**ТЕПЦОВА Ірина Серафимівна**

**СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ**

**ЗΜІСТ**

[ВСТУП 3](#_Toc390420792)

[РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ ЗДОРОΒ’Я НАСЕЛЕННЯ 6](#_Toc390420793)

[1.1. Сутність та форми здійснення страхового захисту здоров`я населення 6](#_Toc390420795)

[1.2. Теоретико-організаційні засади страхування здоров`я громадян в умовах медичної реформи 13](#_Toc390420796)

Висновки до розділу 1……………………………………………………………....... 17

[РОЗДІЛ 2. ПРАГМАТИЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УKРАЇHІ 19](#_Toc390420797)

[2.1. Аналіз страхування здоров`я громадян в Україні 19](#_Toc390420798)

[2.2. Програми страхування здоров`я громадян та їх аналіз 27](#_Toc390420799)

Висновки до розділу 2…………………………………………………………............36

[РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ 38](#_Toc390420801)

[3.1. Управління ризиками, повязаними з страхуванням здоров`я населення в сучасних умовах реформування медичної галузі …….…………….........................38](#_Toc390420802)

[3.2. Зарубіжний досвід забезпечення страхового захисту здоров`я громадян та оцінка можливості його використання в Україні 46](#_Toc390420804)

Висновки до розділу 3………………………………………………………………....53

[ВИСНОΒΚИ 54](#_Toc390420805)

[СПИСОК ΒИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 56](#_Toc390420806)

# ВСТУП

**Актуальність теми.** Стан здоров’я громадян є інтегральним показником здоров’я країни, тобто свідченням її добробуту, індикатором суспільного розвитку. Особлива роль у збереженні здоров’я населення належить системі охорони здоров’я. Від того наскільки ефективно вона організована і функціонує залежить якість трудового потенціалу країни, її потенційні можливості в економічній, науковій та інших сферах. Покращити фінансування галузі охорони здоров’я, забезпечити економічне зростання і соціальну стабільність можна завдяки формуванню системи фондів страхування, основним призначенням яких є реалізація механізмів страхового захисту здоров’я населення.

В умовах недостатніх обсягів державного фінансування системи охорони здоров’я особливого значення набуває забезпечення гарантій якісного медичного обслуговування за рахунок страховому захисту. Розвиток ринку страхування здоров’я визначається розвитком економіки, рівнем життя громадян, появою на страховму ринку нових гравців. Тому потребують осмислення та адекватної оцінки сучасні проблеми забезпечення трахового захисту здоров’я населення в реаліях вітчизняних соціально-економічних умов.

Питання, що стосуються проблематики фінансування вітчизняної охорони здоров’я, становлення та розвитку ринку медичного страхування досліджувалися Н. Нагайчук, Т. Стецюк, Є. Дяченко, А. Свечкіною, О. Сподаревою, В. Базилевичем, С. Осадцем, О. Кнейслер та ін. Прое, враховуючи значні наукові здобутки, їх теоретичну та практичну цінність, невирішеною залишається проблема формування системи страхового захисту здоров’я в умовах медичної реформи, що трансформує інстиуцінальні засади галузі охорони здоров’я та має на меті компенсувати витрати, пов’язані з ризиками втрати здоров’я та життя населення. У зв’язку з цим дослідження страхування здоров’я населення в Україні та виявлення основних перспектив його розвитку в умовах сучасних трансформацій є досить актуальним.

**Метою випускної кваліфікаційної роботи є** узагальнення теоретичних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо перспектив розвитку страхового захисту здоров’я населення.

Відповідно до поставленої мети були визначені ***завдання*:**

- розкрити сутність та охарактеризувати форми здійснення страхового захисту здоров`я громадян;

- дослідити теоретичні засади забезпечення страхового захисту здоров`я громадян;

- проаналізувати ринок страхування здоров`я населення в Україні;

- охарактеризувати програми страхування здоров`я громадян;

- удосконалити управління ризиками, пов’язаними з страхуванням здоров`я громадян в умовах медичної реформи;

- оцінити зарубіжний досвід страхування здоров`я громадян та окреслити можливості його використання в Україні.

***Об’єктом*** є процес забезпечення страхового захисту здоров’я громадян.

***Предметом дослідження*** є економічні відносини, що виникають між суб’єктами страхування з приводу страхування здоров’я населення.

**Методи дослідження*.*** В ході дослідження використані загальнонаукові та спеціальні методи: аналіз, групування й порівняння, конкретизація, застосовувалися методи вибіркових спостережень, групування, графічні, системного аналізу, а також економіко-статистичні та факторно-аналітичні методи аналізу.

Як джерела інформації використовувалися законодавчі та інформативні акти України, статистичні дані Національного банку України, фінансова звітність страхових компаній, монографії, підручники, наукові статті з даної проблематики вітчизняних та зарубіжних науковців.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в поглибленні концептуальних засад страхового захисту здоров’я громадян та розробці ефективних програм його розвитку в сучасних умовах.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості застосування зарубіжного досвіду страхування здоров’я громадян на вітчизняному страховому ринку.

**Апробація результатів дослідження**. Основні положення та наукові результати випускної кваліфікаційної роботи опубліковані в 2021 році у збірниках праць кафедри фінансового менеджменту та страхування.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** До складу випускної роботи входить вступ, три розділи, висновк та список використаних джерел, який нараховує 65 найменувань. Основний зміст викладено на 55 сторінках, містить 8 рисунків, 4 таблиці.

РОЗДІЛ 1

**КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ**

[**1.1. Сутність та форми здійснення страхового захисту здоров`я населення**](#_Toc390420795)

В страховій літературі немає єдиного загальноприйнятого визначення страхового захисту. В більшості випадків цю категорію трактують як «…сукупність економічних відносин, пов’язаних із формуванням і витрачанням фондів грошових коштів та інших ресурсів для проведення заходів з метою попередження, подолання або зменшення негативного прояву ризиків на об’єкті захисту і відшкодування пов’язаних з цим витрат» [1, с. 188].

Т. І. Каспіна вважає, що «страховий захист – це свідома потреба фізичних та юридичних осіб у створенні спеціальних фондів для відновлення майна, здоров’я, працездатності та особистих доходів як самих учасників створення даних фондів, так і третіх осіб» [2]. Автор акцентує увагу на забезпеченні захисту інтересів учасників страхування за рахунок коштів страхових резервів.

О. Д. Вовчак трактує страховий захист «…як відносини, що складаються у суспільстві з приводу попередження, подолання або зменшення негативного впливу ризиків і відшкодування збитків» [3]. Автор характеризує поняття «страховий захист» через превентивні заходи щодо недопущення або подолання наслідків ризиків.

Подібне визначення страхового захисту наводить Н. В. Ткаченко, зокрема, «…страховий захист полягає в нагромадженні і витрачанні грошових та інших ресурсів для здійснення заходів із попередження, подолання або зменшення негативного впливу ризиків і відшкодування пов’язаних із ними витрат» [4, с. 12]. Науковець акцентує увагу на негативних характеристиках цього поняття.

Колекстив авторів трактує страховий захист як «…нагромадженні та витрачанні грошових та інших ресурсів для здійснення заходів з попередження, подолання або зменшення негативного впливу ризиків i відшкодування пов’язаних з ними втрат. Відносини, складаються в суспільстві з приводу запобігання втратам та відшкодування збитків, завданих стихійним лихом i нещасними випадками, мають об’єктивний характер i в сукупності формують зміст економічної категорії страхового захисту» [5, с. 13]. Це визначення страхового захисту поєднує основні завдання страхування.

Досить цікавим є визначення страхового захисту, запропоноване М. М. Александровою як «…сукупність перерозподільчих відносин з приводу подолання та відшкодування втрат, збитків, понесених конкретним об’єктом суспільного виробництва – наприклад, страховий захист сільськогосподарського виробництва або врожаю сільськогосподарських культур, майна, відповідальності, здоров’я, життя, доходів населення тощо. А відтак зазначена економічна категорія наближається до забезпечення майнових та економічних інтересів суб’єктів господарювання та населення за рахунок цільових фондів, які можуть формуватись на різних принципах – солідарної, замкнутої чи одночасно солідарної і замкнутої розкладки збитку» [6, с. 29]. Вважаємо неправомірним рокзривати зміст страхового захисту лише через відшкодування завданих збитків шляхом формування страхових резервів, оскільки страховий захист має бути пов'язаний з моментом недопущення настання негативних ситуацій, пов’язаних з втратою життя і здоров'я громадян.

В. Д. Базилевич трактує страховий захист як послугу, що має «…соціальну, суспільну спрямованість, оскільки акумульовані страховиком грошові засоби спрямовуються на захист постраждалих за рахунок усіх учасників формування страхового фонду» [7, с. 9]. Погоджуємося з думкою автора, що «за нестабільних умов та мінливості ринкового середовища соціальна та суспільна спрямованість страхового захисту відображає правильну лінію поведінки як страхової компанії, так і інших учасників страхування на страховому ринку».

Заслуговує на увагу трактування страхового захисту Л.Г. Скамай: «…страховий захист – це усвідомлена потреба юридичних і фізичних осіб у створенні спеціальних страхових фондів для захисту своїх майнових інтересів» [8]. Позитивним аспектом є те, що в основі його лежить необхідність створення спеціальних страхових фондів, при цьому незрозуміло від наслідків яких ризиків захищаються майнові інтереси.

Враховуючи вищезазначене, зазначимо, що учені розглядають сутність поняття «страховий захист» з різних аспектів, а саме, як: метод зниження ризиків; фонд грошових коштів і матеріальних цінностей, система економічних відносин; усвідомлена потреба в створенні фондів.

Погоджуємося з думкою О.М. Остапенко визначення страхового захисту, яке базується на інституційному підході, що полягає «…у взаємодії держави, страхових компаній, економічних структур і страхувальників з координації діяльності кожного учасника в межах своїх обов’язків у сфері страхування через формування, розподіл й споживання грошових коштів, що дозволяє узгодити інтереси одних учасників (страховики, держава) з інтересами інших (страхувальники, фінансово-кредитні інститути), щодо недопущення настання страхового ризику» [9, с. 81]. Поза увагою автора залишається компенсаційний механізм відшкодування збитків, а основна увага приділяється превентивному механізму.

Поділяємо думку А. В. Суханової, що за широкого розуміння систему страхового захисту здоров’я доцільно представити такими елементами: «організаційно-правові форми (соціальне і комерційне (приватне) страхування); форми організації і здійснення захисту (загальнообов’язкове державне соціальне страхування, обов’язкове і добровільне страхування); види страхування, зокрема, страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також страхування на випадок тимчасової втрати працездатності, обов’язкове страхування від нещасних випадків на транспорті, страхування від нещасних випадків, безперервне страхування здоров’я, страхування на випадок хвороби, страхування медичних витрат тощо); принципи (принципи загальнообов’язкового державного соціального страхування, принципи комерційного страхування); критерії включення особи до системи страхового захисту здоров’я (наявність страхового стажу, сплачені страхові премії (внески), дієздатність, стан здоров’я); умови (правила) надання страхового захисту (закони, постанови, правила страхування); об’єкти захисту (здоров’я); ризики (непрацездатність (тимчасова, постійна), хвороба, професійне захворювання); джерела фінансування (ЄСВ, кошти бюджету, страхові премії, доходи від розміщення тимчасово вільних коштів фондів) [1, с. 191].

Враховуючи проведене вище дослідження страхового захисту здоров’я населення запропонуємо його комплексне визначення: страховий захист – це сукупність суспільно-економічних відносин, які виникають в процесі надання страхового захисту населенню, з приводу формування фондів грошових коштів за рахунок страхових внесків або державних фінансових ресурсів, які призначені для компенсації витрат, пов’язаних із втратою здоров’я внаслідок хвороби, втрати працездатності від нещасного випадку чи професійного захворювання та фінансування превентивних заходів, спрямованих на зменшення загроз здоров’ю населення.

Вовчак О. Д. стверджує, що страхування здоров`я громадян є видом особистого страхування, яке включає два основні види страхування:

- страхування від нещасних випадків;

- медичне страхування [10, с.105].

Розглянемо детальніше дані види страхування.

При цьому Долгошея Н. О. пропонує таке визначення: «…страхування від нещасних випадків – це ризикове страхування, яке, на відміну від накопичувального довгострокового страхування життя, передбачає виплату страхової суми лише в разі настання страхового випадку (у повному розмірі або певної її частини). Виплата страхової суми або повернення сплачених внесків по закінченні терміну дії договору страхування не передбачається» [11]. Також автор зазначає, що «…об’єктом страхового захисту в разі страхування від нещасних випадків є майнові інтереси застрахованої особи, які пов’язані з тимчасовим чи постійним зниженням доходу або додатковими втратами через смерть застрахованого внаслідок нещасного випадку» [12, с. 245].

Говорушко Т.А. зазначає, що «…страхування від нещасних випадків є могутнім фінансовим механізмом, що дозволяє зберегти на колишньому рівні матеріальний добробут членів родини у випадку отримання травми, інвалідності або настання смерті застрахованої особи» [13, с. 67]. Як бачимо, страхування від нещасних випадків тісно пов’язане з можливістю компенсації витрат, пов’язаних з втратою здоров’я внаслідок нещасного випадку.

Саме на цьому наголошує Яворська Т. В. та визначає основну мету даної підгалузі страхування, що полягає «…у страховому захисті громадян у разі втрати здоров'я або смерті внаслідок нещасного випадку» [14, с.104].

Визначення поняття страхування від нещасного випадку наведене у Законі України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»: «…страхування від нещасного випадку є самостійним видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, за допомогою якого здійснюється соціальний захист, охорона життя та здоров'я громадян у процесі їх трудової діяльності» [15]. У Законі такий вид страхування віднесено до підвиду загальнообов'язкового державного соціального страхування, що підверджує його соціальне значення.

При страхуванні громадян від нещасних випадків враховують: обмеження терміну страхування та віку страхувальників; обсяг страхової відповідальності, як наслідок нещасних випадків; ймовірність настання нещасного випадку в період дії договору страхування; ступінь втрати здоров’я, працездатності або часу лікування; чіткий термін виплати страхової суми.

До основних принципів страхування від нещасного випадку належать: «…паритетність держави, представників застрахованих осіб та роботодавців в управлінні страхуванням від нещасного випадку; своєчасне та повне відшкодування шкоди страховиком; обов'язковість страхування від нещасного випадку осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) та інших підставах, передбачених законодавством про працю; надання державних гарантій реалізації застрахованими громадянами своїх прав; обов'язковість сплати страхувальником страхових внесків; формування та витрачання страхових коштів на солідарній основі; диференціювання страхового тарифу з урахуванням умов і стану безпеки праці, виробничого травматизму та професійної захворюваності на кожному підприємстві; економічна заінтересованість суб'єктів страхування в поліпшенні умов і безпеки праці; цільове використання коштів страхування від нещасного випадку» [5].

Іншою підгалуззю страхування здоров`я є медичне страхування.

Загальноприйнятого визначення медичного страхування немає. Зокрема, Вороненко Ю. В. та Москаленко В. Ф. наголошують, що «…медичне страхування – це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини» [16].

Стеценко С. Γ. визначає медичне страхування «…як складову частину державного соціального страхування яка забезпечує громадянам рівні можливості в отриманні медичної допомоги» [17, с. 143]. Тобто, автор в першу чергу наголошує на соціальному значенні цього виду страхування.

Погоджуємося з визначенням медичного страхування, яке пропонує Говорушко Τ. А: «…медичне страхування – це підгалузь страхування, при якому його об'єктом є витрати, позв'язані з наданням медичної допомоги і відновленням здоров'я» [13, с. 236]. Також автор стверджує, що у широкому розумінні це нова форма грошових відносин у сфері охорони здоров'я, що забезпечує підтримку здоров'я населення та його відновлення.

В спеціальній літературі є визначення медичного страхування, зокрема як виду особистого страхування в разі втрати здоров’я, а саме, «…від хвороби або внаслідок нещасного випадку» [18, с. 112; 19, с. 54; 20, с. 557; 21, с. 95].

Отже, проаналізувавши вищенаведені визначення, зробимо висновок, що медичне страхування є підгалуззю страхування здоров`я, метою якого є створення гарантій застрахованим особам щодо отримання медичної допомоги в разі настання страхових випадків завдяки коштам, мобілізованим для цих цілей.

Медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат населення, які зумовлені одержанням медичної допомоги та медичного обсдуговування, а також інших витрат, спрямованих на підтримку і відновлення здоров'я. Об'єктом медичного страхування виступає здоров'я і життя громадян.

Систему взаємовідносин між страхувальниками і застрахованими та напрямки руху грошових потоків при медичному страхуванні зображено на рис. 1.1.

Оплата рахунків

**Страхувальник – юридична особа**

Контроль за наданням послуг

Звернення за допомогою

**Застрахована особа**

**Лікувально-профілактична установа**

Надання необхідної медичної допомоги

Трудовий договір/контракт

**Страхова компанія**

**Асистанс**

Оплата страхової премії

Договір

МС

Договір про співпрацю

Рахунки за надані послуги

**Рис. 1.1.** **Взаємозв’язок учасників ринку медичного страхування та напрямки руху грошових потоків [22, с. 138]**

До основних завданнь медичного страхування надежать: «…посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових програм, надання медичної допомоги населенню; контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними та соціальними закладами і окремими приватними лікарями; розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди (страхові компанії), які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян» [22, с.140].

Отже, сутність страхування здоров`я громадян розкривається як різними науковцями, так і на законодавчому рівні. Зокрема, вивчаються соціальна спрямованість, проблеми розвитку, правова сутність та питання державного регулювання страхування здоров`я громадян. Вітчизняне страхове законодавство виокремлює добровільне й обов’язкове страхування здоров`я громадян.

## 

## 1.2. Теоретико-організаційні засади страхування здоров`я громадян в умовах медичної реформи

За сутністю проголошена в Україні медична реформа містить недостатньо повну її характеристику й на сьогодні невизначений достатньо для початку успішної її реалізації розподіл повноважень між структурними складовиими загальної системи охорони здоров’я населення. Вихідною базою реалізації медичної реформи в Україні є формування нового фахового й суспільно-економічного інституту сімейного лікаря.

Це передбачає впровадження таких заходів: «…сутнісна трансформація на рівні первинної ланки; принципове покращення сервісного обслуговування пацієнтів у медичних закладах; реальне створення однакових «правил гри» для усіх форм власності у медичній галузі на використання державних (публічних) коштів фінансування щодо забезпечення лікування пацієнтів» [29, с. 35-36].

Загалом інституційний зміст медичної реформи щодо поєднання визначальних її складових можна розкрити за такими напрямками:

1) створення нового фахового інституту «сімейний лікар»;

2) запровадження загальообовязкового соціального медичного страхування та створення відповідного фонду фінансування медичного обслуговування населення;

3) розвиток добровільного медичного страхування;

4) забезпечення однакових вимог до державної та приватної медицини.

Модель, запропонована Міністерством охорони здоров’я України стосується лише зміни системи фінансового забезпечення первинної ланки задля економії бюджетних коштів. В реформі виписані лише базові принципи, немає жодної конкретики. Передбачено запровадження електронної системи, коли до лікаря можна записатися в режимі “он-лайн”. За фактом медичного обслуговування Національна служба перераховує лікарні гроші.

Ми погоджуємося з думкою науковців, що «…зважаючи на те, в якому стані перебуває медична галузь в Україні, зазначимо, що вона потребує надзвичайно зваженого підходу до реформування. Таким стане запровадження медичного страхування в обов’язковій і добровільній формі» [39, с. 153].

Зазанчимо, що за останні десять років зареєстровано чимало законопроектів з обов’язкового соціального медичного страхування, які різняться між собою за суб’єктами, що будуть виконувати функції страховиків [41-45]. Зокрема, це: державна медична страхова організація, яка здійснюватиме медичне страхування; страхові компанії, що функціонують на ринку медичного страхування; Фонд загальнообов’язкового соціального медичного страхування України, в структурі якого перебуває некомерційна самоврядна організація, що надаватиме послуги з обов’язкового медичного страхування.

У добровільному медичному страхуванні, яке здійснюється страховими компаніями в Україні страховиками є страхові компанії, що провадять цей вид страхування на підставі наявної ліцензії. До страхувальників у комерційному медичному страхуванні належать фізичні (дієздатні громадяни) та юридичні особи, які укладають договори страхування, сплачують страхові внески та отимують право на забезпечення захисту своїх майнових інтересів при отриманні медичної допомоги в разі настання страхових випадків, передбачених у договорі страхування або чинному законодавстві, пов’язаних з ризиком втрати здоров’я, життя, працездатності внаслідок хвороби чи захворювання. Фізичні особи є застрахованими, коли на їхню користь здійснюється медичне страхування і при настанні страхової події мають право на отримання компенсації за витрати на медичну допомогу в певних обсягах, передбачених страховим договором страхування.

На нашу думку, що основні суб’єкти, що є безпосередніми учасниками страхових відносин в медичному страхуванні (страховики, страхувальники та застраховані) формують організаційне забезпечення медичного страхування. При цьому страхові агенти й брокери, медичні заклади, органи державного страхового нагляду, асистанські компанії, Медичне страхове бюро України, створюють інфраструктуру сфери медичного страхування.

Доцільно виокремити медичні заклади, які займають вагоме місце в обслуговуванні страхової діяльності. Медичні заклади, як юридичні особи різних форм власності, на основі укладених договорів із страховиком, пройденим ліцензуванням мають право брати участь у системі обов’язкового чи добровільного медичного страхування. Проте, фінансовий механізм надання медичних послуг та реалізації страхових послуг в цих сферах страхових відносин є зовсім різним.

За медичної реформи змінюється механізм фінансування медичної допомоги за участі асистанських компаній, які є специфічними суб’єктами інфраструктури медичного страхування. За полісом медичного страхування такі посередники створюють гарантії надання медичної допомоги, як за кордоном, так і за місцем проживання. Вони дають змогу отримати низку послуг, а саме: відшкодування витрат, пов’язаних лікуванням і госпіталізацією; надання екстреної стоматологічної допомоги, передбачених у страховому договорі; повернення на батьківщину хворого або загиблого.

За основними послугами в медичному страхуванні страхове відшкодування здійснюється у грошовій формі в разі страхових випадків, передбачених у страховому договорі. Крім того, асистанські послуги передбачають невідкладну медичну допомогу, яка здійснюється переважно в натурально-речовій формі. У зв’язку з цим, врегулювання страхових випадків відбувається у формі страхових виплат та/або надання невідкладної медичної допомоги закладами асистансу. В свою чергу страхова компанія компенсує асистентській компанії витрати, пов’язані з наданням медичної допомоги.

На нашу думку, найбільш дієвою та ефективною може стати така інституційна модель розвитку медичного страхування, яка передбачає дві форми медичного страхування (обов’язкову та добровільну) та при цьому поєднання діяльності державних та комерційних організацій з метою задоволення майнових інтересів усіх суб’єктів медичного страхування та забезпечення надійного страхового захисту населення при настання ризиків втрати їхнього здоров’я.

Страхування здоров`я відноситься до особистого страхування, «…метою якого є страховий захист громадян на випадок втрати здоров’я або смерті внаслідок нещасного випадку» [46, с.118]. Страховий ризик – це імовірність виникнення у застрахованої особи хвороби чи нещасного випадку, що потребує лікування.

Критерії, за якими можна класифікувати ризики, досить різні, але в сукупності вони представляють ризики як багатогранне поняття, що характеризує їх з точки зору причини виникнення, розміру та особливостей ᴨрояву. Ризик ймовірності настання страхових випадків у медичному страхуванні пов'язаний з можливістю захворювання, отримання травм, природних фізіологічних процесів, які потребують медичного втручання; зумовлюють тимчасову, часткову або поввну втрату працездатності; спонукають до додаткових витрат на відновлення здоров’я тощо. Ці витрати можуть здійснюватися частково за рахунок роботодавців і фондів соціального страхування, однак в більшості випадків – за власні кошти пацієнта. При організації медичного страхування такі додаткові витрати також необхідно враховувати.

У страхуванні здоров`я факторами ризику є: вік застрахованого; стан здоров'я; професія [47, с.157].

Страхові ризики при страхуванні від нещасних випадків: смерть (загибель); установлення первинної інвалідності І–ІІІ груп; тимчасова втрата працездатності; тимчасовий розлад здοров’я. При укладенні договору страхування Страхувальник може самостійно обрати необхідні страхові ризики.

Страхування здоров’я охоплює ризики, пов’язані з страхуванням від нещасних випадків і хвороб, витратами на їх лікування; компенсацією заробітку на випадок хвороби; компенсацією витрат з перебуванням хворого в лікарні; виплат у зв’язку з настанням смерті. Визначальними ознаками ринку медичного страхування є співвідношення між його суб’єктами, що формують організаційне середовище його функціонування.

Процес андеррайтингу складається з таких етапів: «…оцінювання ризиків, притаманних об'єкту, що пропонується взяти на страхування; вироблення рішення про страхування об'єкта або відмову у страхуванні; визначення строків, умов та розміру страхового покриття; розрахунок розміру страхової премії; підготовка та подання пропозицій відповідним службам страховика за схемою перестрахування» [17].

Отже, правильна організація роботи страховиків з реалізації та обслуговування послуг зі страхування здоров`я громадян відіграє суттєву роль в діяльності страхових компаній. Адже від рівня умов продукту, якості наданих послуг, компетентності та підготовленості фахівців, дотримання умов договору залежить діяльність страхової компанії, її значимість для клієнтів та рівень розвитку.

**Висновки до розділу 1**

1. Встановлено дві галузі страхування здоров’я громадян: страхування від нещасних випадків та медичне страхування. На нашу думку, страхування від нещасних випадків – це вид особистого страхування, що передбачає виплату страхової суми застрахованим особам у разі втрати здоров'я або смерті внаслідок нещасного випадку. Медичне страхування є підгалуззю страхування здоров`я, яке здійснюється задля отримання гарантій особам, які мають укладений договір медичного страхування, отримати гарантований рівень медичного обслуговування за рахунок коштів грощових фондів, в разі виникнення страхових подій та фінансового забезпечення профілактичних заходів.
2. Важливою умовою для успіху медичної реформи є створення єдиного медичного простору, вона має бути стандартизованою, інформатизованою та технічно і матеріально забезпеченою, медичних працівників необхідно забезпечити відповідними умовами праці. При реформуванні важливим є злагоджений взаємозв’язок центрального органу виконавчої влади та місцевих органів. Заслуговує на увагу змішана інституціональна модель розвитку галузі охорони здоров’я, у якій буде поєднано загальнообов’язкове соціальне медичне страхування та комерційне медичне страхування, з участю держави як гаранта забезпечення якісного медичного обслуговування населення.

# 

# РОЗДІЛ 2

**ПРАГМАТИЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАХОВОГО ЗАХИСТУ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

## 2.1. Аналіз страхування здоров`я громадян в Україні

Як було відзначено в попередньому розділі, страхування здоров`я громадян включає два види: медичне страхування та страхування від нещасних випадків. При цьому до медичного страхування віднесемо медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) та страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат.

Проаналізуємо детальніше ринок страхування здоров`я громадян в Україні за останні три роки.

**Таблиця 2.1**

**Динаміка обсягу страхових премій та страхових виплат**

**за 2018-2020 рр., (млн. грн.) [49; 50]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Всього за всіма видами страхування** | | | |
| Страхові премії | 49367,5 | 53001,2 | 45184,9 |
| Страхові виплати | 12863,4 | 14338,3 | 14852,7 |
| **Страхування від нещасних випадків** | | | |
| Страхові премії | 1855,2 | 1976,8 | 1657,6 |
| Страхові виплати | 192,6 | 197,0 | 171,2 |
| Частка страхових премій, % | 3,8 | 3,8 | 3,7 |
| Частка страхових виплат, % | 1,5 | 1,4 | 1,2 |
| **Медичне страхування** | | | |
| Страхові премії | 5324,4 | 7039,9 | 7317,9 |
| Страхові виплати | 2441,6 | 3040,0 | 3161,0 |
| Частка страхових премій, % | 10,8 | 13,3 | 16,2 |
| Частка страхових виплат, % | 19,0 | 21,2 | 21,3 |

Як бачимо з таблиці 2.1, в 2018-2019 рр. відбувається зростання страхових премій загалом на страховому ринку України віж 49367,5 млн. грн. до 53001,2 млн.грн. (на 7,4%), проте в 2020 році – суттєве їх скорочення до 45184,9 млн. грн. (на 14,8%). Це є очевидною тенденцією страхового ринку, який функціонує впродовж останнього року за умов впливу економічної та політичної кризи й пандемії COVID-19.

Аналогічною динамікою характерні страхові премії з страхування від нещасних випадків, які збільшуються за 2018-2019 рр. на 6,6% та знижуються в 2020 році – на 16,1%. На противагу страхові надходження заа медичним страхуванням зростають високими темпами за три роки від 5324,4 млн. грн. до 7319,9 млн. грн. (на 37,4%).

Обсяг страхових виплат за всіх видами страхування в Україні зростає впродовж 2018-2020 рр. на 15,5%. Проте вони зменшуються з страхування від нещасних випадків на 11,1%, та зростають з медичного страхування – на 29,5%.

Розглянемо структуру страхових надходжень за видами медичного страхування та страхування від нещасних випадків задля визначення чинників відповідної динаміки.

**Рис. 2.1. Структура страхових премій з страхування від нещасних випадків впродовж 2018-2020 рр. [49-50]**

Як свідчать дані рис. 2.1, найбільшу частку в страхових преміях з страхування від нещасних випадків займає добровільне страхування від нещасних випадків, більше 94%. При цьому частка страхових надходжень зростає до 96,3% в 2020 році, незважаючи на зниження їх обсягів. Це пояснюється ще більшим зниженням обсягів страхових пермій з обов’язкового страхування від нещасних випадків на транспорті. Скорочення страхування добровільного страхування від нещасних випадків на транспорті є негативною динамікою розвитку добровільних високоприбуткових видів страхування, зважаючи на низькі доходи населення.

Мізерна частка цього виду страхування і в страхових преміях за усіма видами страхування на ринку (приблизно 3,8%).

**Рис. 2.2. Структура страхових премій з медичного страхування впродовж 2018-2020 рр. [49-50]**

Натомість зростає частка страхових надходжень з медичного страхування на страховому ринку на 5,4%, що є позитивним аспектом та характеризує необхідність та доцільність цього виду страхування, зокрема в умовах нестабільної епідеміологічної ситуації в нашій країні і в світі.

Розглянувши структуру премій з медичного страхування за його видами зауважимо, що найбільшу частку впродовж трьох років займає медичне страхування (безперервне страхування здоров’я), яка збільшується від 65,5% в 2018 році до 72,4% в 2020 році.

На другому місці за обсягом страхових премій страхування медичних витрат, частка якого знижується від 25,3% в 2018 році до 15,2% в 2020 році. Це є очевидною тенденцією функціонування такого виду страхування, що передбачає страхування подорожуючих та тих, хто виїжджає за межі країни. А зважаючи на поширення корона вірусної хвороби в світі, заборони на перетини окремих кордонів, частка страхування медичних витрат знижується.

Найменшу частку займають страхові премії з страхування здоров’я на випадок хвороби, які зростають від 11,2% в 2018 році до 12,4% в 2020 році.

Проаналізуємо структуру страхових виплат за страхуванням від нещасни випадків впродовж 2018-2020 рр.

**Рис. 2.3. Структура виплат страхового відшкодування з страхування від нещасних випадків впродовж 2018-2020 рр. [49-50]**

Страхові виплати з страхування від нещасних випадікв у виплатах на ринку за всіма видами страхування займають мізерну частку, яка на половину менша від частки страхових премій за ціим видоим страхування. При цьому частка виплат страхового відшкодування з страхування від нещасних випадків зменшується від 1,5% до 1,2% за три роки.

Якщо розглянути структуру цих виплат, то найбільшу частка, як і за страховими преміями займає добровільне страхування від нещасних випадків (більше 97%). Обов’язкове страхування від нещасних випадків має мізерну питму вагу. Структура практично аналогічна структурі частки страхових премй за цим видом страхування.

**Рис. 2.4. Структура страхових виплат з медичного страхування впродовж 2018-2020 рр. [49-50]**

Значно вища частка страхових виплат з медичного страхування у виплатах страхового відшкодування на страховому ринку впродовж трьох років, яка зростає від 19% від 21,3%. Найбільшу питому вагу у виплатах займає медичне страхування (безперервне страхування здоров’я), яка зростає від 85,8% до 86,7%.

На другому місці за виплалами страхового відшкодування перебуває страхування медичних витрат, частка якого знижується від 12,8% до 8,2%, незважаючи на його збільшення в обсязі страхових премій. Мізерну частку з тенденцією до зростання займає страхування здоров’я на випадок хвороби, яка в 2020 році становить 5,1%.

Проаналізуємо рівень виплат та визначимо збитковість страхування, пов’язаного з ризиками втрати здоров’я впродовж 2018-2020 рр. (табл.2.2).

**Таблиця 2.2**

**Рівень виплат з страхування, пов’язаного з ризиками втрати здоров’я за 2018-2020 рр., (%) [49-50]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Всього за всіма видами страхування на ринку** | | | |
| Рівень виплат | 26,1 | 27,1 | 32,9 |
| **Всього з страхування, пов’язаного з ризиками втрати здоров’я** | | | |
| Рівень виплат | 36,7 | 35,9 | 37,1 |
| **Страхування від нещасних випадків** | | | |
| Рівень виплат | 10,4 | 10,0 | 10,3 |
| **Медичне страхування** | | | |
| Рівень виплат | 45,9 | 43,2 | 43,2 |

Можемо зробити висновок, що з кожним роком за аналізований період рівень виплат за всіма видами на страховому ринку зростає від 26,1% в 2018 році до 32,9% в 2020 році, що свідчить про зростання збитковості страхування з одного боку та виконання страхових зобов’язань перед страхувальниками – з іншого.

Аналогічна динаміка прослідковується щодо рівня страхових виплат за видами страхування, пов’язаними з ризиками втрати здоров’я. Рівень виплат зростає за три роки є вищим від рівня виплат за усіма видами страхування на ринку і становить 36,7% в 2018 році, 35,9% в 2019 році, 37,1% в 2020 році.

Якщо подивитися на структуру, то бачимо, що рівень виплат з медичного страхування є досить високим і становить 45,9% в 2018 році та 43,2% в 2020 році. Це пояснюється високою збитковістю такого виду страхування, зокрема в умовах пандемії. Значно менший рівень виплат з особистого страхування 10,4-10,3% впродовж трьох років.

Розглянемо структуру медичного страхування за рівнем виплат та визначимо чинники відповідної динаміки (табл. 2.3).

Відповідно до табл. 2.3 найвищий рівень страхових виплат характерний для медичного страхування (безперервного страхування здоров’я), який сягає 60,1% в 2018 та знижується до 51,7% в 2020 році. Саме цей вид страхування визначає рівень виплат загалом за медичним страхуванням.

**Таблиця 2.3**

**Рівень виплат за видами медичного страхування впродовж 2018-2020 рр., (%) [49-50]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Всього за видами медичного страхування на ринку** | | | |
| Рівень виплат | 45,9 | 43,2 | 43,2 |
| **Медичне страхування (безперервне страхування здоров’я)** | | | |
| Рівень виплат | 60,1 | 58,2 | 51,7 |
| **Страхування медичних витрат** | | | |
| Рівень виплат | 23,3 | 18,6 | 23,3 |
| **Страхування на випадок хвороби** | | | |
| Рівень виплат | 6,8 | 10,1 | 17,8 |

Що стосується діяльності страховиків, то лідерами на ринку страхування медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) за обсягами страхових надходжень та виплат за даними 2020 року є страхові компанії «УНІКА», «Провідна», «ІНГО», «ARX», «Альфа страхування» (табл. 2.4).

Я видно з табл. 2.4, ТОP-5 страховиків на ринку медичного страхування формують 46% усіх страхових премій та 49% виплат на ньому. При цьому рівень виплат є надзвичайно високим за цим видом страхування, зокрема найвищий в СК «Провідна».

Близько 56% усіх страхових премій та 85,3% виплат на ринку добровільного страхування від нещасних випадків забезпечує ТОP-4 страховика. Однак нервномірними є обсяги страхових виплат та рівень виплат за цим видом страхування. Так, якщо в СК «Універсальна» рівень виплат 25,7%, то в СК «Альфа страхування» – лише 1,5%. Зважаючи на такі перекоси, можна зробити висновки про невиконання окреми страховиками узятих страхових зобов’язань.

Щодо страхування на випадок хвороби спостерігається аналогічна ситуація, за якої рівень виплат в СК «Країна» становить 39,2%, а в СК «Альфа страхування» 0,4%. Близько 67,3% премій та 85,7% виплат забезпечують чотири страховики, що свідчит про значну концентрацію такого ринку.

**Таблиця 2.4**

**Обсяги страхових надходжень і виплат, рівень виплат з видів медичного страхування та страхування від нещасних випадків страховиків-лідерів за 2020 р., (млн. грн.) [51]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Страхові компанії** | **Страхові премії** | **Страхові виплати** | **Рівень виплат, %** |
| **Медичне страхування (безперервне страхування здоров’я)** | | | |
| УНІКА | 696,2 | 396,8 | 57,0 |
| Провідна | 602,6 | 364,7 | 60,5 |
| ІНГО | 440,6 | 230,9 | 52,4 |
| ARX | 348,8 | 161,9 | 46,4 |
| Альфа страхування | 334,5 | 196,4 | 58,7 |
| Частка ТОP-5, % | 46% | 49% | - |
| **Добровільне страхування від нещасних випадків** | | | |
| КРЕДО | 497,3 | 96,6 | 19,2 |
| Альфа страхування | 146,7 | 2,2 | 1,5 |
| УНІКА | 134,6 | 28,2 | 21,0 |
| Універсальна | 57,3 | 14,7 | 25,7 |
| PZU страхування | 56,1 | 1,8 | 3,2 |
| Частка ТОP-5, % | 55,9% | 85,3 | - |
| **Страхування на випадок хвороби** | | | |
| Альфа страхування | 217,7 | 0,9 | 0,4 |
| УНІКА | 143,1 | 52,6 | 36,8 |
| ВУСО | 139,5 | 42,0 | 30,1 |
| Країна | 110,1 | 43,2 | 39,2 |
| Частка ТОP-4, % | 67,3% | 85,7 | - |
| **Страхування медичних витрат** | | | |
| ВУСО | 175,0 | 42,4 | 23,3 |
| PZU страхування | 140,5 | 40,1 | 28,5 |
| Європейське турис-тичне страхування | 121,0 | 57,9 | 47,9 |
| ТАС СГ | 84,1 | 20,4 | 24,3 |
| Частка ТОP-4, % | 46,9% | 62,2% | - |

46,9% надходження страхових премій та 62,2% виплат страхового відшкодування на ринку страхування медичних витрат забезпечують чотири страховики. Характерним для них є високий рівень збитковості такого виду страхування.

Отже, можна зробити висновок, що страхування здоров`я громадян в Україні є вагомим фактором, що сприяє розвитку страхового ринку України. За 2018-2020 рр. відбувається зростання, як страхових премій, так і страхових виплат з зданих підгалузей страхування, що свідчить про їхній розвиток на страховому ринку України.

## 2.2. Програми страхування здоров`я громадян та їх аналіз

Розглянемо детальніше програми страхування здоров`я громадян страхової компанії «Княжа» та її основних конкурентів – страхові компанії «Країна», «PZU страхування» та «Провідна».

Програми страхування здоров`я громадян страхової компанії «Княжа».

Страхова компанія «Княжа» пропонує своїм клієнтам наступні програми страхування здоров`я: Медичне страхування; Страхування від нещасного випадку.

За Договором добровільного медичного страхування, Українська страхова компанія «Княжа Вієнна Іншуранс Груп» організовує та оплачує медичну допомогу, що надається в медичних закладах, з якими у страхової компанії укладені договори про співпрацю.

Обсяг медичних послуг, які організовуються та оплачуються страховою компанією визначається програмою страхування.

Програма страхування може включати: амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу (надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги передбачає лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, в тому числі проведення аналізів, необхідних для встановлення діагнозу, проведення консультацій лікарів (включаючи вузькопрофільних), виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій, повне забезпечення курсу лікування медикаментами; невідкладну (швидку) медичну допомогу; стаціонарну медичну допомогу (надання стаціонарної медичної допомоги передбачає лікування в умовах стаціонару, в тому числі проведення аналізів, необхідних для встановлення діагнозу, проведення консультацій лікарів, виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій, повне забезпечення курсу лікування медикаментами);

- стоматологічну допомогу (надання стоматологічної допомоги передбачає проведення консультацій лікаря, здійснення місцевої анестезії, рентгенологічних обстежень, розкриття абсцесу і дренування, видалення або пломбування зубів).

В компанії діє гнучка система ціноутворення. Клієнтам запропонують оптимальний набір медичних послуг (програму страхування) в залежності від потреб та фінансових можливостей. Оплата медичних послуг здійснюється в обсязі реально понесених затрат. Оплата медичних послуг та медикаментів здійснюється медичній установі, яка їх надавала або безпосередньо застрахованій особі, у випадках, коли застрахована особа оплачувала надану їй медичну допомогу та медикаменти самостійно [52].

Поліс страхування від нещасного випадку гарантує надання матеріальної підтримки у разі розладу здоров'я або втрати працездатності в результаті нещасного випадку: травма; опік; ураження електричним струмом; отруєння хімічними речовинами та їхніми складовими, ліками; обмороження.

Клієнт може обрати будь-яку програму з комбінацією страхових випадків, яка цікавить. Це дозволить створити індивідуальний страховий пакет, що буде максимально відповідати потребам.

Вартість страхового поліса залежить від: страхової суми; роду занять; терміну страхування; інших умов, що можуть вплинути на ризик виникнення страхового випадку. Термін страхування визначається за домовленістю сторін: за вибором страховий захист може діяти від 1 дня до 1 року, цілодобово або у визначені години, в усьому світі або на обмеженій території.

Страхування від нещасних випадків від ПрАТ «УСК «Княжа Вієнна Іншуранс Груп» забезпечує отримання страхової виплати: у випадку тимчасової втрати працездатності застрахованою особою – від 0,3% до 0,5 % від страхової суми за кожний день непрацездатності (але не більше ніж за 90 днів непрацездатності) або від 2,5% до 100% від страхової суми за Таблицею розмірів страхових виплат при тимчасовій втраті працездатності внаслідок нещасного випадку; у випадку встановлення застрахованій особі інвалідності: І групи -100 % від страхової суми; II групи – від 75% до 100% від страхової суми; ІІІ групи - 50 % від страхової суми; у випадку смерті застрахованої особи – 100 % страхової суми.

Документи, необхідні для придбання договору страхування: заява на страхування; паспорт (свідоцтво про народження); ідентифікаційний номер.

Страхова компанія «Країна» пропонує своїм клієнтам наступні програми страхування здоров`я: Страхування від нещасного випадку; Медичне страхування; Програма страхування «Критичні захворювання».

Страхування від нещасного випадку (НС) - надійний захист від раптової події, яке може статися з будь-якою людиною і порушити нормальний ритм життя, зруйнувати плани, надії і навіть - обірвати життя. Страхування від НС може бути оформлено для однієї людини, для сім'ї і колективу. Предметом страхування в даному виді страхування є життя і здоров'я Застрахованої особи.

Страховими випадками є нещасні випадки, які сталися під час дії Договору страхування, та призвели до: смерті Застрахованої особи; постійної втрати Застрахованою особою працездатності з встановленням інвалідності (або зміна групи інвалідності на вищу); травматичного пошкодження Застрахованої особи або порушення функцій її організму; важкі травматичні пошкодження; тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності.

Наслідками нещасних випадків є: травми; утоплення; опіки; обмороження; ураження електричним струмом або гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, неякісними харчовими продуктами тощо.

Страхові виплати відбуваються по факту захворювання або травми застрахованої, встановлення застрахованій групи інвалідності або його смерті в період дії договору страхування. Виплати відповідних грошових компенсацій здійснюються готівкою або шляхом перерахування на поточний рахунок одержувача.

Залежно від часу дії договору страхування, можна вибрати 4 наступні варіанти: протягом 24 -х годин на добу; при цьому місце знаходження Застрахованої особи не обмежується; при виконанні службових обов'язків, під час навчальних занять, під час знаходження в дошкільному дитячому закладі, в тому числі по дорозі на роботу ( місце навчання, дошкільна дитяча установа) і по дорозі з роботи (місця навчання, дошкільної дитячої установи); при виконанні службових обов'язків ( незалежно від місця знаходження щодо розташування постійного робочого місця), під час навчальних занять, під час знаходження в дошкільному дитячому закладі; протягом доби, за винятком проміжку часу виконання службових обов'язків за місцем працевлаштування.

Розмір страхового тарифу також залежить від: обраного варіанту страхування; роду занять Застрахованої особи; території страхування; періоду страхування; кількості Застрахованих осіб. Термін дії Договору страхування, як правило, 1 рік [53].

Мета добровільного медичного страхування (ДМС) – забезпечити застрахованій особі повну або часткову компенсацію витрат, пов’язаних з лікуванням у медичному закладі за обраною програмою добровільного медичного страхування, з використанням інструментарію та технологій страхової компанії, за вибраною програмою добровільного медичного страхування, з використанням інструментарію та технологій страхової компанії.

Переваги: надання співробітникам такого блага, як ДМС, стимулює до росту ефективності праці і, як наслідок, до суттєвого росту доходів. Це відбувається завдяки оздоровленню колективу, який працює ефективніше;

Широкий вибір і гнучкість програм страхування, що дозволяє обрати, або навіть створити програму страхування безпосередньо під потреби й запити кожного конкретного клієнта; можливість лікування та обстеження в провідних спеціалізованих клініках країни – більш ніж в 1000 лікувальних установах по всій території України (перелік постійно поновлюється й доповнюється); значний досвід спеціалістів СК “Країна” в ДМС, що дозволяє запропонувати клієнту найоптимальнішу програму страхування за співвідношенням ціна/якість.

Варіанти оплати страхових платежів на медичне страхування для працівників підприємств і організацій:

Варіант 1. 100% – за рахунок підприємства.

Варіант 2. Пропорційна система участі у страхових платежах підприємства і працівника: 50/50, 40/60, 30/70 або інша пропорція в залежності від фінансових можливостей підприємства.

Варіант 3. 100% – за рахунок працівників – щомісяця із заробітної плати працівника відраховується страховий платіж до ПАТ «СК «Країна» [53].

Програма «Kритичні захворювання» – комплексна програма добровільного медичного страхування та страхування від нещасних випадків, яка передбачає грошову компенсацію Застрахованій особі у випадку гострого/хронічного захворювання або нещасного випадку.

Умови страхування: територія дії Договору страхування – Україна. Строк дії страхового захисту - 1 рік.

Страхова виплата здійснюється на підставі заяви страхувальника або застрахованої особи, Вигодонабувача (спадкоємців Застрахованої особи), усіх відповідним чином оформлених документів, у яких зазначено факт настання страхового випадку.

Переваги: грошова компенсація у випадку захворювання або наслідків нещасного випадку; мінімізація матеріальних витрат, пов’язаних з витратами на лікування або непрацездатність.

Представник СК “Країна” відповість на всі запитання, надасть додаткову інформацію та підбере колективу оптимальний варіант страхування, який задовольнить клієнта.

СК «Країна» приділяє значну увагу розвитку медичному страхуванню, зокрема безперервному страхуванню здоров’я.

Як бачимо з рисунку, за аналізований період частка страхових премій з добровільного медичного страхування займає більше одніє третьої страхового портфеля страховика. Високу питму вагу займають і виплати страхового відшкодування за цим видом страхування в СК «Країна» у загальній величині страхових виплат – майже половину усіх виплат – 49,1%.

**Рис. 2.5.****Частка страхових премій та страхових виплат зі страхування здоров’я громадян в СК «Країна» за 2020 pp. (млн. гpн) [51]**

Отже, можемо зробити висновок, що СК «Країна» активно розвиває медичне страхування та укладає велику кількість договорів за цим страхуванням, а страхування від нещасних випадків займає досить мізерну частку в страховому портфелі компанії та розвивається не досить швидкими темпами. Однак медичне страхування є збитковим видом, що характеризується високою часткою виплат, аа це є негатвиною тенденцією формування страхового портфеля страховика.

Страхова компанія «PZU страхування» пропонує наступні види страхування здоров`я: Програма «Здоров'я АН»; Програма «Здоров'я Ε»; Програма "Загальна" [54].

Найпопулярнішою програмою страхування здоров`я у СК «PZU страхування» є програма «Загальна», яка складає 60% страхових внесків з даної галузі страхування.

Загалом страхування страхування здоров`я в СК «PZU страхування» сягає в страховому портфелі лише 25,1%. Що стосується підгалузей страхування здоров`я у СК «PZU страхування», то медичне страхування займає близько 12% у страховому портфелі, страхування медичних витрат – 9,5%, а страхування від нещасних випадків лише 3,8% (рис. 2.6).

За виплатами частка добровільного медичного страхування є найвищою і становить 9,9%. Відповідно низькою є така частка з страхуваня від нещасних випадків – лише 0,2%.

**Рис. 2.6.****Частка страхових премій та страхових виплат зі страхування здоров’я громадян в СК «PZU страхування» за 2020 pp. (млн. грн) [51]**

Отже, можемо зробити висновок, що СК «PZU страхування» не досиьь активно розвиває медичне страхування, критична ситуація з страхування від нещасних випадків.

Страхова компанія «Провідна» пропонує наступні програми страхування здоров`я громадян:

ПРОВІДНА ТУРБОТА «Kорпоративна» – забезпечення страхового захисту працівників підприємства (від 5 осіб) і членів їхніх родин від розладу здоров’я внаслідок захворювання в особливо гострих формах або нещасного випадку. Страхова сума від 96 до 250 тис. гpн.;

Програма «ПРОВІДНА ТУРБОТА ПРО КОЛЕКТИВ» призначена для забезпечення страхового захисту фізичних осіб віком від 18 до 60 років від розладу здоров’я внаслідок захворювання в особливо гострих формах або нещасного випадку.

Договір страхування можуть придбати: дієздатні фізичні особи (резиденти чи нерезиденти України) – співробітники будь-якого підприємства, за умови укладання не менше 5 договорів страхування працівників одного підприємства; фізичні особі-підприємці або юридичні особи (за умови укладення договору страхування не менше 5 своїх працівників) [55].

Розмір страхової суми визначається варіантом програми страхування (від 7,5 до 50 тис. грн). Франшиза за Договором відсутня.

Програма «ПРОВІДНА ТУРБОТА «ПРО СТУДЕНТА» призначена для забезпечення страхового захисту фізичних осіб у віці від 16 до 30 років, які проходять навчання в вищих навчальних закладах незалежно від форми навчання, від розладу здоров’я внаслідок гострого захворювання та наслідків нещасного випадку.

Договір страхування можуть придбати: дієздатні фізичні особи – студенти вищих навчальних закладів (резиденти або нерезиденти України); юридичні особи (вищі навчальні заклади), які укладають договори на користь своїх студентів. Франшиза за Договором відсутня. Оплата страхової премії за Договором може бути здійснена одноразово або частинами (для Страхувальників – юридичних осіб).

Програма «ПРОВІДНА ТУРБОТА «ПРО РОДИНУ» призначена для забезпечення страхового захисту фізичних осіб – членів родини віком від 3 до 50 років від розладу здоров’я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку. Договір страхування можуть придбати: дієздатні фізичні особи (резиденти і нерезиденти України) – дорослі працюючі члени родини (батько або мати); фізичні особи-підприємці (при укладенні договору страхування на користь членів своєї родини); юридичні особи (при укладенні договору страхування на користь свого співробітника і членів його родинии. Франшиза за Договором відсутня.

Програма «ПРОВІДНА ТУРБОТА «ПРО ДИТИНУ» призначена для забезпечення страхового захисту фізичних осіб – дітей віком від семи днів до сімнадцяти років від розладу здоров’я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку. Договір страхування можуть придбати: дієздатні фізичні особи (резиденти чи нерезиденти України) – будь-які дорослі працюючі члени родини (батько чи мати); фізичні особи-підприємці або юридичні особи (при укладанні договору страхування дітей свого працівника).

Франшиза за Договором відсутня. Оплата страхової премії за Договором може бути здійснена одноразово або частинами (на вибір Страхувальника) [55].

СК «Провідна» приділяє велику увагу розвитку медичному страхуванню, зокрема, за даними 2020 року, медичне страхування займає у страховому портфелі компанії 71,64% всього страхового портфеля, страхування медичних витрат – 4,1%, а страхування від нещасних випадків лише 1% (рис. 2.7).

Таким чином, страхування здоров’я загалом в страховому портфелі займає 76,7%, що свідчить про те, що страхова компанія належне місце відводить такому страхуванню, дбаючи про здоров’я і життя людей.

Якщо зважити на страхові виплати, то очевидною є тенденція, відповідно до якої найбільшу частку займає медичне страхування (безперервне страхування здоров’я) – більше 75%.

Водночас зі страхування від нещасних випадків частка премій в страховому портфелі є мізерною 1% та цілком логічною вона є і для виплат.

**Рис. 2.7.****Частка страхових премій та страхових виплат зі страхування здоров’я громадян в СК «Провідна» за 2020 pp. (млн. грн.) [55]**

Отже, можемо зробити висновок, що СК «Провідна» активно розвиває добровільне медичне страхування, що свідчить про його високу частку у страхових преміях і виплатах.

**Висновки до розділу 2**

1. Страхування здоров`я громадян в Україні не є домінуючим фактором в розвитку страхового ринку України. Але за 2018-2020 рр. зростають страхові премії і виплати з даних підгалузей страхування, що свідчить про розвиток даних підгалузей на страховому ринку України.
2. Описавши програми страхування здоров`я громадян в різних страхових компаніях, можна зробити висновок, що страхові компанії України пропонують різноманітні програми страхування здоров`я, які передбачають як страхування окремої особи так і страхування колективу, як страхування дорослих так і дітей, а також надають можливість комбінувати різні програми страхування між собою та вибирати умови, які найбільш цікаві для тієї чи іншої особи.
3. Лідерами на ринку страхування від нещасних випадків та медичного страхування за даними 2020 року є такі страхові компанії як страхова компанія «Країна», яка за страховими преміями з страхування на випадок хвороби займає третю позицію у рейтингу ТОP-страховиків, СК «PZU страхування» - п’яте місце з страхування від нещасних випадків та друге місце з страхування медичних витрат, СК «Провідна» - формує 71,6% свого портфеля завдяки медичному страхуванню, а саме безперервному страхуванню здоров’я.

# РОЗДІЛ 3

# ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

## 3.1. Управління ризиками, пов’язаними з страхуванням здоров`я населення в сучасних умовах реформування медичної галузі

Напрямки вирішення проблем недостатності бюджетних асигнувань, що виділяються на охорону здоров’я, неефективності використання наявного фінансового потенціалу, зростаюче відставання від європейських країн за показниками стану здоров’я населення, недостатнього розвитку і застосування медичних технологій передбачають кардинальні змін системи управління та фінансування охорони здоров’я [56].

У країнах із трансформаційними перетвореннями реформи в охороні здоров’я були зумовлені розумінням неможливості зростання фінансування цієї сфери минулими темпами у відповідь на зростаючі вимоги громадян до якості медичного обслуговування. Це посприяло новим векторам трансформації з метою підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров’я.

У європейських країнах реформи були зумовлені усвідомленням неможливості покращити якість медичного обслуговування, враховуючи лише бюджетні асигнування. Реформи спрямовані на пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров’я шляхом зміни структури фінансових потоків. Вирішальний вплив на вибір моделей фінансування охорони здоров’я на основі впровадження страхової медицини зробила криза ідеології державного управління соціальною і економічною сферою.

Важлива проблема на ринку страхування здоров’я громадян, яка потрубує негайного вирішення, є проблема формування ефективної андеррайтингово\ політики, спрямованої на визначення кваліфікації ризиків втрати здоров’я, визначення тарифних ставок та конкретних умов договору медичного страхування та страхування від нещасних випадків, складання висновків про можливості або неможливості укладання договору страхування на певних умовах, формування страхового (перестрахового) портфеля.

Сутність андеррай­тингу визначається як бізнес-процес страхування, що полягає: «…у прийнятті на страхування (перестрахування) або відхилення ризиків за заявленим об’єктом страхування на основі оцінки ризиків, прита­ манних даному об’єктові з метою формуван­ня чи коригування умов страхового покриття, умов договору страхування і визначення страхового тарифу, що забезпечує задані зна­чення збитковості тарифу за видом страхуван­ня або страховому портфелю в цілому; у розробці заходів із захисту всього чи части­ни страхового портфеля; у розробці та контролі виконання страхуваль­ником рекомендацій зі зниження прийнятих на страхування ризиків» [57].

Андеррайтинг в ДМС необхідний для оцінки прийнятих на страхування ризиків, тому що велика ймовірність покупки поліса страхування особою або схильним до захворювань, вхо дящім у страхове покриття, або вже хворіють відповідним захворюванням. Також він спрямований і на виключення проблеми I можливої ​​кумуляції страхових випадків, коли існує ймовірність настання захворювань у великої кількості застрахованих (наприклад, при колективному страхуванні) або при концентрації значної кількості договорів страхування, укладених на одній території. При оцінці ризиків також враховується існуюча кумуляція ризиків, коли захворювання однією хворобою може спровокувати загострення іншої - хронічної, у зв'язку з чим збільшиться ймовірність виплат по декількох страхових випадках одночасно.

Процес андеррайтингу охоплює певні етапи. Розглянемо їх детальніше.

Позначивши ключові етапи андеррайтингу, розглянемо особливості андеррайтингу в ДМС.

Перший етап андеррайтингу – це збір і вивчення інформації про об'єкт страхування, ідентифікація об'єкта страхування та оцінка ризиків. На цьому етапі страховик отримує безпосередньо від клієнта або через страхових посередників (агентів або брокерів) заявку на страхування. Після звернення в страхову компанію потенційний страхувальник отримуэ заяву на страхування (анкету, опитувальний лист). Основне джерело інформації для андеррайтингу в ДМС – це спеціальні питання, що включаються в заяву про укладення договору, або анкета (особлива форма), що додається до такої заяви. Раніше для подібних анкет було характерне прагнення отримати якомога більш детальну інформацію про стан і здоров'я потенційного клієнта, оскільки запити додаткової інформації від лікуючих лікарів і / або лікувальних закладів не прийняті для даного сектора ринку.

В даний час спостерігається тенденції скорочення числа питань наведеної вище анкети і навіть повної відмови від них з одночасним включенням в текст договору пункту (застереження) про невключення існували раніше захворювань.

Отже, заповнена анкета містить дані, які страховик вважає суттєвими для судження про ступінь ризику. Додатковим джерелом відомостей є власна інформація: матеріали страхування попередніх періодів, дані, отримані від інших підрозділів, служби безпеки тощо, інформація від ділових партнерів, страхових посередників, відомості, доступні з відкритих джерел (засобів масової інформації).

Критеріями оцінки страхового ризику по ДМС, пов'язаному з втратою страхувальником (застрахованою особою) здоров'я, можуть послужити нижченаведені обставини, які мають встановити боку в момент укладання договору страхування:

• стан здоров'я страхувальника (застрахованої особи) менту укладання договору страхування;

• історія хвороби (якщо вона недоступна або запитати подоб дані некоректно, то, як правило, просять вказати об'єктів ві показники, наприклад артеріальний тиск і захворювання, якими людина страждає);

• вік страхувальника (застрахованої особи) до моменту заключення договору страхування;

• стать страхувальника (застрахованої особи) до моменту заключення договору страхування;

• статура страхувальника (застрахованої особи) до момент укладання договору страхування;

• спадкові фактори;

• місце проживання (в тому числі враховуються кліматичні й екологічні фактори, умови проживання);

• освіта та професія страхувальника (застрахованої особи) до моменту укладання договору страхування;

• захоплення (в першу чергу небезпечні для життя і здоров'я - гірські лижі, дельтапланеризм, підводне плавання і інше);

• шкідливі звички;

• економічний статус;

• частота користування повітряним транспортом;

• ставлення до військового обов'язку;

• тривалість терміну дії договору страхування;

• перелік подій, передбачених договором страхування, що можуть спричинити за собою негативні наслідки для здоров'я страхувальника (застрахованої особи).

Дані суб'єктивні чинники стосовно ДМС істотно впливають на параметри ризику. Страховикові для оцінки страхового ризику необхідно встановити оптимальну тарифну ставку, відповідну ступеня ризику страхувальника (застрахованої особи), з урахуванням вищеназваних обставин.

Стан здоров'я, як обставина, що впливає на оцінку страхового ризику по ДМС, займає одне з істотних умов даного виду договорів страхування. Ступінь стану здоров'я застрахованої особи відправна точка для оцінки страхового ризику.

Здоров'я - важливий критерій відбору ризику в ДМС, що включає попередній медичний огляд у спірних і неясних випадках. Андеррайтеру необхідно брати до уваги захворювання, які:

• сприяють настанню захворювання;

• подовжують період одужання;

• збільшують витрати на лікування;

• ускладнюють визначення факту настання страхового випадку.

Якщо до моменту укладення договору страхування стане відомо, що страхуються особа хворіє хронічним захворюванням, то при укладенні договору не приймається до уваги таку подію (ризик), як дане захворювання, або дане захворювання обумовлюється в договорі страхування як обставина, що виключає виплату страхового відшкодування.

При укладанні договору ДМС страховик має право провести обстеження застрахованого особи для оцінки фактичного стану його здоров'я. Оцінка стану здоров'я страхувальника може здійснюватися страховиком на підставі аналізу та вивчення його історії хвороби, медичної карти застрахованого особи чи інших медичних висновків. У деяких випадках на вимогу страховика при необхідності додаткового і більш глибокого вивчення здоров'я страхувальника страховик має право вимагати проведення медичного огляду. Безумовна обставина при укладанні договору ДМС є сумлінне інформування страхувальником про реальний і справжній стан здоров'я. Зворотне може спричинити за собою визнання договору страхування недійсним.

У ДМС для проведення процедури андеррайтингу групових договорів використовуються наступні дані:

* компоненти програми ДМС (види медичної допомоги);
* число і склад застрахованих осіб (половозрастная, професійна структура);
* якісний склад застрахованих співвідношення співробітників і родичів в рамках корпоративного договору;
* наявність хронічних захворювань або інвалідності;
* стаж страхування.

Отже, з точки зору андеррайтера, програма ДМС – це перелік медичних послуг в рамках договору страхування, які будуть оплачені страховиком, з вказівкою загальної страхової суми та / або окремих страхових сум по кожному виду допомоги, а також медичних установ, де застрахований може отримати допомогу .

Другий етап андеррайтингу – це підготовка котирування. Після збору та аналізу відомостей про ризик андеррайтер страхової компанії виділяє ризики і здійснює котирування, тобто визначає умови (страхування, франшизу і допустимий тариф). Часто застосовуються різні інструменти андеррайтингу, які впливають на підвищення або пониження страхового тарифу.

У рамках процесу тарифікації страховик ділить всіх застрахованних за однорідними групами залежно від ступеня ризику. Для кожної групи він розраховує величину страхового тарифу виходячи з принципу фінансової еквівалентності, грунтуючись на математичній оцінці ризику. Незважаючи на те, що виділені групи є однорідними, всередині них є об'єкти зі ступенем ризику вище і нижче середнього. З одного боку, страховик бажає застрахувати об'єкти, ризик по яких нижче середнього. З іншого боку, очевидно, що в першу чергу передати свій ризик страховику хочуть страхувальники, ступінь ризику яких вище середньої по групі, що є проявом антиселекції.

Тарифікація в ДМС вважається найскладнішим завданням, порівняно з іншими видами страхування. Це пов'язано більшою мірою з тим, що безліч різних факторів впливає на процес формування виплат. Статистичні дані для фізичних та юридичних осіб розрізняються за статистикою звернень. Головна особливість полягає в тому, що для фізичних осіб критерієм ризику є вік і стать застрахованого, а для юридичних осіб - кількість одночасно застрахованих осіб. Але останнім часом деякі страхові компанії розробляють різні цінові лінійки для колективного страхування, включаючи в процес тарифікації такі фактори ризику, як середній вік і частка чоловіків і жінок у колективі.

Тарифікувати програми ДМС для фізичних та юридичних осіб можна для кожного віку, тоді необхідно скласти базу даних обертаності. Для цього потрібно побудувати таблиці захворюваності/звертанні в медичні установи для жінок і чоловіків, аналогічні таблицями смертності в страхуванні життя.

У зв'язку з особливостями ДМС тариф в ньому значно вище, ніж в інших ризикових видах. За рахунок зваженої тарифної політики, грамотного андеррайтингу, розумного підходу до лікувальним установам дохід страхової компанії може досягати 15-20% від зібраної премії.

Після підготовки котирування андеррайтер направляє страховувальник безпосередньо або через страхового посередника офіційне комерційну пропозицію про страхування, термін дії якого зазвичай не перевищує 2 тижнів.

Третій етап андеррайтингу – це укладання договору. На останньому етапі узгоджуються всі правила страхування з клієнтом, андеррайтер оформляє і видає договір страхування і страховий поліс. Остаточним продуктом в результаті роботи андеррайтера є підписаний з двох сторін договір добровільного медичного страхування.

Андеррайтинг в страхуванні від нещасних випадків і хвороб включає заходи, що проводяться для визначення ступеня відхилення ризику того чи іншого порушення здоров'я потенційного застрахованої особи від встановленого критерію (наприклад, середньостатистичного показника) з метою забезпечення можливості пропозиції страхової послуги на умовах, адекватних ризику, і захисту страхового портфеля по даному виду страхування. [58, с.93].

Андеррайтинг проводиться на підставі результатів передстрахової експертизи; медичного анкетування та медичного огляду.

Дані, на підставі яких проводиться передстрахової експертизи, можуть бути отримані при опитуванні страхувальника, візуальному знайомстві з ним, його опитуванні, анкетуванні, а також при вивченні надані страхувальником або застрахованим документів, що містять необхідні відомості. При опитуванні та вивченні документів не слід виключати можливого подання недостовірних відомостей. Будь-які сумніви в їх достовірності повинні бути приводом для додаткових перевірок.

Стандартний андеррайтинг проводиться при колективному (груповому) страхуванні від нещасних випадків. Головна особливість таких договорів укладається в більш високого ступеня однорідності застрахованих у рамках групової страхової програми (схеми). Це пов'язано з тим, що учасники схеми - працівники одного підприємства (тобто вони схильні схожому впливу професійних, географічних і, почасти, економічних факторів), і з тим, що страхувальником виступає роботодавець. Велика однорідність застрахованих призводить до спрощення процедур андеррайтингу.

Однорідні ризики сильніше впливають на процедуру медичної експертизи, оскільки менше медичної інформації. Крім того, широко використовується умова вільного покриття, в рамках якого медична експертиза взагалі не проводиться або проводиться в полегшеній формі (наприклад, на основі стандартної анкети із заяви про прийняття на страхування із запитом медичного звіту лікуючого лікаря тільки у спірних випадках). При порушенні цих умов запитується повна медична інформація, і проводиться індивідуальний андеррайтинг. Така «ступінчаста» система умов на обсяг одержуваної медичної інформації дозволяє враховувати посилення ризику при їх порушенні і сприяє більш ефективній організації прийняття ризиків на страхування.

Індивідуальний андеррайтинг проводиться для малих груп застрахованих (менше 20-30 осіб) і вибірково для окремих підгруп, що різко відрізняються від інших застрахованих віком, соціальним становищем, наприклад, керівники підприємства-страхувальника, а також для індивідуальних страхувальників. Для таких груп доцільно укладати окремий договір страхування, Андеррайтинг по керівникам і ключовим фахівцям при колективному страхуванні в зарубіжній практиці отримав назву андеррайтинг фінансовий при страхуванні ключових фахівців.

Ця процедура аналізу та відбору ризиків має наступні особливості:

• розмір заявленої страхової суми на окремих ключових фахівців не має бути настільки великим, щоб страхувальник був зацікавлений в ініціюванні страхових випадків;

• у страхуванні ключових працівників зацікавлені насамперед невеликі і середні фірми, так як при великому штаті має місце ротація кадрів і делегування обов'язків;

• ключовий фахівець повинен мати трудову угоду з роботодавцем, в якому чітко обумовлено його професійні зобов'язання і термін найму, оскільки звільнення або добровільний відхід застрахованого буде формально задовольняти визначенню страхового випадку і підвищує ризик страхового шахрайства;

• слід отримати непряме підтвердження важливості даного працівника для страхувальника (наприклад, поцікавитися його стажем роботи або наявністю оплачуваної роботодавцем договору страхування життя даної особи).

З урахуванням вищезазначеного, під андеррайтин­гом у страхуванні здоров`я необхідно розуміти «…комп­лексну роботу страховика з оцінювання якісних характеристик здоров’я та фінансового стану заявника, при прийнятті на страхування ризиків, пов’язаних із втратою здоров’я, яка передбачає визначення можли­вості страхування, вибір оптимального покриття, пе­ревірку відповідності ризиків і клієнтів цілям та за­вданням страхової компанії щодо захищеності і зба­лансованості її страхового/перестрахового портфеля» [59, с.10-11].

## 

## 3.2. Зарубіжний досвід забезпечення страхового захисту здоров`я громадян та оцінка можливості його використання в Україні

Експерти ВООЗ оцінювали моделі страхуванні здоров`я за такими критеріями: «…забезпечення здоров'я для всіх; якість та доступність медичного обслуговування; свобода вибору постачальника медичної допомоги; відсутність суворих перешкод для занять медичною практикою й наявність конкуренції; вплив громадськості; співпраця з іншими секторами; контроль за витратами й фінансова ефективність; централізований контроль та оцінка; здібність до оновлення й розвитку, а також адміністративні витрати» [60, с. 6].

В світовій практиці фінансування охорони здо­ров'я може здійснюватися такими основними способами: «…соціальне фінансування – ґрунтується на цільових внесках грошових коштів під­приємств і організацій з незначною часткою бюджетного фінан­сування (Німеччина, Франція, Ізраїль, Японія); державне фінансування, за яким основним джерелом є бюд­жетні кошти. Приватні системи фінансування відсутні, або можлива незначна їхня частка (Канада, Великобританія, Австралія, Швеція); приватне фінансування, джерелом якого є доходи фізич­них осіб, однак для визначених груп населення, у котрих доходи нижчі від межі бідності, можуть розроблятися спеціальні державні програми фінансування (США)» [63].

Медичне страхування може проводитися в добровільній і обов'яз­ковій формах. Обов'язковим є медичне страхування, наприклад, у Німеччині, Канаді, Франції, Нідерландах. Добровільне медичне стра­хування характерне для Ізраїлю, Швейцарії, США.

Розглянемо характерні особливості організації системи страхуванні здоров`я на прикладі декількох країн світу.

Однією з високрозвинених країн, у якій вперше було запроваджено медичне страхування, є Німеччина.Німець­ка система медичного страхування базується на тому, що уряд створює переудомови організації такого страхування та не відповідає за фінансування охорони здоров'я, крім того здійснює наглядову діяльність за виконанням функцій такої системи. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Ми погоджуємось із думкою В. Стеценка, що серед позитивних аспектів організації системи загальнообов’язкового медичного страхування у Німеччині, які слід використовувати в Україні при реформуванні механізмів публічного управління системою охорони здоров’я є наступні: «…оплата медичних послуг, що надаються лікарями, здійснюється на основі бальної системи оцінки рівня наданих ними послуг, що виключає можливість зловживань з боку медичних працівників; здатність особи, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти із системи загальнообов’язкового страхування та перейти у приватний страховий сектор; здатність працівника надавати медичне страхування членам своєї сім’ї, які не працюють; можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичного закладу та ін.» [61, с. 103].

У Франціїмедичне страхування було запроваджено в 1910 році у вигляді фондів взаємодопомоги, а з 1928 року ці фонди були трасформовані у страхові компанії. На сьогодні у Франції функціонує вертикальна система медичного страхування: потужна страхова організація – Національна страхова організація, що знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці.

Крім того, Франція має розвинуту мережу приватних страхових компаній. Французька система охорони здоров’я є однією з найкращих в Європі, оскільки політика держави скерована на реалізацію принципу: «Здорове населення країни-запорука розвитку економіки».

Не має у Франції загального медичного страхування, тільки 0,1% населення. Фінансується система охорони здоров’я за трьома схемами:

– перша, податки яке сплачує працююче населення та прибутки медичних закладів;

– друга, державні фінанси;

– третя, надходження у вигляді акцизних зборів від продажу алкоголю та тютюнових виробів.

Саме Нідерланди характеризуються як один із найбільших ринків страхових послуг в Європі. Після прийняття Закону про медичне страхування у 2006 році було запроваджено обов’язкове медичне страхування, страхувальники відповідно отримали спектр прав щодо вибору форм страхування та постачальників медичних послуг. Рішення про універсальну систему охорони здоров’я Нідерландів через приватних страховиків, було прийнято зважаючи на пріоритетність приватних страхових компаній впродовж довготривалого періоду; значний рівень попиту на додаткові медичні послуги з боку освіченої та багатої частини населення; доступність приватного медичного страхування, особливо корпоративного страхування, яке частково фінансується роботодавцями [62].

Один із найвищих рівнів життя має Швеція.Тут страхові закони про медичне стра­хування були прийняті ще в 1898 році, а запроваджено його було в 1955 році. Обіймало всіх гро­мадян у віці від 16 років.

«…Затрати на соціальне благо компенсуються за рахунок 25% бюджету центрального уряду, 26% затрат несуть муніципальні та окружні ради та 48% - роботодавці. На охорону здоров'я та медичну допомогу 18% коштів виділяє уряд, 51% - місцеві органи влади, 31% - роботодавці. Однією з особливос­тей шведської системи страхування є передача застрахованими до страховиків своїх юридичних прав з питань медичного страхування» [63].

У Великій Британіївикорис­товується система бюджетного фінансування охорони здоров'я. Закон про страхування було прийнято у 1912 році, який базується на принципі обов'язковості та охоплює обов'яз­ковим медичним страхуванням третю частину населення Англії, Шотландії та Ірландії. Джерелом фінансування На­ціональної системи охорони здоров'я є податкові надходження (становлять 90% бюджету охо­рони здоров'я), а лише 7,5% в бюджеті – внески роботодавців. Відтак, На­ціональна система охорони здо­ров'я фактично функціонує за рахунок коштів, що вносяться платника­ми податків.

Додаткове паралельне ДМС розширює спектр пропозиції медичних послуг та захисту громадян. Страховий захист відбувається за рахунок «подвійного покриття» страхового випадку та вищого рівня доступності до медичного обслуговування при виникненнї термінової потреби в лікуванні. Такий тип страхування поширений у країнах з державними системами охорони здоров’я (Греція, Іспанія, Італія, Португалія) [64].

Узагальнені статистичні дані свідчать про тенденцію до зниження паралельного ДМС з точки зору відсотка охопленого населення. В свою чергу, є певні винятки, зокрема у Бельгії роботодавці часто пропонують паралельне ДМС як частину пакету виплат і, за оцінками, охоплюють до 60% населення. Така форма ДМС сприяє підвищенню своєчасності медичних послуг [62].

У різних країнах питання про співіснування дер­жавних і приватних систем вирішується по-різному. Так, у Німеччині можливим є вихід певних кате­горій громадян з державної системи та її перехід до комерційного страхуванні. У Франції державна система не відшкодовує в повній мірі вартість лікування, тому населення бере участь у приватному страхуванні. У Великій Британії медичне страхуван­ня забезпечує відшкодування за тими сферами медичних послуг, що не може забезпечуватися Національною службою охорони здоров'я. Комерційним добровіль­ним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення.

У США традиційно функціонує приватна модель медичного страхування, а фінансування охорони здоров’я здійснюється в більшості випадків на платній основі. Приблизно 30% населення США позбавлені будь-якої можливості на одержання своєчасної медичної допомоги. Участь держави у гарантуванні соціально незахищеним верствам населення фінансової підтримки на випадок втрати здоров’я обмежується лише двома програмами – «Медикер» та «Медикейд».

У США система надання страхового захисту здоров`я здійснюється на добровільних засадах. Більшість американців одержують медичну страховку від роботодавців. Такий вид страхування називається колективним, він є найдешевшим. Деякі роботодавці пропонують кілька варіантів на вибір, або лише один. Існує також можливість придбати індивідуальний план. На американському ринку страхування здоров`я надаються різноманітні послуги, які можна поділити на три категорії [65, с.18-19]:

1. Indеmniту оf frе-fоr-sеrviсе, яка вважається традиційним планом страхування здоров`я, його За такими умовами власник оплачує частину рахунків від лікарів й госпіталів.

2. Hеаlтh mаinтеnаnсе оrgаnizатiоns (HMО) – асоціація медичних установ, які пропонують різні варіанти страхування з певним набором послуг за фіксованими цінами. Кожен пацієнт має свого лікаря, який у разі потреби направляє його до певних фахівців. Відвідування фахівця без направлення від primаrу саrе phуsiсiаn не покривається таким планом.

3. Prеfеrrеd prоvidеr оrgаnizатiоns (РРО). Такий страховий план є комбінацією двох попередніх, коли страхувальники (РРО) мають більший спектр страхових послуг, ніж НМО, оскільки є можливість відвідувати лікарів у госпіталях не лише своєї мережі.

Крім наведених вище видів страхування здоров`я існує значна кільікість федеральних, місцевих, муніципальних та окружних програм, які відрізняються вартістю та асортиментом послуг, що покриваються страхуванням. Для медичного обслуговування малозабезпечених соціальних груп створені державні програми медичної допомоги: “Медикейд”( Mеdiсаid) – для осіб із низьким рівнем доходів і безробітних і “Медикер”(Mеdiсаrе) – для осіб похилого віку.

Серед приватних страхових компаній у США, які провадять медичне страхування, найбільш відомі дві: "Блу крос" та "Блу шилд". До основних позитивних рис страхування здоров`я США відноситься: широкий асортимент медичних послуг, які покриваються страхуванням; висока якість медичного обслуговування, а також значна кількість лікарів та лікарень. Разом з цим, у зв'язку з високою вартістю медичного обслуговування, багато американців не мають можливості користуватися у достатній мірі медичним обслуговуванням.

Стосовно страхування від нещасних випадків, то воно може проводитися теж в добровільній і обов'яз­ковій формах. Українська система відповідає нормам ЄС. Для порівняння нагадаємо про системи, що є в окремих державах Євросоюзу.

В Іспанії обов'язкове страхування є частиною державної правової системи, однак управління доручається приватним страховим товариствам. Такі товариства є неприбутковими і вважаються асоціаціями роботодавців. Ці асоціації об'єднують різні галузі, формуються за регіональним чи національним принципом, і роботодавець сам вибирає страхове товариство відповідно до його конкурентоспроможності.

Однак, навіть високорозвинені країни світу не можуть забезпечити значні соціальні гарантії населенню й переглядають соціальні зобов'язання, обмежуючи кільіксть пільг в отриманні медичної допомоги та збільшуючи частку доплати населенням за отримані медичні послуги.

Щодо України, то вона не обрала дієвох та прозорої системи фінансування охорони здоров’я. Державні ресурси вичерпали себе, загальнобовязкове страхування так і не запроваджено, а добровільне медичне страхування хоч і почал активно розвивати, проте не досягнул належного рівня забезпечення гарантії охорони здоров’я громадян.

В першу чергу, інтеграція України в сучасний європейський про­стір передбачає гармонізацію національного законодавства з нормами й стандартами права Європейського Союзу, а це вимагає формування розвиненого страхового ринку, розширення правової бази. Вирішення цих проблем сприятиме розвитку ринкової економіки та міжнародних відносин.

По друге, в Україні відбувається поступове реформування системи охорони здоров'я, зміна загальної схеми фінансування, перехід від бюджетного фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, яка фінансується при активній участі суб’єктів господарювання з використанням елементів добровільного медичного страхування.

По третє, в сфері добровільного медичного страхування необхідно підвищувати якість страхових послуг та застосувати надійні способи зниження збитковості за значного зростання цін на ринку медичних послуг.

По третє, ринок добровільного медичного страхування не може повноцінно розвиватися без достатньої кількості лікувально-профілактичних установ, без належного контролю обсягу та якості медичних послуг, формування потреб клієнтів та витрат клінік.

**Висновки до розділу 3**

1. Андеррайтинг є потужним інструментом зниження ризику страхових компаній. Для здійснення ефективних андеррайтинго­вих процедур необхідно провести відповідну підготов­чу роботу. У зв’язку з очікуваним підвищенням конкуренції на вітчизняному страховому ринку, яка зумовлена майбутнім приходом в Україну страховиків з економічно розвинених країн, що мають колосальний досвід і фінансові ресурси, українським страховим компані­ям необхідно вже сьогодні проводити всебічне впрова­дження андеррайтингу.
2. В Україні система охорони здоров’я базується в основному на бюджетному фінансуванні. Відтак потрібно констатувати на її реформуванні шляхом впровадження змішаної бюджетно-страхової системи фінансування.

**ВИСНОВКИ**

1. Систематизувавши основні підходи до визначення медичного страхування та страхування від нещасних випадків вважаємо, що страхування здоров’я – це спосіб страхового захисту громадян від непередбачуваних проблем з їх здоров’ям у контексті компенсації понесених витрат. Головною метою його проведення є забезпечення громадян у разі виникнення страхового випадку можливістю одержати медичну допомогу за рахунок мобілізованих коштів і фінансування профілактичних заходів. Основними формами страхування здоров`я громадян є добровільне та обов’язкове.
2. Досліджено ризики, що виникають при страхуванні здоров’я громадян. Різні критерії та ступені ризику нівелюються розміром страхових внесків, які сплачують застраховані. Основні показники для договору страхування визначають в ході переддоговірної роботи спеціалістів з оцінювання і прийняття ризиків на страхування. Суттєвим моментом є визначення не лише страхових ризиків при страхуванні здоров`я, але й нестрахових ризиків.
3. Страхування здоров`я громадян включає дві підгалузі: медичне страхування та страхування від нещасних випадків. Страхування здоров`я громадян в Україні не є основним фактором врозвитку страхового ринку України. Існує повна відповідність між динамікою страхових премій за всіма видами страхування, а частка страхування здоров`я громадян у загальній структурі всіх видів страхування коливається в 2020 році межах 19-20%. Це свідчить про зростання рівня даного виду страхової діяльності на сьогоднішній день, відбувається його динамічний розвиток та формуються перспективи в майбутньому.
4. Лідерами на ринку страхування від нещасних випадків та медичного страхування за даними 2020 року є такі страхові компанії, як страхова компанія «Країна», «PZU страхування» та страхова компанія «Провідна». Страхові компанії України пропонують різноманітні програми страхування здоров`я, які передбачають, як страхування окремої особи, так і страхування колективу, як страхування дорослих так і дітей, а також надають можливість комбінувати різні програми страхування між собою та вибирати умови, які найбільш цікаві для тієї чи іншої особи.
5. Визначивши андерайтингову політику страховика при прийнятті на страхування ризиків втрати здоров`я зроблено висновок про те, що сутність андерайтингу полягає в прийнятті на страхування ризиків або їх відхилення за визначеним об’єктом страхування в контексті оцінки ризиків, характерних йому з метою формулювання умов страхового покриття та визначення розміру страхового тарифу; у розробці заходів із захисту всього чи частини страхового портфеля.
6. Андеррайтинг в страхуванні від нещасних випадків і медичного страхуання проводиться на підставі результатів передстрахової експертизи: медичного і фінансового анкетування та медичного огляду. У ДМС передстрахової експертиза проводиться за допомогою анкетування та медичного огляду або обстеження. Стандартний андеррайтинг проводиться без огляду і анкетування для однорідних груп більше 20-30 чоловік і зводиться до уточнення якісного складу групи застрахованих. Для груп менше 20 людей застосовується медичне анкетування. Індивідуальний андеррайтинг проводиться в тих же випадках, що і при страхуванні від нещасних випадків.
7. Стосовно запровадження зарубіжного досвіду у страхування здоров`я в Україні, то постає питання про необхідність удосконалення системи страхування здоров’я громадян. Для цього потрібно: налагоджений процес взаємодії між державою, приватним сектором та самими громадянами; збалансований розподіл повноважень з охорони здоров’я між державними та місцевими органами влади; раціональна організація системи охорони здоров’я при високій конкуренції та орієнтації на споживача; доступність медичних послуг, зручність в їх отримання шляхом ефективного використання сформованих фінансових ресурсів; створення та розвиток системи медичного страхування.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Суханова А. В. Теоретичні підходи до сутності поняття «страховий захист здоров'я». Науковий вісник Херсонського державного університету. 2014. Випуск 8. Частина 6. С. 188–191.
2. Господарський Кодекс від 16.01.2003 № 436- IV (Редакція станом на 01.01.2014). URL: [hттp://zаkоn4.rаdа.gоv.uа/lаws/shоw/436-15](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/436-15).
3. Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг» від 12.07.2011 р. URL: [hттp://zаkоn2.rаdа.gоv.uа/lаws/shоw/2664-14](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2664-14).
4. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 № 85/96-ΒР. URL: hттp://zаkоn4.rаdа.gоv.uа/lаws/shоw/85/96-вp
5. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 18.01.2001 № 2240-III. URL: [hттp://zаkоn4.rаdа.gоv.uа/lаws/shоw/2240-14](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2240-14).
6. Проект Закону про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування. URL: [hттp://www.mоz.gоv.uа/uа/pоrтаl/Prо\_20131024\_0.hтml#2](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20131024_0.html#2).
7. Про внесення змін і доповнень до деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова КМ України : від 27.05.2000 № 842. URL: [www.ligа.kiеv.uа](http://www.liga.kiev.ua).
8. Страховое дело: учебник для бакалавров / Л. Г. Скамай. М. : Издательство Юрайт, 2013. 343 с.
9. Остапенко О. М. Страховий захист: сутнісний аспект. Вісник СумДУ. Серія «Економіка». 2013. № 2. С. 78–84.
10. Страхова справа: підручник / О. Д. Βовчак. K. : Знання, 2011. 391 с.
11. Страхування в запитаннях та відповідях: навч. посібник / Н. О. Долгошея. Κ.: Центр учбової літератури, 2010. 318 с.
12. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С.Осадець. Βид. 2-ге, перероб. і доп. К.: КНЕУ, 2002. 599 с.
13. Страхові послуги. Підручник / Т. А. Говорушко. Κ.: Центр учбової літератури, 2013. 376 с.
14. Страхові послуги: Навч. посіб. Рекомендовано МОН / Яворська Т.Β. K., 2008. 350 с.
15. Барановський О. І. Ρозвиток страхового бізнесу в Україні. Фінанси України. 2006. № 8. С. 85–93.
16. Соціальна медицина та організація охорони здоров`я / Під.заг.ред. Ю. Β. Вороненка, В. Ф. Μоскаленка. Τернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
17. Μедицинское право: Учеб. / С.Г. Стеценко. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004.

Безугла В. О., Загірняк Д. М., Шаповал Л. П. Соціальне страхування: навчальний посібник. К. : Центр учбової літератури, 2011. 208 с.

Приказюк Н. Медичне страхування в Україні: тенденції та перспективи розвитку. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. 2008. Вип. 104. С. 25–29.

Страхування: підручник / Кер. авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. 2-ге вид., перероб. і доп. К. : КНЕУ, 2002. 599 с.

Пунда О. О., Арзянцева Д. А. Медичне страхування в Україні : правові та організаційні засади. Університетські наукові записки. 2009. №1 (29). С. 95–100.

Шевчук Ю. В. Фінансове забезпечення розвитку медичного страхування в Україні: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.08. Ірпінь, 2018. 23 с.

Левкович О. В., Онишкевич Н. О. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. *Бізнес Інформ*. 2019. №11. С. 323–329.

Забаштанський М. М., Драгунов Д. М. Особливості фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні. Причорноморські економічні студії. 2019. Випуск 38-2. С. 88–92**.**

Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 23(2). С. 76–80.

Іваніщенко Л. О. Медичне страхування в Україні: політико-правовий аспект. Сучасне суспільство. 2015. Вип. 2(1). С. 84–93.

1. Ризик-менеджмент: теорія та практика: Навч. посіб. / Старостина А. О., Кравченко В. А. К.: ІВЦ “Вид-во “Політехніка”, 2004. С. 118.
2. Тимчак М. Β. Аналіз сучасного стану розвитку та регулювання страхового підприємництва в Україні. Науковий вісник Ужгородського університету. Економіка. 2011. Βип. 34. С. 155–161.
3. Чеботарьова Н., Чеботарьов В. Медична реформа: вихідні інституціональні, організаційно-економічні засади та регіональні особливості реалізації (на прикладі Луганської області). Галицький економічний вісник. 2021. № 3 (70). С. 33–42.
4. Графський В., Коркунова О. Медична реформа як чинник контролю використання бюджетних коштів України. Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності. 2019. С. 11–14.
5. Ліштаба Л. В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров’я в Україні. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2017. Вип. 1 (06). С. 23–19.
6. Леган І., Крикун О. Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 192–197.
7. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров’я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209.
8. Книш С. Удосконалення публічного управління в сфері охорони здоров'я у Україні: аналіз реформи і європерспективи. Актуальні проблеми правознавства. 2019. Випуск 1 (17). С. 54–59.
9. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. 2018. № 2 (47). С. 116–120.
10. Індекс здоров’я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. 103 с.
11. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. Молодий вчений. 2017. № 11 (51). С. 1156–1158.
12. Зубарєва О. Медична реформа в Україні: оцінки українців та досвід регіонального дослідження. ГРАНІ. 2019. Т. 22. № 4. С. 54–63.
13. Кнейслер О., Шупа Л. Вектор розвитку медичного страхування у контексті сучасної медичної реформи в Україні. Світ фінансів. 2018. № 4 (57). С. 149–156.

Проект Закону України про внесення змін до деяких законів України щодо запровадження загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування від 25.01.2008 р. № 1040-2. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/pls/ zwев2/wевprос4\_1?pf3511=31130.

Проект Закону України про загальнообов’язкове державне медичне страхування від 13.08.2012 р. № 11077. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/ pls/zwев2/wевprос4\_1?pf3511=44150.

Проект Закону України про загальнообов’язкове державне соціальне медичного страхування від 21.03.2013 р. № 2597. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/ pls/zwев2/wевprос4\_1?pf3511=46242.

Проект Закону України про фінансування охорони здоров’я та медичне страхуван­ня від 08.10.2003 р. № 3370. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/ pls/zwев2/wевprос4\_1?pf3511=14757.

Проект Закону України про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування від 30.03.2009 р. № 4279. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/ pls/zwев2/wевprос4\_1?pf3511=34871.

Проект Закону України про фінансування охорони здоров’я та обов’язкове соціальне медичне страхування в Україні від 30.06.2009 р. № 4744. URL: hттp://w1.с1.rаdа.gоv.uа/pls/zwев2/wевprос4\_1?pf3511=35697.

1. Ризик-менеджмент: теорія та практика: Навч. посіб. / Старостина А.О., Кравченко В.А. К.: ІВЦ “Вид-во “Політехні -ка”, 2004. С. 118.
2. Тимчак М. Β. Аналіз сучасного стану розвитку та регулювання страхового підприємництва в Україні. Науковий вісник Ужгородського університету. Економіка. 2011. Βип. 34. С. 155–161.
3. Журавка О. С., Верхогляд А. С. Нормативно - правове забезпечення страхової медицини в Україні. 25 років становлення Сумської філії Харківського національного університету внутрішніх справ: славетна історія та горизонти майбутнього: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (21-22 лютого 2020 року, м. Суми) / Сумська філія Харківського національного університету внутрішніх справ. Суми: Видавничий дім «Ельдорадо», 2020. С. 339–342.
4. Підсумки діяльності страхових компаній за 2019 рік. URL: [hттp://ufu.оrg.uа/filеs/sтат/SK\_infо2019.pdf](http://ufu.org.ua/files/stat/SK_info2019.pdf).
5. Офіційний веб-сайт НБУ. URL: [hттps://ваnk.gоv.uа/uа/nеws/аll/nеваnkivski-finusтаnоvi-vidnоvlуuуuт-diуаlnisт-dо-dоkаrаnтinnоgо-rivnуа--zviтnisт-zа-9-misуатsiv-2020](https://bank.gov.ua/ua/news/all/nebankivski-finustanovi-vidnovlyuyut-diyalnist-do-dokarantinnogo-rivnya--zvitnist-za-9-misyatsiv-2020).
6. Підсумки страхового ринку: 12 місяців 2020. URL: [hттps://fоrinsurеr.соm/filеs/filе00703.pdf](https://forinsurer.com/files/file00703.pdf).
7. Офіційний сайт СΚ «Kняжа». URL: [hттp://kniаzhа.соm.uа](http://kniazha.com.ua).
8. Офіційний сайт СK «Kраїна». URL: [hттp://krауinа.соm/](http://krayina.com/).
9. Офіційний сайт СK «PZU-страхування». URL: [hттp://www.pzu.соm.uа](http://www.pzu.com.ua).
10. Офіційний сайт СK «Повідна». URL: [hттp://www.prоvidnа.uа/](http://www.providna.ua/).
11. Чорний О. В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров’я в Європейських країнах у трансформаційний період: історичні та соціально-економічні аспекти. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3 (26). С. 78–82.
12. Решетников А. Β. Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского страхования. Экономика здравоохранения. URL: www.mеdi.ru.
13. Архипов А. П. О страховом андеррайтинге. Финансы. 2005. № 8. С. 51–56.
14. Грузєва Т. С. Фактори ризику в формуванні здоров’я населення. Βісник соціальної гігієни та органі­зації охорони здоров’я України. 2013. № 2. С. 9–17.
15. Вороненко Ю. В. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку. Український медичний часопис. 2006. № 5 (55). С. 5–10.
16. Долгіх М. В. Закономірності реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров’я в Україні у контексті Європейського виміру. Наукові перспективи. 2021. №1(7). С. 96–111.
17. Еurоpеаn Insurаnсе in Figurеs. Insurаnсе Еurоpе. Вrussеls, 2021. URL: [www.insurаnсееurоpе.еu](http://www.insuranceeurope.eu).
18. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ΒР ( Редакція станом на 06.10.2013). URL: [hттp://zаkоn4.rаdа.gоv.uа/lаws/shоw/254к/96-вp](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр)
19. Іванчук О. Сучасні тенденції розвитку медичного страхування у країнах Європейського Союзу. Vědа а pеrspеkтivу. 2021. № 4 (4). С. 166–178.
20. Капшук О. Г*.*, Ситник А. П., ПащенкоВ. M. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Фінансові послуги. 2010. № 2. С. 17–21.