

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Вінницький навчально-науковий інститут економіки Західноукраїнського
національного університету
Кафедра фінансів, банківської справи та страхування

Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку

Спеціальність: 072 – фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок
Освітньо-професійна програма: Фінанси

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ФЗВНМ-21
В.О. Казмірчук

Вінниця - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	6
1.1. Економічна та соціальна роль медичного страхування.....	6
1.2 Типологія медичного страхування.....	14
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.	25
2.1. Оцінка поточного стану системи медичного страхування в Україні.....	25
2.2. Огляд ключових показників діяльності ПрАТ «Страхова Група «ТАС»...	33
2.3 Аналіз медичних страхових продуктів ПрАТ «Страхова Група «ТАС».....	38
РОЗДІЛ 3 ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	43
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55

ВСТУП

Система медичного страхування є важливим елементом фінансового забезпечення охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Вона спрямована на захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на медичну допомогу, та забезпечення доступу до якісних медичних послуг. Для України медичне страхування залишається важливою, але недооціненою складовою соціальної політики. Незважаючи на численні спроби реформування, система охорони здоров'я все ще стикається з низкою проблем, серед яких фінансова нестабільність, недостатній рівень покриття медичних послуг та обмежений доступ до якісного лікування.

На сучасному етапі розвитку України актуальним є впровадження ефективної моделі медичного страхування, яка враховує як міжнародний досвід, так і особливості вітчизняної системи охорони здоров'я. Особливої уваги потребує впровадження загальнообов'язкового медичного страхування, що могло б стати основою для забезпечення фінансової стійкості медичної галузі. Водночас розвиток добровільного медичного страхування має значний потенціал для залучення додаткових ресурсів та підвищення рівня довіри до медичних послуг. Тема дослідження є актуальною, оскільки вирішення проблем медичного страхування в Україні є важливим для забезпечення соціального захисту населення, зниження нерівності у доступі до медичних послуг та підвищення якості охорони здоров'я.

Дослідженням сучасних проблем медичного страхування займаються такі вітчизняні вчені, як С. Осадець, Є. Дяченко, Н. Нагайчук, В. Рудень, В. Долот, С. Васильчак, О. Журавка, Н. Климук, Є. Мордань, М. Москаленко, Г. Пазєєва, О. Пахненко, А. Семеног, Д. Третяк та інші. Вони висвітлюють різні аспекти розвитку системи медичного страхування, включаючи фінансові механізми, нормативно-правові проблеми, організаційні моделі та вплив економічних факторів.

Водночас, незважаючи на значний інтерес науковців до цієї теми, багато

питань залишаються відкритими. Зокрема, потребують детального аналізу проблеми впровадження загальнообов'язкового медичного страхування, інтеграції міжнародного досвіду до національної системи, забезпечення фінансової стійкості страхових фондів і підвищення доступності добровільного медичного страхування. Крім того, актуальним є дослідження впливу соціально-економічної ситуації та військових дій на розвиток системи медичного страхування в Україні.

Задачі і мета дослідження. Метою випускної кваліфікаційної роботи є аналіз сучасного стану, проблем та перспектив розвитку медичного страхування в Україні, а також розробка практичних рекомендацій і пропозицій щодо вдосконалення системи медичного страхування, спрямованих на підвищення доступності, якості та фінансової стійкості медичних послуг в умовах соціально-економічних викликів.

Досягнення мети передбачає вирішення наступних завдань:

- дослідити економічну та соціальну роль медичного страхування, зокрема його вплив на забезпечення доступності медичних послуг і фінансовий захист населення;
- розглянути види та форми медичного страхування;
- провести оцінку поточного стану системи медичного страхування в Україні;
- оцінити діяльність та медичні страхові продукти ПрАТ «Страхова Група «ТАС», визначити їхню конкурентоспроможність та відповідність потребам клієнтів;
- запропонувати шляхи вдосконалення системи медичного страхування в Україні з урахуванням досвіду ПрАТ «Страхова Група «ТАС».

Об'єктом дослідження є медичне страхування в Україні. Предметом дослідження є економічні, організаційні та нормативно-правові аспекти функціонування системи медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. У даному дослідженні застосовано методи збору та аналізу інформації для вивчення теоретичних і практичних аспектів медичного страхування, графічний і табличний методи для візуалізації й систематизації даних,

статистичний аналіз для оцінки динаміки показників, а також метод узагальнення для формулювання висновків і розробки практичних рекомендацій. Це забезпечило комплексний підхід до аналізу проблем та перспектив розвитку медичного страхування в Україні.

Основою інформаційного забезпечення дослідження стали чинні законодавчі та нормативні акти України, результати соціологічних опитувань, статистичні матеріали, наукові монографії, праці та методичні розробки провідних вітчизняних і зарубіжних економістів, а також матеріали періодичних видань, присвячених актуальним аспектам теми медичного страхування.

Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел та включає 7 рисунків та 11 таблиць,. Загальний обсяг роботи становить 55 сторінок тексту, виконаного за допомогою комп'ютерного набору.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Економічна та соціальна роль медичного страхування

Перехід до системи медичного страхування в сучасній Україні є надзвичайно складним і багатограним викликом, який вимагає врахування як економічних, так і соціальних аспектів. На думку експертів та керівників галузі охорони здоров'я, впровадження медичного страхування може стати потужним імпульсом для формування сучасної моделі економіки охорони здоров'я, заснованої на принципах ефективності, прозорості та доступності.

Запровадження цієї системи відкриває можливості для комплексного реформування охорони здоров'я, яке має стати не лише адаптивним до змін, але й орієнтованим на довготривалі потреби суспільства. Основна мета медичного страхування – створити сталу та динамічну платформу для структурних змін, які дозволять поліпшити якість, доступність і фінансову стійкість медичних послуг.

Окрім забезпечення більшої прозорості у фінансуванні галузі, медичне страхування сприятиме підвищенню рівня відповідальності як з боку медичних закладів, так і з боку пацієнтів. У довгостроковій перспективі це може стати основою для створення системи охорони здоров'я, яка буде відповідати сучасним міжнародним стандартам і ефективно задовольнятиме зростаючі потреби населення в медичній допомозі.

Система медичного страхування в Україні досі не отримала достатнього розвитку, що гальмує прогрес у реформуванні галузі охорони здоров'я. Експерти наголошують на необхідності впровадження науково обґрунтованого підходу до розвитку медичного страхування. Це завдання вимагає участі не лише спеціалістів з охорони здоров'я, але й економістів, які здатні забезпечити створення ефективної фінансової моделі.

Останніми роками дедалі більше уваги приділяється ідеї переходу до системи медичного страхування, що відображено в численних публікаціях. Згідно з думкою провідних авторів, медичне страхування – це новий тип економічних відносин, орієнтований на ринкові умови. Його основна мета – створення системи охорони здоров'я, яка забезпечуватиме всім громадянам України доступ до якісної та кваліфікованої медичної допомоги, незалежно від їх соціального статусу чи рівня доходів.

Для забезпечення ефективності медичного обслуговування необхідно сформувати комплекс організаційних і фінансових заходів, які будуть основою функціонування медичного страхування. Це включає розробку дієвої законодавчої бази, прозорих фінансових механізмів та інтеграцію передових практик, які сприятимуть забезпеченню стійкої і доступної системи охорони здоров'я для населення.

Медичне страхування виконує широкий спектр завдань, які спрямовані на забезпечення доступності, якості та ефективності надання медичних послуг. Важливо зазначити, що ці завдання охоплюють як соціально-економічні, так і організаційно-фінансові аспекти системи охорони здоров'я. Основні завдання медичного страхування докладно представлені на рис. 1.1.

Поняття «медичне страхування» в українській науковій літературі трактується як багатогранне явище, яке має важливе значення для забезпечення соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Зокрема, Н. Я. Климук визначає медичне страхування як систему, що гарантує фінансову підтримку при настанні страхових випадків, пов'язаних із необхідністю отримання медичних послуг. Автор підкреслює, що основою функціонування цієї системи є акумуляція коштів через страхові внески підприємств, державних установ і громадян, які формують цільові фонди, призначені для покриття витрат на медичну допомогу [1].



Рис. 1.1 Завдання медичного страхування в сучасних реаліях

Джерело: побудовано автором на основі [18, 11].

У свою чергу, Г. М. Пазєєва зазначає, що медичне страхування є ключовим елементом системи соціального страхування, який забезпечує доступ до медичної допомоги через формування та використання страхових фондів [12]. Автор акцентує увагу на тому, що ця форма страхування слугує засобом фінансового захисту громадян від ризиків, пов'язаних із високими витратами на лікування, особливо в умовах економічної нестабільності.

Д. Д. Третьак трактує медичне страхування як складову механізму соціальної політики, спрямованого на досягнення соціальної справедливості у доступі до медичних послуг. Автор підкреслює, що основна мета медичного страхування полягає у створенні фінансово стійкої системи, яка гарантує кожному громадянину

отримання необхідної медичної допомоги незалежно від його доходів чи соціального статусу [3].

Більшість українських науковців наголошують, що медичне страхування варто розглядати не лише як фінансовий інструмент, а й як соціально-економічний механізм, що сприяє підвищенню ефективності системи охорони здоров'я. Воно охоплює низку функцій, таких як захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних із витратами на медичну допомогу, створення стимулів для підвищення якості медичних послуг та забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування для всіх верств населення.

Отже, медичне страхування – це система соціально-економічних відносин, що забезпечує фінансовий захист населення у разі настання медичних ризиків. Його сутність полягає у створенні цільових страхових фондів, які формуються за рахунок внесків громадян, підприємств та держави. Ці фонди використовуються для оплати медичних послуг, необхідних у разі захворювань чи інших медичних потреб.

Медичне страхування має на меті забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги незалежно від доходів чи соціального статусу громадян. Воно також виконує важливу функцію в управлінні фінансовими потоками в системі охорони здоров'я, сприяє раціоналізації витрат та підвищенню якості медичних послуг.

У більш широкому розумінні, медичне страхування є одним із ключових інструментів соціального захисту населення, який дозволяє мінімізувати фінансові ризики, пов'язані з необхідністю отримання медичних послуг, та забезпечує стабільність і доступність системи охорони здоров'я.

Медичне страхування є багатокomпонентною системою, що включає об'єкт, предмет і суб'єктів страхової діяльності. Об'єктом виступають життя та здоров'я громадян, які потребують захисту у разі настання страхового випадку. Предмет медичного страхування, за трактуванням Н. С. Михайловської [26], полягає у майнових інтересах, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги чи

послуг, необхідних у зв'язку з порушенням стану здоров'я або втратою працездатності. Суб'єктами цієї системи є страховики, страхувальники, органи державного управління, застраховані особи, медичні установи, сімейні лікарі та асистуючі організації.

Медичне страхування сьогодні охоплює кілька ключових елементів, які забезпечують його ефективне функціонування. До основних об'єктів належать держава, яка через субсидії виконує регуляторну та фінансову роль; застраховані особи, зокрема пацієнти та працівники, які сплачують страхові внески для отримання медичних послуг; роботодавці, що вносять цільові платежі за своїх працівників; страховий фонд, який акумулює фінансові ресурси для покриття витрат на лікування; лікувальні заклади, які надають визначений обсяг медичних послуг; а також аптеки, що забезпечують пацієнтів і медичні установи необхідними ліками, препаратами та обладнанням. Взаємодія цих компонентів створює цілісну систему медичного страхування (рис. 1.2).



Рис. 1.2 Взаємодія суб'єктів медичного страхування

У 1920-х роках була впроваджена державна доктрина охорони здоров'я, яка мала унікальний характер. Її особливістю було фінансування системи охорони здоров'я за рахунок державного бюджету, при цьому конституційно гарантувалося надання безоплатної медичної допомоги. Згодом, паралельно з державною системою, почали розвиватися приватні комерційні структури охорони здоров'я. Ці установи, отримавши державні ліцензії, надавали медичні послуги на платній основі. Сьогодні в Україні, як і в багатьох країнах світу, функціонують дві конкурентні моделі – державна та приватна системи охорони здоров'я.

Після здобуття незалежності Україна закріпила в своїй новій Конституції, прийнятій 28 червня 1996 року, що життя та здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями. У документі також проголошено, що кожна людина має природне, невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я.

Першим кроком до регулювання сфери охорони здоров'я в незалежній Україні стало прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 19 листопада 1992 року. Цей нормативно-правовий акт визначив правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я, встановивши принципи забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил громадян, підвищення працездатності та зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності.

Наступним важливим кроком стало ухвалення 7 березня 1996 року Закону України «Про страхування», який заклав основу для розвитку медичного страхування в країні. Закон передбачав кілька форм страхування, зокрема страхування здоров'я на випадок хвороби, безперервне страхування життя, страхування медичних витрат та обов'язкове медичне страхування. Цей документ став ключовим для формування сучасної системи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

Сутність будь-якої економічної категорії розкривається через її функції, які відображають її роль та значення у соціально-економічній системі (табл.1.1)

Функції медичного страхування

Функції	Сутність
Ризикова	полягає в захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги під час звернення до медичних установ, завдяки перерозподілу коштів страхового фонду, сформованого спеціалізованою організацією (страховиком) з урахуванням випадкового характеру подій
Ощадна	забезпечує захист і поліпшення рівня життя населення завдяки використанню механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, які мають довгостроковий характер
Інвестиційна	дає змогу інвестувати тимчасово вільні кошти страхових організацій в економіку країни
Превентивна	пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику та дає змогу страховикам знижувати ймовірність їхнього настання. Водночас попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість усіх учасників страхових відносин у тому, щоб негативні події, що завдають шкоди, не настали. Тому основним завданням страхових організацій, а також економічних суб'єктів господарювання є попередження ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків, ступеня їхнього негативного впливу та масштабів можливих збитків
Контрольна	проявляється в процесі формування та використання коштів резервів. Тому контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують достатність сформованих страхових резервів для виконання страховиками їхніх зобов'язань, а також у контролі якості медичної допомоги, що надається застрахованим особам

Джерело: сформовано автором за [12-19]

Кожна функція медичного страхування розкриває його суспільне значення та ключову роль у забезпеченні фінансової і соціальної стабільності. Зокрема, ризикова функція (або «захисна») полягає у створенні відчуття безпеки для застрахованих осіб. Наявність страхового полісу гарантує, що людина отримає необхідну фінансову підтримку для покриття витрат на лікування, захищаючи її від непередбачуваних наслідків погіршення здоров'я.

Превентивна функція спрямована на попередження захворювань. Страхові компанії, зацікавлені в мінімізації витрат на виплати, часто впроваджують заходи, спрямовані на профілактику захворювань серед своїх клієнтів. Це включає освітні програми, скринінгові обстеження та інші профілактичні ініціативи, які дозволяють своєчасно виявляти проблеми зі здоров'ям і запобігати їх ускладненням.

Контрольна функція реалізується через організацію та контроль за наданням медичних послуг. Страховики співпрацюють із певними лікувально-профілактичними установами (ЛПУ), контролюючи якість і доцільність наданих послуг. Це сприяє ефективному використанню ресурсів, зниженню надмірних витрат та уникненню необґрунтованих призначень.

Інші функції, пов'язані з управлінням страховими капіталами, зосереджені на забезпеченні фінансової стабільності страхових компаній. Завдяки ефективному управлінню активами страховики можуть виконувати свої зобов'язання перед застрахованими, гарантуючи стабільність виплат і доступність медичних послуг. Усі ці функції разом формують комплексний підхід до організації системи медичного страхування, забезпечуючи її ефективність та відповідність потребам суспільства.

Медичне страхування базується на ключових принципах, які забезпечують його функціонування та ефективність. Серед основних виділяють принципи еквівалентності, солідарності та відшкодування, що формують концептуальну основу цієї системи.

Принцип еквівалентності встановлює баланс між зобов'язаннями страхової компанії щодо виплат і обсягом страхових премій, які сплачують страхувальники. Цей принцип є основним для добровільного медичного страхування, де рівновага між внесками та отриманими послугами має бути чітко дотримана.

Принцип солідарності передбачає, що витрати на медичну допомогу для застрахованих осіб покриваються за рахунок внесків усіх учасників системи страхування. Це означає, що допомога надається незалежно від того, який обсяг страхових премій сплатила конкретна особа. Такий підхід гарантує підтримку осіб, які потребують медичних послуг, але не завжди мають змогу сплатити повну вартість лікування.

Принцип відшкодування полягає у наданні медичної допомоги відповідно до умов програми страхування. У разі добровільного медичного страхування це

обмежується програмою, за яку була внесена страхова премія, тоді як у разі обов'язкового медичного страхування – програмою, що діє на території відповідної адміністративної одиниці.

Ці принципи забезпечують стабільність, доступність та справедливість медичного страхування, роблячи його важливим елементом соціальної політики та економічної системи загалом.

1.2 Типологія медичного страхування

Медичне страхування є багатогранною системою, яка має чітку класифікацію, представлену на рис. 1.3. Ця класифікація дозволяє зрозуміти різноманітні аспекти медичного страхування залежно від його організаційних, економічних та функціональних характеристик. Вона дає змогу чітко визначити основні види, форми та принципи страхування, що сприяють кращій орієнтації в складній системі охорони здоров'я.

Розглянемо докладніше два основні види медичного страхування: обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування являє собою систему соціального захисту, яка забезпечує фінансову підтримку громадян у випадку настання страхових ситуацій, таких як тимчасова або постійна непрацездатність, досягнення пенсійного віку чи захворювання. Ця система також гарантує доступ до медичних послуг, які фінансуються з бюджету спеціального фонду соціального страхування. Джерелами наповнення такого фонду є обов'язкові внески від юридичних та фізичних осіб, а також інші фінансові надходження.

Цей механізм спрямований на забезпечення соціальної справедливості та доступності базових медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від їх фінансового стану.

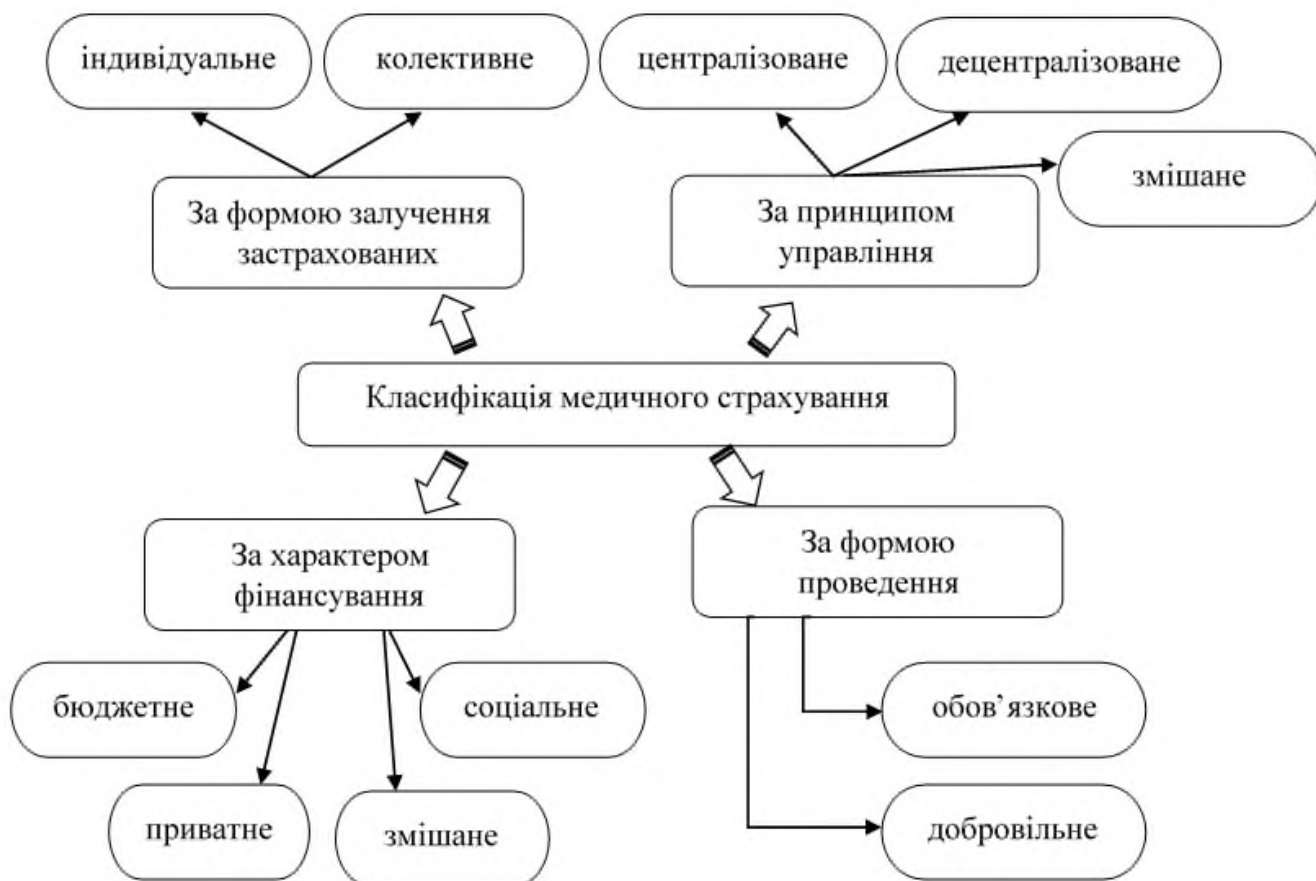


Рис. 1.3 Класифікація медичного страхування

Джерело: сформовано на основі [29]

В обов'язковому медичному страхуванні основними учасниками є страхувальник і застрахована особа. Страхувальник – це суб'єкт, який здійснює обов'язкові внески до страхового фонду, виконуючи роль фінансового донора (рис. 1.4).

Застрахована особа – це громадянин, на користь якого укладається договір страхування. Така особа отримує доступ до медичних послуг та фінансову підтримку у випадку настання страхового випадку, гарантованих умовами програми страхування.

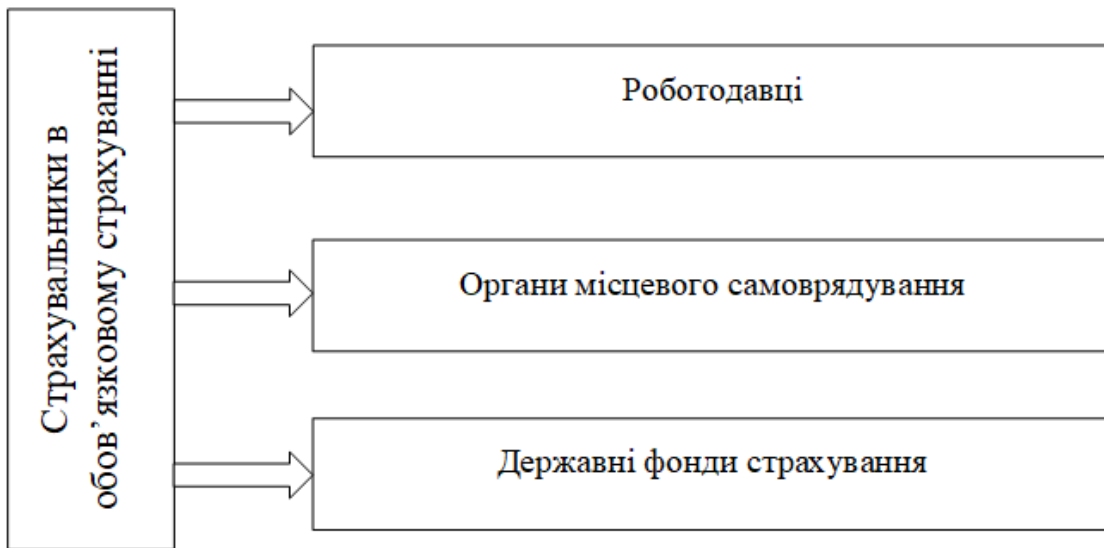


Рис. 1.4 Страховальники в обов'язковому медичному страхуванні.

Джерело: сформовано автором на основі [18].

Фонди обов'язкового медичного страхування функціонують як незалежні державні установи, що не мають на меті отримання прибутку. Вони створюються для реалізації державної політики у сфері медичного страхування на загальнодержавному та регіональному рівнях [19].

Ключовою особливістю обов'язкового медичного страхування є фіксованість внесків, які страховальники сплачують у встановлені строки, забезпечуючи однаковий рівень страхового покриття для всіх застрахованих осіб.

У свою чергу, добровільне медичне страхування належить до комерційних видів особистого страхування, що базується на принципі страхової еквівалентності. Це означає, що в межах договору добровільного страхування застрахована особа може отримати лише ті медичні послуги та в такому обсязі, які відповідають розміру сплаченої страхової премії. На відміну від обов'язкового страхування, цей вид регулюється державою лише мінімально. Наприклад, згідно із Законом України «Про страхування», здійснення обов'язкових видів страхування, не передбачених цим законом, є забороненим [6].

Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування полягають у відмінностях їхньої організації, принципів фінансування та рівня регулювання державою (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Відмінності обов'язкового та добровільного медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Некомерційне	Комерційне
Один з видів соціального страхування	Один з видів індивідуального страхування
Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне (сімейне)
Регламентується Законом "Про медичне страхування громадян країни" (проект)	Регламентується Законом України "Про страхування" (1996 р.)
Здійснюється державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
Страховальники - держава (органи місцевої виконавчої влади) та працююче населення	Страховальники - юридичні та фізичні особи
Джерела фінансування - внески державного бюджету, працедавців і працюючого населення	Джерела фінансування - особисті доходи громадян, прибуток працедавців (юридичних осіб)
Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами влади різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страховальника
Тарифи на страхування встановлюються за єдиною, затвердженою державою, методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страховальника
Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будької комерційної чи некомерційної діяльності

Джерело: сформовано автором на основі дослідження

Страхування як механізм відображає притаманну ринковим відносинам невизначеність, що супроводжується ймовірністю виникнення непередбачуваних втрат. Його головна мета полягає у мінімізації ризиків шляхом їх розподілу між тими, хто здатен взяти на себе фінансову відповідальність за можливі наслідки. Цей механізм охоплює процеси об'єднання та перерозподілу ризиків.

Система медичного страхування об'єднує чотири основні групи учасників: застрахованих осіб, страхувальників, страхові медичні організації (СМО) та медичні заклади. Незважаючи на те, що всі ці суб'єкти мають спільну мету, кожен із них переслідує власні інтереси та функціонує в межах окремих систем. Водночас жоден учасник не може досягти своїх цілей без взаємодії з іншими. Високий рівень співпраці між суб'єктами медичного страхування є запорукою ефективного функціонування системи охорони здоров'я, що в кінцевому підсумку має забезпечити необхідний обсяг, якість і доступність медичних послуг для всіх громадян.

Роль страхувальника полягає у забезпеченні страхового захисту та управлінні страховими коштами. Для здійснення страхової діяльності страхувальник повинен отримати відповідну ліцензію від держави. Страхувальники беруть на себе фінансову відповідальність за покриття витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг застрахованим особам. Ними можуть виступати страхові медичні організації, Фонд обов'язкового медичного страхування та його регіональні підрозділи.

Страхувальники укладають договори з медичними установами, забезпечуючи надання послуг за програмами медичного страхування. Вони також відповідають за видачу страхових полісів, контроль якості, обсягу та термінів медичної допомоги, а також за захист прав застрахованих осіб. Окрім цього, страхові організації можуть виконувати додаткові функції, визначені договорами страхування. Їх діяльність може охоплювати як обов'язкове, так і добровільне медичне страхування, залежно від умов ліцензії.

Страхувальник у системі медичного страхування – це юридична або фізична особа, яка укладає договір зі страховою організацією, зобов'язуючись регулярно сплачувати страхові внески. Ця роль може виконуватися окремими громадянами, працедавцями, підприємцями чи державними установами. Наприклад, роботодавець на підприємстві укладає договір медичного страхування для своїх

працівників, а працівники отримують гарантовані медичні послуги у разі хвороби. У разі самозайнятості, підприємець або фрилансер самостійно здійснює страхові внески, забезпечуючи собі доступ до медичних послуг за програмою страхування.

У бюджетних організаціях, таких як школи чи лікарні, страхові платежі для працівників закладаються в загальний кошторис витрат. Це забезпечує соціальний захист для педагогів, медичних працівників та інших категорій, зайнятих у державній сфері. Таким чином, страхувальники виконують не лише економічну функцію, а й реалізують державну політику у сфері соціального забезпечення. Наприклад, у країнах із розвиненою системою соціального страхування, таких як Німеччина, страхувальники охоплюють широкий спектр населення — від великих корпорацій до дрібних підприємців.

Принципи, на яких базується фінансування медичного страхування, включають загальність, справедливість, зручність і визначеність платежів. Це означає, що система повинна забезпечувати достатній рівень фінансування, зберігати рівновагу між доходами й витратами та гарантувати своєчасність сплати внесків. Наприклад, у випадку обов'язкового медичного страхування встановлюється чіткий розмір внесків, який не залежить від віку чи статі застрахованої особи, але може змінюватися залежно від доходів страхувальника.

Застрахована особа — це фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, а її життя, здоров'я та працездатність є об'єктом страхового захисту. У системі медичного страхування застраховані особи отримують доступ до переліку медичних послуг, які визначені програмою медичного страхування. Наприклад, в Україні законодавство регламентує, що перелік базових послуг не залежить від статі, віку чи місця проживання застрахованого. Це означає, що і працівник великого міста, і пенсіонер у сільській місцевості отримують однаковий базовий рівень медичної допомоги.

У системі обов'язкового медичного страхування застрахованими є всі громадяни країни, які поділяються на категорії відповідно до типу страхувальника.

Наприклад, для непрацюючих осіб, пенсіонерів та дітей внески до страхового фонду зазвичай здійснює держава. Для працюючих громадян страхувальниками виступають їхні роботодавці, а самозайняті особи оплачують внески самостійно.

При добровільному медичному страхуванні застрахований може одночасно виступати і страхувальником, укладаючи договір на свою користь. Наприклад, молода людина, яка працює за контрактом, може самостійно укласти договір добровільного страхування, отримавши доступ до розширеного пакета послуг, таких як стоматологія, профілактичні обстеження чи фізіотерапія, які не покриваються обов'язковим страхуванням.

Регулювання взаємодії між учасниками системи медичного страхування здійснюється на основі комплексу нормативних документів. До основних із них належать:

1. Договір про медичне страхування – це юридична угода між страхувальником (наприклад, підприємством, органом місцевого самоврядування, організацією або окремим громадянином) і страховою медичною організацією. В межах договору страховик зобов'язується фінансувати медичні послуги у визначеному обсязі й на відповідному рівні якості. Договір може охоплювати програми як обов'язкового, так і добровільного страхування.

2. Договір про надання медичних послуг. Угода укладається між страховою організацією і постачальником медичних послуг, яким може бути лікар, медична установа чи санаторій. Документ регламентує обсяг, якість і терміни надання медичної допомоги, узгоджені в рамках програм страхування. Наприклад, договір може передбачати надання амбулаторної, стаціонарної або профілактичної допомоги застрахованим особам.

3. Страховий медичний поліс є іменним документом, який підтверджує укладання договору страхування. Він гарантує застрахованій особі доступ до медичних послуг у межах обов'язкового або добровільного медичного страхування. Наприклад, власник полісу може розраховувати на безоплатне отримання базових

медичних послуг або знижки на додаткові послуги, залежно від умов програми. Поліс видається після оплати страхового внеску й містить інформацію про обсяг покриття та умови компенсації витрат.

4. Програма медичного страхування. Цей документ є основою діяльності страхової компанії в частині організації та контролю надання медичних послуг. Програма визначає перелік послуг, доступних застрахованим, а також умови та обсяг їх надання. Вона є результатом інтелектуальної роботи страховика і виступає товаром, який продається страхувальникам або іншим страховим компаніям для подальшого використання. Наприклад, програма добровільного страхування може включати профілактичні медичні огляди, лікування у приватних клініках чи забезпечення медикаментами.

5. Правила страхування. Це нормативний документ, що регулює загальні умови страхування: права й обов'язки сторін, процедури укладання договорів, виплати страхових сум і розв'язання спірних питань. Правила страхування є обов'язковим додатком до договору, що робить їх важливим інструментом правового забезпечення процесу медичного страхування.

Медичне страхування надає пацієнту можливість обрати один із двох варіантів отримання медичної допомоги: платну послугу (А) або безкоштовну послугу (А1). Вибір між цими альтернативами базується на очікуваній вигоді. Від платного варіанта (А) очікується результат Р (одужання), тоді як безкоштовний варіант (А1) передбачає результат Р1 (покращення здоров'я). Однак у обох випадках існує ризик З (відсутність покращення або навіть погіршення стану). При цьому, кінцевий результат Р від платного варіанта зазвичай вважається більш бажаним, ніж Р1, через вищу ймовірність досягнення повного одужання.

Страхові компанії організовують процес медичного страхування таким чином, щоб отримувати внески (страхові суми) не за прямий результат чи корисність лікування, а за зниження ризиків негативних наслідків для здоров'я.

Таким чином, пацієнт обирає свою стратегію, а страхові компанії діють як гаранті покриття ризиків, але не як гаранті результату лікування.

У цьому контексті виникає етична проблема: страхові компанії перекладають основну відповідальність за результат лікування на медичні установи. При цьому фінансові можливості пацієнта не завжди корелюють із якістю чи успішністю лікування. Ця розбіжність формує основну моральну суперечність між страховиками та постачальниками медичних послуг.

Крім того, страхування зачіпає не лише медичну сферу, але й ширший контекст збереження здоров'я. Постає питання: чи має страхування стимулювати людину до активної участі у власному здоров'ї, чи лише забезпечувати покриття витрат у разі хвороби?

Розвинене медичне страхування сприяє формуванню прозорих ринкових механізмів, зокрема підвищенню ефективності використання ресурсів у медичній галузі. Наприклад, лікарні, які працюють із приватними страховими компаніями, змушені вдосконалювати послуги, щоб відповідати високим стандартам. Однак у разі слабкої розвиненості системи страхування зростають ризики появи тіньових ринків і корупції, де медичні послуги можуть бути недоступними або неякісними.

Для збереження балансу між стимулюванням ринку та захистом пацієнтів необхідно вводити чіткі обмеження в системі страхування. Наприклад:

- людина не повинна бути застрахованою на 100%, оскільки це може призвести до зниження її особистої відповідальності за власне здоров'я та повного зникнення ринкових стимулів;

- страховка має покривати значну частину витрат на лікування у разі серйозних ризиків, забезпечуючи доступність послуг для всіх верств населення.

Фінансування медичної системи залежить від низки економічних і соціальних факторів. За характером фінансування виділяють такі основні моделі:

1. Бюджетна система. Ця модель фінансування передбачає покриття витрат на охорону здоров'я за рахунок податкових надходжень. Основною перевагою бюджетної системи є її доступність для всіх громадян незалежно від рівня доходу. Однак залежність від обсягу податкових надходжень і ризик недостатнього фінансування є її суттєвими недоліками [9]. Наприклад, у сучасній Україні бюджетна модель залишається ключовою, але реформування системи охорони здоров'я вимагає впровадження інших елементів.

2. Соціальна система. Цей підхід базується на цільових внесках працівників і роботодавців, доповнених державними субсидіями. Основну частку фінансування становлять внески підприємств, що робить цю модель стійкою та більш захищеною від бюджетного дефіциту. Соціальна система широко використовується в країнах Західної Європи, таких як Німеччина та Франція, де роботодавці й працівники спільно формують медичні страхові фонди [29]. Наприклад, у Німеччині кожен працівник автоматично стає учасником обов'язкової програми медичного страхування, що забезпечує доступ до високоякісних медичних послуг.

3. Приватна система. Приватна модель фінансування охорони здоров'я базується на прямих платежах громадян або приватному медичному страхуванні. Вона є основною у США, де кожен громадянин самостійно оплачує медичні послуги або укладає договір із приватною страховою компанією. Хоча така система забезпечує високий рівень медичних послуг, вона створює значний фінансовий тягар для людей із низькими доходами. Однак у США діє програма Medicaid для малозабезпечених і Medicare для пенсіонерів, які частково компенсують недоліки цієї моделі.

4. Змішана система. У сучасному світі жодна система не функціонує в «чистому» вигляді. Зазвичай використовуються комбінації бюджетної, соціальної та приватної моделей [39]. Наприклад, у Канаді основою є бюджетне фінансування, але приватні страхові компанії надають додаткові послуги, такі як стоматологія чи

офтальмологія. У Швейцарії поєднуються елементи соціальної та приватної систем, що забезпечує високий рівень медичного обслуговування.

Управління системою медичного страхування може здійснюватися за двома основними моделями:

- централізоване управління, де всі ключові рішення приймаються на державному рівні. Така система дозволяє забезпечити єдність стандартів медичних послуг і чіткий контроль за фінансами [29].

- децентралізоване управління частина повноважень передається на регіональний або місцевий рівень. Це дозволяє враховувати специфіку окремих територій і краще адаптувати систему до потреб населення.

Медичне страхування також поділяється за формою залучення застрахованих:

- індивідуальне страхування: самостійно укладає договір із страховою компанією;

- колективне страхування: передбачає укладення договору між роботодавцем або організацією та страховою компанією на користь групи працівників.

Отже, управління медичною системою в Україні здебільшого централізоване, що забезпечує контроль за наданням послуг і стандартизацію, однак зберігається потреба в розширенні децентралізації, щоб враховувати специфіку регіонів. За формою залучення застрахованих Україна рухається до змішаного підходу: колективного страхування працівників через роботодавців і добровільного страхування громадян.

Таким чином, для України оптимальною є поступова інтеграція змішаної моделі фінансування, яка об'єднує бюджетні, соціальні та приватні компоненти. Це дозволить створити доступну, якісну та фінансово стійку систему охорони здоров'я, адаптовану до потреб громадян і економічних реалій держави.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Оцінка поточного стану системи медичного страхування в Україні

Медична галузь України наразі не може повною мірою скористатися перевагами ринкової економіки. Медичне страхування перебуває на етапі розвитку, а фінансування медицини з державного бюджету покриває менш ніж половину її потреб. Багатьом громадянам досі незрозуміла суть страхування як механізму, що гарантує компенсацію витрат на медичну допомогу через попереднє акумулювання коштів. Медичне страхування могло б стати додатковим джерелом фінансування охорони здоров'я, залучаючи кошти з різних джерел і забезпечуючи доступність якісних медичних послуг для населення.

Протягом тривалого часу фінансування охорони здоров'я в Україні базувалося на бюджетних витратах, спрямованих переважно на утримання інфраструктури, а не на підвищення якості послуг. Це обмежувало доступ громадян до сучасних методів лікування та діагностики. Основні проблеми включають фінансову незахищеність населення, низьку якість медичних послуг та неефективне використання бюджетних коштів.

У відповідь на ці виклики Міністерство фінансів ініціювало реформу системи, яка передбачає:

- прозорі гарантії обсягу безоплатної медичної допомоги;
- ефективний розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів;
- стимулювання підвищення якості медичних послуг у державних і комунальних закладах.

Обсяг фінансування програми медичних гарантій визначається Законом України про Державний бюджет і має становити не менше 5% від валового

внутрішнього продукту (ВВП). Ці видатки класифікуються як захищені статті бюджету. [3] Проте впродовж років незалежності України фактичні витрати на медицину рідко перевищували рівень у 3% ВВП.

Фінансування програми гарантій медичного обслуговування населення є ключовим компонентом державної політики у сфері охорони здоров'я. Закон України про Державний бюджет визначає мінімальний рівень видатків на цю програму, що має становити не менше 5% валового внутрішнього продукту (ВВП). Однак, упродовж останніх років, фактичне фінансування часто не досягало запланованих показників, що впливало на можливості реалізації програми в повному обсязі.

У таблиці 2.1 наведено дані про обсяг коштів, передбачених на фінансування програми гарантій медичного обслуговування населення України за період 2021-2023 років, а також фактичний рівень виділених ресурсів. Порівняння запланованого та фактично виділеного фінансування дає змогу оцінити рівень виконання бюджетних зобов'язань держави у зазначений період.

Таблиця 2.1

Обсяг фінансування програми гарантій медичного обслуговування населення України за 2021-2023 роки

Рік	Обсяг фінансування програми (заплановано), млрд грн	Фактично виділено коштів, млрд грн	Відхилення, млрд грн	Виконання фінансування, %
2021	225,0	200,0	-25,0	88,9
2022	260,0	235,0	-25,0	90,4
2023	300,0	285,0	-15,0	95,0

Джерело: сформовано за джерелом [26]

Програма гарантій медичного обслуговування населення демонструє тенденцію до поступового збільшення обсягів фінансування у період 2021–2023 років: заплановані кошти зросли з 225 млрд грн до 300 млрд грн, що відображає пріоритетність медичної сфери в державній політиці. Водночас, недофінансування

залишається суттєвою проблемою, хоча його масштаби поступово зменшуються: якщо у 2021 році фактично виділено 88.9% від запланованого обсягу, то у 2023 році цей показник зріс до 95.0%. Загалом за три роки недофінансування склало 65 млрд грн, що може негативно впливати на якість і доступність медичних послуг. Проте позитивна динаміка виконання фінансових зобов'язань свідчить про поступове вирішення цієї проблеми.

Аналіз структури страхового ринку України в контексті медичного страхування є важливим для оцінки його потенціалу у забезпеченні додаткових фінансових ресурсів для охорони здоров'я, визначення ефективності добровільного медичного страхування та перспектив впровадження обов'язкового медичного страхування (рис 2.1). Існуюча система може підтримувати реформу охорони здоров'я, розширювати доступність медичних послуг і підвищувати їхню якість, враховуючи фінансову спроможність населення та можливості страхових компаній.

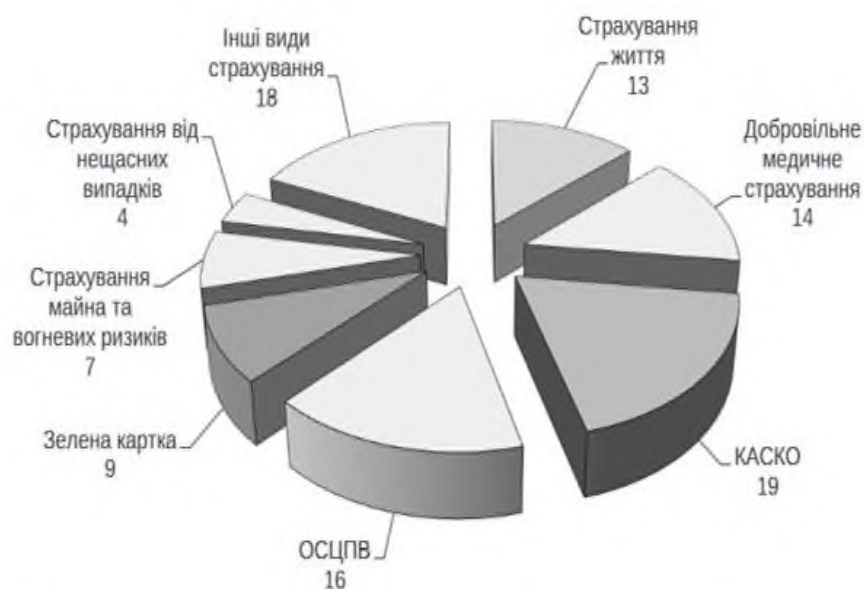


Рис. 2.1. Структура страхового ринку України за видами страхування у 2023р.

Аналіз фінансування системи охорони здоров'я в Україні демонструє суттєві зміни у бюджетній політиці, спрямованій на адаптацію до нових викликів, таких як пандемія COVID-19, військова агресія, впровадження медичної реформи та соціальна підтримка населення. Для глибшого розуміння динаміки витрат, їх структури та пріоритетів використання коштів у 2020-2023 роках, у таблиці 2.2 наведено ключові показники, що відображають заплановані та фактичні видатки, напрями їх розподілу та результати реалізації медичних програм. Це дозволяє оцінити ефективність фінансової політики у сфері охорони здоров'я та окреслити перспективи її розвитку.

Система медичного страхування в Україні перебуває на етапі розвитку, поєднуючи державне фінансування охорони здоров'я та добровільне медичне страхування (ДМС). У табл.2.2 наведено ключові показники, що характеризують поточний стан цієї системи.

Таблиця 2.2

Динаміка розвитку добровільного медичного страхування в Україні за 2021-

2023 роки

Рік	Обсяг страхових премій (млрд грн)	Обсяг страхових виплат (млрд грн)	Рівень виплат (%)	Частка ДМС у загальному обсязі страхових премій (%)
2021	5,0	2,4	48	5,9
2022	3,6	1,6	44	5,5
2023	4,3	2,1	49	6,0

Джерело: сформовано автором за [23-25]

Аналізуючи дані таблиці варто зазначити, що у 2021 році обсяг премій становив 5,0 млрд грн. У 2022 році, через вплив воєнних дій та економічну нестабільність, цей показник знизився до 3,6 млрд грн. Проте в 2023 році спостерігалось відновлення ринку, і обсяг премій зріс до 4,3 млрд грн, що свідчить про поступове повернення довіри до ДМС.

Виплати за договорами ДМС у 2021 році становили 2,4 млрд грн. У 2022 році цей показник знизився до 1,6 млрд грн, відображаючи загальне скорочення ринку.

У 2023 році виплати зросли до 2,1 млрд грн, що на 11% більше порівняно з 2022 роком, але все ще на 13% менше, ніж у 2021 році.

Рівень виплат, який відображає співвідношення виплат до премій, залишався відносно стабільним: 48% у 2021 році, 44% у 2022 році та 49% у 2023 році. Це свідчить про збереження платоспроможності страхових компаній навіть у складних умовах.

Частка ДМС у загальному обсязі страхових премій: Частка ДМС у загальному обсязі страхових премій коливалася від 5,5% до 6%, що вказує на відносно стабільну позицію цього сегмента на страховому ринку України.

Незважаючи на виклики, пов'язані з економічною нестабільністю та воєнними діями, ринок добровільного медичного страхування в Україні демонструє ознаки відновлення. Зростання обсягів страхових премій та виплат у 2023 році свідчить про поступове повернення довіри до ДМС. Однак рівень проникнення медичного страхування залишається низьким, що вказує на необхідність подальших реформ та можливого впровадження загальнообов'язкового медичного страхування для забезпечення більш широкого доступу населення до медичних послуг.

Сьогодні ринок добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні активно розвивається, і ключову роль у його формуванні відіграють провідні страхові компанії. Серед лідерів цього сегмента можна виділити такі компанії, як «УНІКА», «Провідна», «ІНГО», «АСКА», «Альфа Страхування», «ARX» і «ТАС», які пропонують широкий спектр програм страхування (табл. 2.3).

Ці компанії надають послуги не лише для індивідуальних клієнтів, але й активно співпрацюють з корпоративним сектором, забезпечуючи страхування працівників на підприємствах. Наприклад, вони пропонують пакети, що включають амбулаторно-поліклінічне обслуговування, стаціонарне лікування, екстрену медичну допомогу, компенсацію витрат на придбання ліків та профілактичні медичні огляди.

Табл. 2.3

ТОП- 10 страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування за 2023 рік

№	Страхова компанія	Сума страхових платежів, тис.грн.	Приріст страхових платежів, %	Сума страхових виплат, тис.грн	Рівень виплат, %
1	Уніка	807542,4	15,99	535213,4	66,28
2	Провідна	794319,7	31,82	483129,7	60,83
3	ІНГО	544594,7	23,38	334384,8	61,51
4	Альфа страхування	469844,2	40,45	292301,4	62,21
5	Граве Україна	324,4	17,99	387,3	83,52
6	ТАС СГ	237877,3	17,63	153431,1	64,61
7	Країна	209789,5	0,73	158307,2	75,47
8	Українська страхова група	301584,3	35,63	180250,9	59,78
9	Княжа	13254,8	115,71	36904,9	35,92
10	PZU Україна	169136,1	1,82	96957,5	57,34

Джерело: сформовано за даними [33]

Особливої популярності набули програми, що враховують сучасні виклики, зокрема покриття витрат на тестування та лікування COVID-19, вакцинацію, а також забезпечення телемедичних консультацій. Компанії «ARX» та «УНІКА» відзначаються впровадженням інноваційних цифрових сервісів, які спрощують доступ до медичних послуг для застрахованих осіб.

Важливим трендом є адаптація страхових продуктів до індивідуальних потреб клієнтів. Так, наприклад, «Альфа Страхування» пропонує програми з можливістю обрати лише ті послуги, які найбільше відповідають потребам клієнта, тоді як «ТАС» активно розвиває пропозиції для сімейного страхування.

Завдяки конкуренції між страховими компаніями відбувається поступове зниження вартості полісів ДМС, що робить їх більш доступними для населення. Однак, попри прогрес, частка людей, охоплених ДМС, залишається невеликою через низьку платоспроможність населення та недостатню обізнаність про переваги такого страхування.

Розширення спектра послуг та впровадження нових технологій свідчать про значний потенціал ринку добровільного медичного страхування в Україні, який може стати важливим інструментом для забезпечення якісної та доступної медицини.

Згідно з даними Національного банку України, кількість страхових компаній на українському ринку за останні роки суттєво скоротилася. Станом на кінець червня 2023 року їх залишилося лише 115, з яких 103 є страховиками у сегменті non-life (ризикове страхування). Проте реально активними серед них є близько 50 компаній, які здійснюють страхові виплати понад 1 млн грн. У сегменті страхування життя (life-страховики) на ринку функціонує всього 12 компаній.

Динаміка скорочення страхових компаній за останні п'ять років є показовою. Якщо у 2019 році на ринку працювало 233 страхових компанії, то вже до середини 2023 року їх кількість зменшилася майже вдвічі. Зменшення торкнулося як non-life, так і life-страховиків.

Така тенденція свідчить про посилення конкуренції на ринку, зростання вимог до платоспроможності та надійності страхових компаній з боку регулятора, а також складні економічні умови, зокрема через військові дії, що ускладнили функціонування багатьох суб'єктів ринку. Одні компанії залишили ринок через неможливість виконувати свої зобов'язання, інші були поглинені більшими гравцями або добровільно припинили свою діяльність.

Скорочення кількості страховиків можна розглядати як своєрідний процес «очищення» ринку. У результаті залишаються лише найбільш стабільні та фінансово стійкі компанії, здатні забезпечити якісне обслуговування клієнтів. Проте це також свідчить про концентрацію ринку в руках невеликої кількості великих гравців, що може обмежити вибір споживачів у майбутньому.

Детальну динаміку змін кількості страхових компаній за 2020-2023 роки наведено на рис. 2.2, який ілюструє стрімке скорочення як non-life, так і life-страховиків.

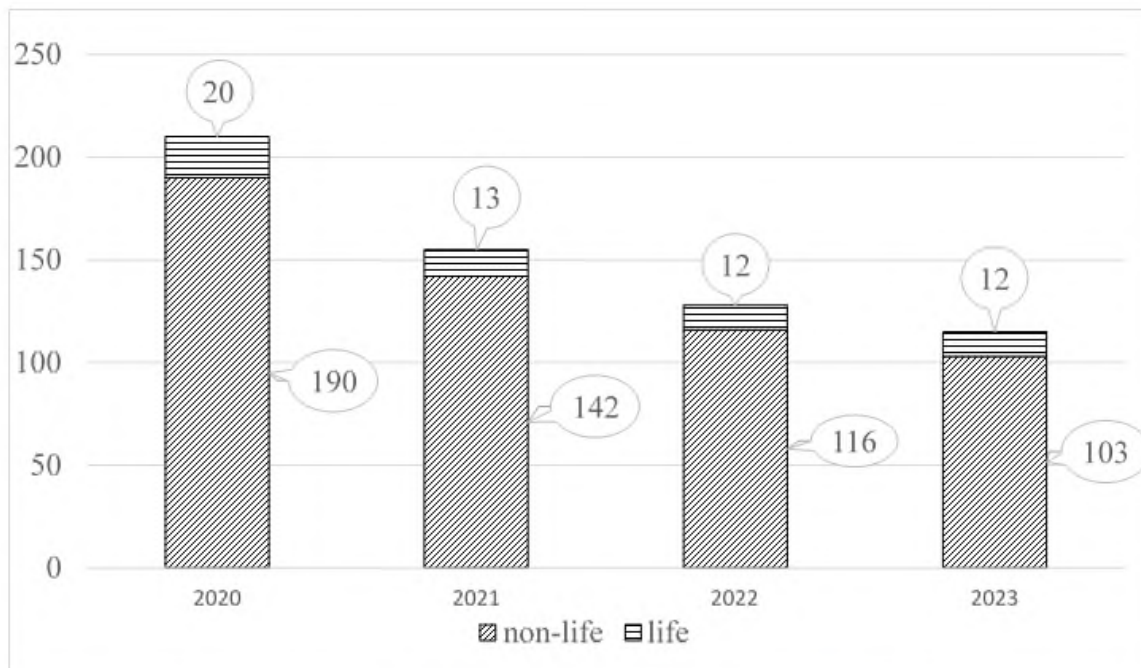


Рис 2.2 Кількість страхових компаній станом на 2023р.

Закриття страхових компаній в Україні було зумовлене низкою факторів, серед яких ключову роль відіграли вимоги до фінансової стійкості. Ці нормативи були запроваджені ще у 2018 році, проте їх обов'язкове дотримання стало реальністю лише після реформи страхового сектора, коли контроль над ним перейшов до Національного банку України.

Компанії отримали кількарічний період для підготовки, що включав оцінку їхньої фінансової стабільності, можливості злиття, продажу бізнесу або прийняття рішення про вихід із ринку. Однак частина невеликих гравців ринку визнала ці вимоги надто складними для виконання. Для багатьох із них дотримання нових стандартів виявилось недосяжним, що змусило їх припинити свою діяльність і залишити ринок [23].

2.2 Огляд ключових показників діяльності ПрАТ «Страхова Група «ТАС»

Приватне акціонерне товариство «Страхова Група «ТАС» було засноване у 1998 році й за час свого існування стало одним із провідних гравців на страховому ринку України. Сьогодні компанія входить до топ-10 лідерів страхового сектору, демонструючи стабільно високі фінансові результати. Постійно вдосконалюючи бізнес-процеси, «ТАС» активно працює над підвищенням якості обслуговування клієнтів.

Фінансова надійність компанії базується на потужному статутному капіталі, забезпеченому резервними фондами, а також ефективному механізмі перестрахування значних ризиків у співпраці з провідними міжнародними перестраховальниками.

Компанія є активним учасником низки галузевих організацій, зокрема:

1. Української федерації страхування,
2. Моторного (транспортного) страхового бюро України,
3. Національного Клубу страхових виплат України,
4. Європейської бізнес-асоціації,
5. Міжнародної торгової палати,
6. Української спілки промисловців та підприємців.

Також «ТАС» співпрацює з Асоціацією суднобудівників України та Українською будівельною асоціацією.

Регіональна мережа компанії охоплює 37 дирекцій та філій, а також понад 560 офісів продажів, що функціонують по всій території України. Команда компанії налічує близько 1300 штатних працівників та понад 2000 страхових агентів, які щороку укладають понад 2 мільйони договорів страхування.

ПрАТ «Страхова Група «ТАС» має ліцензії на здійснення 38 видів страхування, серед яких 21 – добровільне та 17 – обов'язкове. Загалом компанія

пропонує клієнтам близько 100 різних страхових продуктів, що охоплюють широкий спектр потреб у страхуванні, зокрема і медичного.

ПрАТ «Страхова Група «ТАС» залишається надійним партнером як для приватних осіб, так і для бізнесу, постійно розширюючи свою присутність та вдосконалюючи сервіс.

У табл. 2.4 представлено детальні дані щодо обсягів надходжень, динаміки приростів та структури портфеля продажів Товариства за різними видами (групами видів) страхування.

Таблиця 2.4

Обсяги надходжень, прирости та частки в портфелі продажів ПрАТ «Страхова Група «ТАС» в розрізі видів страхування

Вид (група видів) страхування	2022 рік	2023 рік	Приріст, тис грн	Приріст, %	Структура 2023, %
ОСЦПВ	716 400,66	857 494,54	141 093,89	19,8	35,02
КАСКО	453 064,01	568 358,06	115 294,06	25,5	23,21
ДМС	202 246,62	237 876,26	35 630,65	17,63	9,72
Зелена картка	267 320,21	322 809,37	55 489,17	20,77	13,19
ВЗР та інші медичні витрати	84 125,38	107 234,68	23 109,33	27,6	4,39
Майно	83 691,93	87 056,05	3 364,14	4,1	3,56
ДСЦВ	54 156,23	69 866,38	15 710,16	29,2	2,86
Фінансові ризики	40 001,61	48 991,88	8 990,28	22,6	2,01
Здоров'я на випадок хвороби	23 280,25	30 721,53	7 441,24	32,1	1,26
Нещасні випадки	18 682,77	28 215,45	9 532,67	51,1	1,16
Авіація	13 303,27	23 983,34	10 680,09	80,4	0,99
Відповідальність інша	26 539,32	23 750,02	-2 789,27	-10,6	0,98
Відповідальність оператора ядерної установки	27 615,47	20 975,89	-6 639,64	-24,1	0,87
Вантаж і багаж	5 601,84	9 445,85	3 843,96	68,7	0,40
Інше майнове страхування	7114,97	7567,07	452,12	6,5	0,32
Інше особисте страхування	3 776,68	5198,89	1422,17	37,8	0,22
Всього	2026920,05	2449545,5	422624,94	21,1	100,00%

Джерело: сформовано за даними ПрАТ

У 2023 році загальні обсяги надходжень страхових премій ПрАТ «Страхова Група «ТАС» зросли на 422 624,94 тис. грн порівняно з 2022 роком, що становить приріст 21,1%. Структура портфеля демонструє значну частку класичних видів страхування, таких як ОСЦПВ (обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності), КАСКО та «Зелена картка». Усі ці види разом займають основну частину ринку – понад 71,42% загального портфеля.

ОСЦПВ залишається найважливішим видом страхування для компанії, його обсяги у 2023 році становили 857 494,54 тис. грн, що є 35,02% від загальної структури портфеля. Приріст за рік склав 19,8% або 141 093,89 тис. грн, що вказує на стабільний попит на цей вид страхування та ефективну роботу компанії в цьому сегменті.

КАСКО займає друге місце за обсягами надходжень – 568 358,06 тис. грн або 23,21% у структурі 2023 року. Приріст у цьому сегменті склав 25,5% (115 294,06 тис. грн). Це свідчить про активне зростання ринку страхування транспортних засобів, що може бути пов'язано з розширенням автопарку клієнтів та покращенням фінансового стану населення.

Добровільне медичне страхування займає третю позицію за обсягами – 237 876,26 тис. грн або 9,72% у структурі. Приріст у 2023 році становив 17,63% (35 630,65 тис. грн). Ці показники свідчать про зростання інтересу до медичного страхування, особливо в умовах необхідності захисту здоров'я під час економічної та соціальної нестабільності.

«Зелена картка» продемонструвала значний приріст – 20,77% (55 489,17 тис. грн), досягнувши обсягу 322 809,37 тис. грн у 2023 році. Її частка в структурі портфеля становить 13,19%, що робить цей вид страхування одним із ключових напрямків компанії.

Аналіз обсягів страхових виплат та відшкодувань ПрАТ «Страхова Група «ТАС» у розрізі видів страхування є важливим для оцінки фінансової стійкості

компанії, її здатності виконувати зобов'язання перед клієнтами, ефективності управління ризиками та прибутковості окремих страхових продуктів. Це також дозволяє визначити основні напрями, які формують зобов'язання компанії, і виявити, які види страхування є найбільш затребуваними, а які вимагають оптимізації. Тому більш детально здійснимо даний аналіз (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Обсяги здійснених страхових виплат та відшкодувань ПрАТ «Страхова Група «ТАС» в розрізі видів страхування

Вид (група видів) страхування	2022 рік	2023 рік	Приріст, тис грн	Приріст, %	Структура 2023, %
ОСЦПВ	328 963,55	435 615,68	106 652,14	32,5	38,12
КАСКО	269 489,07	353 600,63	84 111,56	31,3	30,94
Зелена картка	136 761,19	145 634,34	8 873,18	6,6	12,74
ДМС	113 584,94	153 430,01	39 845,08	35,21	13,43
ВЗР та інші медичні витрати	20 414,98	24 033,82	3 618,85	17,7	2,10
Майно	6 509,72	11 397,41	4 887,7	75,1	1,00
ДСЦВ	5 831,59	8 612,59	2 781,02	47,7	0,75
Нещасні випадки	2 042,55	1 946,63	-95,93	-4,7	0,17
Фінансові ризики	629,27	1 368,17	738,91	117,4	0,12
Здоров'я на випадок хвороби	1 218,53	1 366,65	148,13	12,2	0,12
Відповідальність інша	378,23	4 826,49	4 448,27	1176,1	0,42
Інше майнове страхування	221,45	648,26	426,82	192,7	0,06
Вантажі і багаж	342,37	324,04	-18,35	-5,4	0,03
Інше особисте страхування	38,57	48,36	9,8	25,4	0,00
Відповідальність оператора ядерної установки	0,02	0,01	-0,01	-100,0	0,00
Авіація	1 171,51	0,01	-1 171,51	-100,0	0,00
Всього	886 425,9	1 142 852,97	256 427,08	28,9	100,00

Джерело: сформовано за даними ПрАТ

У 2023 році загальний обсяг надходжень за всіма видами страхування ПрАТ «Страхова Група «ТАС» зріс на 28,9% порівняно з 2022 роком, досягнувши 1 142 852,97 тис. грн. Основну частину портфеля формують ОСЦПВ (38,12%) і КАСКО (30,94%), які показали значний приріст на 32,5% і 31,3% відповідно. Також значний

внесок забезпечили «Зелена картка» (12,74%) і ДМС (13,43%), з приростом у 6,6% та 35,21%. Водночас види страхування, як-от «Вантажі і багаж» та авіаційне страхування, продемонстрували зниження на 5,4% та 100% відповідно, що свідчить про скорочення попиту або перегляд підходів до цих сегментів. Загальна динаміка показує зростання прибуткових сегментів і поступову оптимізацію портфеля.

Медичне страхування, представлене переважно добровільними програмами (ДМС), демонструє стабільну динаміку зростання в Україні. Наведені дані дозволяють оцінити ефективність цього сегмента ринку як за кількістю укладених договорів, так і за обсягами здійснених виплат (табл 2.6). Аналіз показників за 2022 та 2023 років дає змогу визначити тенденції розвитку, виявити ключові досягнення і виклики для цього напрямку.

Таблиця 2.6

Кількість укладених договорів за 2022-2023 рр.

Показник	2022 р. (одиниць)	2023 р. (одиниць)	Приріст (одиниць)	Приріст, %
Укладені договори ДМС	14 086	17 877	3 791	26,7%
Страхові виплати / відшкодування	181 602	233 158	51 550	28,4%

Джерело: сформовано за даними ПрАТ

Динаміка розвитку добровільного медичного страхування у 2023 році демонструє значне зростання. Кількість укладених договорів зросла на 3791 одиницю або 26,7% порівняно з 2022 роком, що свідчить про підвищення попиту на медичні страхові послуги. Ще більш вражаючі результати зафіксовано в обсягах страхових виплат. У 2023 році вони склали 233158 одиниці, що на 28,6% більше, ніж у 2022 році. Це може бути наслідком зростання вартості медичних послуг, збільшення страхових випадків (зокрема, через пандемію COVID-19) або вдосконалення страхових програм, які охоплюють ширший спектр медичних потреб. Загалом, аналіз свідчить про стабільний розвиток ДМС як одного з ключових напрямів страхового ринку.

2.3. Аналіз медичних страхових продуктів ПрАТ «Страхова Група «ТАС»

ПрАТ «Страхова Група «ТАС» розробила поліси добровільного медичного страхування, які спрямовані на забезпечення турботи про здоров'я клієнтів. Компанія пропонує як індивідуальні, так і сімейні програми медичного страхування, створені для фізичних осіб.

Програми медичного страхування, запропоновані ПрАТ «Страхова Група «ТАС», включають наступні рішення:

1. Добровільне медичне страхування

Сучасне підприємство розуміє, що ефективність його роботи безпосередньо залежить від здоров'я персоналу. ПрАТ «Страхова Група «ТАС» пропонує комплексні рішення у сфері добровільного медичного страхування (ДМС), які допомагають підтримувати працездатність колективу, скорочувати кількість лікарняних днів і оптимізувати витрати на лікування працівників.

Основні переваги ДМС для корпоративних клієнтів від ПрАТ «Страхова Група «ТАС»:

- індивідуальні програми страхування: усі пакети розробляються з урахуванням побажань компанії-замовника та її працівників, включаючи як базові види медичних послуг, так і профілактичні заходи;

- професійний медичний супровід: організація медичної допомоги здійснюється через власну службу асистансу, яка працює цілодобово по всій Україні;

- гнучкі фінансові умови: вартість програм доступна, а для клієнтів передбачені знижки та бонуси;

- покращення умов праці: страхування підвищує репутацію роботодавця та забезпечує працівникам доступ до якісної медичної допомоги.

Перелік медичних послуг:

- 1) базові страхові пакети включають:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування;
- госпіталізацію у разі потреби;
- сімейного лікаря для постійного супроводу;
- екстрену та планову стоматологічну допомогу;
- забезпечення медикаментами та медичними засобами.

Додаткові послуги: проведення профілактичних оглядів та вакцинації, організація офісних аптек; реабілітаційні заходи та підтримка здоров'я, зокрема вітамінопрофілактика.

Програми медичного страхування поділяються на три рівні:

I. Економ-клас: основний набір послуг за мінімальною ціною.

II. Стандарт-клас: розширений перелік послуг з акцентом на зручність та якість.

III. Еліт-клас: максимальне покриття з доступом до приватних клінік і додаткових сервісів.

ПрАТ «Страхова Група «ТАС» розробляє страхові продукти, які максимально відповідають потребам конкретного підприємства. Цілодобова служба асистансу «ТАС-ЛІКАР» забезпечує координацію медичних послуг у будь-якому регіоні країни, завдяки кваліфікованим лікарям-координаторам, які оперативно організовують медичну допомогу. Програми ДМС від ПрАТ «Страхова Група «ТАС» поєднують професійний підхід до організації медичних послуг, зручність і доступність для клієнтів, що робить їх ідеальним рішенням для підтримки здоров'я колективу.

2. «ТАС-Територія здоров'я» (табл. 2.7).

Програма пропонує різні варіанти страхування для забезпечення широкого спектра медичних послуг.

Базова програма: підходить для мінімального страхового покриття та забезпечення екстрених випадків. Основними перевагами є доступність вартості (від 970 грн) і покриття лікування критичних захворювань.

Таблиця 2.7

Програми медичного страхування «ТАС-Територія здоров'я»

Показник	Базова програма	Стандарт програма	Класична програма	Класична+ програма
Мета програми	Лікування гострих захворювань та нещасних випадків	Розширене лікування гострих і хронічних хвороб	Розширене лікування із включенням приватних клінік	Повний спектр лікування в державних і приватних клініках
Страхова сума	50 000 грн	80 000 грн	80 000 грн	100 000 грн
Вартість полісу (на особу)	Від 970 грн до 2 000 грн	Від 3 000 грн	Від 8 000 грн	До 13 000 грн
Екстрена госпіталізація	1 раз на рік	1 раз на рік	1 раз на рік	Без обмежень
Невідкладна медична допомога	2 рази на рік	2 рази на рік	2 рази на рік	2 рази на рік
Амбулаторно-поліклінічна допомога	Не передбачена	До 3 000 грн на рік	До 5 000 грн на рік	Без ліміту
Медикаменти	Включено в межах 500 грн	Включено в межах 500 грн	Включено в межах 1 000 грн	Без обмежень
Приватні медичні заклади	Не передбачено	Не передбачено	Передбачено	Передбачено
Критичні захворювання	Туберкульоз, діабет, новоутворення	Туберкульоз, діабет, новоутворення	Туберкульоз, діабет, новоутворення	Туберкульоз, діабет, новоутворення
Додаткові послуги	Онлайн консультації через Diagnose.me	Онлайн консультації через Diagnose.me	Онлайн консультації через Diagnose.me	Повний доступ до всіх видів консультацій

Стандарт програма: включає додаткові амбулаторно-поліклінічні послуги та медикаментозне забезпечення. Вартість помірна, що робить програму привабливою для сімейного страхування.

Класична програма: передбачає лікування у приватних клініках, розширену діагностику та лікування хронічних захворювань. Вона орієнтована на клієнтів із вищими вимогами до якості обслуговування.

Класична+: надає максимальний спектр послуг, включаючи планову госпіталізацію, лікування онкологічних захворювань та консультації вузьких спеціалістів.

Програми диференційовані за вартістю, що дозволяє клієнтам обрати оптимальний варіант відповідно до потреб і фінансових можливостей. Особливу увагу заслуговує співпраця з платформою Diagnose.me, яка додає цінності до всіх програм, дозволяючи отримати консультації провідних світових лікарів.

3. «ПОВНИЙ МЕДЗАХИСТ» програма страхування фізичних осіб із покриттям до 120 000 грн, що забезпечує фінансовий захист у разі смерті застрахованої особи, гострої хвороби, яка потребує термінового хірургічного втручання, або вперше діагностованого критичного захворювання. Програма пропонує три пакети: «Мінімальний» – покриття на випадок смерті; «Оптимальний» – додаткове покриття лікування гострих хвороб; «Максимальний» – розширене страхування, що включає критичні захворювання.

Таблиця 2.8

Порівняльна характеристика пакетів медичного страхування ПрАТ «Страхова Група «ТАС»

Захист найдорожчого	Мінімальний	Оптимальний	Максимальний
Критичне захворювання	-	-	✓
Гостра хвороба	-	✓	✓
Смерть внаслідок хвороби або нещасного випадку	✓	✓	✓
Страхова сума, грн.	50000	70000	120000
Вартість, грн.	800	1350	2800

4. «TAS – Doctor» сучасний продукт медичного страхування, орієнтований на надання комплексної дистанційної медичної підтримки та організації лікування. Програма створена для забезпечення швидкого доступу до консультацій лікарів і організації медичної допомоги, що робить її зручною як для окремих осіб, так і для сімей.

Основні особливості «TAS – Doctor»:

1) цілодобова медична підтримка: кваліфіковані лікарі-координатори доступні 24/7 для консультацій, рекомендацій та координації медичної допомоги.

2) дистанційні консультації: можливість отримати консультацію вузькопрофільних лікарів онлайн, включаючи терапевтів, педіатрів, хірургів, кардіологів тощо.

3) організація медичних послуг: забезпечення запису на обстеження, лікування або консультації в медичних закладах України.

4) Сімейна підтримка: програма доступна для покриття потреб не лише застрахованої особи, а й членів її сім'ї.

5. «ТАС-Захист здоров'я» – страховий продукт, який забезпечує фінансову підтримку у разі критичних ситуацій, включаючи важкі захворювання або нещасні випадки, що потребують тривалого чи дороговартісного лікування. Програма покриває витрати на гострі захворювання, критичні стани (онкологічні хвороби, інфаркт, інсульт), інвалідність чи тривалий непрацездатний стан. Клієнти можуть обрати серед кількох варіантів страхових програм із різним рівнем покриття та вартістю полісу, які охоплюють діагностику, консультації, лікування та реабілітацію. Додатково пропонується організація обстежень, госпіталізація та рекомендації щодо профілактики, а також інформаційна допомога у виборі лікарів та клінік, забезпечуючи фінансову стабільність та доступ до якісного лікування.

Сьогодні різноманіття продуктів роздрібної лінійки ПрАТ «Страхова Група «ТАС» пропонує широкий вибір рішень, здатних задовольнити потреби найвибагливіших клієнтів. Завдяки гнучкому підходу, інноваційним програмам і високому рівню обслуговування компанія забезпечує ефективний захист у різних сферах, включаючи медичне страхування, страхування майна, автомобілів, подорожей і персональних ризиків, гарантуючи індивідуальний підхід до кожного клієнта.

РОЗДІЛ 3

ВИКЛИКИ ТА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Медичне страхування в Україні залишається одним із найбільш обговорюваних і водночас проблемних напрямів у сфері охорони здоров'я. Попри спроби впровадження системних реформ, проблема забезпечення якісної та доступної медицини залишається актуальною для значної частини населення. На рис. 3.1 наведено ключові проблеми, що стримують розвиток медичного страхування в Україні.

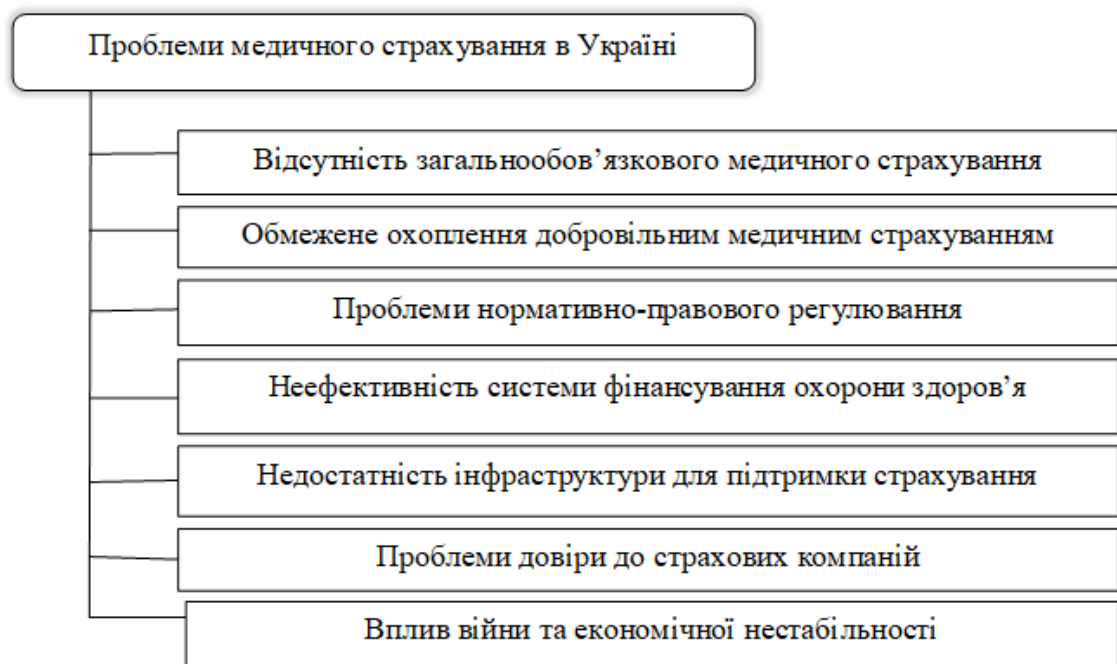


Рис. 3.1 Проблеми медичного страхування в Україні

Більш детально розглянемо кожен із них.

1. Відсутність загальнообов'язкового медичного страхування (ЗМС) є однією з ключових проблем системи охорони здоров'я України. ЗМС, яке є основою медицини в багатьох розвинених країнах, забезпечує акумулювання коштів через

страхові внески громадян, роботодавців та держави для гарантування доступу до медичних послуг. В Україні ж його відсутність призводить до значних негативних наслідків. Основна частина витрат на медицину лягає на громадян, що збільшує фінансове навантаження, особливо для малозабезпечених верств населення. Пацієнти змушені покривати витрати на лікування з власної кишені, що унеможлиблює доступ до якісної медицини для багатьох українців, особливо під час серйозних захворювань чи складних операцій.

Крім того, відсутність ЗМС створює значну соціальну нерівність. Люди, які не можуть дозволити собі приватне страхування або оплату медичних послуг, залишаються вразливими, що особливо гостро відчувається серед пенсіонерів, малозабезпечених та жителів віддалених регіонів. Це також обмежує участь приватного сектора, який у країнах із ЗМС часто виступає додатковим джерелом фінансування та покращення якості медичних послуг.

Загалом, відсутність загальнообов'язкового медичного страхування в Україні значно стримує розвиток системи охорони здоров'я, ускладнює доступ до якісних медичних послуг і посилює фінансову нестабільність у медичній сфері. Запровадження ЗМС могло б стати фундаментом для побудови справедливої, стійкої та ефективної системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам усіх громадян.

2. Добровільне медичне страхування (ДМС) в Україні має значний потенціал для розвитку, але на сьогодні залишається малодоступним для більшості громадян. Основною причиною є низька платоспроможність населення, яка не дозволяє багатьом українцям придбати поліс ДМС. Вартість страхових продуктів, особливо комплексних програм із широким покриттям, залишається високою для значної частини населення, що змушує громадян відмовлятися від медичного страхування. Це посилює фінансову уразливість людей у разі виникнення серйозних медичних потреб.

Ситуацію ускладнює обмеженість пропозиції на ринку. Більшість страхових компаній зосереджуються на корпоративному страхуванні, пропонуючи поліси для працівників великих підприємств. Індивідуальні страхові програми, які могли б стати доступними для широких верств населення, представлені на ринку обмежено та часто мають високі тарифи. Це призводить до того, що люди, які працюють у малих підприємствах чи є самозайнятими, залишаються поза межами системи добровільного медичного страхування.

Додатковою перешкодою є недостатня обізнаність населення про ДМС. Багато громадян не розуміють переваг страхування, не мають уявлення про те, які послуги включені в поліс, і як страхові компанії допомагають у вирішенні медичних проблем. До цього додається низький рівень довіри до страхових компаній, зокрема через негативний досвід або чутки про відмови у виплатах чи затримки у врегулюванні страхових випадків.

Наслідком цих проблем є низький рівень охоплення ДМС, що обмежує доступ українців до якісних медичних послуг. У результаті ДМС залишається переважно привілеєм великих корпорацій та заможних громадян, тоді як інші змушені покладатися на державну медицину або самостійно покривати витрати на лікування.

3. Проблеми нормативно-правового регулювання медичного страхування в Україні є однією з головних перешкод для формування сучасної та ефективної системи охорони здоров'я. Одним із ключових недоліків є відсутність чіткої та комплексної законодавчої бази, яка б регулювала впровадження загальнообов'язкового медичного страхування (ЗМС). Наразі не визначені основні принципи функціонування ЗМС, зокрема джерела фінансування, порядок створення єдиного страхового фонду та стандарти медичних послуг. Це викликає невизначеність серед потенційних учасників системи, гальмує реформи у сфері охорони здоров'я та унеможливорює ефективне планування довгострокового фінансування.

Іншою проблемою є невизначеність у розподілі обов'язків між державними структурами та приватними компаніями. Відсутність чітких правил щодо функцій держави у впровадженні ЗМС створює прогалини в управлінні цією системою. Зокрема, не врегульовано, які послуги будуть фінансуватися державою, а які – страховими компаніями. Також бракує законодавчих механізмів, які б регулювали взаємодію між страховиками, медичними установами та державними органами. Це призводить до зниження ефективності системи й викликає недовіру до страхування як у громадян, так і в медичних закладів.

Недостатня увага приділяється стимулюванню розвитку добровільного медичного страхування (ДМС). У розвинених країнах витрати на страхування часто підпадають під податкові пільги, що стимулює як громадян, так і роботодавців укладати страхові договори. В Україні такі механізми відсутні або розвинені недостатньо.

Ще однією важливою проблемою є низький рівень адаптації законодавства до міжнародних стандартів. Досвід країн Європейського Союзу, де успішно функціонують як ЗМС, так і ДМС, майже не врахований в українських нормативних актах. У таких країнах велика увага приділяється прозорості роботи страхових компаній, встановленню чітких стандартів медичних послуг і захисту прав споживачів. Відсутність подібних підходів в українському законодавстві знижує ефективність страхових програм і ускладнює інтеграцію в міжнародний страховий ринок.

4. Одна з найбільших проблем медичної системи України полягає в неефективному використанні бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я. Попри значні витрати, які держава спрямовує на медицину, ресурси розподіляються нерівномірно та часто витрачаються нерационально. Відсутність чітких критеріїв та прозорості у фінансуванні медичних закладів призводить до того, що кошти не досягають реальних потреб лікарень і пацієнтів. У поєднанні з низькою ефективністю планування це суттєво знижує якість медичних послуг.

Ще однією серйозною проблемою є високий рівень корупції у сфері охорони здоров'я. Закупівлі медичних препаратів, обладнання та послуг часто супроводжуються завищенням вартості та відкатами. У результаті реальна кількість ліків, обладнання чи послуг, які доходять до пацієнтів, значно менша, ніж передбачалося. Це підриває довіру до системи та створює ситуацію, коли навіть за умови виділення достатніх коштів пацієнти залишаються без належної допомоги.

5. Матеріально-технічна база багатьох державних медичних закладів залишається вкрай застарілою, що ускладнює впровадження ефективних страхових програм. У лікарнях не вистачає сучасного обладнання, необхідного для діагностики та лікування пацієнтів. Це не лише впливає на якість надання послуг, але й знижує мотивацію страхових компаній укладати договори з державними медичними установами, адже ті не можуть гарантувати високого рівня обслуговування.

Недостатній рівень цифровізації медичної сфери також створює серйозні перешкоди. Відсутність електронних реєстрів, інтегрованих систем для обміну даними між медичними закладами та страховими компаніями значно ускладнює організацію страхових програм. Наприклад, страховикам важко контролювати правильність нарахування виплат чи перевіряти дані пацієнтів, що призводить до тривалих процедур узгодження. Крім того, низький рівень автоматизації процесів збільшує навантаження на медичний персонал та адміністрацію лікарень.

6. Довіра населення до страхових компаній в Україні залишається низькою через недостатню прозорість їхньої діяльності. Часто умови страхових полісів не розкриваються клієнтам у повному обсязі, що призводить до конфліктів у разі настання страхового випадку. Наприклад, клієнти можуть дізнатися про обмеження в покритті витрат уже після того, як їм було відмовлено у відшкодуванні. Це створює враження недобросовісності страхових компаній і знижує попит на їхні послуги.

Повільне врегулювання страхових випадків також підриває довіру до страхування. Затримки у виплатах або тривалі перевірки документів змушують клієнтів шукати альтернативи або покривати витрати на лікування власним коштом. У деяких випадках клієнти взагалі отримують відмову у виплатах через незначні формальні порушення умов договору. Все це створює негативний імідж страхових компаній і стримує розвиток ринку медичного страхування.

7. Воєнні дії в Україні значно вплинули на систему охорони здоров'я та ринок страхування. Через зниження доходів населення більшість громадян не мають змоги дозволити собі навіть базове добровільне медичне страхування. Паралельно з цим зростають витрати на медичні послуги, що робить страхування ще менш доступним для широких верств населення.

Руйнування медичної інфраструктури в постраждалих регіонах ще більше ускладнює ситуацію. Лікарні та медичні заклади, які могли б стати партнерами страхових компаній, або зруйновані, або не мають ресурсів для відновлення. Це створює серйозні бар'єри для надання послуг навіть для тих громадян, які мають страховий поліс. Усе це вимагає системного підходу до відновлення медичної сфери та створення нових моделей співпраці між державою, страховиками та медичними установами.

Розвиток медичного страхування в Україні є ключовим фактором для побудови ефективної, доступної та фінансово стійкої системи охорони здоров'я. Незважаючи на існуючі виклики, ринок медичного страхування має значний потенціал, реалізація якого сприятиме покращенню якості медичних послуг, захисту населення від фінансових ризиків і стимулюванню реформ у медичній галузі.

Одним із важливих напрямів удосконалення медичного страхування є створення надійної законодавчої бази. Важливо прийняти закон про обов'язкове медичне страхування, який визначить механізми його впровадження та фінансування. Гармонізація національного законодавства з європейськими

стандартами дозволить забезпечити правовий захист застрахованих громадян і створить умови для інтеграції України в європейський медичний простір (табл.3.1.).

Таблиця 3.1

Шляхи удосконалення медичного страхування в Україні

Напрямок удосконалення	Пропоновані заходи	Очікувані результати
Законодавче регулювання	Прийняття закону про обов'язкове медичне страхування. Гармонізація з європейськими стандартами страхування.	Забезпечення правової основи для впровадження обов'язкового медичного страхування. Покращення правового захисту застрахованих.
Інституційний розвиток	Створення єдиного національного оператора медичного страхування. Стимулювання розвитку приватних страховиків.	Упорядкування системи управління медичним страхуванням. Розширення доступу до якісних послуг.
Фінансова стабільність	Введення комбінованої моделі фінансування (державний бюджет + внески громадян + роботодавці). Субсидії для вразливих груп.	Забезпечення стабільного фінансування системи медичного страхування. Підвищення доступності для соціально незахищених верств населення.
Прозорість та контроль	Впровадження електронних реєстрів застрахованих осіб. Створення механізмів контролю за ефективністю витрат.	Зниження корупційних ризиків. Підвищення довіри до системи медичного страхування.
Підвищення якості медичних послуг	Розробка стандартів якості медичних послуг. Проведення акредитації та сертифікації медичних закладів.	Покращення якості надання медичних послуг. Створення конкурентного середовища серед постачальників послуг.
Інформатизація та цифровізація	Впровадження електронної системи охорони здоров'я (E-health). Використання телемедицини.	Оптимізація адміністративних процесів. Підвищення доступності медичних послуг у віддалених регіонах.
Просвітницька діяльність	Проведення інформаційних кампаній про переваги медичного страхування. Навчання населення управлінню своїм здоров'ям.	Підвищення обізнаності та участі населення у системі медичного страхування. Формування відповідального ставлення до здоров'я.
Міжнародна співпраця	Обмін досвідом з країнами, які мають успішні системи медичного страхування. Залучення міжнародних грантів.	Адаптація найкращих практик до українських реалій. Залучення додаткових ресурсів для реформування системи.

Джерело: сформовано автором

В Україні планові витрати на охорону здоров'я у 2024 р. складають близько 6,1% ВВП, що є нижчим показником у порівнянні з країнами ЄС, де цей рівень сягає

9-10%. Близько 50% витрат на медичні послуги покриваються коштом громадян, що значно перевищує аналогічні показники в країнах із розвинутими системами медичного страхування, таких як Польща, де основну частину витрат покриває Національний фонд здоров'я. У Німеччині середній страховий внесок становить 7,3% від доходу громадянина, тоді як в Україні 40% сімей ризикують потрапити у фінансову кризу через високу вартість медичних послуг [36].

Системи електронного контролю, такі як E-health, вже охоплюють понад 33 мільйони громадян України, однак їх ефективність залишається низькою через недостатній доступ до інтернету в сільських регіонах. У той же час, лише 10% українських медичних закладів проходять міжнародну акредитацію (JCI), що є значно нижчим показником у порівнянні зі США, де акредитацію проходять 95% закладів [19].

Також спостерігається низький рівень обізнаності населення щодо механізмів медичного страхування: лише 25% українців розуміють, як працює ця система, тоді як у країнах ЄС цей показник перевищує 60-70%. Міжнародна допомога в Україні складає лише 1% від загального фінансування охорони здоров'я, що суттєво нижче порівняно з країнами, які активно реформують медичні системи, де ця частка може сягати 3-5%. Ці аналітичні дані свідчать про нагальну потребу у всебічному реформуванні системи медичного страхування в Україні [24].

Якщо брати аналізовану ПрАТ «Страхова група «ТАС», яка є одним із провідних гравців на ринку страхових послуг України, пропонуючи понад 100 різноманітних страхових продуктів, зокрема й у сфері медичного страхування, то для підвищення ефективності медичного страхування компанія може реалізувати такі заходи:

1. Розширення спектра страхових продуктів

ПрАТ «ТАС» може розробити нові програми медичного страхування, адаптовані до специфічних потреб різних категорій населення:

- для осіб похилого віку: включення покриття витрат на лікування хронічних захворювань, реабілітаційних процедур, регулярних медичних оглядів, забезпечення медикаментами;

- для людей з хронічними захворюваннями: страхові програми, які враховують специфіку лікування таких хвороб (діабет, гіпертонія тощо), включаючи візити до профільних спеціалістів, аналізи, діагностику та ліки;

- для мешканців віддалених регіонів: страхові програми з телемедичними консультаціями, покриттям транспортних витрат на лікування у великих медичних центрах, доступом до мобільних медичних бригад.

2. Впровадження цифрових технологій

Цифровізація дозволить зробити страхові послуги більш доступними та зручними:

- онлайн-сервіси: створення веб-платформ та мобільних додатків для укладання страхових договорів, подання заявок на відшкодування витрат, моніторингу статусу заяв;

- телемедицина: організація консультацій з лікарями через відеозв'язок або телефон, що особливо важливо для людей у віддалених місцевостях;

- автоматизація процесів: використання штучного інтелекту для обробки страхових заявок, аналізу ризиків та прискорення виплат, що зменшить навантаження на персонал.

3. Підвищення прозорості та швидкості виплат

Прозорість та оперативність страхових виплат є ключовими для довіри клієнтів:

- дистанційне врегулювання: впровадження механізмів онлайн-врегулювання страхових подій, які дозволяють клієнтам швидко подати документи без необхідності відвідувати офіси;

- оптимізація процесів: автоматизація процедур перевірки документів та затвердження виплат через інтеграцію електронних систем, що скоротить час очікування до мінімуму;

- моніторинг прозорості: створення персонального кабінету клієнта з відображенням історії виплат, статусу заявок і детальних пояснень.

4. Освітні програми для клієнтів

Підвищення обізнаності населення щодо переваг медичного страхування:

- інформаційні кампанії: використання соціальних мереж, сайтів та традиційних медіа для поширення інформації про те, як працює медичне страхування, які його переваги та як обрати оптимальний пакет послуг;

- навчальні програми: організація семінарів, вебінарів, публікація інструкцій та відповідей на поширені запитання щодо страхування;

- персоналізовані консультації: надання індивідуальних рекомендацій через кол-центри чи чат-боти для кожного клієнта.

5. Співпраця з медичними закладами

ПрАТ «ТАС» може зміцнити партнерські відносини з медичними установами для покращення якості обслуговування:

- розширення мережі партнерів: укладання угод з провідними лікарнями та клініками, включаючи приватні, для забезпечення широкого вибору для клієнтів;

- якість обслуговування: співпраця з акредитованими закладами, які відповідають високим стандартам медичного обслуговування;

- додаткові послуги: забезпечення прямих угод між страховиком і медичними установами для зменшення бюрократичних перепон для клієнтів.

6. Індивідуалізація страхових програм

Гнучкі страхові продукти дозволять охопити ширшу аудиторію:

- персоналізовані плани: можливість клієнтам обирати лише ті послуги, які їм потрібні (амбулаторне лікування, стаціонар, ліки тощо);

– гнучкість внесків: розробка програм із різними рівнями покриття та внесків залежно від фінансових можливостей клієнтів;

– спеціалізовані пакети: страхування для окремих професійних груп (лікарів, вчителів, ІТ-спеціалістів), які враховують їхні специфічні ризики.

Реалізація цих заходів допоможе ПрАТ «ТАС» підвищити якість страхових послуг, зміцнити свою позицію на ринку та забезпечити доступність страхування для різних категорій населення.

Покращення медичного страхування в Україні є необхідним для забезпечення доступу населення до якісної та своєчасної медичної допомоги, зниження фінансового навантаження на громадян, підвищення ефективності системи охорони здоров'я та її відповідності сучасним стандартам. Це дозволить мінімізувати ризики катастрофічних витрат на лікування, стимулювати профілактику захворювань і покращити здоров'я населення. Крім того, розвиток медичного страхування сприятиме економічній стабільності, забезпечуючи прозоре фінансування медичних послуг і залучаючи додаткові ресурси через страхові внески та інвестиції.

ВИСНОВОК

У роботі проведено теоретичне узагальнення та запропоновано вирішення завдання, спрямованого на розробку та обґрунтування підходів і практичних рекомендацій щодо удосконалення медичного страхування в Україні. На основі результатів дослідження сформульовано такі висновки та рекомендації:

1. Досліджено сутність поняття «медичне страхування», яке розглядається як система соціально-економічних відносин, спрямованих на забезпечення фінансового захисту громадян у разі настання медичних ризиків, акумуляцію коштів через страхові внески та їх використання для оплати медичних послуг, що сприяє підвищенню доступності та якості медичної допомоги. Розглянено основні функції медичного страхування: ризикову (захищає майнові інтереси застрахованих), ощадну (підвищує рівень життя через накопичення коштів), інвестиційну (сприяє вкладенню коштів у економіку), превентивну (фінансує заходи для зменшення ризиків), контрольну (забезпечує якість медичних послуг і достатність страхових резервів). Проаналізовано принципи медичного страхування, які гарантують його ефективність і стабільність. До основних належать принципи еквівалентності, солідарності та відшкодування, які визначають концептуальну модель цієї системи.

2. У ході дослідження проаналізовано багатогранну систему медичного страхування, яка класифікується за видами, формами та принципами, дозволяючи врахувати організаційні, економічні й функціональні аспекти. Досліджено відмінності між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням, їхню роль у забезпеченні соціальної справедливості та доступності медичних послуг. Виявлено, що ефективність системи залежить від співпраці між учасниками страхування, прозорих фінансових механізмів і державного регулювання, що дозволяє формувати фінансовостійку й доступну систему охорони здоров'я, адаптовану до потреб громадян і реалій економіки.

3. У роботі проаналізовано стан і проблеми розвитку системи медичного страхування в Україні, зокрема недофінансування галузі, низький рівень впровадження добровільного медичного страхування та відсутність загальнообов'язкового медичного страхування. Досліджено, що обсяг фінансування програми медичних гарантій у 2021-2023 роках зростає, але фактично виділені кошти систематично не досягали запланованого рівня, що призвело до недофінансування в розмірі 65 млрд грн за три роки. Аналіз розвитку добровільного медичного страхування показав дисбаланс ринку через економічну нестабільність і воєнні дії, хоча у 2023 році спостерігалось зростання обсягів страхових премій та виплат. Водночас частка добровільного медичного страхування у загальному обсязі страхових премій залишалася низькою – близько 6%. Дослідження підтвердило, що впровадження загальнообов'язкового медичного страхування та реформування добровільного медичного страхування можуть стати важливими інструментами для забезпечення фінансової стабільності й доступності якісних медичних послуг в Україні, сприяючи поступовій адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів. Серед лідерів страхового ринку в Україні є «УНІКА», «Провідна», «ІНГО», «Альфа Страхування», «ARX» та «ТАС», які активно впроваджують інноваційні продукти й адаптують послуги до потреб клієнтів.

4. Досліджено ПрАТ «Страхова Група «ТАС», яка продовжує утримувати провідні позиції на страховому ринку України, демонструючи стабільний приріст фінансових показників і розширення спектра послуг. У 2023 році загальні обсяги страхових надходжень компанії зросли на 21,1%, досягнувши 2,45 млрд грн, що підтверджує її конкурентоспроможність. Основну частину портфеля формують ОСЦПВ (35,02%), КАСКО (23,21%) і «Зелена картка» (13,19%), які продемонстрували значний приріст, зокрема, 19,8%, 25,5% та 20,77% відповідно. Добровільне медичне страхування також посідає важливе місце у структурі, займаючи 9,72% портфеля з приростом 17,63%, що свідчить про зростання попиту на медичні страхові продукти.

Кількість укладених договорів добровільного медичного страхування у 2023 році збільшилася на 26,7%, а обсяг страхових виплат зріс на 28,4%, що відображає підвищення інтересу до страхових послуг на тлі економічних викликів і соціальної нестабільності. Високий рівень фінансової надійності ПрАТ «ТАС» базується на потужному статутному капіталі, резервних фондах і ефективному перестраховуванню, що гарантує стабільність виплат і довіру клієнтів. Загалом, компанія не лише зберігає лідерські позиції в класичних видах страхування, а й поступово зміцнює позиції на ринку медичного страхування, сприяючи підвищенню доступності якісних медичних послуг для населення України.

5. ПрАТ «Страхова Група «ТАС» є лідером на ринку добровільного медичного страхування, пропонуючи гнучкі програми для індивідуальних і корпоративних клієнтів. Компанія забезпечує широкий спектр послуг – від базового медичного покриття до преміальних програм, включаючи амбулаторну допомогу, госпіталізацію та лікування критичних захворювань. Інноваційний підхід, цілодобова підтримка через службу «ТАС-ЛІКАР» та адаптація страхових продуктів до потреб клієнтів дозволяють компанії утримувати високий рівень довіри та конкурентоспроможності на ринку.

6. У роботі розглянуто низку проблем з якими стикається медичне страхування в Україні, таких як відсутність загальнообов'язкового медичного страхування, низька платоспроможність населення, недосконале нормативно-правове регулювання, застаріла матеріально-технічна база медичних закладів і низький рівень довіри до страхових компаній. Для їх вирішення необхідно впровадити загальнообов'язкове державне страхування, розробити доступні страхові продукти, модернізувати медичну інфраструктуру, гармонізувати законодавство з європейськими стандартами, активізувати цифровізацію охорони здоров'я та забезпечити прозоре управління фінансами. Ці заходи сприятимуть підвищенню доступності, якості та фінансової стійкості медичних послуг, стимулюючи розвиток ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранник Л.Б. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення. *Економічний вісник університету*. 2023. Вип. 56. С. 155-162.
2. Баранник Л.Б., Сальникова Т.Г. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та суспільство*. 2023. № (46). URK: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-46-47>
3. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. *Регіональна економіка та управління*. 2020. № 1 (27). С. 45-50.
4. Вдовенко Л.О. Фінансова безпека страхових компаній в умовах нестабільного ринкового середовища функціонування. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2022. Випуск 4 (37). С. 73-79.
5. Василевська Н.С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120-127. DOI: <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2023.50.280281>
6. Гарщаль М.С., Третяк Д. Д. Аналіз медичного страхування у контексті розвитку страхового ринку України. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка»*. 2020. № 2. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/2_2020/160.pdf.
7. Журавка О.С., Босак І.Л., Кубах Т.Г., Мордань Є.Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка»*. 2022. № 2. С. 50-58.
8. Крихівська Н.О., Ромашко О.М., Мацьків Р.Т. Ефективність діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № (9). URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-9-08-01>
9. Кондратенко Д. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. № 4. С. 243-249.

10. Крилов Д. В.. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. №(10). URL: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01>.
11. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 55-60.
12. Левкович О. В. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. *Бізнес Інформ*. 2019. № 11. С. 323-329.
13. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 110-114.
14. Маргасова В. Г. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2021. № 1. С. 165-170.
15. Марценюк О.В. Інтеграційні процеси як чинник розвитку страхового ринку України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №2. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/2_2020/32.pdf
16. Марценюк О. В., Руда О. Л., Перкун А. В. Сучасні тенденції формування ресурсного потенціалу страхової компанії. *Ефективна економіка*. 2023. № 7. URL: <https://nayka.com.ua/index.php/ee/article/view/1877/1894>
17. Михайлюк М., Роман Т., Танчак Я. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Укра-їні. *Галицький економічний вісник*. 2021. № 3(70).С. 79-88.
18. Офіційний сайт ПрАТ «Страхова Група «ТАС»: URL: <https://sgtas.ua/>
19. Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник. Серія: Фінанси, облік, оподаткування*. 2019. Вип. 3. С. 171-179.

20. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки університету «КРОК». Серія: Економіка*. 2021. Вип. 4. С. 36-46.
21. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України*. 2020. №53. С.104-114
22. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-ВР. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> 7.
23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168 – VIII. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19/ed20171019#Text>
24. Радченко О.П., Лагодієнко В.В. Сучасні тенденції та стратегічні орієнтири системи охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2021. Том 21. Вип. 4 (47). С. 34-48.
25. Рейтинг страхових компаній 2023. URL: <https://mind.ua/publications/20228044-rejting-straho-vih-kompanij-2023>
26. Ситник Н. С., Кунинець Я. В. Роль страхування у забезпеченні фінансової безпеки держави в умовах пандемії COVID-19. *Держава та регіони*. 2021. № 3(120). С. 122-127.
27. Статистика страхового ринку України. URL: <https://forinsurer.com/stat>
28. Стешенко О. Д., Ус Ю. В. Медичне страхування в умовах пандемії. *Економіка та суспільство*. 2021. № 25. С. 99-105.
29. Святошнюк А. Л. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Серія ПРАВО. Вип. 79: частина 1. С. 232-236. <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2023.79.1.40>
30. Смірнова В. Л. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 103-105.

31. Третьак Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43-47.
32. Теремецький В. І., Астаф'єв Д.С., Савченко Р. А., Сеньків О. І. Правові засади обов'язкового медичного страхування в Україні. *Приватне право і підприємництво*. 2024. Вип. 24. Ч. 1. С. 29-36. URL: <http://ppp-journal.kiev.ua/archive/2024/24/04.pdf>.
33. Федорова Н.О. Розвиток медичного страхування в системі державного регулювання страхової діяльності в Україні: дис. канд. наук з держ. упр. : 25.00.02, Чернігів. 2023. 223с. URL: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/19536>.
34. Філюта Д.О., Білера А.О., Пахненко О.М. Фінансовий менеджмент страхових компаній. *Науковий журнал «Економіка і регіон»*. 2023. № (3(86)). С. 86-92.
35. Юрчик, Г. М., Самолук, Н.М. Оцінювання диференціації доходів населення України з урахуванням їх тіньової компоненти. *Демографія та соціальна економіка*. 2019. № 3. С. 133-144. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2016_3_13.
36. Юрченко О. А., Свирида О. А., Ковальчук С. С. Медичне страхування як інструмент забезпечення демографічної безпеки України. *Цифрова економіка та економічна безпека*. 2022. Випуск 2. С. 142-147.
37. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Errors (Archived) [Updated 2023 May 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>
38. Nasr Alrabadi, Shaima Shawagfeh, Razan Haddad, Tareq Mukattash, Sawsan Abuhammad, Daher Al-rabadi, Rana Abu Farha, Suzan AlRabadi, Ibrahim Al-Faouri. Medication errors: a focus on nursing practice. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 2021. Vol. 12, p. 78-86.