного медичного страхування користується більшим попитом, а в яких поліси добровільного медичного страхування укладаються менше за інші.

Провівши аналіз табл. 2.3 зазначимо, що прослідковується позитивна тенденція до збільшення страхових платежів по майже по всіх областях у

2021 р., проте в більшості регіонах у 2022 р. помітний спад по платежах за добровільним медичним страхуванням.

Таблиця 2.3

Страхові платежів добровільного медичного страхування в регіональному розрізі за 2019-2022 роки, тис. грн.

Область	Роки				Темп приросту, %
	2019	2020	2021	2022	2022/2019
1	2	3	4	5	6
Вінницька	24426,7	25982,4	26603,1	21848,0	-10,56
Волинська	2400,6	2299	2648,1	2422,3	0,90
Дніпропетровська	74519,2	97068	79321,7	54633,9	-26,68
Донецька	62652,5	95531,9	66794,4	63500,2	1,35
Житомирська	3220,8	5740,2	5522,5	4632,0	43,82
Закарпатська	789,4	1560	2732,2	1492,5	89,07
Запорізька	91886,3	137565	162114	73771,5	-19,71
Київська	1453717	1990627	2420334	1434525	-1,32
Кіровоградська	1918,2	1549,3	1150,6	808,4	-57,86
Луганська	613,1	620,6	1008,0	126,9	-79,30
Івано-Франківська	4495,7	5645,9	4008,9	4152,7	-7,63
Львівська	14709,5	23371,9	34455,6	18005,8	22,41
Миколаївська	10686,3	20926,6	38723,6	37895,5	254,62
Одеська	14661,9	20453,3	18618,3	14188,2	-3,23
Полтавська	2866,1	3084,0	3206,1	2554,2	-10,88
Харківська	21868,8	25484,2	39530,8	21082,6	-3,60
Рівненська	2042,8	3172	5401,7	6187,3	202,88
Сумська	2610,5	3589,7	4146,7	1166,2	-55,33
Тернопільська	11999,9	11206,2	14205,7	5759,3	-52,01
Хмельницька	2413,3	575	9011,2	9844,9	307,94
Херсонська	1230,1	1713,1	2152,8	337,6	-72,56
Черкаська	9175	11345,2	10632,4	7648,3	-16,64
Чернівецька	1371,2	1810	2044,5	770,1	-43,84
Чернігівська	2236,6	2872,4	3192,9	3024,4	35,22

Найбільша питома вага спостерігається у Київській області (80,1 % у 2022 р.), хоче значення цього показника було вищим на 1,7 % у 2021 р. Загалом обсяг страхових платежів по області зменшився на 19 млн 191,3 тис. грн (1,3 %) у 2022 р. У Запорізькій області темп приросту страхових платежів у 2022 р. зменшився на 19,7 % порівняно з 2019 р. Також помітно скоротилася і їх частка у загальному обсязі з 5,1 % до 4,1 %. Частка страхових платежів Донецької області зростає на 0,1 % у звітному періоді (3,6 %) та їх збільшився на 847,7 тис. грн (на 1,4 % більше). Обсяги страхових платежів у Дніпропетровській області зменшилися на 26,7 % у 2022 р. та їх частка в загальному обсязі зменшилася з 4,1 % у базовому році до 3,1 % у звітному році.

Детальніше ознайомитися з найбільшими обсягами страхових платежів можна на рис. 2.6.

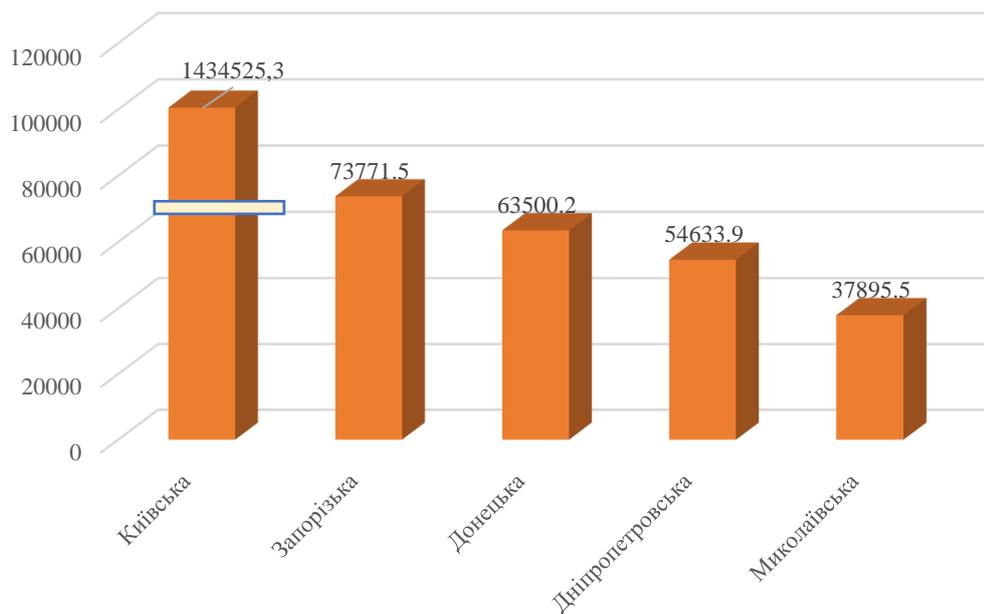


Рис. 2.6. Структура добровільного медичного страхування у містах з найбільшим обсягом страхових платежів за 2022 рік

Найменша питома вага припадає на Луганську область (0,01 % у 2022 р.). Обсяг страхових платежів в області знизився на 79,3 % порівняно з 2019 р. Херсонська область теж має незначні обсяги страхових платежів по добровільному медичному страхуванню у 2022 р. (скоротилося на 72,6 %). Їх

частка знизилася з 0,07 % у 2019 р. до 0,02 % у 2022 р. У Чернівецькій області страхові платежі у загальній структурі займають 0,04 % у звітному році (зменшилися на 0,04 % порівняно з базовим роком). Загальна сума платежів знизилася на 601,1 тис. грн (43,8 %) у 2022 р. Кіровоградська область теж має не високі обсяги страхових платежів. Їх питома вага зменшилася на 57,9 % у 2022 р., а частка в загальному обсязі становить 0,05 %. Детальніше ознайомитися з найменшими обсягами страхових платежів можна на рис. 2.7.

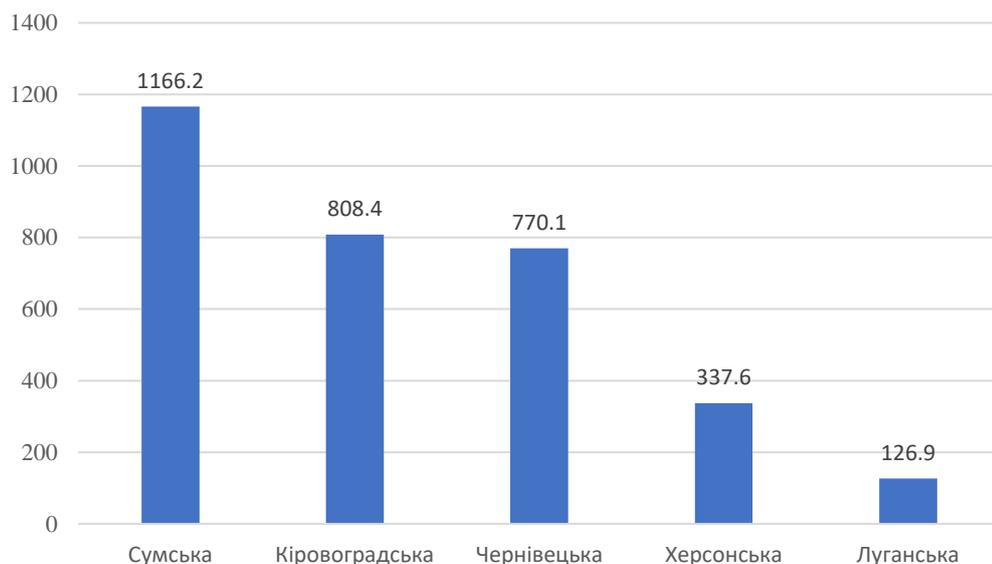


Рис. 2.7. Структура добровільного медичного страхування у містах з найменшим обсягом страхових платежів за 2022 рік

За показником питомої ваги найбільші зміни відбулися у таких областях:

- 1) Обсяги страхових платежів Житомирської області зросли на 1 мл 411,2 тис. грн (43,8 %) у 2022 р. та їх питома вага зросла на 0,08 %.
- 2) У Закарпатській області платежі зросли на 89,1 % у звітному періоді, проте питома вага за досліджуваний період все ще є досить незначною.
- 3) Миколаївська область підвищила обсяги платежів в 3,5 рази порівняно з базовим роком та підвищила частку в структурі з 0,6 % до 2,1 %.
- 4) У Рівненській області обсяг платежів підвищився в 3 рази порівняно з 2019 р. та зросла питома вага у структурі до 0,35 %.
- 5) У Сумській та Тернопільській областях, на противагу іншим

областям, зменшилася сума платежів на 55,3 % та 52,0 % відповідно. Вдвічі знизилася питома вага по даних областях – 0,07 % та 0,32 % у 2022 р.

б) Страхові платежі у Хмельницькій області збільшилися в 4,1 рази порівняно з показником базового року. Значення питомої ваги у 2022 р. склало 0,6 %.

Таким чином, можна говорити про те, що добровільне медичне страхування має значний потенціал для розвитку на теренах нашої держави. Провівши аналіз ринку можна зазначити його стабільний розвиток у 2019-2022 рр., що є позитивною тенденцією, оскільки обсяг страхових премій та виплат добровільного медичного страхування збільшується з кожним роком. Така тенденція вказує на зростання попиту на послуги страхових компаній у галузі медичного страхування, що є наслідком підвищення популярності даного виду страхування. Проте, через ускладнення економічної ситуації в країні, показники по ринку добровільного медичного страхування знизилися.

## **2.2. Дослідження діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування**

Україна, як і багато інших країн, вважає охорону здоров'я одним з найважливіших пріоритетів державної діяльності, який має значення для соціального, економічного та суспільного розвитку. Рівень якості медичних послуг та стан здоров'я населення напряму залежать від доступності необхідних матеріальних, трудових та фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, а також від ефективного їх використання. Ця система завжди вимагає значних інвестиційних зусиль.

На сучасному етапі розвитку ринку страхування близько 60 компаній займаються добровільним медичним страхуванням. Перелік страховиків, які є лідерами українського ринку добровільного медичного страхування у 2021-2022 рр. за рейтингом журналу «Insurance TOP».

Таблиця 2.4

Рейтинг страхових компаній по добровільному медичному  
страхуванню за 2021 рік

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	УНІКА	807542	535213	66,28
2	ПРОВІДНА	794320	483130	60,82
3	ІНГО	543594	334385	61,51
4	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	469844	292301	62,21
5	ARX	460477	207342	45,03
6	УСГ	301583	180250	59,77
7	NGS	241085	107673	44,66
8	ТАС СГ	237876	153430	64,50
9	КРАЇНА	209788	158306	75,46
10	PZU Україна	169135	96957	57,33

Отже, аналізуючи таблицю 2.4 бачимо, що на ринку страхових послуг компанії «Уніка», «ПРОВІДНА», та «ІНГО» займають перші позиції у порівнянні с іншими страховими фірмами. Також, слід проаналізувати як змінився рейтинг страхових компаній у 2022 році.

Таблиця 2.5

Рейтинг страхових компаній по добровільному медичному  
страхуванню за 2022 рік

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	УНІКА	711 366	418 655	58,85
2	ПРОВІДНА	652 442	400 243	61,35
3	ІНГО	432 943	282 217	65,19
4	ARX	428 972	176 649	41,18
5	УСГ	317 919	168 326	52,95
6	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	260 126	192 718	74,09
7	ТАС СГ	224 114	103 218	46,06
8	УНІВЕРСАЛЬНА	191 981	78 879	41,09
9	КРАЇНА	168 376	117 620	69,86
10	ВУСО	168 202	75 056	44,62

Виходячи з даних табл. 2.4 та табл. 2.5 можна зробити висновок про лідерів у галузі добровільного медичного страхування. Перші стали три позиції у рейтингу за досліджуваний період займають СК «Уніка», СК «Провідна» та

СК «Інго». Страхові премії СК «Уніка» зменшилися на 11,9 % у 2022 р. порівняно з 2021 р., а обсяг страхових виплат знизився на 116 млн 558 тис. грн. Така динаміка спричинила зниження рівня виплат з 66,3 % у 2021 р. до 58,9 % у 2022 р. У СК «Провідна» теж спостерігається зменшення обсягів премій та виплат на 17,9 % та 17,2 % відповідно. Проте рівень виплат зріс на 0,5 % у порівнянні з базовим роком. У СК «Інго» помітно знизилася премія на 110 млн 651 тис. грн (20,4 % у 2022 р.), а виплати знизилася меншими темпами (на 15,6 % менше показника базового року). Тому, в результаті таких змін, рівень виплат зріс на 3,7 %.

Детальніше розглянути динаміку показників провідних страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування можна на рис. 2.8.

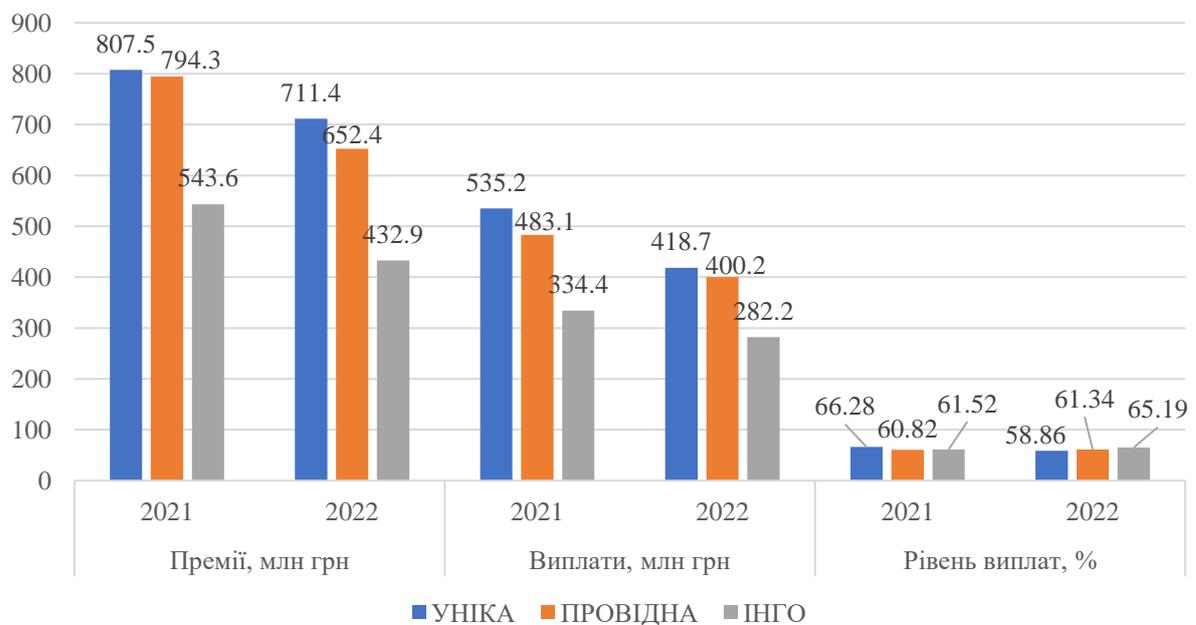


Рис. 2.8. Динаміка премій, виплат та рівня виплат лідерів страхових компаній у галузі добровільного медичного страхування за 2021-2022 рр.

СК «ARX» у 2022 р. зменшилися обсяги страхових премій і виплат порівняно з 2021 р. на 31 млн 505 тис. грн та 30 млн 693 тис. грн відповідно. Ця динаміка викликала зменшення рівня виплат на 3,8 % у 2022 р. СК «УСГ» у звітному періоді збільшила премії на 5,4 %, але виплати знизилася на 6,6 %.

Тож, це позитивно вплинуло на рівень виплат (зменшився з 59,8 % у

базовому році до 52,9 % у звітному році). СК «Альфа страхування» у звітному періоді значно зріс показник рівня виплат на 11,9 % у зв'язку з меншими темпами зниження обсягу виплат (на 99 млн 583 тис. грн) порівняно з преміями (на 209 млн 718 тис. грн менше).

Доцільним також є наочне зображення та аналіз часток премій страхових компаній у загальному обсязі премій за 2021-2022 рр.

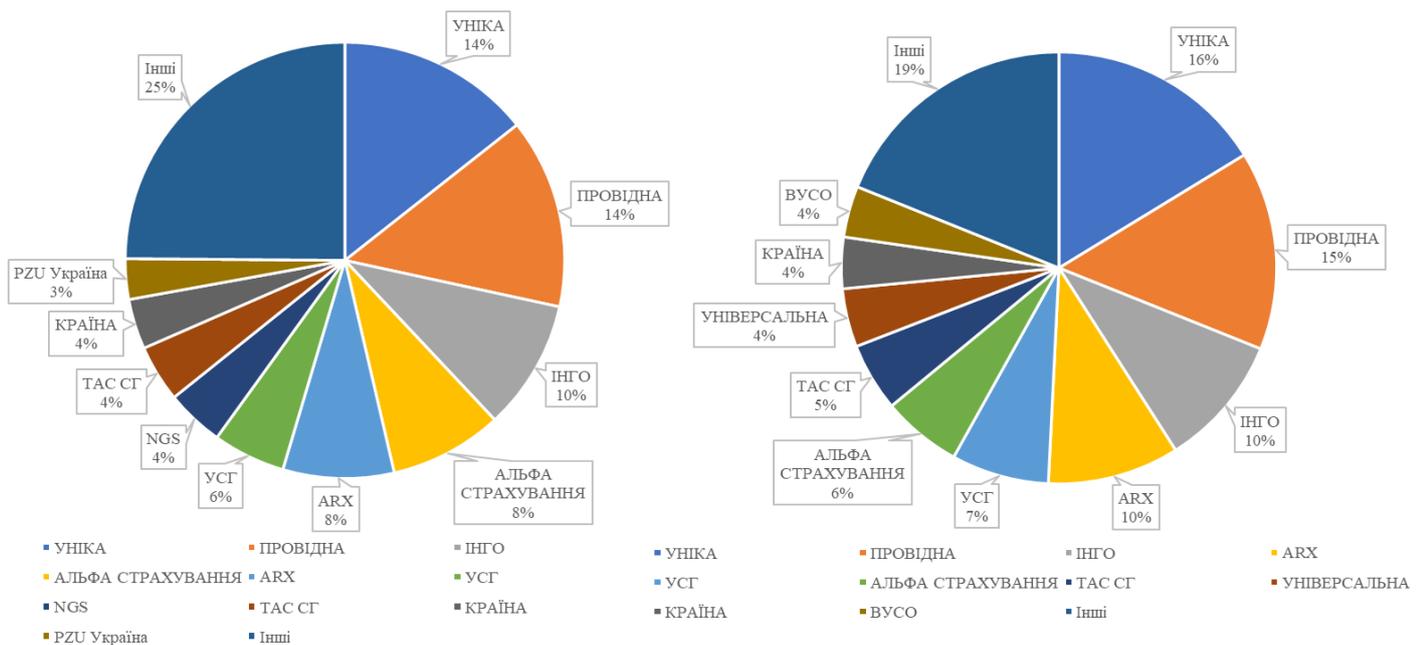


Рис. 2.9. Структура страхових премій з добровільного медичного страхування за 2021-2022 рік.

СК «ТАС СГ» премії знизилися на 5,8 % у 2022 р., а виплати зменшилися на 32,7 %, що стало причиною зменшення рівня виплат з 64,5 % у 2021 р. до 46,1 % у 2022 р. СК «Універсальна» була в рейтингу у 2022 рр., при цьому у 2021 р. займала 12 місце. Премії компанії зросли на 49 млн 742 тис. грн, а виплати збільшилися на 17 млн 870 тис. грн. Тому, спостерігається зниження рівня виплат на 1,8 % у звітному періоді.

СК «Країна» премії та виплати знизилися на 19,7 % та 25,7 % відповідно. В результаті рівень виплат знизився на 5,6 % через повільніші темпи зниження премій порівняно з виплатами. СК «БУСО» тільки у 2022 р. потрапила в

рейтинг. Премії компанії у 2021 р. склали 94 млн 779 тис. грн, а в 2022 р. показник виріс на 77,5 %. Виплати у базовому періоді досягли 49 млн 964 тис. грн, а в звітному періоді збільшилися на 50,2 %. Рівень виплат зменшився з 52,7 % до 44,6 %. У СК «PZU Україна» відбулося зменшення премій та виплат на 31 млн 229 тис. грн (18,5 %) та 31 млн 763 тис. грн (32,8 %) відповідно. Така динаміка вплинула позитивно на рівень виплат і зменшила його на 10,1 % у звітному періоді.

Провівши аналіз, можна сказати, що через загальну тенденцію до зменшення кількості страхових компаній та збільшення обсягу премій, частка провідних страховиків зростає на противагу зменшенню частки премій від інших компаній. Такі ж самі результати можна прослідкувати і за показником частки виплат страхових компаній до загального обсягу виплат.

Загалом на ринку добровільного медичного страхування протягом досліджуваного періоду можна спостерігати таку тенденцію: в рейтингу страхових компаній перші позиції закріплені за одними і тими ж компаніями з року в рік. Також дуже помітним є скорочення обсягів премій, виплат та рівня страхових виплат у 2022 р. порівняно з 2021 р. у зв'язку з складними економічними та політичними процесами в країні.

На ринку добровільного медичного страхування провадять свою діяльність велика кількість страхових компаній. Вони продають величезну кількість полісів своїм клієнтам щодня. Але однакові умови договору страхування не можуть підходити усім безумовно. Страховики можуть пропонувати програми, що відрізняються обставинами, за яких страхувальник буде отримувати медичну допомогу: амбулаторно, в стаціонарі, шляхом виклику медичної допомоги чи лікаря додому.

Програми добровільного медичного страхування можуть бути спрямованими лише на надання допомоги дітям чи дорослим, відрізнятися переліком медичних установ, залучених до реалізації послуг із медичного страхування. І, нарешті, програми відрізняються вартістю, на яку впливають усі вищезазначені умови. Тому, доречним є аналіз страхових програм, що

пропонуються лідерами ринку добровільного медичного страхування у 2022 р.

Таблиця 2.6

Порівняльна характеристика програм добровільного медичного страхування

Страхова компанія	Програма	Страхова сума, грн	Вартість полісу, грн	Вік застрахованих, років	Швидка невідкладна допомога	Амбулаторно-поліклінічна допомога	Медикаментозне забезпечення	Стоматологія
Уніка	Класика	125 тис	21 тис	6-59	+	+	+	+
Провідна	Медицина для кожного	Від 7 тис до 150 тис	Від 750	18-60	+	+	+	-
Інго	Архітектор здоров'я	180 тис	Немає даних	17-65	+	+	+/-	+
ARX	Стандарт	80 тис	Від 2040	18-65	+	+	+	-
Альфа Страхування	Корпоративне	Немає даних	Немає даних	Немає даних	+	+	+	-
Тас Сг	Стандарт	Немає даних	Немає даних	Немає даних	+	+	+	+
Універсальна	Корпоративне	150 тис на одну особу	Немає даних	Немає даних	+	+	+	+
Країна	Корпоративне	Немає даних	Немає даних	Немає даних	+	+	+	+
Вусо	Корпоративне	Немає даних	Немає даних	Немає даних	+	+	+	+

Здійснивши аналіз страхових програм зазначимо, що 4 страховики пропонують корпоративну програму страхування, а інші 5 компаній продають індивідуальні поліси добровільного медичного страхування. Загалом, страхові програми не суттєво відрізняються одна від одної своїм наповненням. Стосовно переваг можна сказати, що всі програми є гнучкими, обов'язково враховуються побажання клієнта, медична допомога організовується на всій території України, клієнтська підтримка здійснюється цілодобово. Проте, кожна компанія, аби виділитися серед інших на ринку, пропонує індивідуальні

додаткові опції.

До прикладу, в СК «Уніка» застрахованими особами можуть бути діти від 6 років. В програмі зазначені ліміти на послуги: на лановий стаціонар, у т.ч. медикаменти виділяється 4 тис. грн, а на невідкладну стоматологічну допомогу – 1 тис. грн [18].

СК «Провідна» пропонує понад 20 програм медичного страхування для корпоративних та приватних клієнтів. Спеціальні програми доступні для страхування студентів, учнів середніх шкіл, спортсменів, дітей та осіб, які тимчасово проживають у готелях. Це дозволяє клієнтам обирати програму страхування відповідно до того, скільки вони готові витратити. Перевагою цього продукту є те, що застрахована особа може бути проконсультована провідними (головними) спеціалістами для уточнення діагнозу у випадках, коли необхідне екстрене стаціонарне лікування. Покриття страхових ризиків у класі «класичний+» також обмежене: амбулаторне лікування покривається максимум до 3 000 грн, а медикаменти оплачуються на 100% при екстремому стаціонарному лікуванні та на 50% при амбулаторному. Однак, чим вищий клас страхування, тим більша можливість отримати екстрену та планову стоматологічну допомогу [19].

Програма «Архітектор здоров'я» страхової компанії «Інго» передбачає 10 видів фізіотерапевтичних послуг, а також виклик швидкої допомоги та лікаря в межах 50 км від міста. Вона також покриває вагітність та пологи будинки, заклади для лікування туберкульозу, доброякісних та злоякісних пухлин. Програма реалізується з 0% франшизою і спрямована на покриття витрат на відновлення здоров'я в результаті гострих захворювань і розладів здоров'я, загострення хронічних захворювань, хронічних захворювань, що прогресують, нещасних випадків (травм, опіків, отруєнь) та інфікування Covid –19 [20].

СК «ARX» пропонує доволі невеликий перелік послуг:

- 2 виклики швидкої медичної та екстреної допомоги;
- 2 тис грн на лабораторну діагностику гострого стану;

- 5 малих та 2 великих обстеження гострого стану.

Компанія зазначає, що поліси поки що доступні жителям: Києва, Харкова, Одеси, Львову та Запоріжжя [21].

У корпоративній програмі СК «Альфа Страхування» є додаткове покриття у вигляді стоматологічної допомоги, вакцинації проти грипу, лікування критичних захворювань, профілактичного огляду, офісної аптечки та інших послуг. Страховий випадок за цим полісом – це гостре захворювання, загострення хронічних захворювань, розлади здоров'я, отримані внаслідок нещасного випадку [22]. А от у додаткові послуги корпоративної програми СК «ТАС» включено вітамінно-профілактика та реабілітаційні заходи [23].

У порівнянні з іншими програми корпоративного медичного страхування, поліс СК «Універсальна» має ширший спектр додаткових опцій що можуть бути включені у програму страхування за бажанням клієнта:

- діагностика та лікування критичних захворювань;
- раннє виявлення захворювань: медичний Check up;
- лікування захворювань, що зазвичай не включені до базових умов;
- оздоровлення: відвідування тренажерної зали, групових занять, басейну;
- ведення вагітності та пологів;
- супровід та патронаж новонароджених дітей тощо [24].

У СК «Вусо» програма корпоративного страхування включає професійний медичний асістанс для всіх застрахованих та їх сімей. А з переліку додаткових опцій можна відмітити профілактику захворювань (проведення проф-оглядів, фізіотерапевтичні процедури, вакцинації) [25].

Отже, проаналізувавши табл. 2.5 та інформацію з офіційних сайтів страхових компаній, можна сказати, що програми є схожими за наповненістю послугами, співпрацею з одними лікувально-профілактичними закладами, аптеками та медичними лабораторіями. Ціни на поліс та послуги різняться залежно від класу програми. Чим дорожчий поліс, тим більше медичних страхових послуг та вищу категорію лікувальних закладів він охоплює.

Страхові компанії намагаються завоювати довіру клієнтів за допомогою інновацій на ринку медичних страхових послуг, а саме: телемедична консультація, медичний асистанс у режимі 24/7, використання мобільних додатків для оформлення страхових полісів тощо.

За стандартними правилами страхування, настання страхового випадку через дію форс-мажорних обставин, таких як воєнні дії, є підставою для відмови у страхуванні. Однак більшість страхових компаній прийняли рішення здійснювати виплати у разі отримання ушкоджень унаслідок воєнних дій (йдеться про цивільних осіб). Таку інформацію надали страховики під час отримання від них коментарів щодо режиму роботи у воєнний час.

«У договорах добровільного медичного страхування, які були укладені до початку військових дій, будь які військові ризики перебували у вийнятку і не покривалися. Однак після початку повномасштабного вторгнення кожен страховик самостійно визначив для себе, як урегулювати події такого характеру. У нашій компанії було ухвалено рішення покривати пасивні військові ризики цивільних застрахованих. За всіма новими контрактами це питання обговорювалося з клієнтами індивідуально і завжди знаходилося рішення» – заявив Дмитро Цимідан, директор Департаменту страхування корпоративних клієнтів СК «Вусо».

Також СК «Інго» заявила, що готова включати до страхових програм покриття шкоди, заподіяної життю та здоров'ю застрахованих осіб внаслідок воєнних дій. За програмами добровільного медичного страхування постраждалій особі буде організовано та сплачено медичну допомогу.

У СК «Уніка» гарантують екстрену допомогу в межах страхової суми, якщо застраховано особа постраждала внаслідок воєнних дій. А для тих, хто виїхав за кордон і мають поліси добровільного страхування, компанія запровадила онлайн-консультації з лікарем в Україні. Під час зустрічі лікар підготує консультаційний висновок з електронним рецептом відповідно до міжнародних стандартів. Це дозволить придбати медикаменти в аптеках Європи, де потрібен електронний рецепт чи консультаційний висновок.

### **2.3. Тенденції у сегменті добровільного медичного страхування в умовах пандемії COVID-19**

Медичне страхування в широкому розумінні на сучасному етапі – це нові економічні відносини в ринкових умовах, суть яких полягає у створенні системи медико-соціального забезпечення, що гарантує вільний доступ та належне медичне обслуговування всім громадянам, незалежно від соціального статусу та рівня доходів.

З початку 2020 року Україна переживає трансформацію в різних сферах – політичній, соціальній та економічній, головним чином через пандемію коронавірусу. Ця подія спричинила трансформацію, яка вимагала реформування економічної системи та її адаптації до нового бізнес-середовища. У світлі цих тенденцій договори медичного страхування є ефективним способом зменшення фінансового навантаження під час пандемії та забезпечення належного соціального захисту населення.

Медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, яка має на меті гарантувати населенню у разі настання страхового випадку отримання медичної допомоги за рахунок накопичених ним коштів та фінансування профілактичних заходів. У випадку платної медицини цей вид страхування є засобом покриття витрат на медичне обслуговування, у випадку безоплатної медицини – додатковим джерелом фінансування витрат на медичне обслуговування.

Основним викликом у боротьбі з коронавірусом є забезпечення медичного страхування медичних працівників. Це пов'язано з тим, що медичні працівники піддаються найбільшому ризику інфікування і саме від них залежить надання медичних послуг пацієнтам, хворим на COVID-19. Працівники цих державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ підлягають загальнообов'язковому державному страхуванню на випадок інфікування відповідно до умов, встановлених Кабінетом Міністрів України. На жаль, в Україні існує лише процедура

страхування на випадок ВІЛ-інфекції, а для інших інфекційних захворювань не передбачено страхування [30].

Під час пандемії COVID-19 були помітні певні тенденції в сфері добровільного медичного страхування.

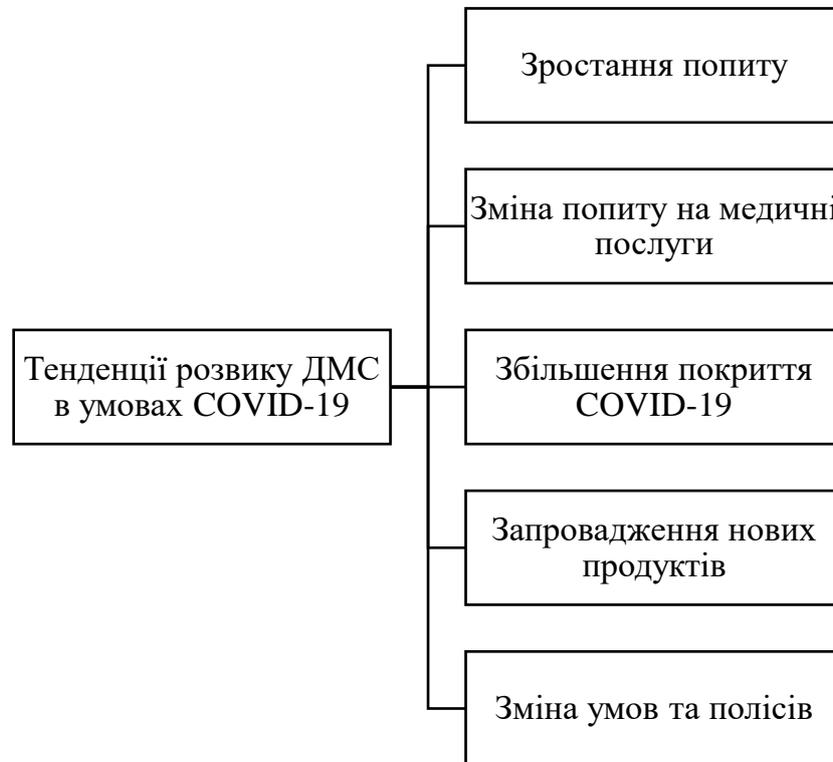


Рис. 2.10. Тенденції у сегменті добровільного медичного страхування в умовах пандемії COVID-19.

Наприклад, зростання попиту. Свідомість про важливість медичного страхування зросла серед населення через пандемію. Багато людей почали розуміти, що таке страхування може забезпечити додаткову захист і фінансову безпеку під час медичних криз, включаючи COVID-19.

Також, багато страхових компаній розширили свої страхові продукти, включаючи покриття витрат на лікування COVID-19. Це стало важливим фактором для багатьох людей, які шукали додатковий захист від наслідків пандемії. У зв'язку з пандемією страхові компанії розробляли нові продукти та модифікувати існуючі, щоб задовольнити змінені потреби клієнтів.

Деякі страхові компанії внесли зміни до умов страхових полісів, зокрема щодо покриття пандемії або виключень, пов'язаних зі захворюванням на

COVID-19. Це вплинуло на рівень захищеності та вартість страхового покриття.

Доцільно зауважити, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) на сучасному етапі визначає п'ять джерел фінансування медичних витрат громадян.

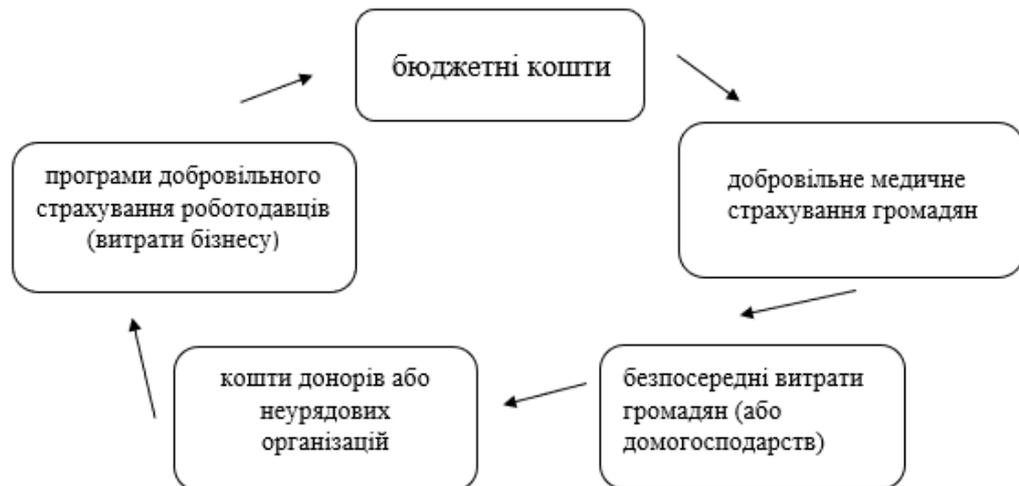


Рис. 2.11. Основні джерела фінансування добровільного медичного страхування Всесвітньою організацією охорони здоров'я у період пандемії COVID-19

У багатьох розвинених країнах добровільне медичне страхування є ефективним механізмом фінансування витрат на охорону здоров'я. Проте в нашій країні частка цього виду страхування у витратах на охорону здоров'я дуже мала – менше 1%. На жаль, «основним джерелом» покриття витрат на охорону здоров'я в Україні є витрати населення з власної кишені (витрати домогосподарств).

Кризові ситуації та події впливають на діяльність страхових компаній і повинні враховуватися страховими компаніями для досягнення позитивних фінансових результатів та захисту населення: У 2020 році пандемія COVID-19 (коронавірусу) стала важливим фактором, що впливає на життя всіх країн, в тому числі й України. Розпочавшись з Китаю наприкінці 2019 року, коронавірус поширився далеко за його межі: 11 березня 2020 року Всесвітня

організація охорони здоров'я оголосила пандемію коронавірусу COVID-19, а станом на 11 червня 2023 року у світі було інфіковано понад 690,1 мільйона людей [31].

За цією заявою по слідували скасування авіарейсів, закриття кордонів, перебої в ланцюжках поставок, зупинка виробництва і перехід на дистанційне навчання у вищих навчальних закладах і школах. Це стало новою реальністю, що призвела до величезних втрат у світовій економіці. Люди втратили роботу, мандрівники скасували поїздки, підприємства були змушені припинити надання послуг, а багато інших шукають компенсацію за втрачений дохід. Страховикам доводиться мати справу з постійно зростаючою кількістю претензій від фізичних та юридичних осіб.

За даними Міжнародної асоціації повітряного транспорту, до 2020 року авіакомпанії світу зазнають збитків на суму понад 100 мільярдів доларів США [32]. Щойно іноземні туристи почали бачити перші збитки від пандемії, клієнти, які планували подорожувати, але не були застраховані, повинні були негайно придбати страховку. Пізніше з'ясувалося, що затримки з отриманням страхових полісів можуть призвести до ще більших втрат: У середині березня 2020 року низка страхових компаній опублікувала на своїх сайтах інформацію про зміни в страхових полісах у зв'язку з коронавірусом. Подивіться, яких змін зазнала світова індустрія медичного страхування. Наприклад, Американська асоціація туристичних андеррайтерів повідомляє, що багато страховиків прийматимуть покриття на випадок коронавірусної інфекції, лише якщо поліс буде підписаний до 21 січня 2020 року [33].

Першими постраждали страховики, які працюють у секторі медичного страхування в Китаї. Деякі компанії розширили існуюче страхове покриття, щоб оплачувати лікування та надавати виплати у разі смерті, пов'язаної з COVID-19. Один із найбільших страховиків життя запустив спеціальну програму попереднього страхування існуючих полісів, виділивши 10 мільйонів безкоштовних полісів (вартістю приблизно 10 мільйонів доларів США кожен) для страхових агентів. Інші медичні страховики запустили

«програму реагування на надзвичайні ситуації», щоб забезпечити швидке врегулювання претензій страхувальників. Додаткова компенсація була надана медичним працівникам і журналістам, які працюють у найбільш постраждалих районах провінції Хубей. У Сінгапурі та Гонконгу додаткову компенсацію за COVID-19 було надано безкоштовно за допомогою аналогічного механізму, хоча пандемія була більш обмеженою [10].

В Італії, яка однією з перших постраждала від коронавірусу, і ряді інших європейських країн, великі страховики створили окремі поліси безпосередньо для захисту страхувальників від ризику COVID-19.

На українському страховому ринку на початок пандемії пропонувалося більше 5 подібних програм. Розглянемо найпопулярніші з них у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Програми медичного страхування, які забезпечують фінансову підтримку в разі захворювання COVID-19 в Україні

Страхова компанія	Назва страхової програми	Умови страхування		
		Страхова сума	Страховий платіж	Строк дії Договору
СК «Провідна»	СТОП.КОРОНАВІРУС	до 50 тис. грн	від 225 грн	6 місяців
ПрАТ «СК «Універсальна»	Захист від COVID-19	5 – 100 тис. грн	від 300 грн	3/6 місяців
АТ «СК «ІНГО»	Коронозахист+	30 – 100 тис. грн	від 400 грн	6 місяців
СК «Вусо»	Страхування у разі коронавірусу COVID-19	70 тис. грн	від 936 грн	6 місяців
СК «Альфа Страхування»	Страхування від коронавірусу	50 тис. грн	500/700 грн	3/6 місяців

\*Складено за даними [11,12,13,14,15].

Варто зауважити, що дані страхові програми доступні для клієнтів віком від 1 до 60 років.

Незважаючи на переваги, у полісів є очевидні недоліки. Наприклад, покриття активується тільки через 2-3 дні після оформлення, а в деяких програмах дія страхового захисту починається з 15 (п'ятнадцятого) календарного дня, наступного за датою укладення договору. Тобто, якщо страхувальник відчує перші симптоми хвороби протягом цих днів і буде

зволікати зі зверненням до лікаря, очікуючи, щоб договір набув чинності, він може серйозно знизити свої шанси на одужання, так як зволікання при захворюванні коронавірусів неприпустимо.

Треба відмітити, що з впровадженням карантинних заходів на ринку праці також відбулися зміни – були позбавлені роботи тисячі людей. Наприклад, у 2020 році, порівняно з 2019 роком, рівень безробіття збільшився на 0,3% [16].

Як відомо, витрати на лікування коронавірусу доволі значні та мають вагомe світове фінансове навантаження. Витрати на допомогу у боротьбі з коронавірусом в різних країнах на початок пандемії представлено у (Додаток Б).

З початком у 2020 році пандемії COVID-19 доцільно звернути увагу, та проаналізувати світових лідерів за показником добровільного медичного страхування. Наразі, у Топ-10 країн, які мають найвищий рівень як приватної, так і державної медицини входять: Південна Корея; Тайвань; Данія; Австрія; Японія; Австралія; Франція; Іспанія; Бельгія; Велика Британія.

Саме ці країни мають саму дієву та розвинену систему охорони здоров'я. Південна Корея більшу часту послуг надає саме приватно, так, наприклад, процедури, що стосуються хронічних захворювань можуть не покриватися полісом добровільного медичного страхування та коштувати набагато дорожче.

Саме тому в цій країні дуже розвинена якість приватного страхування, яке надає можливість громадянам підібрати послуги виходячи з власного капіталу та обширному спектру послуг, які надають страхові компанії. Тайвань друга країні з найкращою охороною здоров'я в світі.

Незважаючи на те, що державні заклади надають висококласне лікування, більша частка людей, що звертаються за медичною допомогою обирає саме приватне страхування через велику кількість людей, та тривалий час очікування.

У Данії діють суворі правила щодо ліків, тому, наприклад, експанти,

можуть виявити, що ліки, які вони раніше приймали мають рецептурну форму, зважаючи на це, більша частка мешканців в країні обирає саме приватне медичне страхування, яке надає гарантію швидкого реагування та надання всіх потрібних документів.

Жителі Японії мають найдовшу тривалість життя і це частково пов'язано з якістю надання медичних послуг. Середньо житель Японії відвідує приватного лікаря 13 разів на рік, що більш ніж удвічі перевищує середній показник для країн ОЕСР, що об'єднує 35 країн. Інші країни також мають свої властивості добровільного медичного страхування, що і відносить їх до десятки найкращих.

Однією з причин нестабільного економічного середовища у 2020 році була пандемія коронавірусу, а саме запровадження карантину на території Європи, що суттєво вплинуло на роботу підприємницької діяльності, виробництв, транспорту, банків, страхових компаній тощо.

У зв'язку з карантинними обмеженнями страховий ринок медичних послуг зазнав падіння у секторі корпоративного страхування, адже підприємства стали відмовлятися від страхування своїх працівників, та продовження укладання договору добровільного медичного страхування зі страховими компаніями.

З метою порівняння впливу високого рівня системи охорони здоров'я на захворюваність під час пандемії, доцільно розглянути десять провідних країн з високим рівнем добровільного медичного страхування і порівняти їхні показники поширення захворювання.

Таблиця 2.8

Показники розповсюдження коронавірусу у країнах з високим рівнем медичного страхування на 11.06.2023 року

Країна	Всього заразилися	Хворіють	Померли	Одужали, чол.	Смертність, %
1	2	3	4	5	6
Південна Корея	31 789 625	-	34 827	-	0,11

## Продовження таблиці 2.8

1	2	3	4	5	6
Тайвань	10 239 998	-	19 005	10 220 993	0,18
Данія	3 182 055	247	8 730	3 173 078	0,27%
Австрія	6 078 890	4 685	22 517	6 051 688	0,37%
Японія	33 803 572	-	74 694	-	0,22%
Австралія	11 653 091	28 398	21 258	11 603 435	0,18%
Франція	40 112 303	57 440	167 480	39 887 383	0,41%
Іспанія	13 890 555	50 663	121 416	13 718 476	0,87%
Бельгія	4 800 312	3 204	34 360	4 762 748	0,71%
Велика Британія	24 618 436	9 614	226 278	24 382 544	0,03%

\*Складено за даними [26].

Аналізуючи вище наведені показники можемо зробити висновок, що найбільший показник захворюваності має Франція та Японія – 40 112 303 чоловік, та 33 803 572 чоловік відповідно. Незважаючи на високий рівень зараження частка смертності не досягає навіть 1%, та складає у Франції – 0,41%, та у Японії – 0,22%.

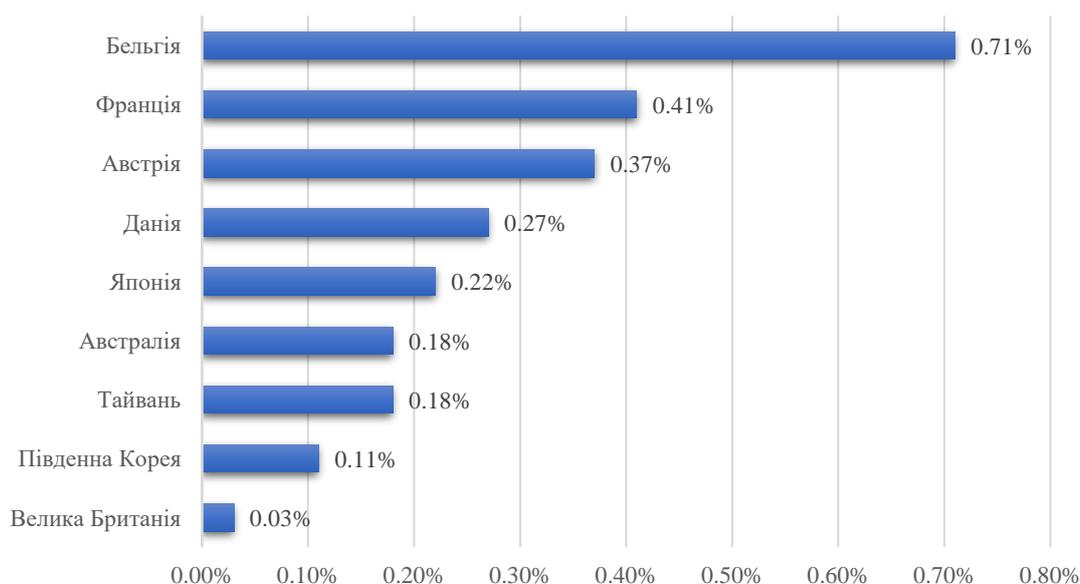


Рис. 2.12. Порівняння показників смертності у країнах з високим рівнем розвитку добровільного медичного страхування

За відсотковим співвідношенням найбільший показник смертності зафіксовано у Іспанії на Бельгії – 0,87% та 0,71% відповідно. Найменший показник смертності у Великої Британії, де на 24 618 436 інфікованих чоловік рівень смертності складає лише 0,03%. Тому, бачимо, як високий рівень медичного страхування вплинув на показники смертності та одужання у країнах з самим високим рівнем ринку медичного страхування

Для більш чіткого аналізу, та порівняння рівня смертності проаналізуємо декілька країн з не таким високим рівнем охорони здоров'я.

Таблиця 2.9

Показники розповсюдження коронавірусу у країнах з низьким рівнем медичного страхування на 11.06.2023 року

Країна	Всього заразилися	Хворіють	Померли	Одужали	Смертність
1	2	3	4	5	6
Молдова	620 574	104 314	12 118	504 142	1,95%
Україна	5 556 030	6 322	112 394	5 437 314	2,02%
Індія	44 992 788	2 450	531 891	44 458 447	1,18%
Сирія	57 608	74	3 164	54 370	5,49%
Італія	25 879 984	118 319	190 625	25 571 040	0,73%

Аналіз даних таблиці 2.7 свідчить, що за показником захворюваності найбільше значення мають Індія та Італія – 44 992 788 чоловік, та 25 979 984 людей від всього населення країн відповідно.

За відсотковим співвідношенням за показником смертності найбільше значення зафіксоване у Сирії та Україні – 5,49% та 2,02% відповідно. Щодо Італії, то показник смертності від вірусу, має найменше значення.

Статистика по всьому світу показує, що витрати на лікування коронавірусу мають значний фінансовий вплив. Наприклад, у США Фонду боротьби з пандемією COVID-19 виділено 2 трлн доларів, а закон про надання

фінансової допомоги постраждалим від епідемії передбачав 100 млрд доларів. В цей пакет також включалась оплачувана відпустка для хворих працівників та безкоштовне тестування на вірус

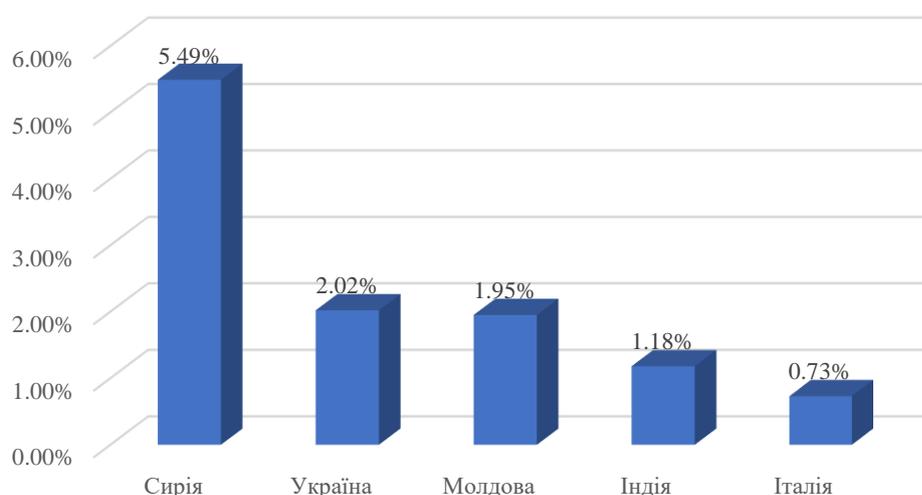


Рис. 2.13. Порівняння показників смертності у країнах з низьким рівнем розвитку добровільного медичного страхування

Італія виділила 25 млрд євро на витрати, пов'язані з коронавірусом, і передбачила спеціальні виплати для осіб, які не мали можливості працювати під час карантину. Німеччина виділила 600 млрд євро у Фонд боротьби з коронавірусом, а також надала прямі субсидії розміром 15 тисяч євро для малих фірм та підприємств. В Україні на боротьбу з пандемією COVID-19 виділено 66 млрд грн з Фонду, з яких витрачено 52%. На охорону здоров'я було використано 5,8 млрд грн з передбачених 16,3 млрд грн, а в сфері соціального захисту – 9,3 млрд грн з передбачених 10,4 млрд грн [36].

Фінансова підтримка медичного сектору в Україні становить 3 відсотки ВВП. У той же час відомо, що за коефіцієнтом менше 5 відсотків ВВП сектор охорони здоров'я насправді неієздатний. Невелику частину витрат на охорону здоров'я покриває добровільне медичне страхування (ДМС), а іншу – неформальні платежі від населення [10, с. 24].

Незважаючи на непередбачувані обставини, пов'язані з пандемією коронавірусу, УНІКА Україна зберегла лідируючі позиції на страховому

ринку завдяки швидким і виваженим тактичним рішенням Комітету з реагування на кризові ситуації та діям всієї команди.

Одразу після початку карантину 70% співробітників були переведені на віддалену роботу, зберігши високий рівень обслуговування клієнтів.

Всі співробітники були забезпечені всім необхідним для віддаленої роботи. При цьому вся логістика організації поїздок співробітників до офісу і назад в періоди, коли громадський транспорт не працював, була повністю покрита.

Під час пандемії 2020 року UNIQA Україна збільшила штат співробітників на 7%. Крім того, 100% співробітників компанії були охоплені полісом добровільного медичного страхування, що гарантує, що вони завжди мають доступ до медичної допомоги у разі потреби в разі COVID-19 або інших серйозних захворювань. Водночас для працівників були створені додаткові канали інформаційної підтримки та значно збільшилася кількість навчальних онлайн-заходів.

Однак не всі компанії змогли повністю захистити своїх працівників під час пандемії, багато з них зазнали значних збитків і закрили свої філії. Рівень безробіття зріс, а кількість полісів страхування бізнесу також мала тенденцію до зростання.

Незважаючи на непередбачувані обставини, пов'язані з пандемією коронавірусу, УНІКА Україна зберегла лідируючі позиції на страховому ринку завдяки швидким і виваженим тактичним рішенням Комітету з реагування на кризові ситуації та діям всієї команди.

Одразу після початку карантину 70% співробітників були переведені на віддалену роботу, зберігши високий рівень обслуговування клієнтів.

Всі співробітники були забезпечені всім необхідним для віддаленої роботи. При цьому вся логістика організації поїздок співробітників до офісу і назад в періоди, коли громадський транспорт не працював, була повністю покрита.

Під час пандемії 2020 року UNIQA Україна збільшила штат

співробітників на 7%. Крім того, 100% співробітників компанії були охоплені полісом добровільного медичного страхування, що гарантує, що вони завжди мають доступ до медичної допомоги у разі потреби в разі COVID-19 або інших серйозних захворювань. Водночас для працівників були створені додаткові канали інформаційної підтримки та значно збільшилася кількість навчальних онлайн-заходів.

Однак не всі компанії змогли повністю захистити своїх працівників під час пандемії, багато з них зазнали значних збитків і закрили свої філії. Рівень безробіття зріс, а кількість полісів страхування бізнесу також мала тенденцію до зростання.

У квітні 2020 року набула чинності Постанова Кабінету Міністрів України від 22 квітня 2020 року № 302 «Про затвердження Порядку використання коштів для боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19 та її наслідками, спричиненими коронавірусом SARS-CoV-2» [34]. Постанова передбачає не лише заходи щодо запобігання епідемії, поширенню, локалізації та пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, а й передбачає надання поворотної або безповоротної фінансової допомоги фондам соціального страхування та фондам загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття та іншої матеріальної допомоги окремим категоріям громадян. Законом передбачено виділення коштів у зв'язку з [35].

Оскільки пандемія торкнулася кожного куточка нашої країни, страхові компанії змушені були звернутися до держави з пропозиціями щодо створення спільних програм. Можливо, можна було б створити пул для страхування від ризиків пандемії. Наприклад, страхові компанії та держава могли б розділити відповідальність порівну у співвідношенні 50:50. У такому разі в разі пандемії страхова компанія виплачувала б у два-три рази більшу компенсацію премії, а держава покривала б виплати, що перевищують частку страхової компанії.

Першим такий проект реалізував французький страховик AXA, схожі ідеї мають Асоціація британських страховиків та Асоціація управління

ризиками та страхуванням у США.

Слід також взяти до уваги збільшення кількості кібератак у формі дистанційної роботи. У багатьох випадках обладнання та мережі, де співробітники працюють віддалено, є більш вразливими до кібер-ризиків, ніж офісна інфраструктура. Хакери також часто використовують цікавість і страх інтернет-користувачів для збору конфіденційних даних, а згідно з офіційним щорічним звітом Cybersecurity Ventures про кіберзлочинність, щорічні глобальні збитки від кіберзлочинності досягнуть 6 трильйонів доларів США до 2021 року, що вдвічі перевищує показник 2015 року [36].

В умовах COVID-19 сума збитків досягла прогнозованої цифри досить швидко. Водночас незрозуміло, якою мірою страхування може компенсувати економічні збитки, спричинені таким ризиком в Україні.

Коли мова йде про кібер-страхування, страховикам варто придивитися до стійкості компанії в цілому та оцінити, наскільки ефективними є заходи безпеки, вжиті щодо ІТ-платформ, на яких співробітники працюють віддалено. Страховики також повинні враховувати, як зростаюча залежність від технологій може вплинути на здатність страхувальника реагувати на збої в роботі.

Поглиблюючи дослідження, проведемо PEST-аналіз факторів, які впливають на успішне функціонування страхових компаній у кризовий період в Україні.

Таблиця 2.10

PEST-аналіз факторів впливу на успішне функціонування страхових компаній у кризовий період в Україні

Р (Політичні фактори)	Е (Економічні фактори)
1	2
- партнерство з органами державної влади тощо;	- додаткове залучення клієнтів на основі інноваційної діяльності;
- реалізація та підтримка проектів на рівні держави;	- вчасне реагування на економічні зміни на основі мобільності командного управління;
- мінімальний тиск влади на діяльність страхових компаній та надання преференцій;	- збільшення показників діяльності страхових компаній та заощадження коштів;

## Продовження таблиці 2.10

1	2
- соціальне партнерство з органами державної влади.	- підвищення іміджових позицій страхових компаній серед населення
S (Соціальні фактори)	T (Технологічні фактори)
- надання фінансових послуг найвищої якості;	- використання новітніх фінансових технологій, які значно заощаджують фінансові ресурси;
- збільшення рівня довіри населення до страхових компаній;	- економія часу при виконанні традиційних операцій;
- зацікавленість працівників у своїй результативності своєї діяльності;	- створення нових можливостей щодо відкриття страхових програм;
- підвищення відповідальності працівників.	- зміна організаційного стилю управління компанії;
	- налагодження комунікаційних зв'язків зовнішнього та внутрішнього середовища страхової компанії на основі мобільності, інформаційності, вчасного реагування на зміни та потреби клієнтів.

Провівши PEST-аналіз, визначено політичні, економічні, соціальні та технологічні фактори, які впливають на успішне функціонування страхових компаній у кризовий період в Україні.

Перераховуючи поточні та потенційні загрози, варто зазначити, що пандемії – це також можливість для страховиків зміцнити свої позиції на ринку. У сьогоднішніх умовах, коли премії зі страхування життя можуть значно скоротитися, технологічний розвиток є особливо важливим для розробки нових способів надання послуг. Зараз страховикам необхідно інтегрувати технології у свій бізнес, онлайн та офлайн канали. Страховики вже певний час впроваджують блокчейн, штучний інтелект, Інтернет речей, великі дані, доповнену реальність та хмарні технології у свою діяльність.

Яскравим прикладом цього є кейс InsurTech-компаній. Як правило, вони пропонують свої послуги виключно через Інтернет. Сьогодні InsurTech – одна з найбільших інноваційних екосистем у світі.

Під час пандемії традиційним страховикам довелося кардинально змінити свою бізнес-модель, сфокусувавшись на інтересах і потребах

застрахованих, і зробити цей фінансовий продукт більш доступним для нового покоління клієнтів. Безумовно, гравці галузі потребують створення регуляторних механізмів для забезпечення конфіденційності даних, сприяння співпраці між регуляторами на глобальному рівні, а також впровадження освітніх програм для підвищення страхової грамотності населення. Цей шлях оновлення у страхуванні, як і в інших галузях, буде непростим, але він неминучий для збереження та зміцнення позицій на ринку.

Таким чином, дослідження показало, що ситуація з пандемією створила нове бізнес-середовище на українському страховому ринку, яке несе як загрози, так і можливості. Було виявлено, що українські страхові компанії розробили нову програму страхування, таку як медичне страхування, яка передбачає фінансову підтримку на випадок COVID-19. В умовах зростання безробіття держава надає допомогу Фонду соціального страхування. Під час пандемії страховики мають можливість посилити свої позиції на ринку, інтегрувати технології у свій бізнес, онлайн та офлайн канали, впроваджувати технологію блокчейн, штучний інтелект тощо.

Таким чином, провівши оцінювання показників добровільного медичного страхування на страховому ринку України може зробити наступні висновки. В процесі дослідження були визначені основні показники, які впливають на функціонування ринку страхування, такі як акумульовані страхові премії та виплати за договорами добровільного медичного страхування, виконано порівняння рейтингу страхових компаній за 2021 та 2022 роки, де бачимо, що сталими лідерами на страховому ринку України є такі компанії як: УНІКА, Провідна та ІНГО. Регіональний розмір платежів за добровільне медичне страхування вказує на збільшення страхових платежів майже по всіх областях України за 2021 рік, але у 2022 році спостерігається помітний спад. Здійснений аналіз страхових програм дає змогу порівняти наповнення полісів, яке не суттєво відрізняється один від одного, так лише 5 компаній продають індивідуальні поліси добровільного медичного страхування, та 4 страховики

пропонують корпоративну програму страхування, кожна зі страхових компаній пропонує індивідуальні додаткові опції для відокремлення серед інших на ринку. Ціна на поліс та послуги різняться залежно від класу програм.

Аналізуючи Топ-10 країн за рівнем найкращих систем охорони здоров'я в світі було виявлено, що рівень смертності у цих країнах не досягає навіть 1%, у той час, як країни, які мають проблеми як з державною, так і приватною медициною мають набагато вищі показники як смертності, так і захворюваності в цілому.

Також, сильним поштовхом для медичного сектору Україні стала пандемія COVID-19, яка внесла багато коректив до страхування життя. Страхові компанії розробили поліси на випадок хвороби, та пропонували свої послуги для загального споживання. Недоліки полісів полягали у тому, що в деяких програмах дія страхового захисту починалась лише з 15-го календарного дня. З боку держави надається допомога фонду соціального страхування через зростання рівня безробіття.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ УКРАЇНИ

#### 3.1. Проблеми добровільного медичного страхування в Україні

У сучасних ринкових умовах охорона здоров'я не може бути повністю безоплатною, а радянська система «семашко», що тривалий час існувала в Україні, була майже ідеальною в теорії, але абсолютно непрактичною на практиці. Ця система фінансується виключно з державного бюджету за рахунок загального оподаткування, є децентралізованою і не може ефективно функціонувати без адекватного фінансування. Нині охорона здоров'я в Україні недофінансована.

Держава об'єктивно не може гарантувати повністю безоплатні послуги за рахунок усього свого бюджету, тому пропозиції щодо збільшення бюджету не принесуть результатів без якісної системи охорони здоров'я.

Стратегічні програми, тобто програми першого рівня і порятунку життя, мають фінансуватися державою, а решта видів медичної допомоги мають покриватися за рахунок обов'язкового і добровільного медичного страхування. Щоб така система фінансування була успішною в Україні, держава має спочатку чітко визначити, які види медичних послуг мають надаватися повністю безоплатно, а які – коштами медичного страхування, інші медичні послуги, що не підпадають під перший і другий рівні фінансування – коштами добровільного страхування.

Існує кілька механізмів, які можуть стимулювати людей до укладання добровільного медичного страхування.

Наприклад, дієвий стимул для укладання полісу добровільного медичного страхування зі страховою компанією є податкові пільги. Таким чином, особи, які уклали відповідний поліс, можуть отримувати пільги, що можуть включати в себе зменшення податку на дохід чи відрахування у

страхові поліси від оподаткованих внесків.



Рис. 3.1. Механізми стимулювання укладання договору добровільного медичного страхування в Україні.

Наступний стимул включає в себе самих роботодавців. Так, деякі роботодавці можуть запропонувати укласти поліс добровільного медичного страхування як частину корпоративних переваг, так вони зможуть отримувати знижку від страхової компанії через групові умови, або спів-фінансувати внески співробітника.

Рекламні компанії можуть стати ваговим механізмом стимулювання. Завдяки Інтернет простору, або за допомогою реклами, ЗМІ та соціальних мереж страхові компанії можуть просувати свої послуги завдяки рекламі, щоб показати переваги добровільного медичного страхування та підвищити свідомість громадян.

Також, страхові компанії для більшої привабливості для клієнта можуть пропонувати гнучкі плани, які будуть враховувати індивідуальні потреби ті можливості клієнтів. Сюди можна включити як вибір лікаря, медичного закладу, різні рівні покриття та можливість надання додаткових опцій, тощо.

Слід зазначити, що партнерства зі страховими компаніями може дати вагомий результат, так уряди або недержавні організації зі страховими компаніями можуть укладати партнерства для надавання спеціальних тарифних умов для окремих верств населення. Наприклад для літніх людей, людей з низьким доходом або молоді.

Можливістю для стимулювання укладання договору добровільного медичного страхування можуть стати певні законодавчі регулюванні. Таким чином, уряди зможуть приймати та затверджувати акти, які будуть зобов'язувати певні верства населення на укладання полісу добровільного страхування, або на тих, хто не має страхового покриття – накладати штрафи.

Ці механізми можуть працювати окремо або у поєднанні, щоб сприяти збільшенню кількості людей, які укладають добровільне медичне страхування та забезпечують собі фінансову захищеність у разі медичних витрат.

Впровадження моделі застрахованої охорони здоров'я в Україні покращить галузь загалом завдяки підвищенню якості медичних послуг, сприянню розвитку науки та інфраструктури охорони здоров'я, збільшенню фінансування організацій охорони здоров'я та наданню якісних медичних послуг малозабезпеченим групам населення [42].

Виконуючи вищенаведені механізми, що стимулюють укладати договір добровільного медичного страхування загальний попит на особисте страхування в Україні може значно зрости, позитивно вплине як на фінансовий сектор економіки України, так і значною мірою на медичний ринок.

Проте наразі є низка проблем, які перешкоджають впровадженню медичного страхування в Україні.

Наприклад в Україні громадяни не достатньо проінформовані щодо можливостей, яке надає договір добровільного медичного страхування, також

у самому медичному секторі є ряд проблем, такі як низька заробітна плата лікарів, недостатня підготовка спеціалістів у даній сфері та, нажаль, зниження професії медика в плані престижності.



Рис. 3.2. Механізми стимулювати людей до укладання добровільного медичного страхування

Також, не менш ваговою проблемою є самі страхові компанії, які уникають своїх зобов'язань щодо сплати медичних послуг, адже з різних причин страховики можуть відмовитись від сплати коштів.

Особи, які мають низьку платоспроможність та високі ризики не зацікавлюють страховика, але самі такі верстви є основною частиною населення України.

Ще одна проблема, яка перешкоджає швидкому впровадженню добровільного медичного страхування це різне бачення у медиків, страховиків та чиновників на механізм функціонування цієї моделі [43].

З початку 2015 року страховий ринок України перейшов на змішану

систему оподаткування, за якої страхові компанії платять 18% податок на прибуток на додаток до 3% податку на прибуток, тобто подвійне оподаткування. Згідно з українським податковим законодавством, страхові компанії сплачують 18% податку на прибуток. Однак тільки для страхових компаній у Кодексі додатково визначено поняття доходу (об'єкта), яким є премії, що виникають за договорами страхування та співстрахування. Дохід (що підлягає) таких страховиків оподатковується за ставкою 3%. Перехід до подвійної системи накладає податковий тягар на страхові компанії, оскільки вони змушені сплачувати й інші податки, як-от ПДВ (20% і 22%) та ставку єдиного соціального податкового платежу [44].

Забезпечення ефективності охорони здоров'я та впровадження страхових механізмів на основі обов'язкового і добровільного страхування може бути досягнуто в такий спосіб: ухвалити метод надання платних медичних послуг не тільки в приватних медичних установах, а й у державних і муніципальних установах, щоб скоротити тіньові виплати лікарям. Для того щоб пропонована модель медичного страхування працювала, передбачається, що кожна послуга має певну вартість відповідно до преїскуранта, який має бути складений кожним закладом.

Керуючись принципом «гроші йдуть за пацієнтом», лікарні отримують повну фінансову автономію, що сприяє конкуренції між приватними та державними закладами. Це досягнуто шляхом підвищення рівня розвитку медичної інфраструктури, забезпечення доступу до якісних медичних послуг для людей з низьким рівнем доходів, акцентування уваги громадян на первинному медичному обслуговуванні та профілактиці захворювань. Крім того, відбувається вдосконалення контролю над якістю надання медичних послуг і створення чіткої нормативно-правової бази для медичного страхування. Для стимулювання страховиків здійснювати добровільне медичне страхування, передбачаються податкові пільги, а також підвищення страхової культури серед населення. Загалом, ці заходи спрямовані на покращення якості медичних послуг, забезпечення доступності та створення

конкурентної середовища в медичній сфері.



Рис.3.3. Забезпечення конкуренції та фінансової автономії лікарень на основі принципу «гроші йдуть за пацієнтом»

На сьогодні деякі проблеми гальмують розвиток медичного страхування в Україні. До них належать відсутність системи підготовки кадрів, недостатній рівень заробітної плати та премій лікарів, відмова страховиків оплачувати лікування під будь-яким приводом, відсутність законодавства, що регулює медичне страхування, різне сприйняття здоров'я застрахованих осіб чиновниками, страховиками та лікарями. Переваги та недоліки медичного страхування [45].

Іншими словами, залишаються невирішеними питання щодо правового статусу та перспектив впровадження медичного страхування на національному рівні. Низькі доходи громадян призвели до того, що лише невелика кількість українців може вчасно подбати про своє здоров'я. Також, для більшості страхувальників висока вартість поліса родить його неможливим для отримання. У пацієнтів погані умови проживання, та низька якість допомоги в медичних закладах. Вагомий вплив має відсутність досвіду

проведенні медичного страхування у вітчизняних компаніях.

Вирішення всіх цих проблем потребує часу, грошей і відповідних фахівців. Основна роль у вирішенні цих проблем відводиться державі. Координація політики з метою розробки єдиної стратегії медичного страхування залишається ключовим завданням для держав. Штучне страхування медичних послуг знижує якість медичного обслуговування населення, тому необхідно ретельно продумати національну та регіональну політику інтегрованого ціноутворення [46]. При цьому необхідна відповідність між темпами зростання доходів населення, національних та індивідуальних показників здоров'я і темпами зростання витрат на охорону здоров'я. Регулювання цін має бути помірним, уникаючи штучних обмежень і запровадження адміністративного тиску.

Для конкретного вирішення даних проблем потрібно прийняти Закон «Про медичне страхування», який зможе регулювати відносини між суб'єктами медичного страхування і буде основою для розробки нормативного забезпечення договірних відносин між страховиками, виробниками медичних послуг.

Розробка класифікатора медичних послуг зможе надати можливість чіткого розуміння про ті медичні послуги, які зможуть надаватися безоплатно в рамках базової програми державних гарантій, інша решта буде здійснюватися за рахунок добровільного медичного страхування або власних коштів пацієнтів.

Конкурентне середовище для медичних закладів та комерційних страховиків може внести вагомий внесок в розвиток добровільного страхування. Також, за надання не якісних медичних послуг зобов'язати медичні установи сплачувати штрафні санкції. Доцільно звернути увагу на створення незалежних органів контролю щодо якості надання медичної допомоги, які будуть працювати на рівні надавачів медичних послуг та страховиків.

Альтернативи медичному страхуванню не існує. Медичне

страхування – єдиний вихід із серйозної економічної та соціальної кризи в Україні. Головне, щоб політики усвідомили це і почали активно діяти для створення сприятливих умов для його розвитку.

На ринку добровільного медичного страхування має розвиватися конкуренція між страховими компаніями, що спеціалізуються на цьому виді страхування, що повинно принести користь, насамперед, вітчизняним споживачам. Конкурентне середовище зрештою створить умови для зниження ціни передплати на добровільне медичне страхування та підвищення якості медичних послуг, які страховики пропонують своїм страхувальникам.

Водночас розвиток добровільного медичного страхування потребує значного вдосконалення нормативно-правової бази, змін у податковій системі, підвищення фінансової надійності страховиків і підвищення страхової культури населення, у тому числі медичних працівників. Така система заходів створює умови для повного задоволення потреби населення в доступній, якісній охороні здоров'я, знижує навантаження на державний і місцевий бюджет і частку тіньової охорони здоров'я в системі охорони здоров'я, дає змогу уникнути невиправданих витрат на надання непотрібних медичних послуг з метою отримання додаткового прибутку, покращує економічне становище медичних працівників. сприяє.

Таким чином, медичне страхування в Україні продовжує розвиватися, і його розвиток тісно пов'язаний з майбутнім системи охорони здоров'я. Подальші кроки з реформування сектору охорони здоров'я та впровадження бюджетно-страхового підходу до фінансування охорони здоров'я дадуть змогу надавати якісні медичні послуги населенню без перевантаження державного бюджету.

### **3.2. Міжнародний досвід розвитку добровільного медичного страхування**

В умовах сучасної України, коли соціальні послуги, включаючи медичні, стають все більш платними, суспільство переглядає безкоштовний характер надання цих послуг. З урахуванням фінансового стану національної системи охорони здоров'я, впровадження обов'язкового медичного страхування є необхідним. Україна розпочала реформу системи охорони здоров'я з 2018 року, в рамках якої надається підтримка розвитку добровільного медичного страхування. Покращення адміністративних механізмів розвитку добровільного медичного страхування є однією з головних задач, що потребують вирішення [47].

Сьогодні життя і здоров'я громадян є ключовим фактором гармонійного і ефективного розвитку сучасного суспільства. Медичне страхування є новою та унікальною системою соціального захисту, що виникла в Україні внаслідок розвитку ринкових відносин та реформування системи охорони здоров'я. Невдалий досвід пострадянської моделі спричинив значне скорочення видатків на охорону здоров'я в Україні та погіршення якості надання медичної допомоги громадянам, особливо найбільш незахищеним верствам населення.

Останніми роками світова економіка стикається з уповільненням економічного зростання та збільшенням глобальних криз, що має негативний вплив на країни, які не приймають запобіжних заходів. Ця ситуація найбільше відбивається на потенціалі сектору охорони здоров'я, який особливо чутливий до негативних умов. У багатьох країнах головним джерелом фінансування охорони здоров'я є внески на обов'язкове медичне страхування, що рівномірно сплачують роботодавці та працівники. Недостатність коштів у фондах обов'язкового медичного страхування і приватного медичного страхування компенсується державними позиками, наприклад, в Бельгії.

Проаналізувавши зарубіжний досвід (Додаток В), можна стверджувати, що система медичного страхування у Польщі виявляє певну подібність до тієї, що формується в Україні. Однак, у Німеччині ми спостерігаємо принципово протилежну ситуацію, де уряд має активну роль у сприянні створенню страхових фондів та проведенні загального контролю над ними. Це означає

забезпечення відповідності діяльності страхових фондів законодавству та виконання ними страхових програм.

Кошти добровільного медичного страхування роботодавців та фізичних осіб також покривають медичні витрати. добровільне медичне страхування є найбільш поширеним у Європі, зокрема в Німеччині та Нідерландах. Німеччина була однією з перших країн, яка запровадила медичне страхування, а німецька система медичного страхування була створена в 1881 році.

Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що держава не несе відповідальності за фінансування витрат на охорону здоров'я (за винятком певних сегментів), а лише здійснює нагляд за функціонуванням системи медичного страхування в цілому, створюючи умови для того, щоб працівники та роботодавці могли збирати необхідні кошти. У Німеччині прийнята децентралізована система медичного страхування. Її адмініструють близько 1200 лікарняних кас, організованих за професійними групами (шахтарі, фермери, моряки тощо), регіональними групами та ерзац-касами. Регіональні страхові каси покривають категорії, не охоплені страхуванням на підприємстві, і всі три типи кас є частиною системи медичного страхування, контрольованої державою.

Медичне страхування було запроваджено у Франції в 1910 році, спочатку у формі інвестиційних фондів, які в 1928 році були перетворені на страхові компанії. Сьогодні Франція має вертикальну систему медичного страхування, що складається з однорівневого страхового фонду. Національна асоціація страхування працівників (*Société nationale de l'assurance des travailleurs*), потужна страхова організація, що контролюється Міністерством соціального забезпечення та праці і охоплює 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні, які не конкурують між собою. Вони не конкурують між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але загалом перебувають під адміністративним контролем центру.

Історія медичного страхування в Нідерландах бере свій початок у 1901

році, коли існувало кілька сотень взаємних асоціацій і страхових компаній. Деякі з них були великими, але більшість були невеликими організаціями, що представляли інтереси мешканців та бізнесу в невеликих містах.

Із запровадженням керованої медицини у 1940 році та необхідністю стандартизації у створенні схем медичного страхування, багато дрібних компаній були об'єднані у великі страхові фонди. Сьогодні діяльність місцевих страхових організацій регулюється Центральною радою страхових фондів, яка складається з представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій та державних органів. Хоча цей орган не є державним, йому делеговано ряд важливих повноважень, таких як забезпечення того, щоб страхові компанії не позбавляли населення застрахованої медичної допомоги, моніторинг використання ресурсів, надання необхідної інформації для встановлення критеріїв централізованого фінансування страхових організацій, а також розрахунок страхових внесків і тарифів. Більшість населення включена в керовану систему страхування з правом вибору власної страхової компанії [48].

До 1990 року 60% населення Нідерландів було охоплено організованою системою страхування. Понад 30% населення було застраховано приватними страховими компаніями. Приватний страховий сектор намагається залучити клієнтів нижчими страховими внесками. Близько 40% приватних страхових полісів – це групові страхові поліси, укладені між підприємцями та страховими компаніями. Підприємець сплачує більше половини страхового внеску, а решту – працівник. Існують також індивідуальні та сімейні страхові поліси.

Модель медичного страхування базується на принципі солідарності, що передбачає існування страхових фондів, якими в рівній мірі розпоряджаються працівники та роботодавці [49]. Ці фонди акумулюють соціальні внески із заробітної плати для надання страхових виплат.

За страхової моделі медичне страхування є обов'язковим для всіх працівників. У більшості європейських країн обов'язкове медичне

страхування охоплює майже все населення. У Люксембурзі, наприклад, лише 1-3 відсотки населення є незастрахованими, включаючи більшість багатих. У Німеччині більшість працівників охоплені обов'язковим медичним страхуванням, і лише невелика група людей (особи з високими доходами) виключена з нього за законом. Деякі групи можуть обирати між державним і приватним медичним страхуванням. У Нідерландах застраховані чітко розподілені за категоріями відповідно до рівня доходу. Ті, хто має нижчі доходи, охоплені системою обов'язкового медичного страхування, тоді як ті, хто має вищі доходи, охоплені системою приватного медичного страхування [50].

На рисунку 3.1 показано динаміку очікуваної тривалості життя в країнах за період 2012-2021 років. Варто зазначити, що Україна має найнижчий рейтинг очікуваної тривалості життя серед країн, обраних для аналізу. Більше того, у 2021 році показник був нижчим, ніж у 2020 році: У 2020 році очікувана тривалість життя в Україні становила 76 років, а в 2021 році – 74 роки. У сусідній Польщі очікувана тривалість життя у 2021 році становила 80 років, в Іспанії та Франції – 86 років, в Італії – 85 років, у Німеччині – 83 роки, у Китаї – 81 рік.

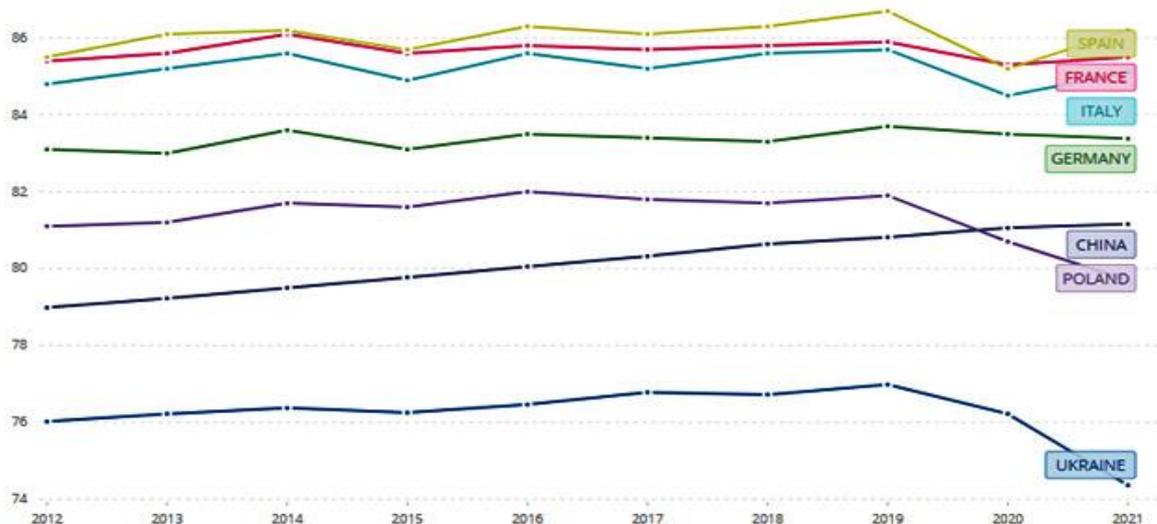


Рис. 3.3. Середня тривалість життя в Україні та інших країнах світу як показник стратегії розвитку медичного страхування за 2012-2021 роки

\*Складено за даними [52]

Для того, щоб краще зрозуміти майбутню стратегію розвитку системи медичного страхування в Україні, необхідно взяти до уваги показники розвитку медичного страхування в розвинених країнах. Очікувана тривалість життя є важливим прямим індикатором розвитку сектору охорони здоров'я країни. Очікувана тривалість життя українців на дев'ять років нижча, ніж у громадян ЄС: 81 рік в ЄС та 72 роки в Україні [51].

Отже, можна зробити висновок, що місцева система охорони здоров'я не функціонує належним чином. Медичне страхування, яке допомагає вирішити проблему гарантування медичної допомоги та зробити її доступною для всіх громадян, також не є пріоритетом у нашій країні.

Багато українців не вважають медичне страхування розкішшю, оскільки страхові внески є дорогими. Але досвід багатьох країн показує, що система охорони здоров'я через страхування є дійсно ефективною. У розвинених країнах внески на медичне страхування становлять набагато більшу частку витрат на охорону здоров'я. Це пояснюється тим, що медичне страхування забезпечує доступ до доступних послуг і гарантує, що витрати пацієнтів на медичне обслуговування будуть покриті [51].

Наступним показником, який демонструє рівень розвитку охорони здоров'я є показник смертності населення. На рисунку 3.2 зображено коефіцієнт смертності в різних країн світу. Коефіцієнт (‰) розраховано як середньорічну кількість смертей на 1000 осіб.

Україна має один з найгірший показників смертності населення і у 2023 році зайняла шосте місце у рейтингу за показником (13,7 на 1000 населення). Німеччина у 2023 році зайняла 15 місце з рівнем смертності 11,97. Країна-сусід України, Польща, має нижчий рівень смертності – 10,75 із 27 місцем у рейтингу. Найменший показник смертності з даного рейтингу спостерігається у Словенії, що становить 10,46, Іспанії – 9,12 Австрії – 8,61 та Франції – 7,17 на 1000 населення.

В Україні натомість майже 60% такого високого показника смертності займає смертність від серцево-судинних захворювань, яка є однією з

найвищих у світі, 13% – смертність від онкологічних захворювань. Такі статистичні дані чітко та голосно говорять про те, що вітчизняна система охорони здоров'я потребує покращення й інтеграція в систему медичного страхування зможе вирішити такі проблеми [53].

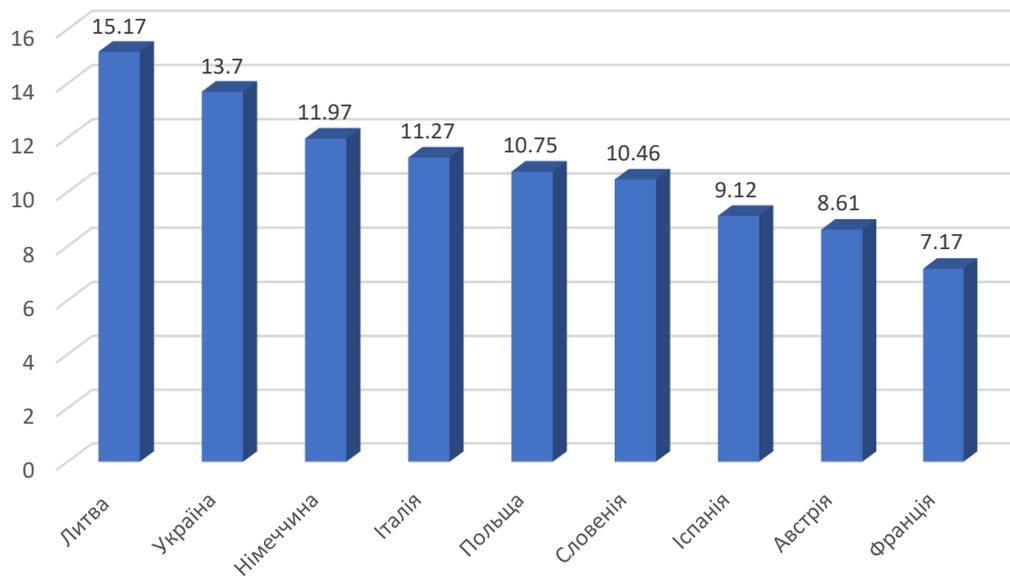


Рис. 3.4. Рівень смертності населення у світі з низьким рівнем охорони здоров'я за перший квартал 2023 року, %

\*Складено за даними [54]

Таким чином, враховуючи, що не всі країни здатні забезпечити належний рівень медичного обслуговування лише за рахунок державного бюджету, медичне страхування можна розглядати як ефективний механізм фінансування охорони здоров'я. Тому більшість країн створюють і розвивають ефективні страхові програми для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги своїм громадянам. У США, наприклад, страхування є досить дорогим і не кожен може собі його дозволити, але існують різні федеральні програми та програми штатів, такі як Medicaid (для бідних), які покривають чверть усіх витрат на охорону здоров'я. Ще чверть покривається соціальними програмами.

Ще чверть покривається соціальними програмами, а 22% – програмами соціального медичного страхування, такими як Medicare для пацієнтів у віці

65 років і старше: COBRA – страхування для безробітних пацієнтів (страхування надається на тимчасовій основі і враховується причина безробіття); Medicare Part D – пільгові умови на ліки; SCHIP – страхування для дітей із сімей, які не можуть брати участь у Medicaid, але не можуть дозволити собі приватне страхування; PCIP – окрема програма для тяжкохворих пацієнтів, тобто тих, хто має високий страховий ризик [55].

У Німеччині держава практично не відповідає за фінансування охорони здоров'я і лише створює умови для того, щоб працівники та роботодавці створювали необхідні фонди, тоді як держава контролює функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Медичне страхування є децентралізованою системою і забезпечується приблизно 1 200 страховими касами, організованими на професійній основі.

Малозабезпечені люди отримують 2% субсидії від держави. Лікарі отримують пряму оплату за свої послуги. Лікарняна каса укладає договір з Асоціацією лікарів лікарняних кас. Таким чином, основна функція уряду полягає в управлінні діяльністю страхової каси та забезпеченні відповідності її дій законодавству.

Нині у Франції існує ієрархічна структура страхових фондів, з вертикальною системою медичного страхування, керованою Національною страховою організацією, що підпорядкована Міністерству соціального забезпечення і праці, яка охоплює 78% населення, зі 129 філіями, кожна з яких відповідає за певний вид місцевого страхування і не конкурує з іншими. Крім того, у Франції створено структуру приватних страхових компаній, які працюють як будь-який інший страховий фонд, оплачуючи ліки та візити до лікаря [56].

Важливим показником розвитку медичного страхування та охорони здоров'я загалом є витрати на охорону здоров'я на душу населення. Найвищі витрати на душу населення – у США: 2021 року витрати на охорону здоров'я тут оцінювали у понад 11 000 доларів США на душу населення.

Як згадувалося раніше, у багатьох країнах у середньому приблизно 75%

усіх витрат на охорону здоров'я покривається коштом державного бюджету або обов'язкового страхування. У США ця частка зросла до 85% після ухвалення у 2014 році Закону про реформу медичного страхування, що відображає індивідуальний мандат на медичне страхування. Федеральні та державні програми, такі як Medicaid і Medicare, продовжують відігравати важливу роль у придбанні медичних послуг.

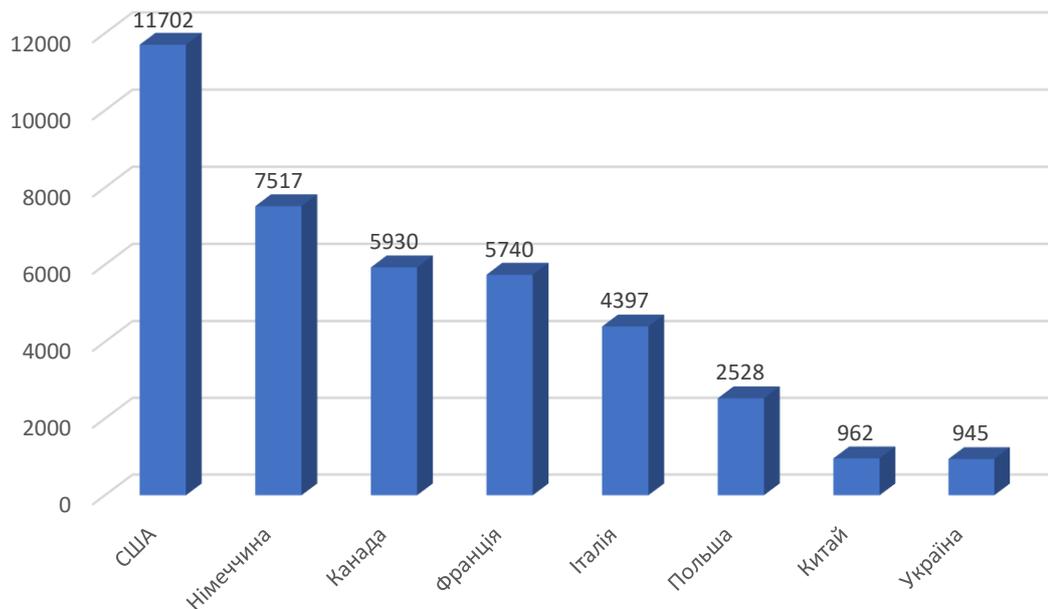


Рис. 3.5. Видатки на охорону здоров'я на душу населення у 2021 році, дол. США

\*Складено за даними [52]

У Німеччині одна особа витрачає на охорону здоров'я 7 517 доларів, у Канаді – 5 930 дол., Франції – 5 740 дол., в Італії – 4 397 дол., в Польщі – 2 528 дол. Натомість в Україні у 2021 році видатки на охорону здоров'я на одну особу склали 945 дол. США., що знаходиться на рівня такої країни, Китай, що має показник на рівні 962 дол. на душу населення..

Таким чином, усі перелічені вище показники свідчать про те, що система охорони здоров'я в Україні недостатньо розвинена. Медичне страхування відіграє важливу роль у всіх розвинених країнах і в світі загалом. Саме завдяки цьому виду страхування держава здатна забезпечити соціальний захист і

добробут своїх громадян. Відсутність ефективної системи медичного страхування в Україні негативно позначилася на тривалості життя, а система охорони здоров'я залишається вкрай нефінансованою державою. Натомість у розвинених країнах обов'язкове медичне страхування успішно функціонує впродовж тривалого часу і забезпечує якісні медичні послуги та страхові продукти для всього населення.

### **3.3. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні**

Основними питаннями розвитку медичного страхування в Україні є, з одного боку, управління галуззю охорони здоров'я, а з іншого – фінансове забезпечення застрахованої медичної допомоги, яке пов'язане з управлінням бюджетними ресурсами. Медичне страхування можна розділити на обов'язкове медичне страхування і добровільне медичне страхування.

Зараз в Україні діє система добровільного медичного страхування. Що стосується обов'язкового медичного страхування, то в країні існує небагато механізмів забезпечення його виконання, і хоча українське законодавство це передбачає, відсутня відповідна нормативна база для його реалізації. Відсутня система підготовки спеціалістів, лікарям не виплачують достатню зарплату та премії, страхові компанії під приводом відмовляють в оплаті лікування застрахованих, немає закону, який регулює медичне страхування, медичне страхування, в якому немає інформації про його переваги та недоліки. .

Сучасний стан охорони здоров'я в Україні вкрай незадовільний. Його фінансування вимагає значного вдосконалення, оскільки воно, як правило, здійснюється за залишковим принципом і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги на необхідних рівнях, особливо для соціально незахищених верств населення.

Для реалізації принципу якісного, кількісного надання медичних послуг необхідно передусім встановити достатньо високу ставку обов'язкового медичного страхування, що відповідно призведе до збільшення витрат на медичне обслуговування.



Рис. 3.6. Соціальні та економічні завдання медичного страхування

Перевагами обов'язкового медичного страхування є актуальність, незалежність фондів від держави, відокремленість фондів від інших країн.

Основним позитивним впливом запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні є, перш за все, створення прозорого механізму фінансово-правових та соціально-економічних відносин між лікарнями та пацієнтами, надійність плану та рівномірність надання ресурсів, орієнтованих на потреби системи охорони здоров'я, універсальний доступ до медичної допомоги та оптимізація використання ресурсів системи охорони

здоров'я [59]

Мету медичного страхування в наданні громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів. [60]. У більш конкретному розумінні мета медичного страхування зводиться до його основних завдань, які поділені на соціальні та економічні

Система медичного страхування України має великі перспективи для розвитку завдяки великій кількості потенційних споживачів страхових послуг. Однак, оскільки національна система медичного та соціального страхування є важливою та стратегічною для країни, усі зусилля будуть марними без належної державної підтримки. До її реалізації необхідно підходити виважено та конструктивно: розробити та затвердити в установленому порядку закони та підзаконні акти про національне медичне страхування, розробити та сформулювати положення про національний та регіональні фонди медичного страхування, захистити права пацієнтів на вчасне та якісне медичне обслуговування. Необхідна розробка проекту закону в галузі медичного страхування. Крім того, проекти законів у галузі медичного страхування мають бути ретельно проаналізовані національними та міжнародними експертами. Якщо медичне страхування стане пріоритетним і визначальним фактором у нашій країні, це призведе до зростання сильної та здорової держави, що, своєю чергою, призведе до сильної та ефективної економіки.

В Україні, як і в більшості країн світу, охорона здоров'я визнана одним із пріоритетних напрямів державної діяльності, який має надзвичайно важливе соціальне, економічне та суспільне значення. Оскільки якість медичних послуг та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами та ефективності їх використання, ця система завжди потребує великих ресурсних вкладень.

Аналіз довіри до страхування в розвинених країнах показує, що страхування сприяє фінансовій стабільності підприємств, збереженню заощаджень і ефективному розподілу капіталу. Підвищуючи тарифи на високі

ризика, страховики можуть також стимулювати керівництво підприємств до вжиття заходів зі зниження ризиків, таких як заміна застарілого обладнання, підвищення екологічної безпеки, що призводить до поліпшення умов праці та якості продукції, зниження нещасних випадків на виробництві.

Страхові компанії в розвинених країнах накопичили досвід та інформацію про страхові випадки, а також методи їхнього оцінювання і врегулювання, і в багатьох країнах багато соціальних функцій було передано страховим компаніям, залишивши державний бюджет для розвитку і вдосконалення. У багатьох країнах, але не в Україні.

Для розвитку добровільного медичного страхування необхідно вжити таких заходів:

Удосконалення нормативно-правової бази. Неадаптовані до сьогоднішніх реалій закони перешкоджають нормальному розвитку та функціонуванню страхових компаній. Регулятори позбавлені реальної картини страхового сектору та якісного контролю за діяльністю організацій, компанії не можуть побудувати чітку картину свого бізнесу і змушені витратити свої зусилля на вирішення безсистемних змін. Від некерованих та неякісних страхових послуг страждають усі учасники страхового процесу, тобто споживачі, які зазнають збитків, а в деяких випадках не отримують виплат, на які мають право. Для того, щоб зробити страховий ринок більш привабливим, прозорим, зрозумілим, доступним та якісним, необхідно розробити та прийняти зміни до українського законодавства. Наприклад, у Законі України «Про страхування» слід уточнити право страховиків перестраховувати ті види страхування, на які вони мають ліцензію на здійснення страхової діяльності. Закон України «Про фінансові послуги та діяльність у сфері фінансових послуг» має передбачати санкції за порушення та надавати страховикам можливість оскаржувати ці санкції [50, с. 4].

Розширити переліку послуг медичного страхування. Відвідування людьми лікарень безпосередньо пов'язане з вартістю процедур, консультацій вузьких фахівців, ліків і медичних процедур. Вартість лікування залежить від

тяжкості захворювання пацієнта і рівня наданої медичної допомоги. Звісно, споживачі хочуть лікуватися в найкращих клініках, де створено хороші умови, працюють висококваліфіковані фахівці та ставлення до пацієнтів розвинене на досить хорошому рівні, адже здоров'я – один із наших головних активів.

Регулювання оподаткування страхового ринку, із запровадженням фінансового механізму стимулювання індивідуальних довгострокових накопичень і медичного страхування шляхом звільнення компенсації за страховими випадками, що використовуються для оплати послуг медичних закладів і підприємців, які мають ліцензію на медичну практику за договорами добровільного медичного страхування, від податку в розмірі 18% + 1,5% від суми, сплаченої за страховими випадками [61].

Удосконалення системи підвищення кваліфікації. Ще однією причиною низької страхової культури є проблема підготовки кадрів для страхування. В Україні є лише три національні університети, які готують майбутніх фахівців зі страхування: Національний університет «Західноукраїнський національний університет», Київський національний економічний університет та Київський національний торговельно-економічний університет. Між тим, з моменту становлення страхового ринку в Україні потреба у фахівцях зі страхування значно зросла. Йдеться про нове покоління кадрів, які можуть самостійно вивчати умови надання страхових послуг, економічно обґрунтовувати страхові премії, виконувати всі завдання, пов'язані з укладанням договорів страхування та здійснювати необхідні розрахунки. Крім того, формування та використання грошового фонду страхової компанії, оподаткування її доходів, ведення бухгалтерського обліку та фінансової звітності мають важливі особливості, які необхідно враховувати в процесі навчання [62].

Підвищити рівень страхової культури населення шляхом запровадження ефективного контролю за її дотриманням при наданні медичних послуг. Основними причинами недовіри населення до страхових компаній є відсутність гарантій щодо отримання страхових виплат, навіть коли настав страховий випадок, саме тому потенційним страхувальникам не зовсім

зрозуміло яким насправді потрібним та вигідним є договір страхування.

На відміну від страхувальників права страховиків більш захищені у юридичному плані, також щодо виплат страхових відшкодувань – це надовго затягується, адже від потерпілих вимагають збір додаткових документів на групування яких може витратитись місяці, таким чином страховики намагаються відмовити у виплатах [62].

Проблеми та рішення можна визначити і щодо медичної допомоги. Основна проблема полягає в тому, що медична допомога за кордоном функціонує зовсім інакше, ніж в Україні.

За роки роботи асистансу було запроваджено правило: що більше вітчизняна медицина концентрується на застрахованих пацієнтах з-за кордону, то ефективнішою стає комунікація між клініками та сервісними компаніями. Іншими словами, у країні масового туризму все працює як годинник. Одного чудового дня пацієнта госпіталізують, і того самого ранку клініка надсилає до страхової компанії повну інформацію про захворювання, передбачувану тривалість лікування і можливість репатріації на батьківщину [63].

Однак у регіонах, де туризм менш розвинений, система інша. Пацієнти отримують лікування відповідно до протоколу, незалежно від їхньої платоспроможності. Після завершення лікування виникає питання про те, кому відправити рахунок. Однак усе це робиться набагато пізніше, і лікар ніколи не бере в цьому участі [64]. Ще одна проблема полягає в тому, що вимоги українських страхових компаній та асистансів значно відрізняються від вимог інших агентств. Наприклад, британським страховикам достатньо знати назву діагнозу і суму витрат; якщо цифра не перевищує 10 000 євро, подробиці їх не цікавлять. Якщо витрати становлять менше 500 євро, діагноз може бути вельми застарілим. Щоб дослідити конкретно, оплата має бути вищою [63].

Третя проблема – необхідність ухвалювати досить дорогі рішення за недостатньої інформації. Наприклад, якщо пацієнт поступив у лікарню, ситуація досить складна, потрібна термінова операція, вартість якої перевищує

5 000 євро, але немає гарантії оплати, його відмовляться прийняти. Однак згодом може з'ясуватися, що пацієнт був, наприклад, п'яний або вже страждав на це захворювання. Проте клініка наполягає на попередній оплаті. Це змушує страховика заохочувати застрахованого до регресивних вимог.

Для розв'язання цих проблем, по-перше, необхідно докласти зусиль, щоб бути більш про активними в наших контактах щодо закордонних клінік. По-друге, сформувати мережу партнерів, які тією чи іншою мірою реагують на запити наших ринків і готові до співпраці. По-третє, модернізувати наші послуги, щоб вони відповідали реаліям глобальної охорони здоров'я і не обіцяли неможливого [63].

Виходячи з висвітлених проблем, Україна має багато можливостей та перспектив щодо розвитку системи добровільного медичного страхування. Для того, щоб запровадити ефективну і надійну систему та вирішити визначені проблеми, доцільно вжити низку таких заходів.

Отже, сьогоdnішній стан справ охорони здоров'я потребує реформування, відпрацювання та впровадження ефективних програм, які б урахували інтереси всіх зацікавлених сторін та забезпечили достатнє фінансування закладів охорони здоров'я; гідну матеріальну винагороду медичних працівників (лікарів); достатній обсяг медичних послуг та на гідному рівні всім громадянам України.

Отже, в міжнародному контексті було досліджено досвід розвинених країн у сфері добровільного медичного страхування. Система може працювати успішно, забезпечуючи додаткові можливості доступу до якісної медичної допомоги для населення. Існують різні моделі страхування, які враховують потреби різних соціальних груп і забезпечують високий рівень обслуговування.

Спочатку, в Україні потрібно створити стійку законодавчу базу, яка охоплюватиме всі аспекти і офіційно затверджуватиме медичне страхування. Варто також враховувати зростання конкуренції серед існуючих страхових компаній, що дозволить знизити вартість добровільного медичного

страхування і покращити якість медичного обслуговування. В Україні ринок добровільного медичного страхування має перспективи розвитку: частка добровільного медичного страхування на страховому ринку зростає; страхові компанії, що надають послуги добровільного медичного страхування, стають все більш конкурентоспроможними; загальний інтерес громадськості до цього виду страхування збільшується. Зарубіжний досвід у галузі медичного страхування підтверджує ефективність змішаної моделі медичного страхування.

Однак в Україні добровільне медичне страхування зіткнулося зі значними проблемами. Недостатня регуляторна база і відсутність ефективного механізму контролю також впливають на функціонування системи.

Проте, незважаючи на ці проблеми, перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні залишаються перспективними. Уряд і страхові компанії можуть вжити заходів для підвищення свідомості населення про переваги страхування і забезпечення доступності якісної медичної допомоги. Важливо встановити ефективний регуляторний механізм, який забезпечить

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дипломній роботі було вирішено значну наукову проблему, що стосується розвитку медичного ринку України, зокрема сегменту добровільного медичного страхування. Дослідження привело до розробки теоретико-методологічних засад, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на активізацію розвитку цього сегменту. Результати дослідження дозволили сформулювати такі висновки теоретико-методологічного науково-прикладного спрямування:

Добровільне страхування є важливим механізмом забезпечення фінансової захищеності та доступності якісних медичних послуг для населення. Сутність добровільного страхування в системі медичного страхування полягає в тому, що це форма страхування, в якій учасники добровільно вступають у контракт зі страховою компанією, сплачують страхові внески та отримують покриття захворювань та медичних послуг згідно з умовами договору. Добровільного страхування в системі медичного страхування має значення як для індивідуальних осіб, так і для медичної системи в цілому.

Існує широкий спектр видів добровільного медичного страхування, які можуть відповідати різним потребам та вимогам страхувальників. Добровільне медичне страхування включає різноманітні види та базується на принципах, що регулюють його функціонування. Розуміння цих видів та принципів є важливим для розробки та впровадження ефективних програм добровільного медичного страхування, що сприятимуть покращенню доступу до медичних послуг та забезпеченню фінансової безпеки учасників страхової системи.

Державне регулювання є необхідним для забезпечення стабільного та ефективного функціонування добровільного медичного страхування. Воно дозволяє контролювати якість послуг, захищати права та інтереси

страхувальників, регулювати страхові тарифи та забезпечувати рівноправну конкуренцію на страховому ринку. Встановлено, що державне регулювання добровільного медичного страхування базується на законодавчій базі, яка включає нормативно-правові акти та положення щодо організації та функціонування страхової галузі. Ця база створює правову основу для регулювання відносин між страхувальниками, страховиками та державою.

Проаналізувавши показники розвитку добровільного медичного страхування в Україні було виявлено частку особистого страхування на страховому ринку України. Визначено стабільний розвиток ринку страхування за полісами добровільного медичного страхування та вказано, що за досліджуваній період близько 60 компаній займаються укладанням договорів добровільного медичного страхування в Україні. Добровільне медичне страхування в Україні є важливим та перспективним сегментом страхового ринку.

Досліджено різні програми добровільного медичного страхування за різними страховими компаніями, що дає змогу вказувати на те, що наповнення страхових програм не суттєво відрізняється одна від одної, виявлено незмінний рейтинг страхових компаній з надавання полісів особистого страхування, що вказує на стабільність розвитку ринку добровільного медичного страхування.

Тенденції у сегменті добровільного медичного страхування в умовах пандемії COVID-19 вказали на змогу страхових компаній реагувати на зовнішні фактори та швидко розробляти нові умови задля забезпечення ринку особистого страхування затребуваними послугами – полісами. Пандемія спричинила зростання свідомості населення щодо важливості медичного страхування та збільшення попиту на цю послугу.

Зазначено, що міжнародний досвід вказує на перспективи розвитку добровільного медичного страхування, такі як посилення конкуренції, вдосконалення страхових продуктів, розширення доступу до якісної медичної допомоги. Однак, також виявлені виклики, пов'язані з високими вартостями

страхування, нерівним доступом до послуг тощо. Врахування цих викликів дозволить побудувати ефективну та стійку систему добровільного медичного страхування в Україні.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні має потенціал розвитку зумовлений існуванням великої кількості споживачів страхових послуг. Незважаючи на проблеми, добровільне медичне страхування в Україні має перспективи розвитку. Дослідження показують, що зростає інтерес населення до додаткового медичного страхування, а також збільшується кількість страхових компаній, які надають такі послуги. Крім того, відбувається покращення регулятивної бази та надання пільгових умов для розвитку страхування. Це створює перспективи для зростання добровільного медичного страхування в майбутньому.

Також потрібно сприяти розвитку конкуренції на ринку шляхом стимулювання входу нових страхових компаній, спрощення процедур і створення сприятливих умов для розвитку інноваційних страхових продуктів. Це дозволить знизити ціни та забезпечити більший вибір для клієнтів.

Узагальнюючи, добровільне медичне страхування в Україні має значний потенціал для вирішення проблем, пов'язаних з недостатньою доступністю та якістю медичної допомоги. Проте для досягнення успіху в цій сфері необхідно посилити свідомість населення, забезпечити конкурентну середу та створити сприятливі умови для розвитку страхових компаній. Тільки тоді добровільне медичне страхування стане ефективним і доступним інструментом для забезпечення охорони здоров'я українського населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Самошкіна І. Д. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. 2020. URL: <http://repo.snau.edu.ua/>.
2. Самошкіна І. Д. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. Одеса : ПУ Причорноморський НДІ економіки та інновацій, 2020. Вип. 54.
3. Говорушко Т. А. Страхові послуги : підруч. К.: Центр учбової літератури, 2018. 376 с.
4. Танчак Я. А., Миколишин М. М. Проблематичні аспекти розвитку страхування фінансових ризиків підприємства. Проблеми економіки № 4 (42). 2019.
5. Прилуцький А. М. Стан та перспективи добровільного медичного страхування в Україні. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». № 12. 2019. URL: <http://socrates.vsau.org/repository/getfile.php/22939.pdf>.
6. Проблеми розвитку добровільного медичного страхування в Україні. URL: <http://forum.mnau.edu.ua>
7. Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту КНТЕУ. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2020. Вип.92. С.268.
8. О. С. Журавка, А. Г. Бухтіарова, О. М. Пахненко: навчальний посібник – Суми: Сумський державний університет, 2020. – 350 с.
9. Базилевича В. Д. Страхування : підруч / В. Д. Базилевича. – Київ: Знання, 2018. – 1019 с.
10. Климук Н. Я., Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов Covid-19. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 3. С. 47-50.
11. Коцюрубенко О. М. Розвиток медичного страхування в Україні. Вісник соціально-економічних досліджень.2020. № 35. С. 217–222.

12. Барзилович А.Д. Причини та функції державного регулювання ринку медичних послуг - теоретичний аспект. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 21. С.122-126.
13. Електронний ресурс: Закон України «Про добровільне медичне страхування» URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A?an=3>
14. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 1. С. 101-104.
15. Статут Ліги страхових організацій України. URL: <http://uainsur.com/liga/about/info/>
16. Статут Асоціації «Страховий бізнес». URL: <http://insurancebiz.org/about/charter.php>
17. Статут Асоціації «Українська федерація убезпечення». URL: <http://ufu.org.ua/ua/about/info/charter/>
18. Мета і завдання // Національна Асоціація Страховиків України. URL: <https://www.nasu.com.ua/meta-ta-zavdannja/>
19. Forinsurer – журнал про страхування та InsurTech. FORINSURER: Форіншурер – журнал про страхування та InsurTech. URL: <https://forinsurer.com/>
20. Медична страховка – добровільне медичне страхування в києві та україні | УНІКА. unika.ua. URL: <https://unika.ua/private/life/zdorove/>
21. Медицина для кожного – провідна страхова компанія. ПРОВІДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ. URL: <https://www.providna.ua/>
22. Медичне страхування - купити добровільну медичну страховку (ДМС) у києві й інших регіонах україни | ingo.ua. СК ИНГО. URL: <https://ingo.ua/medichne>
23. Добровільне медичне страхування (ДМС) в Україні для фізосіб. ARX. URL: <https://arx.com.ua/>
24. Добровільне медичне страхування працівників - ДМС для співробітників. Ціни від Альфа Страхування. Страхова Компанія

- «Альфа Страхування» - Онлайн страхування. Купити страховку в Україні.  
URL: <https://alfaic.ua/>
25. . Медичне страхування співробітників компаній. Страхова група ТАС Українська страхова компанія ТАС. URL: <https://sgtas.ua/zahyst-spivrobotnykiv/dobrovilne-medichne-strahuvannya/> (дата звернення: 07.06.2023).
26. Universalna. Страхова компанія UNIVERSALNA. Страховка онлайн. Купити страховку в Страховій компанії UNIVERSALNA | Київ, Львів, Дніпро і вся Україна. URL: <https://universalna.com/health-insurance/corporate-medical-insurance/> (дата звернення: 07.06.2023).
27. Добровільне медичне страхування (ДМС). Страхова компанія VUSO Купити страховку онлайн в Україні та Києві. URL: <https://vuso.ua/>
28. Стещенко О. Д. Медичне страхування в умовах пандемії. Економіка та суспільство. 2021. № 25. С. 1-5.
29. Офіційний сайт Міністерства Фінансів України. Коронавірус: статистика по країнах. 2023. URL; <https://index.minfin.com.ua/>
30. Josephs Leslie (2020). Trump’s European travel restrictions could drive some airlines out of business, trade group warns: web-site CNBC. URL: [www.cnn.com/2020/03/12/coronavirus](http://www.cnn.com/2020/03/12/coronavirus)
31. Information and Advice from the US Travel Insurance Association Regarding Coronavirus (2020). URL: [www.ustia.org/](http://www.ustia.org/)
32. Страхування на випадок захворювання на коронавірус covid-19: веб-сайт СК «Альфа Страхування Україна». URL: <https://alfaic.ua/>
33. Страховий продукт «Захист від COVID-19»: веб-сайт ПрАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА». URL: <https://universalna.com/>
34. Короназахист+: веб-сайт АТ СК «ІНГО». URL: <https://online.ingo.ua/covid19>
35. Страхування у разі коронавірусу COVID-19: веб-сайт СК «ВУСО». URL: <https://covid19.vuso.ua/>
36. СТОП.КОРОНАВІРУС: веб-сайт СК «Провідна». URL: <https://client-portal.providna.com.ua/stopcorona>

37. Рівень безробіття в Україні: веб-сайт МінФін.  
URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/>
38. The Top 10 Healthcare Systems in the World 2022  
URL: <https://www.expatriatehealthcare.com/the-top-10>
39. Виплати в різних країнах у зв'язку з коронавірусом.  
URL: <https://buhguru.com/spravka-info/>
40. Загальні втрати світової страхової галузі від пандемії COVID-19.  
URL: <https://forinsurer.com/news/>
41. Група УНІКА підвела підсумки 2020 року: якісні зміни, соціальні ініціативи та зростання попри коронакризу URL: <https://uniqa.ua/news/>
42. Cybersecurity Almanac: 100 Facts, Figures, Predictions and Statistics (2019): web-site Cybersecurity Ventures. URL: <https://cybersecurityventures.com/>
43. Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками: Постанова КМУ від 22 квітня 2020 р. № 302.  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
44. Суханова А. Зарубіжний досвід соціального страхування та застосування його для України. Наукове забезпечення технологічного прогресу ххі сторіччя. 2020. Url: <https://doi.org/10.36074/01.05.2020.v1.07>
45. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
46. Бутковська Т. Чи є майбутнє у добровільного медичного страхування в Україні / Т. Бутковська // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: 206 <https://www.pravda.com.ua/>
47. Сова О.Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні / О.Ю. Сова // Вчені записки Університету «КРОК». – 2018. – Випуск 49. – с.80-92.

48. Міщук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку / І. Міщук, І. Віннічук // Підприємництво, господарство і право. – 2019. - № 2. - с.110-114.
49. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 12. С. 43-47.
50. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні в сучасних умовах. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1. С. 55-60.
51. Що потрібно знати про медичну реформу? URL: <https://vysh.gov.ua/shhopotribno-znaty-pro-medychnu-reformu/>
52. Розвиток економіки та бізнес-адміністрування: наукові течії та рішення. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції. (21 жов. 2021, Київ). Київ, 2021. 253 с.
53. Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. (05 лис. 2021, м. Дніпро). Дніпро, 2021. 432 с
54. Worldbank data. 2023. URL: <https://data.worldbank.org/>
55. . Інформаційне суспільство: технологічні, економічні та технічні аспекти становлення. Матеріали міжнародної наукової інтернет-конференції. (11-12 трав. 2022, м. Тернопіль). Тернопіль, 2022. 133 с.
56. Death rate – the world factbook. 2023. URL: <https://www.cia.gov/the-worldfactbook/field/death-rate/country-comparison>
57. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де – найдорожчі. URL: <https://www.apteka.ua/article/524775>
58. Актуальні питання економіки, обліку та фінансів в Україні. Матеріали міжвузівської студентської науково-практичної конференції. (29 бер. 2018, м. Ірпінь). Ірпінь, 2018. 277 с
59. Л.І Бровко. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ. «ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СИСТЕМА ТА СТРАХУВАННЯ : СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

РОЗВИТКУ В КРИЗОВІЙ ЕКОНОМІЦІ УКРАЇНИ» : матеріалів Міжнар. науково-практ. конф., м. Дніпро, 2 берез. 2020 р. с.70

60. Радченко О. П., Лагодієнко В. В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2020. № 1. С. 34-48.

61. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики у сфері охорони здоров'я. Інвестиції, практика та досвід. 2018. № 8. С. 83-86.

62. Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. (05 лис. 2021, м. Дніпро). Дніпро, 2021. 432 с.

63. . Волосовець О. П., Заболотько В. М., Волосовець А. О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. Організація охорони здоров'я. 2020. №1. С. 20-26.

64. Сабецька Т. І. Проблеми та перспективи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2021. № 27. С. 1-8.

65. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. 2020. №53. С.104-114.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

Підходи до трактування понять загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування в нормативно-законодавчій базі України

Джерело	Визначення
«Конституція України», ст.49	Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена
Проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» від 04.10.2018 № 9163	Загальнообов'язкове медичне страхування - це вид обов'язкового 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 система локально-солідарного, соціально спрямованого забезпечення громадян медичними послугами, ліками, товарами медичного призначення, профілактичними, реабілітаційними, оздоровчими заходами рівня додаткового попиту та сервісу, що забезпечується фінансовими установами, які отримали ліцензію на добровільне медичне страхування.
Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 02.08.2016 № 4981- 2	Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування - це вид обов'язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування.
Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 №1105- XIVP	Загальнообов'язкове державне соціальне страхування - система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає матеріальне забезпечення, страхові виплати та надання соціальних послуг застрахованим особам за рахунок коштів Фонду соціального страхування України.
Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14.01.1998 №16/98- ВР	Медичне страхування - вид загальнообов'язкового державного соціального страхування. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування - це система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі передбачених законом страхових випадків, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом (далі - роботодавець), громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом.
Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 №85/96- ВР, ст. 7	Медичне страхування є добровільним і обов'язковим видом страхування, проте не визначено суті та механізмів реалізації останнього.

Витрати на фінансування заходів боротьби з коронавірусом у різних  
країнах світу станом початок пандемії COVID-19

Країна	Витрати
Україна	З Фонду боротьби з Covid-19 витрачено 34,1 млрд грн з 66 млрд грн. Це становить 52% від загальної суми. На сферу охорони здоров'я використано 5,8 млрд грн із передбачених 16,3 млрд грн або 35%. У сфері соціального захисту використано 9,3 млрд грн (89%) з передбачених 10,4 млрд. На забезпечення лабораторій МОЗ та закупівлю засобів індивідуального захисту для медичних працівників витрачено 624 млн грн з передбачених 2,9 млрд
США	У Фонд боротьби з Covid-19 виділено 2 трильйони доларів. 18 березня 2020 року президент Д. Трамп підписав закон про надання фінансової допомоги постраждалим від спалаху коронавірусу на суму \$100 млрд. Він включає оплачувану відпустку для працівників на випадок інфікування, а також на безкоштовне тестування на вірус. Відшкодовувати витрати зобов'язані страхові компанії.
Німеччина	У Фонд боротьби з Covid-19 виділено 600 млрд. євро. Невеликі фірми і приватні підприємці можуть отримати прямі субсидії розміром до 15 тис. євро, на що виділено 50 млрд. євро.
Італія	У Фонд боротьби з Covid-19 виділено 25 млрд. євро. Для італійців, які не можуть працювати через карантин, передбачені спеціальні виплати. Батьки, які працюють в приватному секторі, можуть оформити оплачувану відпустку і отримати до 50% надбавки, якщо в сім'ї є дитина молодше 12 років.
Іспанія	У Фонд боротьби з Covid-19 виділено 200 млрд. євро.
Франція	У Фонд боротьби з Covid-19 виділено 300 млрд. євро. Дрібні промислові підприємства отримали допомогу в розмірі 1500 євро, як і дрібні торгові підприємства.
Австралія	Запроваджено виплати на підтримку домашніх господарств: дві окремі виплати в розмірі 750 доларів одержувачам допомоги по соціальному забезпеченню, ветеранам та іншим особам, які мають право на отримання допомоги, а також власникам пільгових карт. Можливе тимчасове дострокове вивільнення пенсійних накопичень: особи, які постраждали від коронавірусу, можуть отримати доступ до накопичення пенсійних накопичень у розмірі до 10 тис. доларів у 2019-2020 рр. і ще 10 тис. доларів у 2020-2021 рр.

## Зарубіжний досвід функціонування страхової медицини

Країна	Опис страхової медицини
Нідерланди	Діяльність страховиків на сьогодні регулюється Центральною радою страхових фондів, що складається з представників роботодавців, профспілок, органів Управління, медичних асоціацій. Цей орган не є державним, але йому делеговані ряд важливих повноважень з контролю діяльності страхових компаній. Реформи, які були проведені в 90-х роках, відомі під назвою «план Деккера», замінили фрагментарні страхові програми на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. Була введена єдина для всіх категорій населення ставка страхового внеску, який визначається як відсоток від прибутку і не відображає індивідуальних ризиків. Сума накопичується в страховому фонді і повертається страховику, який був обраний клієнтом. Страховий платіж здійснюється на основі зважених нормативів на одну застраховану особу
Швеція	Медичне страхування є невід'ємною частиною Національної системи соціального страхування та обов'язкове для населення. Управління системою здійснюється 26 регіональних бюро соціального страхування, які підпорядковуються Національній раді соціального страхування. Фінансування всього соціального страхування здійснюється з трьох джерел: 25% - уряд, 26% - муніципальні та окружні ради, 48% - роботодавці. При цьому фінансування охорони здоров'я та медичної допомоги на 18% забезпечує уряд, 51% місцева влада, 31% - роботодавці.
США	Існує система медичного страхування, яка заснована на поєднанні центрального страхового фонду із сіткою місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, який не несе ніяких адміністративних функцій, а потім розподіляється між страховими організаціями відповідно до законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США в частині програм «Медікер» і «Медікейт». У цих системах задіяні понад 20% населення, страхування за місцем роботи складає 58% і ДМС не за місцем роботи -2%. Зате близько 15% населення взагалі не мають доступу до медичного страхування - малозабезпечені, безробітні, особи без певного місця проживання.
Великобританія	Великобританія гарантує послуги охорони здоров'я всім постійним жителям країни - це близько 58 млн. Чоловік. Безкоштовна державна охорона здоров'я забезпечується за рахунок оподаткування. Близько 18% прибуткового податку громадян обчислюється в фонд державного охорони здоров'я, становить близько 4,5% від середнього доходу громадян. У Великобританії також присутній сектор приватної охорони здоров'я, проте він набагато менше, ніж державний. Приватне медичне страхування охоплює переважно ті сфери медичних послуг, які не забезпечуються Національною системою охорони здоров'я і головний принцип його діяльності - на додаток тих умов, які забезпечуються НСЗ, або страхування тих ризиків, що перебирає НСЗ. Добровільним медичним страхуванням в Великобританії займаються різні страхові компанії. Прибуток від страхових операцій вони використовують на розвиток і модернізацію мережі комерційних медичних установ. Ця сітка використовується як для реалізації страхових програм, так і за їх межами. У свою чергу прибуток від комерційної діяльності сітки підтримує медичне страхування, ніж забезпечує стабільність