МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет фінансів та обліку
Кафедра фінансових технологій та банківського бізнесу

КЕЛЛЕР Микола Андрійович

Добровільне медичне страхування в Україні: сутність та особливості розвитку / Voluntary health insurance in Ukraine: essence and features of development

спеціальність: 072 - Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок
освітньо-професійна програма - Фінансовий менеджмент

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ФМм-21
М. А. Келлер
_____

Науковий керівник:
д.філософії, І. А. Гузела
_____

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"___" _____ 20___ р.

Завідувач кафедри
_____ О. В. Кнейслер

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....6
1.1. Сутність, функції та особливості розвитку добровільного медичного страхування.....6
1.2. Класифікація та програми добровільного медичного страхування.....12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....18
2.1. Сучасні тенденції та ключові виклики добровільного медичного страхування в Україні.....18
2.2. Особливості та порівняльний аналіз страхових програм добровільного медичного страхування.....25
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ТА СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....33
3.1. Міжнародний досвід у сфері добровільного медичного страхування: ключові моделі та шляхи вдосконалення в Україні.....33
3.2. Вектори модернізації ринку добровільного медичного страхування в Україні.....39
ВИСНОВКИ.....46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....49

ВСТУП

Медичне страхування є одним з найважливіших інструментів забезпечення доступу населення до високоякісних медичних послуг. У контексті реформи охорони здоров'я, зокрема, слід удосконалювати механізми медичного страхування, розвивати добровільне медичне страхування як важливий додатковий інструмент фінансування охорони здоров'я. Актуальність теми дослідження особливо важлива в умовах обмеженого державного фінансування медичної допомоги, необхідності аналізу поточного стану, проблем і перспектив розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Добровільне медичне страхування може забезпечити додатковий захист громадянам, знизити навантаження на бюджет і розширити можливості населення у виборі та отриманні медичних послуг.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Поглиблення наукового розуміння особливостей функціонування та розвитку добровільного медичного страхування в Україні є важливим завданням для вітчизняної науки. Хоча питання становлення добровільного медичного страхування в нашій країні вже досліджували такі провідні науковці, як: О. Боднар, В. Борисова, В. Бугро, Н. Василевська, А. Волкова, ТО. Журавка, А. Кириченко, Л. Клапків, Н. Климук, О. Кнейслер, Д. Кондратенко, Д. Корж, Р. Лемеха, В. Маргасова, О. Марченко, З. Мисак, М. Михайлюк, О. Осадець, О. Попович, Д. Радченко, Т. Сабецька, А. Святошнюк, С. Соловей, О. Сосновська, Н. Щур, І. Януль та інші, в сучасній науковій літературі все ще не достатньо здійснено комплексний аналіз механізмів функціонування ДМС в Україні.

Метою роботи є вивчення сутності та особливостей розвитку добровільного медичного страхування в Україні, та виявлення перспектив й напрямів його вдосконалення, які можуть сприяти підвищенню рівня соціального захисту громадян України та забезпеченню доступу до якісної медичної допомоги.

Відповідно до мети роботи були поставлені такі **завдання:**

- розглянути сутність, функції та особливості розвитку добровільного медичного страхування;

- дослідити класифікацію добровільного медичного страхування;

- проаналізувати сучасні тенденції та ключові виклики добровільного медичного страхування в Україні;

- дослідити особливості страхових програм добровільного медичного страхування;

- розглянути міжнародний досвід у сфері добровільного медичного страхування та запропонувати шляхи вдосконалення в Україні;

- визначити вектори модернізації ринку добровільного медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є система добровільного медичного страхування України, а **предметом** - процеси і механізми розвитку та функціонування добровільного медичного страхування.

Методи дослідження. Дослідження базується на комплексному підході, яке передбачає використання різних методів дослідження, таких як аналіз, синтез, порівняльний аналіз та системний підхід, що дозволяє продемонструвати всебічну оцінку стану та перспектив розвитку добровільного медичного страхування, а також рекомендації щодо його вдосконалення.

Теоретичною базою дослідження стали напрацювання вітчизняних та зарубіжних науковців у сфері розвитку добровільного медичного страхування. Окрім того, були використані статистичні дані з таких джерел, як НБУ, МОЗ, ВООЗ, а також інформація з періодичних видань та інтернет-ресурсів.

Наукова новизна полягає у розробці концептуальних засад розвитку добровільного медичного страхування в Україні, що включає комплексний теоретичний й аналітичний аналіз функціонування добровільного медичного страхування та обґрунтування перспективних напрямів удосконалення механізму

надання страхових послуг на ринку добровільного медичного страхування на основі виявлених сучасних тенденцій і проблем.

Практичне значення дослідження полягає у можливості імплементації його результатів у наступних напрямках:

- удосконалення нормативно-правового забезпечення функціонування та регулювання сфери добровільного медичного страхування в Україні. Отримані аналітичні дані та сформульовані пропозиції можуть бути використані при розробці та корегуванні законодавчих і підзаконних актів, що регламентують діяльність у сфері добровільного медичного страхування;

- оптимізація організаційно-економічного механізму надання послуг добровільного медичного страхування вітчизняними страховими компаніями. Запропоновані в дослідженні напрями модернізації системи ДМС можуть бути впроваджені страховиками для підвищення ефективності їх діяльності на ринку медичного страхування.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були підтверджені шляхом публікації тез у збірнику наукових праць кафедри фінансових технологій та банківського бізнесу в 2024 році.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох основних розділів, висновків та списку використаних джерел, що налічує 45 найменувань. Основний зміст дослідження викладено на 48 сторінках.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність, функції та особливості розвитку добровільного медичного страхування

Добровільне медичне страхування (ДМС) є одним із важливих елементів системи охорони здоров'я в Україні. Сутність ДМС полягає в отриманні додаткового рівня медичного захисту для громадян та гарантї отримання більш якісної медичної допомоги. На відміну від ОМС, яке забезпечує лише базовий набір медичних послуг, ДМС дозволяє розширити спектр медичного обслуговування.

Основним законодавчим актом, що регулює страхову діяльність в Україні, включаючи ДМС є Закон України «Про страхування», який «визначає загальні засади здійснення страхування, права та обов'язки страхувальників і страховиків, загальні принципи укладення договорів страхування» [28]. Закон встановлює класифікацію видів страхування, умови проведення страхових виплат, а також регулює правові відносини між суб'єктами страхового ринку. Важливе місце в нормативно-правовому забезпеченні ДМС займає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», який визначає: «загальні засади системи охорони здоров'я в Україні, гарантує громадянам право на медичне обслуговування та регулює особливості надання медичних послуг через страхову систему. Закон створює правові підстави для функціонування ДМС, визначаючи взаємодію між медичними закладами, страховими компаніями та застрахованими особами» [20].

«Важливу роль у регулюванні ДМС відіграє Національний банк України. Після реформи фінансового регулювання функції нагляду та регулювання страхового ринку перейшли до НБУ. Регулятор встановлює вимоги до страхових резервів, прозорості та фінансової стійкості страхових компаній, а також

здійснює наглядову діяльність для забезпечення надійності страхового ринку. Важливу роль у нормативно-правовому забезпеченні ДМС відіграє також Міністерство охорони здоров'я України, яке встановлює стандарти якості медичного обслуговування, визначає кваліфікаційні вимоги до медичних закладів, що можуть надавати послуги в рамках ДМС, та здійснює контроль за дотриманням стандартів охорони здоров'я» [17, с. 72].

У сучасній науковій літературі існують різні підходи до визначення поняття ДМС, які відображають різні аспекти та функції цього виду страхування. В табл. 1.1 наведено трактування поняття «добровільне медичне страхування» різними науковцями. У ній представлено визначення, що підкреслюють специфіку ДМС як форми страхового захисту, яка дозволяє покрити витрати на медичні послуги за рахунок страхових коштів. Кожне з визначень відображає індивідуальний підхід науковців до розуміння ролі та призначення ДМС у системі охорони здоров’я.

Таблиця 1.1

Трактування сутності поняття «добровільне медичне страхування»*

Автор	Визначення
Мних Є.В.	Добровільне медичне страхування є формою страхового захисту, яка надає можливість страхувальнику отримати медичні послуги за рахунок страхової компанії, коли це необхідно.
Реверчук С.К.	ДМС передбачає надання медичних послуг за умовами договору страхування між страховою компанією і фізичною чи юридичною особою, що здійснює оплату страхових внесків.
Полякова Т.В.	Добровільне медичне страхування є видом страхування, що надає можливість покрити витрати на лікування та інші медичні послуги за вибором страхувальника.
Завадовський Я.В.	ДМС є видом особистого страхування, що дозволяє громадянам самостійно обирати набір медичних послуг та умови їх надання, розширюючи можливості доступу до медичної допомоги.
Стахів Н.О	ДМС є ефективним інструментом для забезпечення додаткового медичного захисту громадян у випадку обмежених державних гарантій охорони здоров’я.

* Складено автором за даними [9, с. 56; 15, с. 165; 33, с. 135]

На наш погляд, ДМС - це вид страхування, що забезпечує громадянам додатковий захист здоров'я та доступ до якісних медичних послуг понад гарантований державою рівень медичної допомоги. ДМС передбачає укладення договору між страхувальником (фізичною або юридичною особою) та страховою компанією, за яким страховик бере на себе зобов'язання оплачувати медичні витрати застрахованої особи в обмін на страхові внески

На рис. 1.1 відображено взаємодію основних учасників системи ДМС, до яких належать страхувальники, застраховані особи, страхова організація та лікувально-профілактичні установи. Страхувальники (особи або компанії, які купують поліс ДМС) укладають договір зі страховою організацією та сплачують страхову премію. Страхова організація отримує страхову премію від страхувальників і бере на себе зобов'язання забезпечити медичні послуги застрахованим особам у разі потреби. Для цього вона укладає договір про надання медичних послуг із лікувально-профілактичними установами. Застраховані особи отримують медичну допомогу в лікувально-профілактичних установах відповідно до умов договору ДМС. Лікувально-профілактичні установи надають медичні послуги застрахованим особам і отримують компенсацію від страхової організації згідно з договором.

Механізм реалізації страхового захисту полягає в укладанні договору ДМС між страхувальником і страховиком. У такому договорі визначено обсяг страхового покриття, види медичних послуг, права та обов'язки сторін, а також загальні умови надання медичних послуг. Для забезпечення страхового покриття страхувальник сплачує страхові внески, розмір яких залежить від умов договору, віку застрахованої особи, рівня ризику, обсягів і вартості медичних послуг, охоплених договором. Страхові внески приймають участь у формуванні страхового фонду страхової організації та забезпечують їй фінансову можливість виконувати зобов'язання перед застрахованими особами. Зібрані страхувальником внески зберігаються страховою організацією у страхових резервах, формуючи страховий фонд, який використовується для полегшення

моменту страхового випадку та гарантує фінансову стабільність страхової компанії.

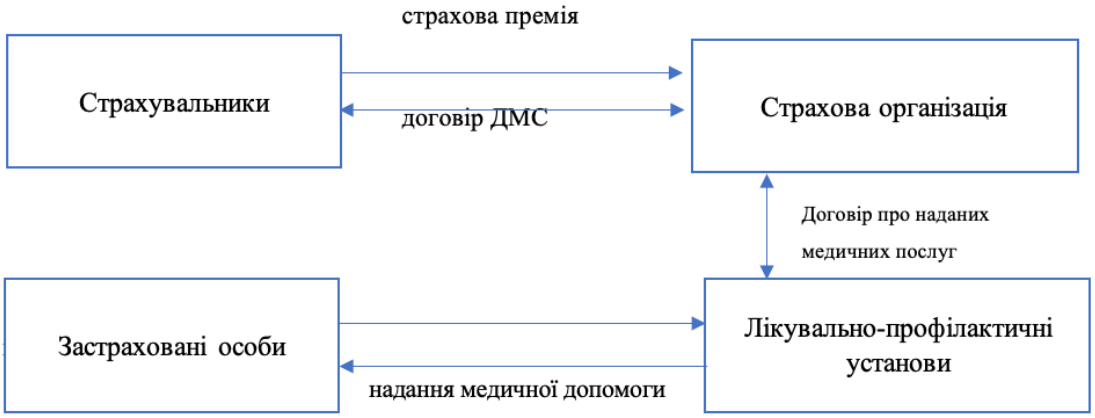

Рис. 1.1. Механізм взаємодії учасників системи ДМС [5, с. 1182]

Формування страхового фонду здійснюється відповідно до принципів фінансової надійності і ліквідності, а також нормативних вимог достатності резервів. Якщо настає страховий випадок, передбачений умовами договору, застрахована особа може звернутися до лікувального закладу, що є учасником системи ДМС. Страховий випадок може включати різні захворювання, травми або хвороби, визначені договором ДМС. Після того, як застрахованій особі надані медичні послуги, страхова організація профінансовує витрати. Оплата здійснюється згідно з тарифами, обумовленими в договорі між страховиком та медичним закладом. Такий процес регулюється умовами угоди і передбачає процедур перевірки страхового випадку та документального підтвердження витрат. Тому страхова організація забезпечує фінансовий захист застрахованій особі, оплачуючи витрати на медичне обслуговування. Таким чином, завдяки цьому механізму реалізації страхового захисту забезпечується доступ застрахованих осіб до якісної медичної допомоги при мінімізації їх фінансових витрат, а також фінансова спроможність страхової компанії виконувати свої зобов'язання.

Основні особливості ДМС полягають в наступному:

1) добровільність - участь у ДМС є особистим вибором громадян, що забезпечує високий рівень залучення;

2) широкий спектр медичних послуг - ДМС покриває більше, ніж базові послуги, включаючи діагностику, спеціалізоване лікування, реабілітацію тощо;

3) гнучкість програм -компанії пропонують різноманітні програми з різним покриттям і умовами, що дозволяє обрати оптимальну;

4) доступ до провідних медичних закладів -ДМС забезпечує пріоритетний доступ до високотехнологічних центрів з кваліфікованим персоналом;

5) скорочення часу очікування - ДМС надає пріоритетний доступ до медичних послуг, зменшуючи терміни очікування;

6) розширений страховий захист - ДМС включає страхування від нещасних випадків, страхування життя тощо, що покриває широкий спектр ризиків [1, с. 158].

Аналізуючи два основні підходи до медичного страхування: ДМС та ОМС, слід зазначити, ключові відмінності цих двох систем полягають у характері страхування, фінансуванні, регулюванні, обсязі страхового покриття та цільовій аудиторії. ДМС характеризується добровільним вибором страхувальника, фінансуванням за рахунок страхувальника або роботодавця, регулюванням на договірній основі між страхувальником і страховиком. Воно передбачає ширший спектр медичних послуг, можливість вибору страхових програм, орієнтоване на громадян із вищими доходами або корпоративних клієнтів.

ДМС виконує виконує низку ключових функцій, спрямованих на підвищення доступності, якості та своєчасності надання медичної допомоги населенню:

1) розширення доступу до медичної допомоги. Програми ДМС дозволяють громадянам отримувати більш широкий спектр медичних послуг, ніж це передбачено ОМС. Застраховані особи можуть звертатися до провідних медичних установ, де їм надаватимуть високоякісну діагностичну та лікувальну допомогу;

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика добровільного та обов'язкового медичного страхування*

Критерій	Добровільне медичне страхування (ДМС)	Обов'язкове медичне страхування (ОМС)
Характер страхування	Добровільний вибір страхувальника	Обов'язковий для всіх громадян або певних груп населення
Фінансування	Сплачується страхувальником або роботодавцем	Фінансується державою або з обов'язкових внесків роботодавців та працівників
Регулювання	Регулюється договором між страхувальником і страховиком	Визначається державним законодавством та регулятивними органами
Обсяг страхового покриття	Покриття визначається договором і залежить від бажання та платоспроможності страхувальника	Базове покриття визначається державою і охоплює основні медичні послуги
Гнучкість	Гнучкий вибір страхових програм, можливість вибору медичних послуг	Стандартизовані медичні послуги для всіх застрахованих
Мета	Забезпечення додаткових послуг і розширення доступу до медичних послуг	Забезпечення мінімально необхідних медичних послуг для всього населення
Цільова аудиторія	Особи з вищим рівнем доходу або підприємства, що страхують працівників	Усі громадяни, включаючи соціально незахищені верстви населення
Захист від ризиків	Більш комплексний, враховуючи специфічні медичні потреби	Мінімальний захист від основних ризиків, зосереджений на базових потребах

* Складено автором самостійно.

2) підвищення оперативності медичного обслуговування. ДМС гарантує своїм клієнтам пріоритетний доступ до медичної допомоги та скорочення термінів очікування. Застраховані особи можуть швидше пройти необхідні обстеження, отримати консультації фахівців і розпочати лікування;

3) посилення профілактики захворювань. Окрім лікувальних послуг, програми ДМС можуть включати профілактичні заходи, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, що дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях та вживати превентивних заходів;

4) забезпечення страхового захисту. ДМС створює додатковий страховий захист для громадян, знижуючи їхні ризики фінансових витрат на медичне обслуговування. Застраховані особи можуть отримувати якісні медичні послуги без необхідності самостійно оплачувати їх;

5) доповнення системи охорони здоров'я. ДМС виступає важливим доповненням до державної системи охорони здоров'я, надаючи громадянам додатковий рівень медичного забезпечення та підвищуючи ефективність використання наявних ресурсів.

1.2. Класифікація та програми добровільного медичного страхування

«ДМС є важливим елементом системи охорони здоров'я в Україні, що доповнює обов'язкове державне медичне страхування додатковими можливостями для отримання громадянами необхідної медичної допомоги. У рамках ДМС виокремлюються три ключові форми: безперервне страхування здоров'я - комплексне покриття ризиків порушення здоров'я, страхування на випадок хвороби - фінансове забезпечення витрат на лікування при настанні захворювання, страхування медичних витрат - відшкодування вартості медичних послуг, ліків, матеріалів» [39, с. 205].

Такі форми ДМС відображають різні підходи до управління ризиками у сфері охорони здоров'я, надаючи застрахованим особам гнучкі можливості вибору страхового покриття відповідно до їхніх потреб та фінансових можливостей.

Безперервне страхування здоров'я - форма ДМС спрямована на забезпечення комплексного захисту здоров'я застрахованих осіб. Такий вид страхування забезпечує безперервне покриття медичних витрат, незалежно від того, чи настає потреба в лікуванні через хронічні захворювання, гострі захворювання чи випадки травматизму. Особливістю безперервного страхування

здоров'я є можливість пролонгації договору на наступні періоди, що гарантує довготривалий доступ до медичної допомоги та стабільний захист застрахованої особи від непередбачуваних медичних витрат.

Рис. 1.2. Структура медичного страхування за видами та формами покриття [39, с. 205].

Ключовими характеристиками безперервного страхування здоров'я є:

1) безперервність страхового покриття - договір укладається на тривалий період, забезпечуючи постійний захист здоров'я клієнта;

2) широкий спектр страхових випадків - покриття поширюється на різноманітні ризики погіршення здоров'я, включаючи хронічні захворювання, травми, інвалідність тощо;

3) індивідуальний підхід до страхування - програми розробляються з урахуванням вікових, професійних та інших особливостей застрахованого;

4) профілактична складова - передбачає фінансування профілактичних оглядів, щеплень та інших заходів для підтримання здоров'я;

5) координація медичної допомоги: страхова компанія забезпечує супровід застрахованого на всіх етапах лікування.

Страхування на випадок хвороби є формою добровільного медичного страхування, яка забезпечує фінансову підтримку застрахованій особі в разі настання захворювання. Такий вид страхування покриває витрати на медичне обслуговування, діагностику, лікування, а в деяких випадках - і реабілітаційні заходи. Мета страхування на випадок хвороби полягає в тому, щоб зменшити фінансове навантаження на застраховану особу та забезпечити своєчасний доступ до необхідних медичних послуг, коли це найбільш потрібно. Договір може передбачати різні рівні покриття, включаючи як базові медичні послуги, так і розширені пакети, що охоплюють додаткові діагностичні або лікувальні заходи. Така форма страхування є особливо актуальною для людей з підвищеним ризиком захворювань або для тих, хто прагне захиститися від можливих непередбачуваних витрат на лікування.

Ключовими характеристиками страхування на випадок хвороби є:

1) покриття витрат на діагностику, стаціонарне та амбулаторне лікування - оплата консультацій лікарів, проведення аналізів, процедур, придбання ліків тощо;

2) можливість обирати поліс за обсягом медичних послуг - від базового пакету до розширеного, що охоплює додаткові послуги;

3) швидкий доступ до якісної медичної допомоги - направлення до профільних медзакладів та лікарів;

4) відсутність обмежень за віком та станом здоров'я при укладанні договору.

5) гнучкість у виборі страхувальником умов страхування.

«Страхування медичних витрат є однією з форм ДМС, яка спрямована на відшкодування витрат, пов’язаних із наданням медичних послуг, придбанням ліків та необхідних медичних матеріалів для лікування. Такий вид страхування дозволяє застрахованим особам уникнути значних фінансових витрат у разі захворювання або травм, оскільки страхова компанія покриває частину або повну вартість необхідних медичних заходів» [17, с. 71].

«Ключовими характеристиками страхування медичних витрат є:

1) покриття широкого спектру медичних витрат - консультації, діагностика, лікування, реабілітація, протезування, придбання ліків тощо;

2) можливість обирати ліміти страхового покриття залежно від потреб та фінансових можливостей;

3) доступ до медичних послуг у кращих клініках, лабораторіях, аптеках з якими співпрацює страхова компанія;

4) швидке відшкодування витрат або пряма оплата медичних рахунків страховиком;

5) відсутність необхідності попереднього накопичення власних коштів для оплати медичної допомоги» [40, с. 88].

Відтак, обов'язкове та добровільне страхування, кожне з власною специфікою, функціонують як взаємодоповнюючі елементи комплексного медичного захисту громадян. Така диференційованість забезпечує збалансованість та охоплення різних аспектів медичного обслуговування в країні.

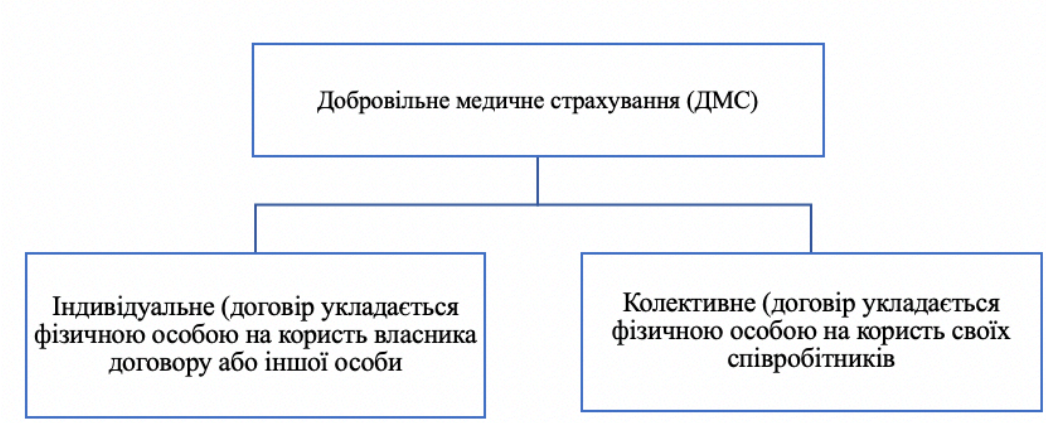

Рис. 1.3. Класифікація ДМС за формою укладання договору [12, с. 245]

ДМС в Україні представлено двома основними формами реалізації - індивідуальним та колективним (корпоративним) страхуванням, які суттєво відрізняються за механізмами укладання договору, фінансуванням, колом застрахованих осіб, а також спектром охоплюваних медичних послуг.

Індивідуальне ДМС характеризується тим, що договір страхування укладається безпосередньо між фізичною особою-страхувальником та страховою компанією. Страхувальник самостійно обирає бажаний обсяг страхового покриття, перелік медичних послуг, клініки та лікарів, а також оплачує страхові внески. Така модель надає максимальну гнучкість та можливість персоналізації страхового захисту відповідно до індивідуальних потреб та фінансових можливостей клієнта. Крім страхування власного здоров'я, індивідуальний поліс може охоплювати також страхування членів сім'ї страхувальника.

На противагу цьому, колективне ДМС передбачає, що договір укладається між страховою компанією та організацією-роботодавцем. У цьому випадку роботодавець виступає страхувальником, а застрахованими особами є працівники компанії. Перелік та обсяг медичних послуг, як правило, є стандартизованим для всіх співробітників. Колективне ДМС розглядається як складова соціального пакета працівника, що забезпечує захист здоров'я та працездатності персоналу.

Таким чином, індивідуальна та колективна формі ДМС відображають різні підходи до організації добровільного медичного страхування в Україні, характеризуючись диференціацією ключових параметрів страхового захисту, що дозволяє громадянам та організаціям обирати оптимальну форму ДМС відповідно до їхніх потреб та можливостей.

На рис. 1.4 відображена класифікація, яка демонструє різноманітність страхових програм, доступних у рамках ДМС в Україні, що дозволяє клієнтам формувати оптимальний страховий захист відповідно до їхніх потреб та фінансових можливостей.

Основні програми ДМС забезпечують базове покриття основних видів медичної допомоги, таких як амбулаторне обслуговування, стаціонарне лікування, невідкладна допомога та стоматологія. Вони становлять фундамент страхового захисту здоров'я. «Стандартний пакет послуг, що зазвичай

включається до договору ДМС, передбачає надання широкого спектру медичної допомоги. Це, насамперед, екстрена та невідкладна допомога: виклик швидкої, надання першої медичної допомоги та термінова госпіталізація за потреби. Також страхове покриття охоплює планові візити до лікарів, проведення діагностичних обстежень та аналізів. Застрахована особа може отримувати консультації фахівців у медичних закладах, що співпрацюють зі страховою компанією, або навіть викликати лікаря додому. Крім того, полісом передбачається оплата та доставка необхідних ліків, призначених лікарем для лікування» [9, с. 57].

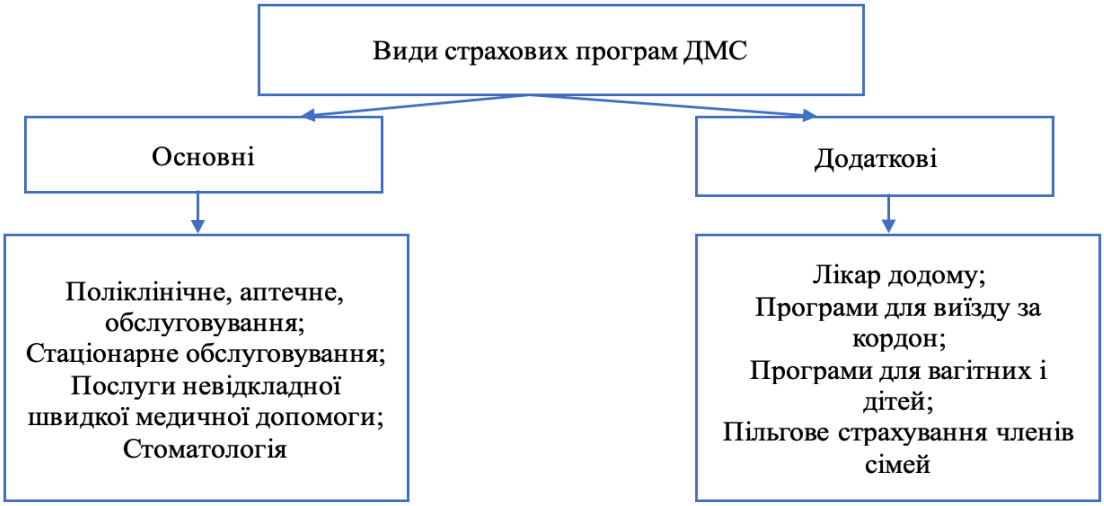

Рис. 1.5. Класифікація різних страхових програм ДМС [9, с. 57].

Страхові компанії також пропонують розширені програми медичного страхування, які додатково можуть включати стаціонарне лікування, реабілітацію після захворювань чи травм, стоматологічну допомогу, а також спеціальні програми для вагітних і дітей. Можливе також страхування на випадок виїзду за кордон. Загалом, представлена класифікація різних страхових програм ДМС демонструє, що страхувальники мають широкий вибір для формування комплексного медичного страхування, яке найкраще відповідає їхнім вимогам та фінансовим можливостям.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Сучасні тенденції та ключові виклики добровільного медичного страхування в Україні

Страховий ринок України переживає значні трансформації в останні роки. Спостерігається стійка тенденція до консолідації галузі, коли кількість страхових компаній постійно скорочується, що обумовлено комплексом факторів, що впливають на розвиток страхового сектору.

Кількість страхових компаній на страховому ринку України стабільно зменшується впродовж останніх років. У 2018 р. нараховувалося 281 страхова компанія. Протягом 2019-2020 рр. спостерігалося істотне скорочення кількості страхових компаній - з 233 у 2019 р. до 210 у 2020 р. Далі темп зменшення дещо уповільнився, проте стійка тенденція до скорочення кількості страховиків зберігається. У 2021 р. їх налічувалося 156, а у 2023 р. - 109. Станом на 1 жовтня 2024 р. кількість страхових становила - 75, що майже в 4 рази менше, ніж у 2018 р. Таким чином, можна констатувати, що страховий ринок України зазнає значної консолідації, коли кількість страховиків систематично скорочується. Таку тенденцію можна пояснити як ринковими факторами (посилення конкуренції, підвищення вимог до капіталізації), так і регуляторними (державне регулювання та реформування галузі) [19].

На сьогодні розвиток ДМС в Україні визначається такими факторами: зростання потреби в додатковому фінансуванні системи охорони здоров'я через обмежене державне фінансування; необхідність зниження навантаження на державну систему охорони здоров'я в умовах зростання попиту; низький рівень довіри населення до ДМС через невиконання зобов'язань страховими компаніями; відсутність податкових стимулів для страхувальників, що стримує попит; домінування корпоративного сегмента ринку ДМС; недостатня підтримка

розвитку ДМС з боку держави; складна економічна ситуація та низька платоспроможність населення; підвищення попиту на якісні медичні послуги, що стимулює розвиток приватної медицини та страхування.

Відповідно до наведених даних на рис. 2.1, ДМС займає значну частку на страховому ринку України. За часткою страхових премій ДМС посідає третє місце серед різних видів страхування, складаючи 11,34% від загального обсягу, що свідчить про вагоме значення ДМС для страхової галузі. Програми ДМС забезпечують добровільне медичне страхування для громадян, доповнюючи обов'язкове медичне страхування. Вони передбачають оплату витрат на амбулаторно-поліклінічне обслуговування, стаціонарне лікування, придбання ліків, а також інші медичні послуги.

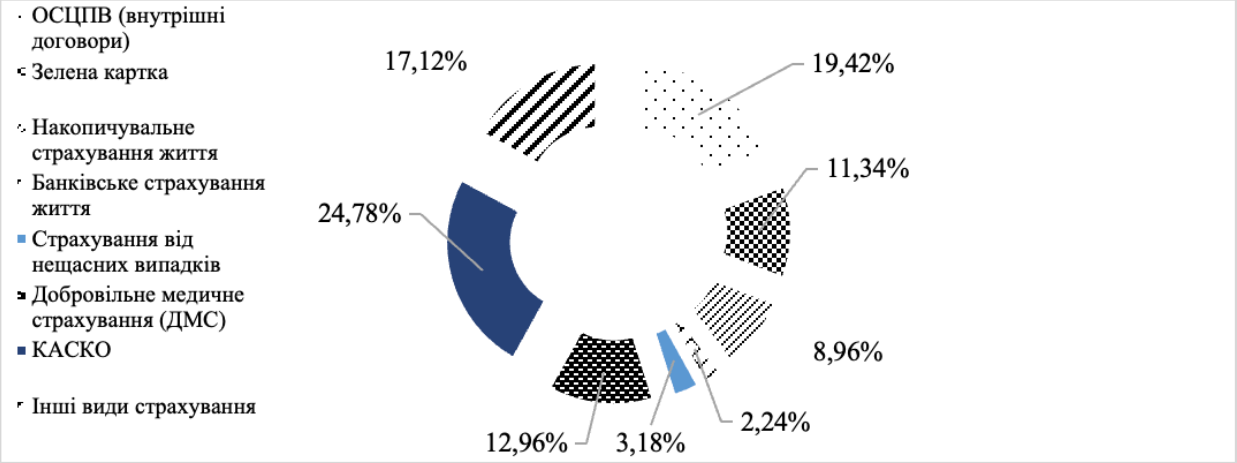

Рис. 2.1. Частка ДМС у структурі видів страхування в Україні, 2023 р., %*

* Складено автором за даними [35]

Впродовж 2018-2021 рр. спостеріглось стабільне зростання загального обсягу ринку ДМС з 5 324,4 млн. грн. у 2018 р. до 8 388,5 млн грн у 2021 р., що свідчило про підвищений інтерес населення до страхового захисту свого здоров'я та готовність інвестувати страхові продукти. Збільшення добробуту громадян, усвідомлення важливості профілактики та лікування захворювань, а також розширення асортименту страхових пропозицій на ринку - все це сприяло цій

позитивній динаміці. Проте у 2022 р. ми спостерігаємо спад ринку до 5 940,5 млн. грн., що пов'язано з наслідками економічної кризи, викликаної пандемією COVID-19 та військовими діями. Водночас, у 2023 р. відбулось часткове відновлення ринку до 6 610,0 млн. грн., що дає підстави очікувати, що попри короткострокові кризові явища, ринок добровільного страхування здоров'я має достатній потенціал для подальшого зростання в середньостроковій перспективі.

Таблиця 2.1

Обсяги страхових премій за основними видами ДМС в Україні в продовж 2018–2023 рр., млн. грн.*

Вид	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Безперервне страхування здоров'я	3486,7	4470,3	5300,5	5637, 3	4383, 1	5420,8
Страхування медичних витрат	1345,9	1885,5	1110,5	1764,1	804,1	723,5
Страхування здоров'я на випадок хвороби	491,8	684,1	906,9	987, 1	753,3	465,7
Всього	5324,4	7039,9	7317,8	8388,5	5940,5	6610

* Складено автором за даними [44]

Найбільшу частку ринку займає «безперервне страхування здоров'я», обсяг премій в даному сегменті зріс з 3 486,7 млн. грн. у 2018 р. до 5 420,8 млн. грн. у у 2023 р., що свідчить про зростаючий попит на комплексні програми страхового захисту здоров'я, що передбачають оплату широкого спектра медичних послуг протягом тривалого періоду. Друге місце за обсягами страхових премій займає «страхування медичних витрат» - цей сегмент демонструє значну волатильність. Пік у 2021 р. (1 764,1 млн. грн.) змінився різким падінням у 2022 році (804,1 млн. грн.) і подальшим зниженням до 723,5 млн. грн. у 2023 р. Така динаміка пов'язана зі змінами в доступності та фінансуванні медичних послуг, особливо в умовах кризи.

«Страхування здоров'я на випадок хвороби» демонструє відносну стабільність, зростаючи з 491,8 млн. грн. у 2018 р. до 465,7 млн. грн. у 2023 р., хоча і з деяким спадом у 2022 р., що вказує на стійкий інтерес клієнтів до цільових програм страхового захисту, спрямованих на компенсацію втрат від настання конкретних страхових випадків, пов'язаних зі здоров'ям.

Аналізуючи дані, відображені на рис. 2.2 можна відзначити, що валові страхові премії за медичним страхуванням в Україні демонструють стійку тенденцію до зростання, за виключенням останніх двох років. З 2017 р., коли премії становили 4173,3 млн. грн., відбулося значне збільшення, досягнувши піку в 2021 р. - 7432,6 млн. грн. У 2022 р. відбулося суттєве зниження страхових премій до 4383,1 млн. грн., що зумовлено економічними труднощами, спричиненими війною та іншими кризовими явищами. У 2023 р. страхові премії знову зросли до 5420,8 млн. грн., що свідчить про поступове відновлення ринку медичного страхування в Україні.

Також спостерігається тенденція до зростання страхових виплат, що свідчить про збільшення кількості страхових випадків та підвищення вартості медичних послуг. У 2017 р. виплати становили 1967,9 млн. грн, тоді як у 2023 р. вони досягли 2934,9 млн. грн. Виплати досягли свого піку в 2020 р. (3161,3 млн. грн.), що зумовлено пандемією COVID-19, яка спричинила значне збільшення потреби у медичних послугах. У 2022 р. виплати знизилися до 2386,9 млн. грн., проте у 2023 р. знову відбулося зростання до 2934,9 млн. грн.

Співвідношення виплат до премій, тобто рівень виплат, поступово зменшується - з 47,2% у 2017 р. до 39,5% у 2023 р., що свідчить про підвищення ефективності управління страховими ризиками в галузі медичного страхування.

Попри виклики, ринок ДМС в Україні демонструє стійкість та здатність до адаптації в умовах кризи, поступово відновлюючись та нарощуючи обсяги страхових премій і виплат. Війна докорінно змінює ринок ДМС в країні. Підвищені ризики для здоров'я та життя населення створюють зростаючий попит на якісне медичне страхування.

Рис. 2.2. Аналіз змін валових страхових премій та виплат у сфері медичного страхування в Україні впродовж 2017–2023 рр., млн. грн.*

* Складено автором за даними [44]

Серед найбільших страховиків на страховому ринку за обсягом зібраних страхових платежів лідирують компанії УНІКА, ІНГО, UNIVERSALNA, ARX та ВУСО. Ці компанії продемонстрували значні обсяги страхової діяльності, що вказує на їх провідні позиції на ринку.

УНІКА - безумовний лідер серед представлених страховиків страхового ринку, яка у 2023 р. акумулювала 1,069 млрд. грн. страхових платежів, що значно перевищує показники інших компаній, що свідчить про високий авторитет та довіру з боку страхувальників до бренду УНІКА. При цьому компанія підтримує збалансований рівень виплат на рівні 53,6%, демонструючи здатність ефективно управляти страховими ризиками. Така комбінація високих премій та оптимального рівня виплат дозволяє УНІКА займати лідерські позиції на ринку.

ІНГО посідає другу сходинку за обсягом зібраних страхових платежів - 658,5 млн. грн. Проте вона відрізняється від УНІКА і UNIVERSALNA значно вищим рівнем виплат - 68,44%, що вказує на орієнтованість компанії на максимальне задоволення потреб клієнтів, навіть якщо це призводить до відносно нижчої рентабельності. Такий підхід, ймовірно, дозволяє ІНГО підтримувати високу лояльність своєї страхової аудиторії.

Таблиця 2.2

Показники діяльності провідних страхових компаній України на ринку ДМС у 2023 р.*

№з/п	Страхова компанія	Сума страхових платежів, тис. грн.	Сума страхових виплат, тис. грн.	Рівень виплат, %
1	УНІКА	1 069 341	573 174	53,6
2	ІНГО	658 480	450 669	68,44
3	UNIVERSALNA	571 966	271 316	47,44
4	ARX	524 209	265 448	50,64
5	ВУСО	492 170	279 140	56,72
6	ТАС СГ	385 008	164 310	42,68
7	УСГ	380 157	240 672	63,31
8	PZU УКРАЇНА	237 890	144 692	60,82
9	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	229 007	90 881	39,68
10	КРАЇНА	164 845	103 781	62,96

* Складено автором за даними [44]

UNIVERSALNA демонструє найнижчий серед представлених компаній рівень виплат - 47,44%, що свідчить про більш консервативну політику управління ризиками, спрямовану на забезпечення стабільності та збереження прибутковості бізнесу. Така стратегія також може бути виправданою, дозволяючи UNIVERSALNA тримати міцні позиції на ринку.

Водночас, рівень страхових виплат у цих компаній варіюється. Лідером за цим показником є ІНГО, де рівень виплат перевищує 68%. Досить високі показники виплат також демонструють УСГ (63,31%), PZU УКРАЇНА (60,82%) та КРАЇНА (62,96%). У той же час, компанії ТАС СГ та АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ мають порівняно нижчий рівень виплат - 42,68% та 39,68% відповідно. Такі дані свідчать, що найбільші страхові компанії не завжди характеризуються найвищим рівнем страхових виплат. Очевидно, вони приділяють увагу збалансуванню між обсягами залучених страхових премій та здійсненими виплатами, що є важливим фактором забезпечення стійкості їхнього бізнесу.

Розглянемо детальніше рейтинг страхових компаній за обсягом премій ДМС у Тернопільській обл. за 2023 р. (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рейтинг страхових компаній за обсягом премій ДМС у Тернопільській області, 2023 р.*

№ п/п	Страхова компанія	Страхові платежі, всього, тис. грн	Страхові платежі з ДМС, тис. грн.	Частка у загальній структурі,%
1	КНЯЖА	43725,3	3729,5	8,53
2	ПРОСТО СТРАХУВАННЯ	9426,9	1322,4	14,03
3	PZU УКРАЇНА	23357,4	283,4	1,21
4	ОРАНТА	7354,1	234,5	3,19
5	ARX	23173,9	133,0	0,57
6	ІНГО	12530,3	56,4	0,45

* Складено автором за даними [44]

Беззаперечним лідером на цьому ринку є страхова компанія КНЯЖА, яка акумулювала найбільший обсяг премій ДМС - 3 729,5 тис. грн., що становить 8,53% від її загального портфеля страхових платежів та свідчить про стратегічний напрямок компанії на розвитку саме медичного страхування як пріоритетного напряму діяльності в регіоні.

На другому місці розташувалася компанія ПРОСТО СТРАХУВАННЯ. Хоча її загальний обсяг страхових платежів менший за КНЯЖУ, проте частка премій ДМС у структурі бізнесу ПРОСТО СТРАХУВАННЯ є найвищою серед представлених компаній - 14,03%. Такий факт демонструє те, що ринок ДМС є ключовим напрямком розвитку для даної страхової компанії в Тернопільській області. Компанія ОРАНТА зібрала 234,5 тис. грн. премій ДМС, що складає 3,19% від її загального обсягу страхових платежів та свідчить про помірну, але стабільну присутність ОРАНТИ на ринку добровільного медичного страхування Тернопільської області.

Отже, ринок ДМС Тернопільської області характеризується чітким лідерством КНЯЖІ та ПРОСТО СТРАХУВАННЯ, які демонструють значну зацікавленість у цьому сегменті та разом займають понад 88% ринку. Інші компанії представлені на ринку, але поки що займають більш незначні позиції.

Відтак, одним із ключових викликів для розвитку ДМС в Україні є недостатність фінансування системи охорони здоров'я. Державне фінансування медичної галузі є обмеженим, що спричиняє високі витрати пацієнтів на отримання медичних послуг та створює потребу в додатковому страховому захисті, але водночас знижує платоспроможність населення для придбання страхових полісів ДМС. Низький рівень доходів значної частини громадян, особливо в умовах економічної кризи, ускладнює їхню готовність інвестувати в добровільне медичне страхування. Іншим важливим викликом виступає недостатній рівень довіри населення до страхової галузі загалом.

2.2. Особливості та порівняльний аналіз страхових програм добровільного медичного страхування

В умовах змінного економічного середовища та зростання попиту на якісне медичне обслуговування, страхові компанії пропонують різноманітні програми ДМС, орієнтовані на задоволення індивідуальних потреб клієнтів. Кожна з цих програм має свої особливості, які включають різний обсяг покриття, умови надання послуг та фінансові аспекти.

Аналізуючи ринок безперервного медичного страхування в Україні за 2023 р., можна чітко виділити лідерів на цьому ринку. Найбільшою за обсягом зібраних страхових платежів є страхова компанія УНІКА, яка акумулювала понад 1 млрд. 69 млн. грн., що свідчить про високу популярність та довіру до продуктів цієї страхової компанії серед клієнтів. Одним з ключових показників, що характеризує ефективність роботи страховиків є також рівень здійснених ними

виплат. За цим критерієм лідером виступає ВУСО, яка виплатила 74,8% від отриманих надходжень, що є досить високим показником, адже демонструє готовність компанії брати на себе зобов'язання перед клієнтами та оперативно відшкодовувати їм витрати на медичне обслуговування. Для порівняння, у компанії УНІКА рівень виплат становить 53,6%, в ІНГО - 68,5%, у УНІВЕРСАЛЬНІЙ - 47,4%.

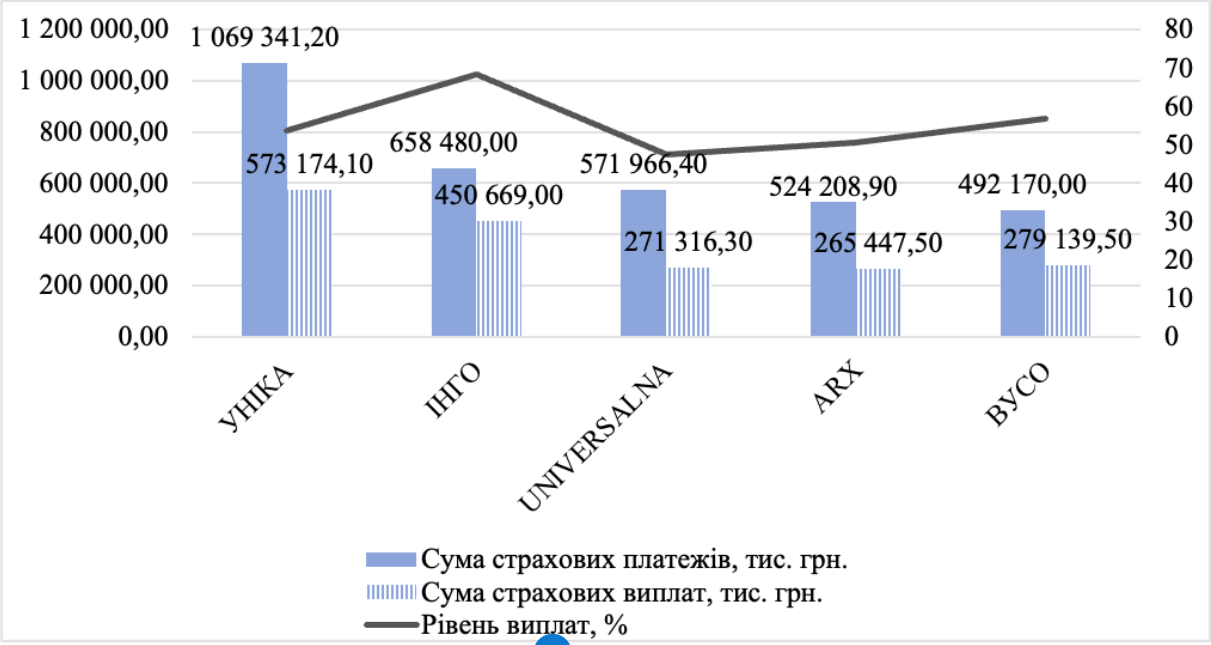

Рис. 2.3. Рівень виплат страхових компаній-лідерів на ринку безперервного медичного страхування в Україні у 2023 р.*

* Складено автором за даними [44]

Розглянемо детальніше програми медичного страхування компанії «УНІКА», які включають три рівні страхового покриття: стандартний, розширений та преміум, кожен з яких відрізняється розміром річного покриття, обсягом медичних послуг та можливостями стоматологічної допомоги.

Стандартна програма забезпечує базовий пакет послуг з річним покриттям до 75000 грн. та включає консультації лікарів, діагностику, стаціонарне лікування та медикаменти, а також покриття стоматологічних послуг до 1000 грн. Розширена програма підвищує річне покриття до 125000 грн. і включає додаткові

медичні послуги, серед яких консультації вузькопрофільних спеціалістів і розширена діагностика. Преміум програма надає максимальне річне покриття до 175 000 грн та забезпечує повний пакет медичних послуг, включаючи необмежену стоматологічну допомогу, а також передбачає додаткові зручності, такі як виклик лікаря додому. Усі програми включають цілодобову підтримку медичного асистансу з можливістю виклику швидкої допомоги, а для Преміум-страхування – виклик лікаря додому.

Таблиця 2.4

Основні програми медичного страхування страхової компанії «УНІКА»*

Характеристика	Стандартна	Розширена	Преміум
Річне покриття	до 75 000 грн.	до 125 000 грн	до 175 000 грн.
Медичні послуги	Консультації лікарів Діагностика Стаціонарне лікування Медикаменти	Ширший спектр медичних послуг Консультації вузькопрофільних спеціалістів Додаткова діагностика	Повне покриття широкого переліку медичних послуг Необмежена стоматологічна допомога
Стоматологія	До 1 000 грн.	До 3 000 грн.	Без обмежень
Медичний асистанс	24/7 підтримка, виклик швидкої	24/7 підтримка, виклик швидкої	24/7 підтримка, виклик лікаря додому

* Складено автором за даними [24]

Разом з цим, страхова компанія «УНІВЕРСАЛЬНА» пропонує такі страхові продукти:

1) Страхування колективів - додатковий бонус в соціальний пакет для співробітників, гарантія безпеки здоров'я та внесок у репутацію компанії;

2) Страхування від нещасного випадку - забезпечує захист на випадок смерті, стійкої непрацездатності, травм;

3) Страхування критичних захворювань "МайбутнЄ!" - надає якісне медичне обслуговування, фінансове забезпечення на випадок важких діагнозів;

4) Страхування дітей - захист від нещасних випадків (опіки, переломи тощо) та виплата компенсації;

5) Медична страховка для подорожей.

«Страхова компанія «ІНГО» має 30-річний досвід у створенні та впровадженні програм ДМС, що дозволяє їм забезпечити комплексний підхід до збереження та відновлення здоров'я клієнтів. Поліс медичного страхування «ІНГО» включає такі види покриття, як невідкладна та екстрена допомога, госпіталізація та лікування в стаціонарі, амбулаторно-поліклінічна допомога. Страхова компанія забезпечує цілодобову організацію медичної допомоги, власний медичний контакт-центр, контроль якості надання послуг та дистанційне врегулювання страхових випадків» [8, с. 51].

Страхова компанія ARX також пропонує широкий спектр програм ДМС, які можна обрати відповідно до індивідуальних потреб та бюджету клієнта. Страхова компанія «ARX» пропонує клієнтам три різні варіанти страхового покриття:

1) Базова - страхова сума на рік 60 000 грн. Програма призначена для тих, хто прагне основного страхового захисту та покриває витрати на лікування після першого звернення до сімейного лікаря;

2) Стандарт - страхова сума на рік 80 000 грн. Програма передбачає більш широке страхове покриття порівняно з базовою, оскільки також включає витрати на лікування після звернення до сімейного лікаря, однак з більшою страховою сумою на рік;

3) Преміум - страхова сума на рік 100 000 грн. Програма є найбільш комплексною та надає клієнтам максимальний страховий захист. На відміну від двох попередніх варіантів, ця програма не вимагає попереднього звернення до сімейного лікаря для отримання страхового відшкодування [25].

На ринку страхування медичних витрат в Україні у 2023 р. Європейське туристичне страхування вирізнялось найвищим рівнем виплат серед представлених компаній - 64,68%, що свідчить про те, що компанія робить

максимальні зусилля для задоволення потреб своїх страхувальників, навіть якщо це може позначатися на їхній рентабельності. Європейське туристичне страхування пропонує варіанти медичного страхування як для внутрішніх, так і для закордонних подорожей, з гнучкими пакетними опціями, щоб задовольнити різні потреби у покритті та бюджети. Процес онлайн-придбання є простим, що дозволяє клієнтам порівнювати плани та швидко оформити страхування.

Медичне страхування для подорожей за кордон України надає всеохоплюючий захист від медичних витрат та надзвичайних ситуацій під час поїздок за межі України, включає опції "Стандарт", "Економ", "Активний туризм" та "Розширене покриття" та покриває медичні витрати, госпіталізацію, евакуацію, репатріацію та інші ризики, пов'язані з подорожами. Медичне страхування для подорожей в межах України надає страховий захист від медичних витрат та надзвичайних ситуацій під час подорожей Україною та пропонує подібні рівні покриття та пакетні опції, як і страхування для закордонних поїздок.

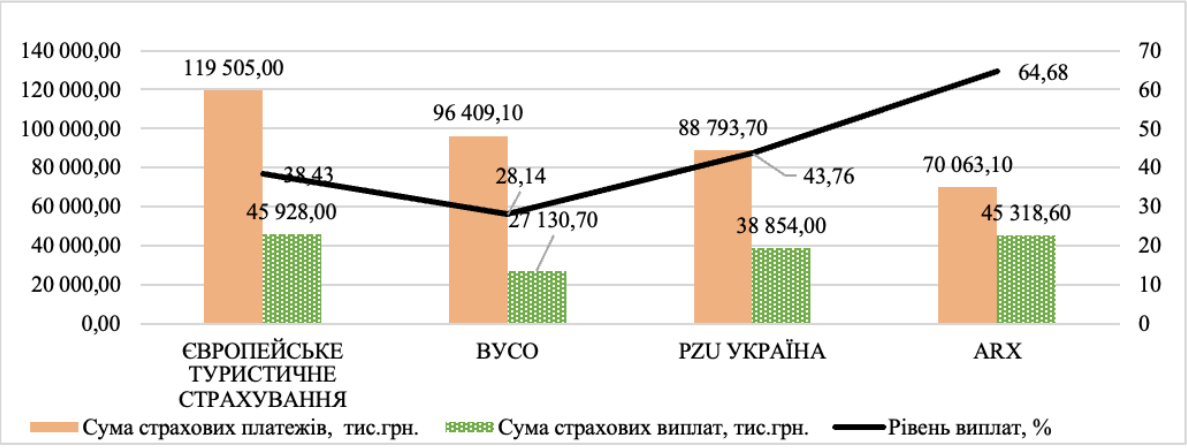

Рис. 2.4. Рівень виплат страхових компаній-лідерів на ринку добровільного страхування медичних витрат в Україні у 2023 р.*

* Складено автором за даними [44]

Рівень виплат PZU УКРАЇНА становить - 43,76%. Страхова компанія демонструє зважений підхід, намагаючись збалансувати інтереси

страхувальників та власну стабільність та прагне забезпечити достатній рівень страхового захисту, зберігаючи при цьому фінансову спроможність.

«Останнім часом на ринку ДМС в Україні набирають популярності нові програми, спрямовані на захист від критичних захворювань, таких як онкологія, інсульт, інфаркт міокарда, розсіяний склероз та інші, що пов'язано зі зростанням поширеності подібних хвороб серед населення, особливо онкологічних захворювань» [9].

Програми страхування від критичних хвороб дають можливість вирішити проблему фінансового забезпечення дороговартісного лікування. У разі настання страхового випадку і діагностування тяжкого захворювання, застрахована особа отримує можливість скористатися професійною медичною допомогою, пройти лікування в кращих клініках України чи за кордоном, підтримуючи при цьому належний рівень життя своєї сім'ї протягом усього періоду лікування, що є особливо важливою, коли у пацієнта розвивається інвалідність внаслідок хвороби.

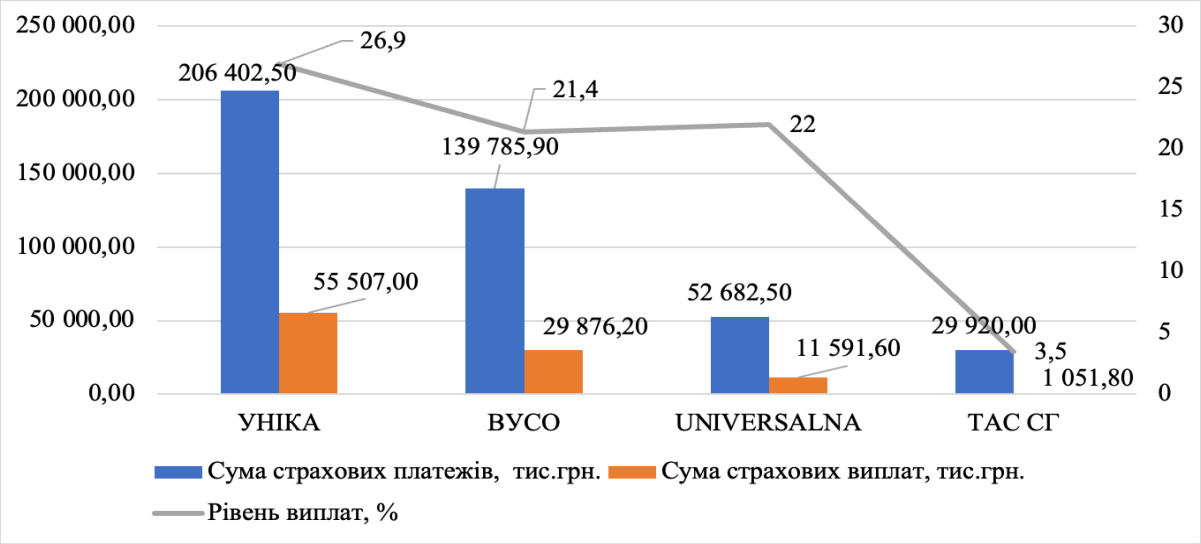

Рис. 2.5. Рівень виплат страхових компаній-лідерів на ринку добровільного страхування на випадок хвороби в Україні у 2023 р.*

* Складено автором за даними [44]

На основі даних, наведених на рис. 2.5, слід відзначити, що страхова компанія УНІКА є лідером за сумою страхових виплат, яка сягає 52 682,50 тис. грн., що майже вдвічі більше, ніж у страхової компанії ВУСО, яка посідає друге місце за сумою виплат (29 876,60 тис. грн.). Страхова компанія UNIVERSALNA посідає третє місце за обсягом виплат, які склали у 2024 р. 11 591,60 тис. грн., що приблизно в 4,5 рази менше, ніж у компанії-лідера УНІКА. ТАС СГ демонструє найменший рівень виплат серед представлених страховиків, який становить 1 051,80 тис. грн. Щодо рівня виплат у відсотках, то найвищим він є у страхової компанії ВУСО - 26,9%, дещо нижчим у УНІКА - 21,4%, у UNIVERSALNA - 22% та найнижчим у ТАС СГ - 3,5%.

Страхова компанія «ІНГО» розробила спеціальну програму ДМС під назвою «Страхова медицина», яка надає розширене покриття порівняно зі стандартними полісами ДМС. Програма забезпечує страховий захист не лише від онкологічних, а й інших критичних захворювань, таких як коронарне шунтування, нейрохірургічні втручання, заміна серцевих клапанів та трансплантація органів. Ключові переваги цієї програми страхування «ІНГО» включають: можливість доступу до висококваліфікованих міжнародних фахівців та новітніх методів лікування; діагностику та висновки від провідних світових експертів; персональний медичний супровід протягом лікування; повне покриття витрат на лікування в кращих медичних закладах України та за кордоном; оплата повторних курсів лікування; відшкодування вартості необхідних лікарських препаратів після завершення лікування [7].

Медичне страхування на випадок хвороби, запропоноване страховою компанією PZU Україна, являє собою комплексний підхід до забезпечення здоров'я та фінансового захисту співробітників підприємств. Застосовуючи сучасні актуарні методи компанія розробила дві основні програми, спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування:

1) Програма «Стаціонар» - базується на аналізі статистики захворюваності та тривалості лікування в стаціонарних умовах та передбачає страхову виплату у

випадку необхідності госпіталізації співробітника, покриваючи витрати на лікування та реабілітацію. Така програма дозволяє роботодавцю забезпечити своїх працівників додатковими гарантіями медичного обслуговування, підвищуючи лояльність персоналу;

2) Програма «Лікування та реабілітація» - ґрунтується на прогнозуванні ймовірності виникнення критичних захворювань у працездатному населенні та передбачає 100% страхове відшкодування у випадку діагностування у співробітника важкого захворювання, що потребує тривалого лікування та реабілітації. Програма забезпечує фінансову стабільність працівника та його сім'ї, знімаючи додаткове навантаження на роботодавця.

Страхова компанія «Країна» пропонує своїм клієнтам програму ДМС під назвою "Захист без кордонів", яка забезпечує широке покриття витрат на лікування різноманітних критичних захворювань. Страхова програма охоплює такі напрямки, як: «онкологія, кардіохірургія, нейрохірургія та трансплантація органів та дає змогу застрахованим особам отримувати лікування як в медичних закладах України, так і за кордоном, спеціалізованими фахівцями найвищого рівня. Крім того, програма передбачає надання психологічної підтримки та доступ до передових медичних технологій. Ключовою особливістю цієї страхової програми є високий ліміт страхового покриття - до 500 тис. дол. США. Така суттєва страхова сума дозволяє забезпечити комплексне лікування складних і дорогих захворювань» [2, с. 32].

РОЗДІЛ 3
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ ТА СВІТОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Міжнародний досвід у сфері добровільного медичного страхування: ключові моделі та шляхи вдосконалення в Україні

Світова практика виділяє кілька основних моделей у сфері медичного страхування, кожна з яких має свої характерні особливості та переваги. Модель Бісмарка, або соціального медичного страхування, широко застосовується в Німеччині, Австрії, Франції та інших європейських країнах. Вона ґрунтується на обов'язковій участі громадян у державному медичному страхуванні, фінансованому за рахунок внесків роботодавців і працівників, що дозволяє забезпечити універсальне охоплення населення медичними послугами при збереженні певної свободи вибору між державними та приватними медичними установами. Пацієнти в таких системах мають змогу отримувати якісну безкоштовну медичну допомогу та вільно обирати лікаря. Крім того, ця модель передбачає додаткові джерела фінансування. Проте, вона характеризується й високими адміністративними витратами, а також складнощами у наданні послуг ризиковим верствам населення.

Модель Беверіджа, або національної системи охорони здоров'я, домінує у Великій Британії, Іспанії, Скандинавських країнах. Її ключовою ознакою є повне фінансування медичної допомоги за рахунок державного бюджету, без участі обов'язкових страхових внесків. Така модель спрямована на забезпечення загальнодоступної, переважно безкоштовної медичної допомоги громадянам. Перевагами цієї моделі ефективний контроль за використанням коштів. Разом з тим, вона має обмеження у виборі лікаря, великі адміністративні витрати, бюджетний дефіцит та обмеженість прав медичних закладів.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика основних моделей фінансування охорони здоров'я*

Критерій	Модель Бісмарка	Модель Беверіджа	Приватна модель
Основа фінансування	Обов'язкове соціальне медичне страхування	Державний бюджет	Приватне добровільне медичне страхування
Джерела фінансування	Внески роботодавців і працівників	Податкові надходження	Страхові внески роботодавців/громадян
Охоплення населення	Універсальне	Універсальне	Часткове (окремі вразливі групи)
Свобода вибору	Можливість вибору між державними та приватними медичними установами	Обмежений вибір медичних закладів	Високий ступінь вибору
Рівень доступності медичної допомоги	Високий	Високий (безкоштовно для громадян)	Нерівний (залежить від платоспроможності)
Регулювання держави	Середнє	Високе	Обмежене

* Складено автором за даними [31, с. 105]

Приватна модель охорони здоров'я значно відрізняється від двох попередніх. Вона базується переважно на добровільному (приватному) медичному страхуванні, яке надається через роботодавців або самостійно оформлюється громадянами. Держава відіграє обмежену роль, забезпечуючи медичним страхуванням лише окремі вразливі категорії населення - літніх людей, малозабезпечених, ветеранів. Така модель характеризується значною нерівністю у доступі до медичних послуг, супроводжується високими адміністративними витратами та вартістю медичних послуг, відсутністю єдиної системи охорони здоров'я, а також складнощами у проведенні повного та комплексного обстеження пацієнтів.

Основною моделлю в Україні є бюджетне фінансування галузі охорони здоров'я, коли кошти надходять з державного бюджету. Однак обмеженість бюджетних ресурсів та розподіл фінансування між різними сферами призводить до недостатнього фінансування системи охорони здоров'я, що не дозволяє забезпечити сучасне медичне обладнання, належну кількість медичних закладів, а також постійне підвищення кваліфікації медичного персоналу. У таких умовах більшість українців вимушена звертатись до приватних медичних послуг та оплачувати їх за власні кошти, що створює суттєві бар'єри у доступі до медичної допомоги для широких верств населення.

На відміну від України, економічно розвинені країни демонструють стабільне зростання витрат на охорону здоров'я, при цьому частка державного фінансування також збільшується. «США вирізняються найвищими у світі загальними витратами на охорону здоров'я. У 2022 році вони становили 19,7% ВВП країни. При цьому переважна частка коштів (близько 55%) припадає на приватне медичне страхування. Висока вартість медичних послуг у США зумовлена, зокрема, масштабним використанням новітніх технологій, розвитком інноваційних методів лікування, а також специфікою ціноутворення в приватній системі охорони здоров'я» [42].

«Витрати на охорону здоров'я в Німеччині становлять близько 11,7% ВВП. Німеччина є яскравим прикладом моделі соціального медичного страхування. Основну частку фінансування (близько 72%) забезпечує обов'язкове медичне страхування. Крім того, в Німеччині широко розвинуте добровільне медичне страхування, яке охоплює близько 11% населення» [42].

Витрати на охорону здоров'я в Канаді дорівнюють приблизно 11,5% ВВП. Канада є яскравим прикладом системи державного (національного) медичного страхування. Фінансування медичної допомоги відбувається переважно за рахунок загальних податкових надходжень до федерального та провінційних бюджетів. Добровільне медичне страхування використовується для покриття додаткових послуг, не включених до державної програми.

«В Україні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять лише близько 6,2% ВВП, що значно нижче середньосвітового рівня. Такий показник є одним із найменших серед європейських країн. Основну частку витрат (близько 70%) забезпечує державний бюджет, оскільки в Україні функціонує система бюджетного фінансування охорони здоров'я» [15, с. 166].

ДМС має широке поширення у розвинених країнах світу. Провідні країни Європи, такі як Німеччина, Нідерланди, Франція, мають високу частку населення, охопленого добровільними медичними страховими програмами, що пояснюється низкою факторів: потужною законодавчою базою, яка стимулює розвиток ДМС; розвиненою системою державного медичного забезпечення, що створює попит на додаткові страхові послуги; високим рівнем доходів та поширеністю корпоративних програм ДМС серед роботодавців.

Медичне страхування в Німеччині є обов'язковим для всіх громадян, але вони можуть обрати між державним та приватним страхуванням. Близько 10% німців віддають перевагу приватним страховим програмам, які забезпечують ширше покриття та вищу якість медичних послуг. Приватні страховики пропонують гнучкі поліси з різним рівнем франшизи та співоплати. Держава стимулює розвиток ДМС через податкові пільги та інші заходи.

Нідерланди також є прикладом успішного поєднання державної та приватної систем охорони здоров'я. Обов'язкове базове медичне страхування доповнюється добровільними приватними полісами, які покривають додаткові послуги. Близько 85% населення мають приватні медичні страховки. Держава регулює ринок ДМС, встановлюючи стандарти покриття та забезпечуючи доступність полісів для всіх верств населення.

«У США ДМС є основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я. Приватні страхові компанії пропонують широкий вибір програм медичного страхування, орієнтованих на різні вікові, професійні та соціально-економічні групи. Близько 55% американців мають поліси ДМС, переважно

отримані через роботодавців. Втім, значна частка населення з низькими доходами не має доступу до ДМС через високу вартість страхових полісів» [37, с. 73].

Таблиця 3.2

Порівняльна характеристика систем добровільного медичного страхування в різних країнах*

Країна	Характеристика ДМС
Німеччина	У Німеччині внески на ДМС становлять близько 10% від заробітної плати, при цьому половину оплачує роботодавець. ДМС дозволяє отримувати ексклюзивні медичні послуги, які не покриваються обов'язковим медичним страхуванням.
Франція	У Франції зменшення фінансування обов'язкового медичного страхування сприяло зростанню популярності ДМС. Держава надає підтримку найбіднішим верствам населення, звільняючи їх від сплати внесків на ДМС, а також встановлює податкові пільги для корпоративного медичного страхування.
США	Більшість американців, які мають приватне медичне страхування, отримують його через роботодавця. Близько 60% населення США має страховку, оплачену роботодавцем, тоді як лише 9% купують медичне страхування самостійно.
Швейцарія	У Швейцарії система охорони здоров'я вважається однією з найкращих у світі. Основну роль відіграє загальна система охорони здоров'я, проте ДМС також відіграє важливу роль як доповнення, надаючи можливість отримувати ширший спектр послуг та доступ до більшої кількості медичних закладів.
Австралія	В Австралії обов'язкова система охорони здоров'я фінансується через систему медичного страхування Medicare. ДМС використовується для покриття послуг, які не повністю охоплюються обов'язковою програмою, наприклад, госпіталізація в приватних клініках або стоматологічні послуги.

* Складено автором за даними [27, с. 65]

Японія має змішану систему медичного страхування, де обов'язкове державне страхування доповнюється добровільним приватним. Близько 90% населення Японії охоплено приватними медичними страховками, які забезпечують більш широке покриття та швидший доступ до медичної допомоги. Держава жорстко регулює ринок ДМС.

В Ізраїлі діє загальнонаціональна система обов'язкового медичного страхування, яка програма покриває основні медичні послуги для всіх громадян країни. Разом з цим, ДМС відіграє важливу роль в Ізраїлі та використовується для доступу до додаткових медичних послуг, які не входять до базового пакету, таких як стоматологія, альтернативна медицина, розширений вибір лікарів тощо. Близько 85% населення Ізраїлю мають поліси ДМС, що є одним з найвищих показників у світі, що обумовлено високим рівнем доходів населення, а також популярністю корпоративних програм медичного страхування, які пропонують роботодавці. Уряд Ізраїлю здійснює жорсткий контроль за ринком ДМС, встановлюючи вимоги до мінімального переліку послуг, які мають бути включені до поліса, а також регулюючи ціни на страхові продукти.

Загалом, провідні країни демонструють, що ефективний розвиток ДМС потребує збалансованої взаємодії між державною політикою, страховими компаніями та страхувальниками. Створення стимулюючої законодавчої бази, забезпечення доступності ДМС та підвищення обізнаності населення є ключовими факторами успіху.

Відтак, глобальні тренди у сфері добровільного медичного страхування можуть суттєво вплинути на трансформацію ринку в Україні в середньо- та довгостроковій перспективі.

По-перше, посилення технологізації та діджиталізації галузі. Поширення використання цифрових технологій, таких як мобільні додатки, телемедицина, може призвести до підвищення доступності та зручності страхових послуг для клієнтів, а також оптимізації внутрішніх процесів страховиків, що сприятиме розширенню проникнення ДМС серед населення.

По-друге, зростання персоналізації страхових продуктів. Глобальні тренди свідчать про підвищення попиту на страхові продукти, що враховують індивідуальні потреби та особливості клієнтів. В Україні це може реалізуватись через розробку гнучких програм страхування, адаптованих під різні вікові, соціальні та професійні групи.

По-третє, комбінування ОМС та ДМС. У світі спостерігається тенденція до паралельного розвитку цих двох моделей для забезпечення ширшого охоплення населення медичним страхуванням. В Україні це може стати драйвером розвитку добровільного сегмента, який доповнюватиме базову державну систему.

По-четверте, орієнтація на превентивну та діагностичну медицину. Глобальні тренди вказують на зростання попиту на страхові продукти, спрямовані на профілактику захворювань та ранню діагностику. В Україні це сприятиме зміщенню фокусу з лікування на збереження здоров'я.

По-п'яте, посилення ролі альтернативних каналів продажу. Крім традиційних страхових агентів, у світі поширюються онлайн-продажі, партнерства з медичними закладами, роздрібними мережами тощо. В Україні це може підвищити доступність медичного страхування для різних верств населення.

Отже, з урахуванням світового досвіду, можна виділити такі шляхи вдосконалення системи ДМС в Україні: стимулювання розвитку ДМС через податкові пільги; запровадження обов'язкового базового пакета медичного страхування; розвиток корпоративного медичного страхування; підвищення страхової культури населення.

3.2. Вектори модернізації ринку добровільного медичного страхування в Україні

У сучасних умовах глобалізації та трансформації світової системи охорони здоров'я, ринок добровільного медичного страхування в Україні має значний потенціал для розвитку. Проте, його реалізація потребує впровадження комплексних заходів, спрямованих на вдосконалення нормативно-правової бази, підвищення доступності та якості страхових послуг, а також формування культури добровільного страхування серед населення.

Ключовим напрямом розвитку ДМС в Україні є вдосконалення нормативно-правової бази. На наш погляд, необхідно розробити та прийняти спеціальний законодавчий акт, який би комплексно врегулював усі аспекти ДМС, включаючи: права та обов'язки страхувальників, страховиків і застрахованих осіб; механізми державного регулювання та нагляду за ринком ДМС; податкові пільги та інші стимули для розвитку ДМС. Важливим є також приведення у відповідність інших законодавчих актів, зокрема у сфері охорони здоров'я, соціального страхування тощо, що дозволить усунути правові колізії та створити сприятливе нормативне середовище для ефективного функціонування системи ДМС. Водночас гармонізація законодавства на ринку ДМС передбачає такі напрямки: оптимізація вимог до ліцензування та регулювання діяльності страховиків, що надають послуги ДМС, з метою забезпечення стабільності та надійності ринку; запровадження дієвого державного нагляду за страховою діяльністю, зокрема, шляхом посилення вимог до звітності, платоспроможності, управління ризиками страховиків; стимулювання державно-приватного партнерства у сфері медичного страхування, зокрема, через механізми співфінансування програм та спільного надання страхових послуг; удосконалення системи оподаткування у сфері ДМС для підвищення його доступності як для фізичних, так і юридичних осіб.

Впровадження інновацій - ключовий вектор модернізації ринку ДМС в Україні. Страховим компаніям необхідно переходити від традиційних підходів до розробки та просування страхових продуктів, адаптуючи їх до сучасних потреб клієнтів. Першочерговим завданням є розроблення гнучких та персоналізованих страхових програм, що враховують індивідуальні особливості та вподобання кожного страхувальника, що може передбачати модульну структуру продуктів, можливість вибору бажаного обсягу покриття та додаткових опцій, а також налаштування під конкретні потреби клієнта. Паралельно страховикам необхідно активно впроваджувати цифрові технології у свою діяльність. Мобільні додатки, зручні онлайн-сервіси та телемедицина здатні суттєво підвищити доступність та

зручність отримання страхових послуг. Застрахованим особам відкриваються нові можливості для дистанційного управління своїм полісом, отримання консультацій лікарів та навіть дистанційного проходження медичних обстежень.

Водночас, ключову роль у підвищенні ефективності бізнес-процесів страховиків відіграють технології Big Data та штучного інтелекту. Їх застосування дозволяє вдосконалити андерайтинг, тарифікацію, управління ризиками та оптимізувати внутрішню операційну діяльність компаній. Важливим напрямом також є розвиток екосистеми навколо добровільного медичного страхування. Інтеграція страхових продуктів з іншими сервісами у сфері охорони здоров'я - медичними закладами, фармацевтичними компаніями, виробниками носимих пристроїв тощо - дозволить створити комплексний клієнтський досвід та підвищити цінність страхового захисту. Страховикам варто запроваджувати інноваційні моделі співпраці з ключовими стейкхолдерами, що може включати спільне розроблення нових страхових продуктів, обмін даними, узгодження процедур надання медичної допомоги та врегулювання страхових випадків.

Диверсифікація каналів продажу страхових послуг - ще один ключовий напрям модернізації ринку ДМС в Україні. Перехід від традиційних підходів до багатоканальної дистрибуції дозволить страховикам охопити ширшу аудиторію клієнтів та суттєво підвищити доступність і зручність придбання страхових продуктів. «Першочерговим завданням є активний розвиток прямих каналів продажу через власні онлайн-платформи та мобільні додатки страхових компаній, що дасть змогу клієнтам самостійно обирати та придбавати страхові поліси в зручний для них час, без необхідності персональної взаємодії зі страховими агентами» [15, с. 166]

Паралельно страховикам варто значно розширювати партнерські мережі для дистрибуції своїх послуг. Ключовими партнерами можуть стати медичні установи, аптечні мережі, торговельні центри, банки та інші фінансові посередники. Важливим аспектом також є запровадження гнучких моделей

взаємодії з традиційними страховими агентами, брокерами та фінансовими радниками.

Ключовим трендом має стати впровадження мультиканальних підходів до продажу страхових послуг, що передбачає поєднання онлайн-каналів із офлайн-взаємодією. Страховикам необхідно розвивати альтернативні точки продажу страхових послуг, зокрема, такі як автомати та кіоски самообслуговування, що дозволить забезпечити максимальну доступність страхових продуктів навіть для віддалених чи важкодоступних територій. Страхові компанії мають запропонувати клієнтам гнучкі, доступні за ціною та зрозумілі програми страхового покриття, які б відповідали різноманітним потребам населення. Особливу увагу варто приділити розробці страхових програм для соціально вразливих груп, малозабезпечених верств населення та людей із хронічними захворюваннями. Створення державно-приватних партнерств для субсидіювання внесків за такими полісами може також значно підвищити їх доступність.

Формування культури страхування - один із найважливіших аспектів розвитку ринку ДМС в Україні. Для досягнення цієї мети необхідно провести комплексну просвітницьку роботу серед населення, активно стимулювати роботодавців до запровадження корпоративних медичних програм, а також підвищувати фінансову грамотність громадян. Ключовим завданням на цьому напрямі є проведення масштабної просвітницької кампанії, спрямованої на донесення до населення переваг та особливостей добровільного медичного страхування. Людям необхідно пояснити, як медичні поліси можуть захистити їхнє здоров'я та фінансову стабільність, яким чином вони можуть отримати страховий захист та яким чином здійснюється урегулювання страхових випадків.

Паралельно страховикам варто активно стимулювати роботодавців до запровадження корпоративних програм медичного страхування для своїх працівників. Такі ініціативи не лише захищають здоров'я співробітників, а й демонструють турботу компаній-роботодавців про своїх працівників, що підвищує лояльність та мотивацію персоналу. Важливим напрямом також є

підвищення фінансової грамотності громадян у сфері медичного страхування. Люди мають чітко розуміти, як працюють страхові продукти, які переваги вони отримують, як оформити поліс та вирішити страховий випадок, що дозволить сформувати усвідомлений попит на послуги добровільного медичного страхування. Окрім того, страховикам необхідно налагодити ефективну та прозору комунікацію зі своїми клієнтами, що підвищить рівень довіри та лояльності до страхових продуктів, а також дасть змогу оперативно реагувати на потреби та пропозиції страхувальників. Саме тісна взаємодія зі страхувальниками стане фундаментом для подальшого розвитку культури медичного страхування в Україні. Тому важливим напрямом є систематична просвітницька робота, спрямована на: інформування населення про переваги та можливості добровільного медичного страхування; роз'яснення умов страхових договорів, прав та обов'язків сторін; формування культури страхування у суспільстві. Активна взаємодія страховиків, медичних установ, органів влади та громадськості сприятиме підвищенню обізнаності та довіри населення до ДМС, що в своєю чергу, стимулюватиме зростання попиту на послуги.

Акцент на превентивну медицину - ключовий напрям трансформації ринку ДМС в Україні. Страховим компаніям необхідно переосмислити свій підхід, переміщуючи фокус з лікування захворювань на їх раннє виявлення та профілактику. Першочерговим кроком має стати розроблення страхових програм, орієнтованих на профілактичні заходи. Такі продукти повинні передбачати регулярне проходження медичних обстежень, скринінгів, вакцинацію, консультації фахівців тощо. Таким чином, застраховані особи отримають можливість завчасно виявляти проблеми зі здоров'ям та вживати заходів для їх усунення, замість очікування розвитку серйозних захворювань.

Важливо також стимулювати клієнтів до ведення здорового способу життя. Страховики можуть впроваджувати знижки, бонуси та інші мотиваційні схеми для тих, хто регулярно займається спортом, дотримується правильного харчування, проходить профілактичні обстеження тощо, що не лише підвищить

їхній рівень здоров'я, а й уможливить зниження страхових виплат для страховиків. Невід'ємною складовою превентивного підходу має стати тісна співпраця страхових компаній з медичними закладами. Лише спільними зусиллями можна сформувати комплексний підхід до збереження здоров'я застрахованих осіб, поєднуючи діагностику, профілактику та лікування.

Важливу роль у реалізації превентивних ініціатив відіграватимуть сучасні діагностичні та моніторингові технології, зокрема, носимі пристрої. Вони дозволяють відстежувати стан здоров'я застрахованих осіб в онлайн-режимі, завчасно виявляти проблеми та застосовувати відповідні заходи. Інтеграція таких рішень в страхові продукти стане ключовим драйвером трансформації ринку. Важливим напрямом також є розвиток превентивних корпоративних програм медичного страхування. Роботодавці, які піклуються про здоров'я своїх співробітників, зможуть не лише підвищити продуктивність праці, а й знизити витрати на медичне обслуговування персоналу в довгостроковій перспективі.

Значний потенціал для розвитку ДМС в Україні має корпоративний сегмент. Заохочення роботодавців до впровадження програм ДМС для своїх працівників може стати ефективним інструментом. Зокрема, це передбачає надання податкових пільг, спрощення адміністративних процедур, а також популяризацію кращих практик корпоративного медичного страхування.

«Для стимулювання підвищення ефективності вітчизняної медичної сфери шляхом впровадження механізмів добровільного та обов'язкового медичного страхування, перш за все, на наш погляд, необхідно усунути перешкоди на шляху до завершення впровадження методики надання платних медичних послуг не лише у приватних, а й у державних та комунальних медичних закладах. Застосування принципу "гроші йдуть за пацієнтом" надасть лікарням можливість фінансової автономії та посилить конкуренцію між державними та приватними установами охорони здоров'я» [27, с. 65].

Таблиця 3.3

Проблеми та напрямки розвитку ринку ДМС в Україні*

Проблеми	Напрямки розвитку
Низька обізнаність населення про переваги ДМС	Проведення інформаційних кампаній для популяризації ДМС
Недовіра до страхових компаній	Підвищення прозорості діяльності страхових компаній та звітності
Висока вартість страхових послуг	Розробка доступних страхових продуктів, зокрема для різних сегментів населення
Обмежене покриття страхових ризиків	Розширення спектру послуг, що включаються до страхових полісів
Неефективна законодавча база	Розробка та вдосконалення нормативно-правової бази для ДМС
Нерозвинена культура корпоративного страхування	Стимулювання роботодавців до впровадження ДМС для працівників
Недостатня співпраця зі сферою охорони здоров'я	Налагодження партнерства між страховими компаніями та медичними закладами
Відсутність стимулів для фізичних осіб	Введення податкових пільг для фізичних осіб, що користуються ДМС
Низький рівень цифровізації процесів страхування	Впровадження цифрових рішень для підвищення зручності користування ДМС
Обмежений вибір страхових продуктів	Розробка інноваційних страхових продуктів, орієнтованих на потреби клієнтів
Брак кваліфікованих кадрів у сфері ДМС	Навчання та підвищення кваліфікації фахівців у сфері медичного страхування

* Складено автором самостійно.

Окрім цього, необхідно привести нормативно-правову базу щодо медичного страхування у відповідність до всього чинного законодавства у сфері охорони здоров'я, що сприятиме ефективному функціонуванню системи медичного страхування. Важливим кроком також є формування системи ефективних податкових пільг для стимулювання зацікавленості страхових компаній до укладення договорів ДМС, що дозволить розширити охоплення населення добровільним медичним страхуванням.

ВИСНОВКИ

ДМС є важливим елементом системи соціального захисту, що спрямоване на забезпечення доступу до якісних медичних послуг поза межами державного фінансування. Сутність ДМС полягає у добровільному страхуванні громадян, яке дозволяє покрити витрати на медичне обслуговування, зменшуючи фінансове навантаження на населення в разі захворювання чи необхідності лікування. Основні функції ДМС включають соціальний захист, підвищення доступності медичних послуг, фінансову підтримку медичних закладів і стимулювання розвитку приватного медичного сектора.

ДМС в Україні характеризується різноманітністю видів та гнучкістю страхових програм. У рамках ДМС виокремлюються три ключові форми: безперервне страхування здоров'я - комплексне покриття ризиків порушення здоров'я; страхування на випадок хвороби - фінансове забезпечення витрат на лікування при настанні захворювання; страхування медичних витрат - відшкодування вартості медичних послуг, ліків, матеріалів. Ключовою особливістю ДМС є можливість індивідуалізації страхового захисту відповідно до потреб і фінансових можливостей клієнтів.

Сучасні тенденції на ринку ДМС в Україні свідчать про зростаючий інтерес населення до послуг, які забезпечують додатковий медичний захист поза державним фінансуванням. За часткою страхових премій ДМС посідає третє місце серед різних видів страхування. Найбільшу частку ринку ДМС займає «безперервне страхування здоров'я», що свідчить про зростаючий попит на комплексні програми довгострокового страхування здоров'я. Сегмент «страхування медичних витрат» демонструє волатильність, що пов'язано з кризовими явищами у сфері медицини. «Страхування здоров'я на випадок хвороби» характеризується відносною стабільністю, зберігаючи попит на програми, спрямовані на компенсацію медичних витрат, незважаючи на деякі коливання. Попри виклики, ринок ДМС в Україні демонструє стійкість та здатність до адаптації в умовах кризи, поступово відновлюючись та нарощуючи

обсяги страхових премій і виплат. Серед найбільших страховиків на страховому ринку за обсягом зібраних страхових платежів лідирують компанії УНІКА, ІНГО, UNIVERSALNA, ARX та ВУСО.

Страхові компанії в Україні пропонують широкий спектр спеціалізованих програм з ДМС, спрямованих на забезпечення комплексного медичного захисту. Ключовими відмінностями між програмами є тривалість страхового захисту, рівень страхового покриття, а також особливості виплат. Широкий вибір програм дозволяє страхувальникам обрати оптимальне для себе співвідношення вартості та обсягу страхового захисту, залежно від індивідуальних потреб та фінансових можливостей. Порівняльний страхових програм засвідчив, що страхові компанії постійно вдосконалюють їх, розширюючи функціональність та підвищуючи якість медичного обслуговування, що свідчить про зростаючу увагу страховиків до цього сегмента страхового ринку.

На відміну від України, економічно розвинені країни інвестують більше у сферу охорони здоров'я, досягаючи високого рівня доступності та якості медичної допомоги. Рівень витрат України на охорону здоров'я, що становить близько 6,2% ВВП, є одним з найнижчих у Європі. Міжнародний досвід у сфері ДМС демонструє різноманітні моделі, які ефективно функціонують у країнах з розвиненою системою охорони здоров'я. Різні моделі фінансування охорони здоров'я: Бісмарка, Беверіджа та приватна модель - мають свої унікальні характеристики, переваги та виклики. Аналіз світового досвіду дозволяє визначити ключові напрями вдосконалення системи ДМС в Україні. Стимулювання розвитку ДМС через запровадження обов'язкового базового пакета медичного страхування, розвиток корпоративного страхування та підвищення страхової культури населення сприятимуть розширенню охоплення медичним страхуванням та підвищенню доступності медичних послуг. Важливим кроком є також вдосконалення нормативно-правової бази, що створить сприятливі умови для функціонування ринку ДМС.

Серед основних проблем розвитку ринку ДМС в Україні слід виділити такі: низька обізнаність населення про переваги ДМС, недовіра до страхових компаній, висока вартість страхових послуг, обмежене покриття страхових ризиків та неефективна законодавча база. Крім того, існує недостатньо розвинена культура корпоративного страхування, слабка співпраця зі сферою охорони здоров'я, відсутність стимулів для фізичних осіб, низький рівень цифровізації процесів страхування, обмежений вибір страхових продуктів та нестача кваліфікованих кадрів у цій сфері.

Для подолання цих викликів необхідно провести інформаційні кампанії для популяризації ДМС та підвищити прозорість діяльності страхових компаній. Також слід розробити доступні страхові продукти для різних категорій населення та розширити спектр послуг, які покриваються полісами. Важливим напрямком є вдосконалення нормативно-правової бази для забезпечення стабільності ринку. Для розвитку корпоративного страхування необхідно стимулювати роботодавців до впровадження ДМС для своїх працівників та налагодити партнерство між страховиками та медичними закладами. Крім того, варто запровадити податкові пільги для фізичних осіб, що користуються ДМС, впроваджувати цифрові рішення для підвищення зручності користування, розробити інноваційні страхові продукти, орієнтовані на потреби клієнтів, а також забезпечити навчання та підвищення кваліфікації фахівців у сфері ДМС. Важливим аспектом є розвиток інфраструктури медичних послуг і впровадження інновацій, таких як Big Data та штучний інтелект, для оптимізації бізнес-процесів у страхуванні.

7% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 4% Internet database
- Crossref database
- 5% Submitted Works database
- 0% Publications database
- Crossref Posted Content database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	**wunu on 2024-11-12** Submitted works	1%
2	**wunu on 2024-11-12** Submitted works	<1%
3	**wunu on 2024-10-01** Submitted works	<1%
4	**wunu on 2024-11-12** Submitted works	<1%
5	**pa.journal.in.ua** Internet	<1%
6	**wunu on 2024-10-01** Submitted works	<1%
7	**wunu on 2024-11-12** Submitted works	<1%
8	**kontinental.kharkov.ua** Internet	<1%

9	essuir.sumdu.edu.ua Internet	<1%
10	wunu on 2024-11-12 Submitted works	<1%
11	linksdir.com.ua Internet	<1%
12	wunu on 2024-11-05 Submitted works	<1%
13	dspace.kntu.kr.ua Internet	<1%
14	er.nau.edu.ua Internet	<1%
15	ipk.edu.ua Internet	<1%
16	jarch.donnu.edu.ua Internet	<1%
17	wunu on 2024-11-12 Submitted works	<1%
18	farmrada.blogspot.com Internet	<1%
19	ie.at.ua Internet	<1%
20	maup.com.ua Internet	<1%

21	wunu on 2024-11-12 Submitted works	<1%
22	referatik.in.ua Internet	<1%
23	docplayer.net Internet	<1%
24	kpis.uipa.edu.ua Internet	<1%
25	lis.gov.ua Internet	<1%
26	rectorate.ru Internet	<1%
27	slrada.org.ua Internet	<1%
28	vtac on 2024-10-23 Submitted works	<1%
29	wu.cn.ua Internet	<1%
30	wunu on 2024-09-26 Submitted works	<1%
31	wunu on 2024-09-30 Submitted works	<1%
32	wunu on 2024-10-01 Submitted works	<1%

33	wunu on 2024-11-13 Submitted works	<1%
34	bibliofond.ru Internet	<1%
35	library.univ.kiev.ua Internet	<1%
36	onaft.edu.ua Internet	<1%
37	sworld.com.ua Internet	<1%
38	yfcnu on 2024-10-31 Submitted works	<1%

Excluded from Similarity Report

- Bibliographic material
- Cited material
- Manually excluded text blocks
- Quoted material
- Small Matches (Less then 8 words)

EXCLUDED TEXT BLOCKS

ЗМІСТВСТУП.....

wunu on 2024-11-12

МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯВ УКРАЇНІ

wunu on 2024-10-01

медичного страхування

wunu on 2024-11-12