

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

**КАКАЛОВ Володимир Миколайович**

**Добровільне медичне страхування в Україні:  
проблеми та перспективи модернізації / Voluntary  
health insurance in Ukraine: problems and  
prospects for modernization**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ФМм-21  
В. М. Какалов

---

Науковий керівник:  
к.е.н., доцент, І. Ф. Стефанів

---

Кваліфікаційну роботу допущено  
до захисту:

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри

О. В. Кнейслер

**ТЕРНОПІЛЬ - 2025**

## Зміст

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....</b>	<b>6</b>
1.1 Поняття та сутність добровільного медичного страхування.....	6
1.2 Класифікація та характеристика основних видів медичного страхування.....	10
<b>РОЗДІЛ 2. СТАН РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>17</b>
2.1 Аналіз сучасного стану добровільного медичного страхування.....	17
2.2 Проблеми розвитку добровільного медичного страхування в Україні...	
<b>РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>26</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>33</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>46</b>

## Вступ

**Актуальність теми.** Соціальний захист громадян значною мірою залежить від доступу до якісної, своєчасної та необхідної медичної допомоги. В Україні спостерігається зменшення чисельності населення, погіршення здоров'я працездатних осіб та скорочення економічно активного населення. Одним із головних завдань для вдосконалення медичної реформи є впровадження системи медичного страхування. Через недостатнє фінансування державної системи охорони здоров'я та низьку якість медичних послуг зростає потреба у позабюджетних джерелах фінансування, зокрема, у розвитку добровільного медичного страхування.

У сучасних умовах розвитку страхових систем добровільне медичне страхування відіграє важливу роль як невід'ємний елемент економічних і соціальних структур суспільства. Забезпечення економічного зростання без ефективно функціонуючої системи страхування стає складним завданням. В актуальному економічному контексті зростає інтерес до аналізу чинної системи охорони здоров'я в Україні, а також до пошуку шляхів її вдосконалення та реформування.

Медичне страхування є однією з ключових складових ефективної роботи системи охорони здоров'я, а також формою захисту від ризиків, які загрожують життю та здоров'ю людини. Воно забезпечує соціальний захист населення, гарантуючи оплату медичних послуг у разі настання страхового випадку за рахунок коштів, накопичених страховою компанією. Завдяки медичному страхуванню громадяни мають можливість отримувати певний обсяг медичної допомоги безкоштовно у випадках, передбачених договором із страховою організацією. Сьогодні цей вид страхування стає реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не здатне повною мірою гарантувати конституційне право громадян на безоплатне медичне обслуговування.

**Аналіз публікацій за тематикою дослідження.** Загалом питанням добровільного медичного страхування в Україні цікавилось чимало дослідників та науковців, зокрема можна відзначити таких як: І.М. Федорович, Л.О. Заволока,

Н.В. Калітченко, Д.Д. Третяк та ін. Їхні праці присвячені вивченню особливостей функціонування страхового ринку, визначенню переваг та недоліків існуючих моделей, а також аналізу чинників, що впливають на розвиток добровільного медичного страхування.

Дослідження цих авторів становлять важливу теоретичну та практичну основу для подальшого вдосконалення системи медичного страхування та формування ефективних підходів до її реформування.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження є аналіз характеристик національної системи медичного страхування, виявлення її ключових проблем та розробка можливих шляхів і стратегій їх подолання. Також на меті є забезпечення ефективності роботи системи охорони здоров'я, а також доступності якісної медичної допомоги для всіх категорій населення, незалежно від їх рівня доходу.

Дослідження передбачає оцінку впливу різних моделей страхування на підвищення якості медичних послуг, зниження фінансового навантаження на громадян та оптимізацію використання ресурсів охорони здоров'я. Воно також має на меті визначити ключові фактори, що сприяють розвитку добровільного та обов'язкового медичного страхування в Україні.

**Завдання дослідження.** До основних завдань дослідження належать:

- вивчення теоретичних засад добровільного медичного страхування;
- огляд основних світових моделей медичного страхування;
- аналіз стану вітчизняного ринку добровільного медичного страхування та системи охорони здоров'я;
- порівняння системи медичного страхування в Україні з передовими країнами з метою виявлення її ключових проблем і визначення шляхів для підвищення ефективності функціонування.
- дослідження чинників, що впливають на розвиток добровільного медичного страхування в умовах повоєнного відновлення;
- оцінка ролі страхових компаній у забезпеченні доступу населення до медичних послуг;

- формування практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів функціонування ринку добровільного медичного страхування в Україні.

**Об'єктом дослідження** у нашій роботі виступає вітчизняний ринок добровільного медичного страхування.

**Предметом дослідження** є страхові механізми добровільного медичного страхування населення України, забезпечення та готовності страхового ринку України до впровадження страхової медицини як обов'язкової.

**Методи дослідження.** У процесі написання цієї роботи ми використали низку методів дослідження, задля того, щоб здійснити об'єктивний та всебічний аналіз добровільного медичного страхування в Україні. Загалом було використано такі методи як синтез, аналіз, порівняння, індукція, дедукція, абстрагування, моделювання та ін.

**Практична значимість отриманих результатів** полягає в тому, що аспекти, які розглядаються у цьому дослідженні, відповідають актуальним проблемам добровільного медичного страхування. Результати даного дослідження можна буде застосувати щодо покращення сфери медичного страхування в Україні.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у встановленні основних принципів та аспектів, які лежать в основі добровільного медичного страхування, визначенні пріоритетних напрямів щодо його вдосконалення, а також обґрунтуванні заходів для підвищення ефективності функціонування системи, розширення доступності медичних послуг та зміцнення довіри населення до страхових механізмів.

**Апробація.** Результати проведеного дослідження представлені у вигляді тез доповіді та опубліковані у збірнику студентських наукових праць кафедри фінансових технологій та банківського бізнесу «.....».

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, а також списку використаних джерел. Загальний обсяг даної роботи складає 49

сторінок комп'ютерного тексту, в якому містяться таблиці та рисунки. Список використаних джерел у даній роботі налічує 42 найменування.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **1.1 Поняття та сутність добровільного медичного страхування**

Медичне страхування є вкрай важливим елементом сучасної системи охорони здоров'я, оскільки воно забезпечує не лише фінансовий захист пацієнтів, але й стабільне надходження коштів до медичних установ. Це, своєю чергою, сприяє оновленню матеріально-технічної бази, підвищенню якості медичних послуг і впровадженню інноваційних технологій у сфері медицини. Для України розвиток системи медичного страхування має стратегічне значення, адже воно дозволяє знизити фінансове навантаження на державний бюджет, стимулює активність приватного сектора у сфері охорони здоров'я та забезпечує більш рівний доступ громадян до якісної медичної допомоги[1,2].

Медичне страхування поділяється на два види – обов'язкове та добровільне. Обов'язкове страхування визначається законодавчими актами, які встановлюють його сферу дії, порядок формування страхової суми, надходження коштів і напрями використання страхових фондів.

В Україні наразі закон про медичне страхування ще не ухвалено, хоча в Законі України «Про страхування» цей вид страхування зазначений першим серед обов'язкових. Очікується, що впровадження обов'язкового медичного страхування матиме соціальний характер і базуватиметься на принципі взаємодопомоги: «заможний сплачує за бідного, а здоровий — за хворого».

Медичне страхування є формою фінансового захисту, що дозволяє громадянам отримувати медичну допомогу та послуги, яка їм необхідна, за умови регулярної сплати внесків (премій) страховій організації. Його основне призначення полягає у забезпеченні стабільності та покритті значних витрат на лікування у випадку хвороби, травм чи інших медичних потреб.

Значення медичного страхування у сучасному суспільстві є надзвичайно вагомим адже:

- Забезпечує фінансовий захист: допомагає уникнути великих витрат під час дорогого лікування чи операцій.
- Покращує доступ до медичних послуг: дозволяє своєчасно отримати допомогу, не відкладаючи лікування через брак коштів.
- Зменшує ризик фінансової кризи: страхування захищає родини від можливого банкрутства через великі медичні витрати.
- Підвищує загальний рівень медичного обслуговування: сприяє рівному доступу громадян до медичної допомоги незалежно від матеріального стану.
- Сприяє профілактиці та ранньому виявленню хвороб: мотивує людей проходити регулярні обстеження, що дозволяє вчасно діагностувати проблеми зі здоров'ям.
- Покращує громадське здоров'я: доступ до медичних послуг зменшує ризики поширення інфекцій і позитивно впливає на загальний стан населення.

Отже, система медичного страхування відіграє ключову роль у збереженні фінансової стабільності громадян, підвищенні їхнього життєвого рівня та підтриманні належного стану здоров'я. В умовах зростання життєвих навантажень, дії негативних факторів і економічних ризиків саме страхове покриття забезпечує людині своєчасний доступ до медичних послуг і компенсує витрати на лікування через механізми страхового відшкодування.

Різні підходи до трактування поняття «медичне страхування» підкреслюють його складну та багатовимірну природу як економічної категорії. На основі аналізу наукових джерел можна виокремити кілька основних підходів до тлумачення цього явища: економічний, соціальний, інституційно-правовий та комплексний.

Економічний підхід розглядає медичне страхування як фінансово-економічний інструмент, спрямований на акумулювання коштів у спеціальних страхових фондах для подальшого покриття витрат, пов'язаних із наданням

медичної допомоги. У цьому контексті воно виступає механізмом перерозподілу фінансових ресурсів між застрахованими особами, що дозволяє зменшити індивідуальні фінансові ризики у випадку хвороби.

Соціальний підхід наголошує на ролі медичного страхування як елементу системи соціального захисту населення. Його головна функція — забезпечити доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від рівня доходу. З цієї точки зору, медичне страхування є інструментом державної політики, спрямованим на реалізацію принципів соціальної справедливості та рівності можливостей.

Інституційно-правовий підхід трактує медичне страхування як сукупність взаємовідносин, які регулюється законодавчими та нормативно-правовими актами. Особлива увага приділяється ролі державних і приватних інституцій — страхових компаній, фондів, медичних установ — у забезпеченні ефективного функціонування системи, а також механізмам контролю, звітності та регулювання.

Комплексний підхід поєднує елементи всіх вищезазначених підходів. Він трактує медичне страхування як багатовимірну категорію, що охоплює фінансові, соціальні, правові та організаційні аспекти. У цьому випадку медичне страхування визначається як поєднання економічних механізмів і соціальних гарантій, реалізованих через регламентовану систему інститутів і норм[3,4,5,6,7,8].

Отже, медичне страхування є складною, багаторівневою системою, яка водночас виступає економічним механізмом, соціальним інструментом, об'єктом правового регулювання та організаційною структурою. Для його ефективного функціонування необхідна гармонійна взаємодія всіх цих складових.

Медичне страхування охоплює сукупність видів страхового захисту, спрямованих на відшкодування витрат, що виникають у застрахованої особи у випадку погіршення стану здоров'я [14]. До таких витрат належать діагностичні обстеження, амбулаторне й стаціонарне лікування, хірургічні втручання, придбання лікарських засобів, реабілітаційні та профілактичні заходи.

Медичне страхування може функціонувати у двох формах: обов'язковій (ОМС), яка забезпечує гарантований мінімальний обсяг медичних послуг за рахунок державних або спеціальних фондів, та добровільній (ДМС), що дозволяє громадянам самостійно обирати розширений пакет послуг або підвищений рівень сервісу.

На сьогодні страхова медицина в Україні представлена переважно у добровільній формі, оскільки обов'язковий компонент поки що відсутній, і таким чином ДМС частково компенсує нестачу фінансування медичних послуг для окремих громадян [6].

Добровільне медичне страхування виступає дієвим інструментом соціального захисту, який поєднує інтереси держави, бізнесу та населення. Його розвиток сприяє підвищенню якості медичного обслуговування, зменшенню рівня неформальних платежів у галузі охорони здоров'я та забезпеченню більшої соціальної рівності. В умовах триваючої медичної реформи та посилення ролі приватного сектору ДМС має потенціал стати одним із ключових механізмів створення сучасної, ефективної та доступної системи охорони здоров'я в Україні.

Добровільне медичне страхування має свою мету та завдання, які чітко відображенні на рисунку 1.1



**Рис. 1.1. Мета та завдання добровільного медичного страхування [7,8]**

## **1.2 Класифікація та характеристика основних видів медичного страхування**

Сам механізм страхування відображає притаманну ринковим відносинам невизначеність, пов'язану з можливістю виникнення непередбачуваних подій, які можуть призвести до матеріальних втрат. Основне завдання страхування полягає у зменшенні ризику шляхом його перерозподілу між учасниками, які готові взяти його на себе. У межах цього механізму відбувається колективне об'єднання ризиків і подальший їх розподіл між суб'єктами системи.

Загалом існує два види медичного страхування обов'язкове та добровільне, відмінностей в них доволі є багато, що можна побачити у Таблиці 1.1

*Таблиця 1.1*

### **Загальні відмінності між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням**

<b>Обов'язкове медичне страхування</b>	<b>Добровільне медичне страхування</b>
Має некомерційний характер	Є видом комерційного страхування
Належить до системи соціального страхування	Відноситься до сфери індивідуального страхування
Має масовий або загальнообов'язковий характер	Здійснюється на індивідуальній або колективній (сімейній) основі
Правові засади визначені <u>проектом</u> Закону "Про медичне страхування громадян країни"	Регулюється Законом України "Про страхування" (1996 р.)
Реалізується державними страховими структурами або установами під контролем держави	Здійснюється страховими компаніями різних форм власності
Умови та правила страхування затверджуються державними органами	Умови страхування визначаються страховими компаніями самостійно
Страховальниками виступають держава (місцеві органи влади) та працююче населення	Страховальниками можуть бути як юридичні, так і фізичні особи
Джерела фінансування: кошти державного бюджету, роботодавців і громадян	Фінансується за рахунок особистих доходів громадян і прибутків роботодавців
Перелік гарантованих медичних послуг затверджується органами державної влади	Перелік послуг узгоджується між страховиком і страховальником у договорі
Розмір страхових тарифів визначається за єдиною державною методикою	Розмір тарифів встановлюється за домовленістю сторін
Контроль за якістю медичних послуг здійснюється державними структурами	Контроль якості регламентується умовами договору страхування

Складено автором на основі джерела [12]

В обов'язковому медичному страхуванні є риси соціального страхування, так як його порядок та умови визначаються державними нормативно-правовими актами. Діяльність у цій сфері здійснюється на основі державних програм, які гарантують певний обсяг медичної допомоги населенню та передбачають проведення профілактичних заходів. Координація системи ОМС покладається на державні органи, що забезпечують її стабільне функціонування. Ця форма страхування не має на меті отримання прибутку, а її фінансова стійкість досягається за рахунок постійних і передбачуваних надходжень до страхових фондів.

Функціонування обов'язкового медичного страхування спирається на чотири ключові принципи: державність, загальність та обов'язковість.

- Принцип державності означає, що держава є власником коштів фондів ОМС і виступає страховиком для соціально незахищених верств населення. Вона

контролює збір та розподіл коштів, гарантує фінансову стабільність і виконання зобов'язань перед громадянами.

- Принцип загальності дає гарантію кожному громадянину на право отримання медичної допомоги, визначеної базовою програмою ОМС.
- Обов'язковість означає, що юридичні особи та місцеві органи влади є зобов'язаними здійснювати внески до страхових фондів[15].

Основними учасниками системи ОМС є страхувальники, застраховані особи, страхові фонди, страхові організації та медичні установи. Для працюючих громадян страхувальниками виступають підприємства чи організації, а для непрацюючих — держава.

Система ОМС передбачає дві програми — базову та територіальну.

- Базова програма, яка розроблена Міністерством охорони здоров'я, встановлює мінімальний гарантований обсяг медичних послуг для всіх громадян.
- Територіальні програми, що затверджуються місцевими органами влади, конкретизують обсяги допомоги та їхню вартість, але не можуть бути нижчими за державний стандарт.

Медичні заклади, що беруть участь у програмах ОМС, є відповідальними за якість та повноту наданих послуг відповідно до умов договору страхування. Страхувальники укладають договори зі страховими компаніями, отримуючи на руки страховий поліс, який підтверджує їхнє право на медичне обслуговування. Поліс ОМС є офіційним документом соціального захисту громадянина, який гарантує доступ до медичної допомоги та можливість захисту своїх прав у разі порушень. ОМС охоплює більшість населення, забезпечуючи основні медичні потреби, однак не здатне покрити всі можливі ризики. Саме тому важливу роль у системі охорони здоров'я відіграє добровільне медичне страхування (ДМС), яке виступає доповненням до обов'язкового.

Добровільне медичне страхування є значущою складовою ринкової системи страхового захисту та сприяє збільшенню обсягу й підвищенню рівня медичних послуг.

До суб'єктів добровільного медичного страхування відносяться:

- страхувальники — громадяни, підприємства, благодійні фонди;
- страховики — страхові компанії, що мають відповідну ліцензію;
- медичні заклади, які надають допомогу за договорами ДМС;
- аптеки, що забезпечують лікарськими засобами застрахованих осіб;
- асистуючі компанії, які організують взаємодію між страховиком, медичними установами та аптеками.

Фінансування системи ДМС може здійснюватися за рахунок добровільних внесків підприємств, організацій і громадян. Це страхування може бути індивідуальним (для однієї особи чи членів родини) або колективним (для працівників підприємства).

Страхові компанії укладають договори з медичними закладами щодо надання допомоги застрахованим особам. Умови та обсяг медичних послуг визначаються в договорі ДМС, який дає змогу пацієнту обрати лікаря, медичний заклад і навіть умови перебування на лікуванні.

Програми добровільного страхування передбачають широкий спектр можливостей, зокрема:

- розширений вибір лікарів та клінік;
- покращені умови лікування в стаціонарах чи санаторіях;
- надання реабілітаційних та оздоровчих послуг;
- післялікарняний догляд вдома;
- можливість застосування нетрадиційних методів лікування;
- розвиток системи сімейної медицини;
- додаткові виплати у разі тимчасової непрацездатності, вагітності чи пологах.

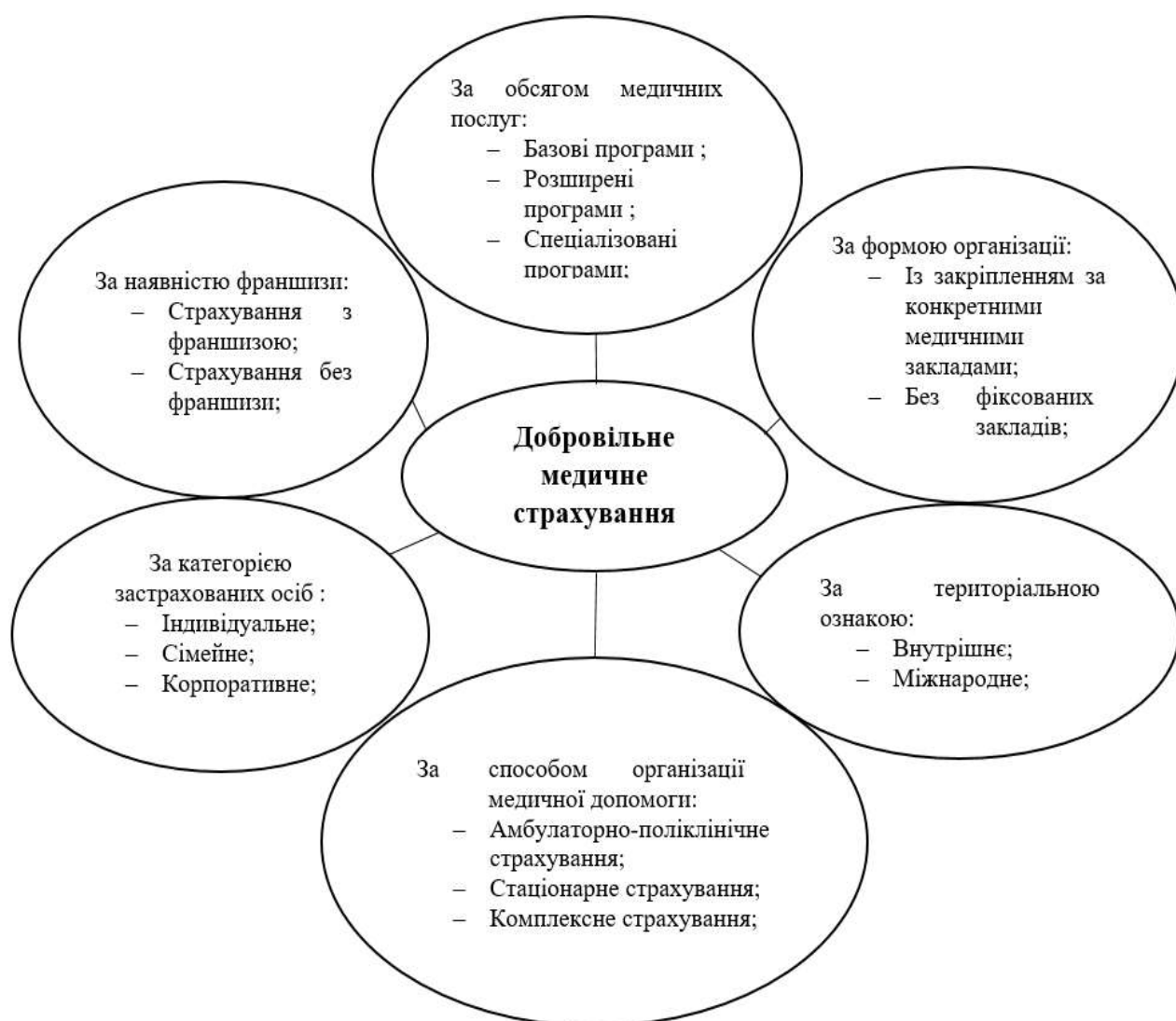
Страховими ризиками у ДМС вважаються події, що мають випадковий, але ймовірний характер: захворювання, травма або смерть застрахованої особи під час лікування.

Добровільне медичне страхування, як різновид особистого страхування, має важливе значення для розвитку системи охорони здоров'я. Воно доповнює державні програми страхування і ґрунтується на принципах добровільності та

фінансової солідарності, забезпечуючи надання медичних послуг у відповідності зі сплаченими внесками кожного застрахованого.

Добровільне медичне страхування базується на самостійному виборі учасників і надає фінансовий захист у разі витрат, пов'язаних із лікуванням, обстеженнями чи профілактичними заходами. Умови такого страхування формуються індивідуально з урахуванням особистих потреб та фінансових можливостей застрахованої особи. Ця система сприяє підвищенню рівня медичного обслуговування, розширенню співпраці зі сучасними медичними установами та ґрунтується на принципах спільної відповідальності між страховою компанією та клієнтом. Крім того, добровільне медичне страхування стимулює конкуренцію між страховими компаніями, що сприяє вдосконаленню страхових програм та впровадженню інноваційних сервісів обслуговування. Воно також дозволяє оптимізувати навантаження на державну систему охорони здоров'я, забезпечуючи додаткові джерела фінансування та розширюючи можливості для отримання якісної медичної допомоги.

Добровільне медичне страхування класифікується за різними ознаками, зокрема за обсягом медичних послуг, організаційною формою, способом отримання допомоги, категорією застрахованих осіб та наявністю франшизи (рис. 1.3).



**Рис. 1.2. Класифікація добровільного медичного страхування [21,35,36,38]**

З рисунка видно, що добровільне медичне страхування визначається шістьма критеріями: обсягом послуг, формою організації, територією дії, способом організації, категорією застрахованих осіб та наявністю франшизи. Це робить ДМС гнучким інструментом, який дозволяє налаштувати поліс відповідно до фінансових можливостей і потреб клієнта — від базового покриття до комплексних корпоративних програм з міжнародним охопленням.

Добровільне медичне страхування передбачає фінансовий захист громадян у разі виникнення страхового випадку шляхом використання сформованих страхових фондів. Така форма страхування, з одного боку, забезпечує доступ до

медичної та профілактичної допомоги, а з іншого — гарантує належний рівень якості наданих послуг. Важливою особливістю цього виду страхування є взаємозв'язок між страховими компаніями та їхніми партнерами — медичними закладами і фармацевтичними компаніями. Саме через співпрацю з надійними постачальниками послуг, страховики можуть забезпечити якісне обслуговування клієнтів.

Оформлення поліса добровільного медичного страхування надає доступ до широкої мережі медичних установ по всій Україні, включаючи приватні клініки та спеціалізовані заклади. Страхова компанія за потреби спрямовує пацієнтів до найбільш ефективних медичних установ для отримання допомоги.

На підприємствах часто надається можливість укладення корпоративного медичного страхування, проте якщо така опція відсутня, працівник може обрати індивідуальний поліс добровільного страхування у будь-якій страховій компанії.

Приватне медичне страхування включає страхування життя, від нещасних випадків та власне медичне страхування. Воно виступає ефективною альтернативою державній системі охорони здоров'я, дозволяючи клієнтам отримувати багатопрофільну медичну допомогу як у державних, так і у приватних закладах, уникати черг і відшкодовувати витрати на ліки. Програми добровільного страхування зазвичай індивідуально розробляються відповідно до побажань та можливостей клієнта, що робить їх більш гнучкими, але й дорожчими порівняно з базовим державним пакетом[20].

Вартість страхового полісу залежить від багатьох чинників: переліку ризиків, кількості застрахованих осіб, регіону надання послуг, стану здоров'я клієнта, категорії медичних закладів та наявності бонусних програм (наприклад, для відвідування фітнес-центрів або профілактичних процедур).

Бажано обирати поліс, який передбачає фінансові обмеження, а не кількісні. Наприклад, медичну допомогу можна отримати необмежену, але в межах визначеної суми коштів. Оплата за послуги здійснюється страховиком безпосередньо медичним закладам, а у разі самотійних витрат клієнт отримує відшкодування за наданими документами[13].

Серед ключових переваг добровільного медичного страхування є переваги, які зображено на рисунку 1.3:



**Рис. 1.3. Основні переваги добровільного медичного страхування [13]**

Таким чином, добровільне медичне страхування сприяє забезпеченню високого рівня медичних послуг, захисту фінансових інтересів клієнтів і плануванню витрат на лікування без ризику несподіваних додаткових витрат через зростання цін на послуги чи ліки. Крім того, воно підвищує доступність якісної медичної допомоги та надає додаткові гарантії у випадку непередбачуваних життєвих ситуацій.

## **РОЗДІЛ 2. СТАН РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

### **2.1 Сучасний стан добровільного медичного страхування**

Нинішня медична система України поки що не спроможна повною мірою користуватися перевагами ринкових механізмів. Сфера медичного страхування перебуває на стадії становлення, а державне фінансування охорони здоров'я забезпечує менше половини реальних потреб галузі. Для багатьох громадян поняття страхування залишається незрозумілим — як інструмент попереднього накопичення коштів, що гарантує відшкодування витрат на лікування. У перспективі медичне страхування може стати важливим додатковим джерелом фінансування галузі, дозволяючи залучати ресурси з різних джерел і забезпечувати доступ людей до якісних медичних послуг.

Загалом протягом тривалого часу система фінансування медицини в Україні спиралася виключно на бюджетні асигнування, спрямовані здебільшого на утримання медичних закладів, а не на поліпшення рівня обслуговування. Такий підхід обмежував доступ населення до сучасних методів діагностики та лікування. Серед основних проблем можна виділити фінансову вразливість населення, низьку якість медичних послуг і неефективне використання державних ресурсів.

У відповідь на дані виклики Міністерство фінансів ініціювало реформу, метою якої є:

- забезпечення прозорих гарантій обсягу безоплатної медичної допомоги;
- раціональний розподіл коштів від держави і скорочення неофіційних платежів;
- стимулювання для підвищення якості медичних послуг у державних і комунальних медичних закладах.

Згідно з Законом України «Про Державний бюджет», фінансування програми медичних гарантій має становити не менше 5% від валового внутрішнього продукту, причому ці витрати відносяться до захищених статей державного бюджету. Проте фактично, упродовж багатьох років незалежності, витрати на охорону здоров'я рідко перевищували 3% ВВП[27].

Таким чином, достатній рівень фінансування програми державних медичних гарантій залишається ключовим чинником реалізації політики у сфері охорони здоров'я. Не дивлячись на встановлені законом норми, реальні обсяги

фінансування часто виявляються нижчими за заплановані, що обмежує можливості повноцінного виконання програми.

Дослідження структури ринку страхування України в аспекті медичного страхування має важливе значення для оцінки його можливостей у залученні додаткових фінансових ресурсів до системи охорони здоров'я. Це дає змогу визначити ефективність функціонування добровільного медичного страхування та окреслити перспективи запровадження обов'язкового. Нинішня страхова система здатна сприяти впровадженню змін у системі охорони здоров'я та покращенню рівня та доступності медичних послуг, з урахуванням фінансових можливостей населення та потенціалу страхових компаній. На рисунку 2.1 можна побачити структуру страхового ринку України в 2025 році на початку 4 кварталу .



**Рис. 2.1 Структура страхового ринку України у 2025 році [9]**

Незважаючи на складну економічну ситуацію та наслідки воєнних дій, ринок добровільного медичного страхування в Україні демонструє поступове відновлення та стабілізацію. Зростання обсягів страхових премій і виплат у першому кварталі 2025 року свідчить про повернення довіри населення та бізнесу до цього виду страхових послуг. Водночас рівень охоплення населення медичним

страхуванням залишається недостатнім, що вказує на потребу у подальшому розвитку системи, вдосконаленні державного регулювання та, можливо, запровадженні загальнообов'язкового медичного страхування для забезпечення ширшого доступу громадян до якісних медичних послуг.

Сьогодні ринок ДМС активно формується під впливом провідних страхових компаній, серед яких «УНІКА», «Універсальна», «ІНГО», «ВУСО», «ARX», «ТАС» та інші. Саме вони задають тенденції розвитку галузі, пропонуючи різноманітні програми страхування, орієнтовані як на індивідуальних клієнтів, так і на корпоративний сектор (табл. 2.2)[22].

Ці компанії забезпечують комплексне медичне страхування працівників підприємств, пропонуючи пакети послуг, що охоплюють амбулаторно-поліклінічне та стаціонарне лікування, екстрену медичну допомогу, компенсацію витрат на ліки, а також профілактичні медичні огляди. Такий підхід сприяє підвищенню рівня соціального захисту працівників і популяризації культури медичного страхування в Україні[21].

Таблиця 2.2

### Рейтинг страхових компаній по обсягу страхових премій за 2025 рік

Позиція в рейтингу	Страхова компанія	Премії
1	СК «Уніка»	568.857.759,09
2	СК «ІНГО»	290.525.287,46
3	СК «Універсальна»	219.457.618,64
4	СК «АРКС»	212.565.307,72
5	СК «ВУСО»	199.716.208,28
6	СГ «ТАС»	123.974.429,83
7	СК «УСГ»	103.945.449,74
8	СК «ПЗУ Україна»	95.471.398,55
9	СК «КНЯЖА ВІГ»	86.138.199,48
10	СК «Трансмагістраль»	78.776.957,21

Складено автором на основі джерела [21]

Все більшої популярності набувають страхові програми, що враховують актуальні потреби суспільства — покриття витрат на тестування та лікування COVID-19, проведення вакцинації, а також надання телемедичних консультацій. Компанії «ARX» і «УНІКА» вирізняються впровадженням сучасних цифрових

рішень, які роблять доступ до медичних послуг простішим і зручнішим для застрахованих осіб[22].

Однією з ключових тенденцій розвитку ринку є персоналізація страхових продуктів. Наприклад, компанія «Альфа Страхування» пропонує клієнтам можливість самостійно формувати пакет медичних послуг відповідно до власних потреб, тоді як «ТАС» активно розширює програми, орієнтовані на сімейне страхування.

Посилення конкуренції між страховими компаніями сприяє поступовому зниженню вартості полісів добровільного медичного страхування, що робить їх доступнішими для широкого кола споживачів. Водночас рівень охоплення населення ДМС залишається невисоким через обмежені фінансові можливості громадян та недостатню поінформованість про переваги медичного страхування.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні демонструє стабільне зростання обсягів премій, незважаючи на виклики воєнного часу. Водночас зростають і обсяги страхових виплат, що свідчить про високу збитковість цього виду страхування.

Щодо динаміки обсягів страхових премій та виплат ДМС, то спостерігається зростання виплат: страхові виплати за ДМС також зростають. Це зумовлено збільшенням частоти страхових випадків, зростанням вартості медичних послуг та медикаментів. Також характерним є високий рівень збитковості: показник збитковості у медичному страхуванні є високим і становить близько 75%. Це означає, що значна частина зібраних премій повертається клієнтам у вигляді виплат. Спостерігається і концентрація ринку: ринок ДМС є висококонцентрованим. Частка учасників Національної Асоціації Страховиків України у сегменті медичного страхування становить 80%, а концентрація премій у перших 10 страховиків перевищує 71%. При цьому значним є вплив зовнішніх факторів: війна, мобілізація та міграція суттєво впливають на структуру робочої сили та корпоративні програми страхування, що, у свою чергу, формує нові підходи до ДМС у 2024-2025 роках. Загалом ринок

ДМС демонструє стійкість і зростання, підтримуване попитом на якісні медичні послуги, незважаючи на складну економічну ситуацію в країні [10].

Загалом війна істотно змінила стратегічні підходи до роботи страхових компаній. З одного боку, спостерігається зростання пропозицій програм добровільного медичного страхування, спрямованих на військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб і працівників критичної інфраструктури. З іншого — виникла потреба швидко реагувати на нові потреби клієнтів і розширювати спектр покриття, включаючи послуги з реабілітації, психологічної допомоги та телемедицини. У період повномасштабної війни добровільне медичне страхування відіграло значну роль у підтримці функціонування системи охорони здоров'я. Зростання участі страхових компаній у фінансуванні медичної допомоги свідчить не лише про розвиток страхового ринку, а й про формування нової моделі соціальної стійкості в умовах комплексної кризи.

Для комплексного розуміння поточного стану та динаміки розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні необхідно враховувати не лише номінальні, а й реальні показники, що відображають ситуацію з урахуванням інфляційних та економічних чинників. Номінальні значення демонструють збільшення обсягів у поточних цінах, проте не враховують інфляційний вплив. Застосування дефлятора дає можливість отримати більш достовірну картину змін. Зокрема, страхові премії зросли з 1,45 млрд грн до 6,52 млрд грн, а страхові виплати — з 1,03 млрд грн до 4,06 млрд грн, що у номінальному вимірі відповідає збільшенню на 449% та 396%. Однак після інфляційного коригування видно, що фактичне зростання є набагато скромнішим, а значна частина приросту зумовлена знеціненням національної валюти, а не реальним розширенням страхового ринку.

Розрахунок показників у постійних цінах дає змогу уникнути викривлень і забезпечує можливість коректного порівняння між роками, особливо в періоди високої інфляції (наприклад, 2014–2015 або 2022 роки). Для якісної оцінки використовується кумулятивна інфляція відносно базового року, що дозволяє визначити реальні значення через дефлятор. Упродовж 2014–2024 років загальний рівень цін в Україні зріс у понад 3,4 рази, тоді як реальні темпи зростання

становили 159% для страхових премій і 140% для виплат. Це дає змогу побачити, що реальний обсяг ринку добровільного медичного страхування збільшився лише у 1,5–1,6 рази, а не настільки як свідчать номінальні показники.

Попри війну та економічну нестабільність, ринок ДМС зберігає позитивну тенденцію розвитку. Зростання страхових премій випереджає збільшення виплат, що може свідчити про підвищення прибутковості сектору або зміну структури страхових продуктів. Водночас інфляційний тиск у 2022–2024 роках, спричинений воєнними подіями, суттєво знизив реальну купівельну спроможність страхових послуг. Отже, ринок добровільного медичного страхування демонструє помірне, але стабільне реальне зростання навіть у кризових умовах. Ігнорування інфляційного чинника, натомість, призводить до завищених оцінок масштабів і темпів розвитку галузі, тому врахування реальних показників є необхідним для точного стратегічного та регуляторного планування [16].



**Рис. 2.3** Динаміка номінальних та реальних страхових премій та виплат на ринку ДМС у 2014–2024 рр., млрд грн [16; 17]

Варто зазначити, що основну частину клієнтської бази добровільного медичного страхування складають корпоративні клієнти — підприємства, які оформлюють поліси для своїх працівників. Саме вони забезпечують близько 66%

усіх страхових премій у цьому сегменті. Натомість частка фізичних осіб, які укладають договори страхування самостійно, залишається порівняно низькою [12]. До початку війни структура українського ринку медичного страхування була переважно орієнтована на колективні договори з бізнесом, що становили основу більшості страхових програм ДМС.

У більшості страхових компаній пакети добровільного медичного страхування передбачають стандартний набір послуг, до якого входять амбулаторне та стаціонарне лікування, діагностика, лабораторні аналізи, виклик швидкої допомоги й забезпечення необхідними медикаментами. Такий перелік послуг є базовим стандартом і покликаний гарантувати клієнтам доступ до основних медичних потреб.

Більшість компаній, зокрема УНІКА, ІНГО, ВУСО та Універсальна, активно доповнюють свої програми спеціалізованими опціями, орієнтованими на покриття витрат у разі серйозних захворювань — онкології, інфарктів, інсультів тощо. Прикладами таких ініціатив є програми «Подаруй собі життя» (ВУСО) та «Future!» (Універсальна), які передбачають можливість лікування не лише в Україні, а й за кордоном із повним організаційним супроводом пацієнта.

Окремо розвивається корпоративний напрям — страхові компанії пропонують бізнесу індивідуальні програми для працівників, що включають не лише медичні послуги, а й психологічну підтримку, телемедицину, профілактичні огляди та навіть проведення медичних консультацій безпосередньо на території підприємств. Це демонструє зростання розуміння важливості інвестування у здоров'я персоналу як складової корпоративної соціальної відповідальності.

Суттєвою тенденцією сучасного ринку є цифровізація страхових послуг. Так, УНІКА впровадила мобільний додаток myUNIQA з можливістю онлайн-консультацій і функцією інтелектуальної перевірки симптомів. Інші компанії — VUSO та Універсальна — використовують чат-боти й месенджери для оперативного зв'язку з клієнтами, що значно підвищує зручність і швидкість обслуговування[23,24,25].

Окремим напрямом залишаються програми, орієнтовані на дітей, спортсменів та іноземців, які тимчасово перебувають в Україні. Наприклад, УНІКА та Універсальна пропонують страхування дітей від нещасних випадків під час навчання чи дозвілля, тоді як ВУСО має продукти для іноземних громадян, відповідні до українського законодавства.

Більшість компаній також включають стоматологічну допомогу в екстрених випадках, із чітко визначеними лімітами покриття. Наприклад, ІНГО передбачає компенсацію в межах 1 500–2 500 грн, що дає клієнтам можливість чітко оцінити переваги пакета. Зростає й популярність профілактичних обстежень типу СHECK-UP, які пропонує та сама компанія, що свідчить про зсув акценту від лікування до профілактики. Попри схожість пропозицій, кожен страховик прагне вирізнитися — через гнучкі тарифні плани (як-от Bronze/Silver/Gold від ARX), додаткові сервіси (медичний консьерж від ВУСО) чи сучасні цифрові рішення. Можна зазначити, що українські страхові компанії активно модернізують свої продукти, розширюючи їх у напрямі комплексних медичних рішень, які охоплюють лікування, профілактику, реабілітацію, психологічну допомогу та цифрові послуги. Такий підхід відповідає як запитам суспільства, так і світовим тенденціям розвитку медичного страхування.

Для індивідуальних страхувальників, які прагнуть застрахувати себе або членів своєї родини, поліси пропонують лише окремі страхові компанії. Це пов'язано з високими витратами на медичний асистанс та складністю контролю якості послуг у медичних закладах, що ускладнює масштабування таких програм. Орієнтація добровільного медичного страхування переважно на корпоративних клієнтів суттєво вплинула на ринок, особливо після 24 лютого 2022 року, коли багато компаній були змушені скоротити витрати на персонал.

Попри слабку розвиненість індивідуального сегмента, експерти прогнозують його поступове зростання: за оптимістичними оцінками, у 2024 році обсяг цього ринку може перевищити показники 2021 року на 10–15%, а обсяг страхових премій — на 10–12% [11]. Зростання обумовлюється поверненням працівників з-за кордону та підвищенням вартості медичних послуг і ліків (так

званою медичною інфляцією). Це, у свою чергу, призведе до подорожчання полісів ДМС, що зумовить дві можливі реакції корпоративних клієнтів: або прийняття нової цінової політики для збереження рівня медичного захисту, або перехід на дешевші програми з меншим покриттям, підвищеними франшизами та скороченим набором опцій.

Нині, перебуваючи вже на четвертому році війни, Україна демонструє суперечливу ситуацію на ринку добровільного медичного страхування. Попри видиме зростання обсягів ринку, спостерігається відтік як корпоративних, так і індивідуальних клієнтів, зниження їх платоспроможності, а також адаптація страховиків до умов окупації окремих територій та ризиків, пов'язаних із мобілізацією. Збільшення кількості травм і звернень через постійні обстріли негативно впливає на прибутковість страхових компаній, особливо у прифронтових регіонах та столиці.

Окремої уваги потребує питання впровадження програм добровільного медичного страхування для військовослужбовців. Очевидно, що запровадження таких полісів під час активних бойових дій є малореалістичним через природний конфлікт між інтересами клієнтів і страховиків: у ситуації надвисоких ризиків страхові пакети або стануть надто дорогими для споживачів, або економічно не вигідними для компаній. Водночас уже сьогодні доцільно розробляти модель ДМС, яка зможе ефективно діяти для військових у період післявоєнного відновлення країни.

Отже, в умовах воєнного стану система добровільного медичного страхування в Україні продемонструвала гнучкість і здатність пристосовуватися до нових обставин, поступово зміцнюючи свою роль у забезпеченні населення якісною медичною допомогою. Незважаючи на складну соціально-економічну ситуацію, спостерігається зростання інтересу до страхових медичних програм як з боку бізнесу, так і з боку громадян, що свідчить про усвідомлення ДМС як важливої складової фінансової та соціальної стабільності[19].

## 2.2 Проблеми та можливості запровадження системи загальнообов'язкового медичного страхування

Соціально-політична нестабільність в Україні спричинила кризові явища у сфері охорони здоров'я, що негативно позначилося на якості медичних послуг. Індекс людського розвитку (ІЛР) України у 2023–2024 роках, який узагальнює показники тривалості життя, рівня освіти та добробуту, становив 0,734. За цим показником країна займає 100-те місце серед 193 держав світу, що свідчить про відносно низький рівень людського розвитку порівняно з розвиненими країнами [28]. З огляду на це, а також у контексті демографічних, епідеміологічних і фінансових викликів, потреба в орієнтації системи охорони здоров'я на задоволення потреб громадян стає дедалі актуальнішою.

Відповідно до статті 49 Конституції України, «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [26]. Основним механізмом фінансування медицини нині є Програма медичних гарантій, яку реалізує Національна служба здоров'я України. Проте навіть ця система державних гарантій не спроможна повністю задовольнити потреби населення у якісних і доступних медичних послугах.

У статті 4 Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р. виділено клас 2 – страхування на випадок хвороби, що охоплює і медичне страхування [29]. Водночас у цьому нормативно-правовому акті відсутнє визначення самого поняття «медичне страхування». У наукових працях існують різні підходи до трактування цього терміна, проте єдиного визначення досі немає. Обов'язок страховика, згідно із законом або договором, оплачувати медичну, лікарську та профілактичну допомогу застрахованій особі за рахунок цільових фондів, сформованих із коштів підприємств, державних органів та громадян [30].

Медичне страхування має спільні риси з іншими видами страхування, проте вирізняється рядом особливостей: ризик пов'язаний безпосередньо із самою особою, а не з її майном; страхові виплати спрямовуються безпосередньо

медичним закладам, а не застрахованому; результатом страхового випадку є отримання медичної допомоги, а не грошова компенсація [32].

Залежно від державної моделі виділяють три основні типи медичного страхування: державне, приватне та змішане.

Таблиця 3.1

### Моделі медичного страхування у різних країнах світу

Тип медичного страхування	Країна (приклад)	Характеристика системи	Особливості фінансування / покриття
Державне	Японія	Універсальна система діє з 1960-х років, охоплює всіх громадян і резидентів, які проживають у країні понад три місяці.	Фінансується за рахунок держави; забезпечує повне медичне покриття населення.
	Канада, Франція, Велика Британія	Державні системи охорони здоров'я із загальним доступом до медичних послуг.	Гарантують безоплатне або частково оплачуване лікування за рахунок податків.
Приватне	США	Відсутня єдина державна система; більшість населення користується приватними страховими полісами.	Поліси часто надаються роботодавцями; для пенсіонерів і малозабезпечених діють державні програми <i>Medicare</i> і <i>Medicaid</i> .
Змішане (державно-приватне)	Австралія	Поєднання державної програми <i>Medicare</i> і приватного медичного страхування.	<i>Medicare</i> фінансується податками та покриває базові послуги; приватне страхування забезпечує доступ до приватних лікарень і додаткових сервісів.

Складено автором на основі джерела [31].

В Україні досі не прийнято жодного нормативного акту, який би детально визначав механізм реалізації обов'язкової форми медичного страхування, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення законодавчої бази [29].

Враховуючи, що система охорони здоров'я України перебуває не лише у фінансовій, а й в організаційній кризі, спричиненій нерівномірним розподілом бюджетних ресурсів та низькою якістю медичних послуг, одним із можливих шляхів її стабілізації розглядається запровадження загальнообов'язкового медичного страхування [29]. Проте реалізацію цієї ініціативи ускладнює

відсутність послідовної державної політики у сфері охорони здоров'я, що наразі перешкоджає впровадженню будь-якої з відомих моделей страхування [12].

Цю проблему підтверджують тривалі дискусії на законодавчому рівні щодо доцільності створення системи обов'язкового медичного страхування [13]. Ще у 2007 році до Верховної Ради було подано проєкт Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» № 1040, а згодом його оновлену редакцію, однак жоден із них так і не був ухвалений [33].

Нині фінансування медичної допомоги здійснюється не через систему соціального страхування, а на основі договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету [14, с. 35].

У 2020 році у законопроєкті України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування» було запропоновано запровадити нову модель фінансування, здатну забезпечити систему охорони здоров'я додатковими та стабільними ресурсами. Вона мала б установити прозорі правила та фінансові принципи для медичних закладів і гарантувати рівний доступ громадян до необхідного обсягу якісних медичних послуг.

Згідно з законопроєктом, основою фінансової системи мала стати бюджетно-страхова модель (Програма державних гарантій медичного обслуговування населення), що поєднує державні та приватні джерела фінансування. Пропонувалося, щоб програма загальнообов'язкового медичного страхування фінансувалася за рахунок позабюджетних внесків — як від працюючих, так і від непрацюючих громадян. Ці кошти мали покривати витрати на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, відшкодування вартості ліків і медичних виробів, а також медичну реабілітацію [15].

Таким чином, в Україні планувалося запровадити модель, подібну до британської, де страхова медицина фінансується з усієї суми податкових надходжень, а не лише з внесків офіційно працевлаштованих осіб [11].

Законопроєкт, розроблений у 2020 році, зазнав значних ускладнень після повномасштабного вторгнення РФ в Україну, коли значна частина ресурсів була

спрямована на оборону, що призвело до різкого погіршення забезпечення права громадян на охорону здоров'я. У умовах низького рівня добробуту населення, економічної кризи та неможливості повноцінного функціонування державної системи охорони здоров'я, перекидати весь тягар фінансування лише на обов'язкове медичне страхування вважається недоцільним. Тому додатковим джерелом фінансування повинно виступати добровільне медичне страхування.

Залежно від країни та рівня розвитку системи, добровільне медичне страхування (ДМС) може виконувати різні ролі: повністю замінювати державну систему охорони здоров'я як її альтернативу; розширювати перелік послуг або забезпечувати швидший доступ до них; або доповнювати державну систему, покриваючи додаткові витрати на послуги, що не фінансуються державою. У законопроекті «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» 2020 року ДМС розглядається як додаткове джерело позабюджетного фінансування охорони здоров'я. Добровільне страхування не замінює обов'язкове, а служить допоміжним механізмом, забезпечуючи громадянам додатковий доступ до медичних послуг. Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що оптимальна модель фінансування охорони здоров'я передбачає покриття не менше 70 % витрат за рахунок податків та внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, а решту 30 % — за рахунок приватних джерел та прямих платежів населення[34].

Варто підкреслити, що ключова відмінність між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням полягає в тому, що відносини щодо обов'язкового страхування формуються на основі закону, а всі істотні умови договору визначаються нормативно-правовими актами. Натомість добровільне страхування укладається виключно за домовленістю між страхувальником і страховиком. Оскільки законопроект «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» 2020 року не був прийнятий, а законодавчі підстави для запровадження обов'язкового медичного страхування відсутні, роль добровільного медичного страхування у системі значно посилюється.

На сьогодні добровільне медичне страхування слід розглядати як ключовий етап на шляху до запровадження загальнообов'язкової моделі. По-перше, його успішне функціонування підвищує довіру до страхових компаній, що створює основу для переходу до обов'язкового страхування. По-друге, застосування добровільного медичного страхування дозволяє знизити тиск на державне фінансування охорони здоров'я, що дає можливість спрямовувати більше ресурсів на розвиток інфраструктури майбутньої загальнообов'язкової моделі. По-третє, додаткові фінансові надходження сприяють підвищенню якості медичних послуг завдяки оновленню обладнання та підвищенню кваліфікації медичного персоналу, що є важливим елементом для успішного запровадження загальнообов'язкового страхування[39].

Кількість страхових компаній, які надають добровільне медичне страхування, щороку зменшується через низький рівень доходів населення, який обмежує можливість сплачувати страхові внески [22]. На сьогодні лише п'ять компаній пропонують такі послуги на ринку [23]. Водночас попит на добровільне медичне страхування зростає серед корпоративних клієнтів, які забезпечують своїх працівників страховими пакетами. У 2022 році 145,3 тис. юридичних осіб уклали договори страхування здоров'я персоналу, що на 22,8 % менше, ніж у попередньому році, за даними Нацбанку.

Програми корпоративного медичного страхування продовжують розширюватися: до договорів додаються нові опції та послуги, зокрема психологічна допомога, Е-медицина, страхування медичних витрат за кордоном та стоматологічні послуги [24]. Водночас умови та ціни страхового покриття для індивідуальних клієнтів і невеликих колективів суттєво різняться. Крім того, рівень медичної інфляції, який може досягати до 20 % на рік, безпосередньо впливає на вартість послуг добровільного медичного страхування [23].

Провівши аналіз сучасного стану медичного страхування в Україні, можна зробити висновок, що на його шляху існує низка перешкод і проблем, які стримують розвиток цієї сфери. Серед основних труднощів варто виділити:

- недостатній рівень обізнаності населення про можливості та переваги медичного страхування;
- відсутність ефективних механізмів контролю за використанням фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я;
- зростання безробіття, що знижує рівень доходів населення і, відповідно, їх здатність інвестувати кошти у страхування;
- неузгодженість чинної нормативно-правової бази у сфері медичного страхування;
- неготовність існуючої інфраструктури охорони здоров'я забезпечувати страхових осіб якісними послугами без обмеження доступу до невідкладної допомоги для нестрахованих громадян.

Попри наявні проблеми, потенціал розвитку медичного страхування в Україні після завершення воєнного стану залишається значним. Для його реалізації необхідно:

- розробити чітку й узгоджену нормативно-правову основу;
- забезпечити рівний доступ усіх громадян до якісної медичної допомоги незалежно від рівня доходів;
- підвищити ефективність контролю за якістю надання медичних послуг;
- популяризувати страхову культуру серед населення.

Впровадження цих заходів сприятиме створенню дієвої системи медичного страхування, яка стане важливим кроком до модернізації соціального забезпечення та підвищення ефективності його управління в Україні[11].

Отже, для формування основ обов'язкової моделі медичного страхування в Україні нині ключовим є створення законодавчих засад для розвитку системи добровільного медичного страхування. Слід розпочати з тісної співпраці зі страховими компаніями для визначення переліку медичних послуг та лікарських засобів, які покриватимуться за рахунок страхових коштів, а також для формування консолідованого пакету оцінки ризиків. Сучасний ринок медичного страхування потребує чіткішої законодавчої бази та ефективних механізмів контролю за якістю наданих послуг. Крім того, зменшення кількості компаній, що

надають послуги, зумовлене тим, що з липня 2020 року регулятором ринку страхування став Національний банк України, який вивів частину страховиків через непрозору структуру власності, несвоєчасне подання або відсутність звітності, порушення нормативів та скарги клієнтів. Для активізації ринку необхідно врегулювати суперечливі питання на законодавчому рівні та створити державний орган, відповідальний за нагляд і контроль у сфері медичного страхування [35].

Обов'язкове медичне страхування в Україні перебуває лише на стадії формування. Попри тривале обговорення цієї ідеї на державному рівні, досі не створено необхідної нормативно-правової бази для її повноцінного впровадження. Система охорони здоров'я продовжує функціонувати переважно за рахунок бюджетного фінансування, що не забезпечує належного рівня доступності та якості медичних послуг. У цих умовах зростає значення добровільного медичного страхування, яке, хоча й не може повністю замінити державну модель, виконує важливу допоміжну функцію — сприяє залученню додаткових коштів у медичну сферу, розширенню спектра послуг і підвищенню їхньої якості.

Водночас розвиток добровільного страхування залишається обмеженим через високу вартість полісів, низьку купівельну спроможність населення та недостатній рівень довіри до страхових компаній. Однак саме ефективне функціонування добровільного медичного страхування може стати основою для поступового переходу до загальнообов'язкової моделі, адже воно формує довіру громадян до страхових механізмів, зменшує навантаження на державний бюджет і стимулює медичні заклади до підвищення стандартів обслуговування.

Подальший розвиток цього сегмента потребує удосконалення державного регулювання, розширення доступних тарифних програм та підвищення прозорості діяльності страховиків. Важливо також забезпечувати інформаційну підтримку населення, щоб підвищити розуміння переваг страхового захисту та сформувати позитивне ставлення до страхових інструментів. У сукупності ці заходи сприятимуть зміцненню ринку медичного страхування та створенню більш ефективної моделі фінансування охорони здоров'я.

### **РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Розвиток медичного страхування в Україні супроводжується низкою серйозних проблем, що знижують його ефективність і доступність для населення. Однією з ключових перепон є низький рівень довіри громадян до страхових механізмів, що сформувався через відсутність належної інформованості, негативний досвід взаємодії зі страховими компаніями та загальне упередження до страхових продуктів у сфері охорони здоров'я. Багато людей вважають, що страхування не виправдовує своїх витрат, а через низький рівень доходів не можуть дозволити собі платні медичні послуги. За таких умов держава не має змоги повністю забезпечити громадян безоплатним лікуванням, тому запровадження обов'язкового медичного страхування розглядається як необхідний крок для покращення ситуації[36].

Серйозною проблемою залишається недостатня інформованість населення щодо сутності медичного страхування, його переваг і механізмів дії. Багато людей не знають, як правильно обрати страхову компанію чи які умови мають бути прописані у договорі. Відсутність доступної, зрозумілої інформації ускладнює ухвалення свідомих рішень та обмежує розвиток цього ринку, залишаючи населення фінансово незахищеним у разі захворювання[37].

Крім того, держава не має ефективної інформаційної політики у сфері медичного страхування. Це сприяє поширенню неформальних методів лікування й утримує населення в межах застарілої системи охорони здоров'я, де страхування не сприймається як необхідність. Відсутність планування медичних витрат призводить до спонтанних рішень та хаотичного доступу до медичних послуг.

Не менш важливою є проблема якості страхових послуг. Більшість компаній пропонують стандартні пакети без урахування індивідуальних потреб клієнтів.

Такий підхід посилює недовіру до системи й знижує конкурентоспроможність страхового ринку.

Ще одним стримуючим фактором є недостатнє впровадження інноваційних технологій. Відсутність цифрових інструментів, автоматизованих систем і електронного документообігу ускладнює роботу страхових компаній та уповільнює обробку звернень. Водночас цифровізація могла б значно підвищити ефективність процесів, зменшити кількість помилок і скоротити час реагування на страхові випадки.

Додаткову складність створює технічна відсталість медичних закладів і нестача підготовленого персоналу, який уміє працювати з електронними системами. Це негативно впливає на якість та оперативність медичних послуг, наданих у межах страхових програм, і гальмує модернізацію всієї системи медичного страхування в Україні.

Ще однією суттєвою проблемою функціонування системи медичного страхування в Україні є нестача доступної та прозорої інформації про зміст страхових пакетів. Більшість споживачів не мають повного уявлення про умови договорів, що часто призводить до непорозумінь і невдоволення під час отримання медичних послуг. Нечіткі формулювання у страхових договорах і брак прозорості у політиці компаній ускладнюють розуміння прав і обов'язків клієнтів, через що виникають конфлікти між пацієнтами та страховиками.

Не менш проблемним аспектом є висока бюрократія і адміністративне навантаження у процесі оформлення страхових полісів. Отримання компенсацій часто супроводжується значними часовими та фінансовими витратами, численними перевітками й потребою у великій кількості документів. Пацієнтам доводиться проходити складні процедури для підтвердження свого права на виплати, тоді як страхові компанії нерідко затримують розгляд заяв через складність внутрішніх процесів та обсяг документації.

Крім того, система позбавлена ефективного механізму незалежного контролю та оцінки якості медичних послуг, що надаються в межах страхових

програм. Відсутність єдиних стандартів, критеріїв оцінки та регулярного моніторингу створює умови, у яких пацієнти не можуть бути впевнені у якості наданої допомоги. Недостатній державний або незалежний аудит сприяє поширенню недобросовісних практик серед страхових компаній.

Ситуацію ускладнюють і кадрові проблеми. На ринку не вистачає кваліфікованих фахівців у сфері медичного страхування, а рівень професійної підготовки працівників залишається низьким. До цього додається невисока заробітна плата, що призводить до значної плинності кадрів і втрати досвідчених спеціалістів, що негативно впливає на стабільність роботи галузі.

Ще одним важливим викликом є нерівномірність доступу до страхових і медичних послуг між різними регіонами. Якщо у великих містах страхові компанії активно працюють, то у сільській місцевості ринок практично відсутній. Це створює регіональну соціальну нерівність, оскільки мешканці сіл часто не мають доступу ні до страхових послуг, ні до належної медичної інфраструктури.

Також актуальною залишається проблема обмеженого обсягу страхового покриття. У більшості випадків програми добровільного медичного страхування охоплюють лише базові послуги, не включаючи високотехнологічне або спеціалізоване лікування. Наприклад, витрати на сучасну діагностику, лікування рідкісних хвороб чи інноваційні медичні методики зазвичай не компенсуються страховими полісами, що змушує пацієнтів оплачувати такі послуги власним коштом.

Додатково слід звернути увагу на неефективність системи страхових виплат, яка залишається однією з головних проблем ринку. Часті випадки безпідставних відмов у компенсаціях, заплутані умови договорів та занадто низькі розміри відшкодувань формують недовіру громадян до страхових компаній. У багатьох випадках пацієнтам доводиться не лише підтверджувати сам факт страхового випадку, а й доводити своє право на отримання виплат, що створює додаткові фінансові та емоційні труднощі.

Не менш серйозною проблемою є відсутність прозорості тарифної політики. Часто страхові компанії встановлюють ціни, які не відповідають фактичним

витратам на лікування. Це призводить до фінансових дисбалансів, затримок у здійсненні виплат, а також негативно позначається на якості медичних послуг. У результаті страждають як пацієнти, так і самі медичні заклади, яким бракує стабільного фінансування.

Складнощі спостерігаються і у взаємодії між державним та приватним секторами. Відсутність узгоджених підходів, дублювання функцій і різниця у пріоритетах створюють бар'єри для побудови єдиної ефективної системи медичного страхування. Розрізнені стратегії розвитку та відсутність координації між органами управління призводять до неефективності використання ресурсів і зниження якості обслуговування.

Окрему увагу слід приділити питанню доступності медичного страхування для всіх соціальних груп. Значна частина населення, особливо мешканці сільських територій і малозабезпечені громадяни, не мають змоги оформити добровільне страхування через його високу вартість. Водночас державне страхування не покриває усіх потреб, що поглиблює соціальну нерівність і залишає частину населення без належного медичного захисту.

Крім того, в Україні й досі не функціонує комплексна державна програма медичного страхування, яка б гарантувала рівний доступ до медичних послуг незалежно від доходу чи місця проживання. Запровадження такої програми могло б стати основою для побудови справедливої та сталої системи охорони здоров'я, однак її відсутність сприяє подальшому розриву між різними верствами населення та нерівності в отриманні медичної допомоги. Брак єдиної національної системи страхового забезпечення ускладнює створення ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, адже ресурси розподіляються нерівномірно, а доступ до якісного лікування залишається значною мірою залежним від фінансових можливостей громадян. У таких умовах окремі групи населення — літні люди, хронічні хворі, мешканці віддалених населених пунктів — опиняються у найбільш вразливому становищі. До того ж, відсутність державної системи, яка б інтегрувала всі елементи медичного страхування, не дозволяє забезпечити належний контроль за якістю послуг, прозорістю фінансових потоків

та захистом прав пацієнтів. Це не лише гальмує розвиток сфери страхування, а й послаблює загальну стійкість системи охорони здоров'я, особливо в умовах воєнних дій та економічної нестабільності[37].

Загалом найбільш суттєві проблеми, з якими стикається українське медичне страхування можна зобразити на рисунку 3.1



**Рис. 3.1. Суттєві проблеми, які постають перед медичним страхуванням в Україні [38]**

У підсумку можна зазначити, що система медичного страхування в Україні все ще формується й зіштовхується з багатьма організаційними, структурними та соціальними проблемами. Тільки завдяки послідовним і продуманим реформам стане можливим зміцнення довіри населення, забезпечення справедливого

доступу до медичних послуг і створення умов для стабільного розвитку страхового сектора.

Аналіз міжнародної практики у сфері медичного страхування дозволяє сформулювати низку цінних висновків, що можуть стати основою для модернізації та вдосконалення української системи охорони здоров'я. У таблиці 3.2 подано ключові напрями, за якими вітчизняний ринок медичного страхування може бути наближений до моделей, що діють у країнах ЄС та інших державах.

<b>Нестача фінансових ресурсів</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Розширення участі приватного сектора та збільшення державних витрат на медицину, подібно до моделей Франції та Канади.</li> </ul>
<b>Обмежений доступ населення до медичних послуг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Упровадження системи загальнообов'язкового медичного страхування за прикладом Німеччини або Японії.</li> </ul>
<b>Недостатній рівень якості медичних послуг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Запровадження єдиних стандартів обслуговування та посилення контролю якості, що ефективно працює у Німеччині, Японії та Швеції.</li> </ul>
<b>Нерівність у забезпеченні страховим покриттям</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Розроблення програм підтримки для жителів сільських територій та малозабезпечених груп, як це практикується в Австралії й Швеції.</li> </ul>
<b>Слабка участь роботодавців і бізнесу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Створення механізмів стимулювання компаній до фінансування страхування працівників, орієнтуючись на японську модель.</li> </ul>
<b>Низька популярність добровільного страхування</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Розвиток додаткових приватних страхових пакетів для охочих підвищити рівень медичного забезпечення, як у Франції.</li> </ul>

**Рис. 3.2. Ключові проблеми та напрями використання міжнародного досвіду для розвитку медичного страхування в Україні [40]**

З огляду на міжнародний досвід можна стверджувати, що розвиток системи медичного страхування в Україні потребує поєднання державних та приватних

джерел фінансування, а також формування дієвого механізму контролю за якістю медичної допомоги. Використання перевірених світових моделей, адаптованих до національних умов, сприятиме розширенню доступу населення до медичних послуг і підвищенню рівня медичного забезпечення.

Ключовими напрямками є модернізація законодавства, збільшення бюджетних вкладень у сферу охорони здоров'я та створення сприятливих умов для активнішого залучення приватного капіталу в медичну галузь.

Медичне страхування в Україні потребує суттєвого оновлення, оскільки нинішня система стикається з низкою фінансових, організаційних і соціальних проблем. Серед головних викликів — недостатність бюджетних ресурсів, нерівномірний доступ населення до медичних послуг, значне навантаження на заклади охорони здоров'я та низький рівень довіри громадян до механізмів фінансування медицини.

Сьогодні модель українського медичного страхування функціонує за принципом державного солідарного фінансування: основні витрати покриваються коштом державного бюджету, а адміністрування здійснюється Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Вона забезпечує гарантований пакет медичних послуг, включаючи безоплатну первинну допомогу, частину спеціалізованих послуг, а також роботу електронної системи направлень і цифрового обліку. Проте така модель має низку системних обмежень, що знижують її результативність.

Найгострішою проблемою є нестача фінансових ресурсів. Потреби медичної системи значно перевищують обсяг коштів, передбачених у держбюджеті, що призводить до хронічного дефіциту фінансування медичних закладів, браку персоналу, низької якості послуг, зношеної матеріально-технічної бази та відсутності стимулів до покращення медичного сервісу. Додатково існує суттєвий розрив у доступності медичної допомоги між різними регіонами: у сільській місцевості часто бракує фахівців, амбулаторій та сучасного обладнання, а пацієнти вимушені долати значні відстані.

У контексті таких викликів постає потреба переходу до змішаної моделі медичного страхування, де державні гарантії поєднуються з можливостями добровільного чи частково обов'язкового страхування. Подібні підходи ефективно працюють у Німеччині, Франції, Японії та Нідерландах, де держава гарантує базовий пакет послуг, а додаткове покриття забезпечує приватний сектор або роботодавці. Зокрема, в Японії діє система обов'язкового соціального страхування, до якої залучені працівники, роботодавці та держава — остання бере на себе покриття витрат найбільш вразливих груп населення[40].

Для України актуальним є запровадження механізму обов'язкового медичного страхування для працюючих громадян із розподілом внесків між роботодавцем і працівником. Наприклад, кожна сторона може сплачувати по 2–3% від доходу, що забезпечить додаткову стабільну фінансову базу для страхових фондів і зменшить залежність сектору охорони здоров'я від бюджетних коливань. При цьому соціально незахищені категорії повинні отримувати покриття за рахунок держави.

Значний потенціал має також розвиток приватного страхування. За наявності чіткого державного регулювання воно може підвищити якість медичних послуг, сприяти конкуренції й зменшити корупційні ризики. Потрібно запровадити прозорі правила тарифоутворення, стандартизувати процедури ліцензування, та створити незалежний орган, що здійснюватиме нагляд за діяльністю страхових компаній. Важливо також забезпечити інтеграцію всіх учасників ринку у спільну цифрову систему обліку.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні поки що охоплює лише обмежене коло працівників великих підприємств і залишається малодоступним через високу вартість полісів. Щоб розширити його, держава може стимулювати роботодавців включати страхування до соціальних пакетів, запровадивши податкові пільги та інші фінансові стимули.

Окремого вирішення потребує проблема обмеженого переліку послуг у рамках гарантованого пакета. Наразі недостатньо фінансуються стоматологія (окрім невідкладних випадків), профілактика хронічних захворювань, медична

реабілітація та паліативна допомога. Інтеграція цих послуг у страхові програми допоможе зменшити витрати на лікування ускладнень і покращити якість життя пацієнтів. Наприклад, профілактика серцево-судинних захворювань більш економна, ніж лікування їх тяжких наслідків[41].

Важливо також підвищувати обізнаність населення щодо роботи системи медичного страхування. Багато громадян не знають, які послуги їм гарантовані, як оформити страховий поліс, яким чином оскаржити відмову чи скористатися добровільним страхуванням. Для цього потрібні широкі інформаційні кампанії, навчальні заходи в освітніх закладах та на підприємствах, а також створення єдиної онлайн-платформи, де буде зібрана актуальна інформація про послуги, права пацієнтів і можливість подачі звернень.

Повноцінне функціонування системи медичного страхування можливе лише за умови наявності чіткої та сучасної законодавчої бази, яка гарантуватиме прозорість процесів, юридичний захист громадян і відповідальність усіх учасників ринку.

Доцільним кроком також є створення незалежного регулятора — за аналогією з німецьким Bundesamt für Soziale Sicherung чи британським NHS England. Така установа могла б здійснювати регулярний аудит страхових фондів, контролювати якість медичних послуг та публічно оприлюднювати результати своєї діяльності.

Підсумовуючи, ефективна модель медичного страхування повинна відповідати трьом ключовим принципам: забезпечення доступності послуг, підтримання високої якості медичної допомоги та гарантування фінансової стабільності системи. Реалізація такої моделі можлива лише за умови комплексних реформ, що охоплюють зміну механізмів фінансування, інтеграцію державного і приватного секторів, цифровізацію процесів, прозорість управління та активну участь населення.

Запровадження модернізованої системи медичного страхування сприятиме не лише рівному доступу до медичної допомоги, а й підвищенню тривалості життя, зменшенню рівня захворюваності, скороченню неофіційних платежів і

зміцненню людського капіталу, що є фундаментом сталого соціально-економічного розвитку країни[41].

## ВИСНОВКИ

У процесі проведення дослідження було окреслено ключові напрями розвитку та функціонування системи добровільного медичного страхування в Україні. Аналіз теоретичних засад показав, що добровільне медичне страхування є важливим елементом системи охорони здоров'я, оскільки воно сприяє розширенню доступу громадян до медичних послуг та зменшує фінансовий тиск на державні ресурси. Основою цього механізму є формування фонду, з якого відшкодовуються витрати на медичну допомогу у разі хвороби або нещасного випадку. Дія системи ґрунтується на взаємодії між страховими компаніями, органами державної влади та пацієнтами, що дозволяє раціонально розподіляти доступні ресурси.

Оцінка сучасного стану медичного страхування в Україні виявила низку суттєвих проблем, серед яких — низький рівень охоплення населення страховими програмами, недосконалість правового регулювання та нестабільність фінансування. Водночас спостерігаються й позитивні тенденції, пов'язані з активізацією приватного сектору, який поступово розширює спектр послуг і покращує якість клієнтського обслуговування.

Дослідження динаміки розвитку ринку засвідчує поступове зростання інтересу до добровільного медичного страхування як з боку громадян, так і бізнес-сектору. Підвищення обсягів страхових премій, кількості укладених договорів і здійснених виплат свідчить про зміцнення довіри до цього інституту. Водночас високий рівень збитковості вимагає вдосконалення системи управління ризиками та підвищення ефективності діяльності страхових компаній. Ринок перебуває у фазі структурних змін: зростає значення страхових брокерів, а попит

на індивідуальні страхові продукти та профілактичні програми, стабільно збільшується.

Вивчення міжнародного досвіду показує, що країни з розвиненими системами медичного страхування успішно поєднують державне та приватне фінансування, що дозволяє забезпечити універсальний доступ до медичних послуг і підвищити якість обслуговування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Японія та Нідерланди, державне фінансування покриває базові медичні потреби населення, тоді як приватні страхові внески або добровільне медичне страхування дають можливість отримати додаткові послуги, скоротити черги та забезпечити індивідуалізоване обслуговування. Для України це означає необхідність розвитку змішаної моделі медичного страхування, що поєднує державне фінансування з обов'язковим та добровільним страхуванням через приватні компанії.

Добровільне медичне страхування є ключовим інструментом забезпечення фінансової захищеності населення та підвищення доступу до якісних медичних послуг. Його суть полягає в тому, що учасники самостійно укладають угоду зі страховою компанією, сплачують страхові внески та отримують покриття медичних витрат і лікування відповідно до умов договору.

Сьогодні існує широкий спектр видів добровільного медичного страхування, які можуть задовольнити різні потреби та запити страхувальників. Ці види ґрунтуються на принципах, що визначають їх функціонування, і знання цих принципів є необхідним для розробки ефективних програм, які сприяють підвищенню доступності медичних послуг і забезпеченню фінансової безпеки учасників системи.

Для стабільного та ефективного функціонування добровільного страхування важливе державне регулювання. Воно дозволяє контролювати якість наданих послуг, захищати права та інтереси страхувальників, встановлювати тарифи та забезпечувати рівні умови конкуренції на ринку страхування. Законодавча база, що включає нормативні акти та положення про організацію і діяльність страхової

сфери, формує правові рамки для регулювання відносин між страховиками, страхувальниками та державними органами.

Добровільне медичне страхування виконує кілька ключових функцій у сучасних умовах:

- Розширення доступу до послуг – воно дозволяє отримати медичну допомогу, що не входить до гарантованого державного пакета, включаючи сучасну діагностику, лікування хронічних і рідкісних захворювань, стоматологічні послуги та психологічну підтримку.
- Покращення якості обслуговування – завдяки страхуванню медичні заклади отримують фінансування на сучасне обладнання, навчання персоналу та впровадження інноваційних технологій, зокрема телемедицини та електронних систем управління пацієнтами.
- Зменшення навантаження на державну систему – добровільне страхування дозволяє частково перенести витрати з бюджету на приватні ресурси, що робить державну систему більш стабільною та ефективною.
- Формування культури страхування та довіри до системи – активне використання добровільного страхування допомагає громадянам зрозуміти принципи роботи страхових компаній, підвищує фінансову грамотність і стимулює до свідомого планування власного здоров'я.
- Стимулювання розвитку корпоративного страхування – компанії можуть пропонувати своїм працівникам медичні пакети як частину соціальних програм, що підвищує продуктивність і лояльність персоналу, а також створює додаткову фінансову базу для страхових фондів.

Для України важливо не лише розширити сферу добровільного страхування, але й інтегрувати його у загальну систему медичного страхування, встановивши прозорі правила, чіткі стандарти ліцензування страхових компаній і незалежний контроль за їх діяльністю. Державні органи повинні забезпечити ефективну координацію, щоб уникнути дублювання функцій, недобросовісних практик та тіньових платежів.

Крім того, стратегічно важливим є розвиток нормативно-правової бази, яка регулює як обов'язкове, так і добровільне страхування, а також стимулює приватні інвестиції у сферу охорони здоров'я. Це включає створення механізмів субсидування малозабезпечених громадян, забезпечення доступності страхових продуктів у віддалених регіонах, запровадження цифрових сервісів для оформлення полісів, подачі заяв на компенсації та контролю за якістю послуг.

Застосування комбінованої моделі, що поєднує державне базове фінансування, обов'язкове страхування для економічно активного населення та добровільне страхування для розширеного пакета послуг, дозволить забезпечити:

- Рівний доступ до медичної допомоги для всіх категорій населення;
- Підвищення якості медичних послуг завдяки конкуренції та залученню інвестицій;
- Фінансову стабільність системи охорони здоров'я, зменшення дефіциту бюджетних коштів і тіньових платежів;
- Зростання довіри громадян до медичного страхування і страхових компаній;
- Системний розвиток цифрових сервісів та впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні має значний потенціал розвитку завдяки наявності широкої аудиторії потенційних споживачів страхових послуг. Незважаючи на певні проблеми, цей сектор демонструє перспективи зростання. Дослідження свідчать про підвищення зацікавленості населення у додатковому медичному страхуванні, а також про збільшення кількості компаній, що пропонують такі послуги. Крім того, відбувається поступове вдосконалення нормативно-правової бази та створення пільгових умов для розвитку страхового ринку, що відкриває додаткові можливості для розвитку добровільного медичного страхування[42].

Для активізації розвитку ринку важливо стимулювати конкуренцію шляхом залучення нових страхових компаній, спрощення процедур оформлення полісів та впровадження інноваційних страхових продуктів. Це сприятиме зниженню вартості послуг та розширенню вибору для клієнтів.

Таким чином, добровільне медичне страхування в Україні може стати ефективним інструментом покращення доступності та якості медичної допомоги. Для реалізації цього потенціалу необхідно підвищити обізнаність населення, забезпечити здорову конкуренцію на ринку та створити сприятливі умови для діяльності страхових компаній. Лише за таких умов добровільне медичне страхування зможе стати доступним та надійним механізмом захисту здоров'я українців.

### Список використаних джерел

1. Михайловська Н. С., Романчук О. В. Дослідження принципів медичного страхування в Україні та світі. Науковий вісник Ужгородського університету. 2020; № 2 (1). С. 45-50.
2. Статистика страхового ринку України. Інтернет-журнал «Форіншурер». 2024. URL: <https://forinsurer.com/>
3. Белова О.О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні / О.О. Белова // Молодий вчений. – 2023. – №12 (124). – С. 157-162.
4. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування/ О.О. Вороніна // Вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. – 2025. – №8. – С. 733-737.
5. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах / Н.Я. Климук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 1 (87). – С. 55-60.
6. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. на здобуття ступеня к.е.н.; спец. 08.04.01 - фінанси, грошовий обіг і кредит / Н. Г. Нагайчук. – К. : ІЕП НАН України, 2021. – 20с.
7. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у загальній системі страхування: правовий вимір / В. Ю. Стеценко // Науковий часопис

Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 18, 2020. – Вип. 32. – С. 119-125.

8. Терещенко Т. Є. Страхування (у схемах, таблицях, коментарях): навч. посібник / Т.Є.Терещенко, Л.О. Заволока, О.Б. Пономарьова. – Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2020. – 221 с.
9. Страховий ринок України за 9 місяців 2025: Insurance TOP підвів підсумки та назвав лідерів. URL: <https://forinsurer.com/news/25/11/14/45283>
10. Огляд страхового ринку України I квартал. URL: <https://nasu.com.ua/en/brief-overview-of-ukranian-insurance-market-1q-2025/>
11. Галицький економічний вісник, № 6 (85) 2023 [https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk\\_tntu2023.06](https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2023.06)
12. Страхування в системі охорони здоров'я: теорія та практика / І.І. Петренко. — К., 2020.
13. Проблеми розвитку добровільного медичного страхуванні в Україні. URL: <http://forum.mnau.edu.ua>
14. Коцюрубенко О. М. Розвиток медичного страхування в Україні. Вісник соціально-економічних досліджень.2020. № 35. С. 217–222.
15. Електронний ресурс: Закон України «Про добровільне медичне страхування» URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A?an=3>
16. Базовий індекс інфляції в Україні 2025. *Мінфін*: веб-сайт. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/index/inflation/basic>
17. Рейтинг страхових компаній України. *Форіншурер*: веб-сайт. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/14/12/45>
18. Пшеничний П. Як український бізнес допомагає відновленню ринку ДМС. *DELO*: веб-сайт. URL: <https://delo.ua/insurance/zdorovya-znovu-v-trendi-yak-ukrayinskii-biznes-dopomagaje-vidnovlenniyu-rinkudms-429453>
19. Ерастов В. І. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в сучасних умовах. Ефективна економіка. 2023. № 4. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek\\_2023\\_4\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2023_4_38)

20. Белова О.О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні / О.О. Белова // Молодий вчений. – 2023. – №12 (124). – С. 157-162.
21. Огляд страхового ринку України І квартал 2025. URL: <https://nasu.com.ua/oglyad-strahovogo-rynku-ukrayiny-za-i-kvartal-2025-roku/>
22. Страхування життя та здоров'я під час війни: що пропонують українцям. Економічна правда. 2023. URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2023/07/6/701956/>
23. UNIQA презентувала новий застосунок myUNIQA Ukraine для клієнтів. URL: <https://minfin.com.ua/ua/2024/10/14/137753308>
24. Страхова компанія VUSO. Цифрові сервіси та чат-боти для клієнтів. URL: <https://vuso.ua>
25. Forinsurer. Аналітичні матеріали щодо цифровізації страхового ринку України. URL: <https://forinsurer.com>
26. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Верховна Рада України. Законодавство України. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр#Text>
27. Про Державний бюджет України на 2025 рік. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4059-20#Text>
28. Human Development Report 2023–24. URL: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
29. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 № 1909-ІХ. Верховна Рада України. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text>
30. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління. 2023. № 10. С. 53–61. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01>.
31. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник

Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2023. № 1–2. С. 43–52. DOI: <https://doi.org/10.33287/11206>

32. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Вчені записки Університету «КРОК». 2023. Вип. 49. С. 81–92.

33. Проект Закону України «Про обов'язкове медичне страхування» № 2347-20, 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20>

34. Юрченко О. Медичне страхування як інструмент забезпечення демографічної безпеки країни / О. Юрченко, О. Свирида, С. Ковальчук // Цифрова економіка та економічна безпека. – 2022. – № 2(02). – С.142-147

35. Офіційний сайт Національного банку України. URL : <https://bank.gov.ua>

36. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2021. №1(25). С.151–158.

37. Михайлюк М. В., Роман Т.Я., Танчак Я.А. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. Галицький економічний вісник. Т. : ТНТУ, 2021. Том 70. № 3. С. 79–88.

38. Шишкін В. С. Оцінка доступності медичних послуг як складової якості життя населення. Економіка та суспільство. 2024. №66. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-135>

39. Страхові компанії в умовах війни: динаміка ринку добровільного медичного страхування. URL: <https://forinsurer.com/news/25/01/10/44550>

40. Суханова А. Зарубіжний досвід соціального страхування та застосування його для України. Наукове забезпечення технологічного прогресу ххі сторіччя. 2020. URL: <https://doi.org/10.36074/01.05.2020.v1.07>

41. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2021. Вип. 27. С. 93–97

42. Соловей С. Систематизація проблем запровадження медичного страхування в Україні. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2023. Вип. 6. С. 151–160.