

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Факультет _____
Кафедра _____

ТИМКІВ Ірина

**МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

спеціальність _____
освітньо-професійна (наукова) програма

кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконала студентка

групи _____

Тимків Ірина

підпис

Науковий керівник:

к.е.н., доцент

Гузела І. А.

підпис

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«_____» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Підпис

Тернопіль – 2024

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	7
1.1. Сутність та роль медичного страхування в Україні.....	7
1.2. Етапи розвитку медичного страхування в Україні.....	13
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	17
2.1. Характеристика функціонування ринку медичного страхування в Україні.....	17
2.2. Аналіз діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування...	23
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	28
3.1. Міжнародний досвід як орієнтир для реформування медичного страхування в Україні.....	28
3.2. Пропозиції щодо вдосконалення медичного страхування в Україні.....	31
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39
ДОДАТКИ.....	43

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВВП – Валовий внутрішній продукт

ДМС – Добровільне медичне страхування

ІТ – Інформаційні технології

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НБУ – Національний Банк України

НСЗУ - Національна служба здоров'я України

ОМС - Обов'язкове медичне страхування

ВСТУП

Система охорони здоров'я є одним із найважливіших компонентів соціальної сфери будь-якої держави, що безпосередньо впливає на якість життя населення, демографічну ситуацію та економічний потенціал країни. В умовах трансформації економіки України та реформування галузі охорони здоров'я особливої актуальності набуває розвиток медичного страхування як ефективного механізму фінансування медичних послуг. Досвід розвинених країн світу демонструє, що медичне страхування є дієвим інструментом соціального захисту населення та забезпечення доступної якісної медичної допомоги. В Україні, незважаючи на певні позитивні зрушення у сфері медичного страхування, існує низка проблем, які потребують системного вирішення та наукового обґрунтування перспективних напрямів розвитку.

Актуальність дослідження обумовлена тим, що медичне страхування є важливим елементом системи соціального захисту населення та потребує суттєвого реформування в Україні. В умовах обмеженого бюджетного фінансування охорони здоров'я, зростання вартості медичних послуг та ліків, а також підвищення попиту населення на якісну медичну допомогу, розвиток ефективної системи медичного страхування стає критично важливим завданням. Ці проблеми вказують на необхідність впровадження ефективної моделі медичного страхування, яка зможе забезпечити сталий розвиток медичних послуг. Вивчення механізмів медичного страхування та розробка стратегій його вдосконалення є актуальним напрямом, що сприяє підвищенню якості медичної допомоги та рівня соціальної захищеності населення.

Аналіз наукових публікацій свідчить про значний інтерес українських науковців до проблематики медичного страхування. Теоретичні та практичні аспекти розвитку медичного страхування досліджували такі вчені, як В.Д. Базилевич, Т.В. Яворська, Т.І. Стецюк, О.В. Кнейслер, В.М. Фурман, С.О. Кропельницька, О.О. Шевченко, Н.В. Приказюк, В.І. Борисова та інші. Проте, незважаючи на значний науковий доробок, питання розвитку системи медичного

страхування в Україні потребують подальшого дослідження з урахуванням сучасних викликів, проблем та перспектив розвитку.

Об'єктом дослідження - система медичного страхування в Україні.

Предметом дослідження є проблеми функціонування медичного страхування в Україні.

Мета дослідження дослідити сучасний стан медичного страхування в Україні, визначити основні проблеми його функціонування та розробити пропозиції для подальшого розвитку системи.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Дослідити сутність та роль медичного страхування в Україні;
2. Проаналізувати етапи розвитку медичного страхування в Україні;
3. Охарактеризувати сучасний стан функціонування ринку медичного страхування;
4. Провести аналіз діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування;
5. Вивчити міжнародний досвід організації медичного страхування;
6. Розробити пропозиції щодо вдосконалення системи медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів дослідження: системний підхід та метод наукової абстракції – для дослідження сутності та ролі медичного страхування; історичний метод – для аналізу етапів розвитку медичного страхування; статистичний аналіз – для оцінки сучасного стану ринку медичного страхування; порівняльний аналіз – для вивчення міжнародного досвіду; економіко-математичні методи – для аналізу діяльності страхових компаній; метод експертних оцінок – для розробки пропозицій щодо вдосконалення системи медичного страхування.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання розроблених рекомендацій органами державної влади при формуванні політики у сфері медичного страхування, страховими компаніями

33 для удосконалення страхових продуктів, а також закладами охорони здоров'я для підвищення ефективності надання медичних послуг.

4 **Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг роботи становить 47 сторінок, основний матеріал викладений на 38 сторінках. Робота містить 24 таблиці, 6 рисунків, список використаних джерел із 48 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність та роль медичного страхування в Україні

У сучасному світі охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів соціальної політики кожної розвиненої держави. Забезпечення доступу громадян до якісної медичної допомоги стає все більш актуальним питанням, особливо в умовах зростання вартості медичних послуг та обмеженості державного фінансування галузі охорони здоров'я. В цьому контексті медичне страхування виступає ефективним механізмом організації та фінансування медичної допомоги, що дозволяє розподілити ризики та забезпечити соціальний захист населення.

Охорона здоров'я населення належить до основоположних соціальних прав людини, що визнані міжнародною спільнотою. Це право знайшло своє відображення у базових міжнародних документах: Всезагальній декларації прав людини (ст. 25) та Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права (ст. 12). У сучасних умовах саме медичне страхування стає ефективним інструментом забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, створюючи надійну систему фінансування медичної допомоги. Відповідно до міжнародних стандартів та національного законодавства, держава зобов'язана забезпечувати доступ громадян до якісних медичних послуг. Конституція України гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, що відповідає загальновизнаним принципам міжнародного права у сфері охорони здоров'я [1, с. 141].

Для глибшого розуміння сутності медичного страхування доцільно розглянути різні теоретичні підходи до трактування цього поняття (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Теоретичні підходи до сутності поняття "Медичне страхування"

Автор	Визначення поняття "Медичне страхування"
Базилевич В.Д.	Форма соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я, що виражається у гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених страховиком коштів

Внукова Н.М.	Система економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних з втратою здоров'я
Третяк Д.Д.	Механізм компенсації громадянам витрат на медичне обслуговування та інструмент фінансування системи охорони здоров'я
Михайловська Н.С.	Особлива організаційна форма страхової діяльності, яка забезпечує страховий захист застрахованих осіб від ризику витрат на надання медичної допомоги
Нагайчук Н.Г.	Вид особистого страхування, який гарантує отримання медичної допомоги при настанні страхового випадку за рахунок акумульованих коштів
Маргасова В.Г.	Система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини, яка передбачає обов'язкове та добровільне страхування
Баранник Л.Б.	Форма соціально-економічних відносин, що забезпечує додаткові можливості щодо охорони здоров'я та отримання необхідної медичної допомоги
Журавка О.С.	Комплекс страхових послуг, пов'язаних із компенсацією витрат на медичне обслуговування та лікування при настанні страхового випадку
Климук Н.Я.	Система відносин між страховиком та страхувальником, спрямована на забезпечення страхового захисту майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на одержання медичної допомоги

Джерело: систематизовано автором на основі праць В.Д. Базилевича [1; 9; 14; 30],

Аналізуючи наведені визначення, можна зробити висновок, що об'єднуючою ознакою всіх трактувань є розуміння медичного страхування як системи економічних та правових відносин, спрямованих на забезпечення страхового захисту у сфері охорони здоров'я через механізм формування та використання страхових фондів. Ґрунтуючись на аналізі наукових праць у зазначеній сфері, медичне страхування варто розглядати: по-перше, як систему економічних відносин між учасниками страхового процесу; по-друге, як механізм компенсації витрат на медичне обслуговування; по-третє, як форму соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я.

Основною метою медичного страхування є забезпечення громадян якісною медичною допомогою, захист їх майнових інтересів при виникненні страхових випадків, забезпечення гарантованого обсягу та належної якості медичної допомоги, створення ефективної системи фінансування охорони здоров'я, підвищення економічної зацікавленості та відповідальності медичних закладів в наданні якісної медичної допомоги, оптимізація використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я [2 с. 155].

Досягнення зазначених цілей реалізується через виконання конкретних завдань медичного страхування:

1. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я через створення надійних джерел фінансування медичної допомоги;
2. Підвищення доступності та якості медичних послуг для всіх верств населення;
3. Захист застрахованих осіб від непередбачених витрат на лікування;
4. Запровадження принципів солідарності та соціальної справедливості у фінансуванні медичної допомоги;
5. Сприяння профілактичній спрямованості охорони здоров'я [14].

Функціональне наповнення медичного страхування є досить різноманітним та охоплює фінансові, соціальні та організаційні аспекти. Зокрема, можна виділити наступні основні функції: ризикова, акумулююча, інвестиційна, превентивна, соціальна, контрольна, організаційна, стимулююча.

Виконання окреслених функцій медичного страхування потребує налагодженої взаємодії всіх учасників страхових відносин. Саме тому особливої уваги заслуговує розгляд суб'єктного складу системи медичного страхування, який формує складну структуру взаємопов'язаних елементів. Система медичного страхування характеризується наявністю певних суб'єктів страхової діяльності, характеристику яких наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Характеристика суб'єктів медичного страхування

Суб'єкт	Характеристика
Страховики	Страхові компанії та організації, які мають ліцензію на здійснення медичного страхування, беруть на себе зобов'язання щодо організації та фінансування медичної допомоги
Страховальники	Фізичні особи, підприємства, організації та установи, які укладають договори страхування та сплачують страхові внески
Застраховані особи	Фізичні особи, на користь яких укладено договір страхування та які мають право на отримання медичних послуг

Медичні заклади	Заклади охорони здоров'я різних форм власності, які надають медичну допомогу застрахованим особам
-----------------	---

Джерело: складено автором на основі [1-5]

Взаємодія між суб'єктами медичного страхування характеризується складною системою фінансових та організаційних відносин, що забезпечує функціонування всієї системи медичного страхування.

В системі охорони здоров'я України функціонують дві основні форми медичного страхування: обов'язкова та добровільна, кожна з яких має свої особливості та механізми реалізації. Важливо відзначити, що форми медичного страхування відрізняються не лише за характером організації, але й за механізмом реалізації страхового захисту. Обов'язкове медичне страхування (ОМС) базується на принципах загальності та гарантованості надання медичної допомоги для всіх громадян. При цьому страхові внески сплачуються роботодавцями та державою, а обсяг медичних послуг визначається базовою програмою страхування [6, с. 123].

На відміну від обов'язкової форми, добровільне медичне страхування (ДМС) здійснюється на основі договору між страховиком та страхувальником і передбачає ширший спектр медичних послуг. Таке страхування дозволяє отримати додаткові медичні послуги, що не входять до програми ОМС, або скористатися більш комфортними умовами лікування. Страхові компанії пропонують різноманітні програми ДМС, які можуть включати амбулаторно-поліклінічну допомогу, стаціонарне лікування, стоматологічні послуги, забезпечення медикаментами тощо [30, с. 43].

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика форм медичного страхування

Характеристика	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Правова основа	Регулюється законодавством	Базується на добровільних засадах
Джерело фінансування	Кошти державного бюджету, внески роботодавців	Особисті кошти громадян, кошти підприємств
Тарифи	Єдині, встановлені державою	Визначаються страховиком

Страхове покриття	Базовий пакет медичних послуг	Розширений пакет послуг
Термін дії	Безстроково	На визначений договором термін

Джерело: узагальнено автором на основі опрацювання наукових джерел [1; 30;36]

Особливої уваги заслуговує питання організації процесу медичного страхування, який включає декілька послідовних етапів. Спочатку відбувається укладання договору страхування та сплата страхових внесків. При настанні страхового випадку застрахована особа звертається до медичного закладу, де отримує необхідну медичну допомогу. Страхова компанія, у свою чергу, здійснює оплату наданих медичних послуг безпосередньо медичному закладу згідно з узгодженими тарифами [36, с. 78].

У контексті розвитку медичного страхування важливим аспектом є формування страхових тарифів. Розмір страхових внесків залежить від багатьох факторів, серед яких: обсяг страхового покриття, вік та стан здоров'я застрахованої особи, наявність шкідливих звичок, професійних ризиків тощо. При цьому страхові компанії використовують актуарні розрахунки для визначення оптимального розміру страхових премій, що забезпечують фінансову стійкість страхових операцій [12, с. 112].

Ефективність системи медичного страхування значною мірою залежить від якості медичних послуг, що надаються застрахованим особам. Саме тому страхові компанії приділяють особливу увагу вибору медичних закладів-партнерів та контролю якості медичної допомоги. Зазвичай укладаються договори з провідними клініками, які мають сучасне обладнання та кваліфікований персонал. Крім того, страховики часто впроваджують системи моніторингу задоволеності клієнтів отриманими медичними послугами [32, с. 89].

Отже, медичне страхування виконує не лише функцію фінансування медичної допомоги, але й сприяє профілактиці захворювань. Багато страхових компаній включають до програм страхування періодичні профілактичні огляди, вакцинацію, диспансеризацію. Такий підхід дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях та зменшувати витрати на лікування тяжких форм хвороб.

Сучасні тенденції розвитку медичного страхування характеризуються впровадженням інноваційних технологій у процес страхування. Це проявляється у використанні електронних полісів, онлайн-сервісів для запису до лікаря, телемедичних консультацій, мобільних додатків для взаємодії зі страховою компанією. Діджиталізація страхових послуг робить медичне страхування більш доступним та зручним для клієнтів [31, с. 45].

Невід'ємною складовою медичного страхування є управління страховими ризиками, які мають свою специфіку та особливості. За визначенням Кнейслер О.В., страхові ризики в медичному страхуванні являють собою ймовірність виникнення випадків захворювання, травматизму чи інших порушень здоров'я застрахованих осіб, що потребують надання медичної допомоги [15, с. 11]. Особливістю цих ризиків є їх багатofакторність та складність прогнозування, що вимагає від страхових компаній розробки ефективних методів оцінки та механізмів компенсації можливих збитків. При цьому важливим аспектом є впровадження превентивних заходів, спрямованих на мінімізацію ризиків через програми профілактики та раннього виявлення захворювань.

Таким чином, медичне страхування є складною та багатогранною системою соціально-економічних відносин, що забезпечує захист майнових інтересів громадян при виникненні страхових випадків, пов'язаних зі здоров'ям. Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що ефективність системи медичного страхування залежить від належної взаємодії всіх її суб'єктів, раціональної організації страхового процесу та впровадження сучасних технологій обслуговування клієнтів.

42

1.2. Етапи розвитку медичного страхування в Україні

Становлення та розвиток медичного страхування в Україні відбувалися під впливом складних історичних, соціально-економічних та політичних процесів. Формування сучасної системи медичного страхування пройшло довгий шлях трансформацій, що супроводжувався зміною форм організації страхового захисту, механізмів фінансування та принципів надання медичної допомоги. Дослідження історичних етапів розвитку медичного страхування дозволяє краще зрозуміти сучасний стан галузі та визначити перспективні напрями її подальшого вдосконалення.

I етап: середина XIX – початок XX століття – становлення основ медичного страхування. Формування системи медичного страхування в Україні розпочалося у середині XIX століття на тлі стрімкого розвитку промисловості та зростання кількості робітників. Поштовхом до активного розвитку стала епідемія холери 1866 року, яка виявила неспроможність існуючої системи охорони здоров'я протистояти масовим захворюванням. У відповідь було впроваджено систему фабрично-заводської медицини, яка зобов'язувала власників промислових підприємств створювати медичні заклади для своїх працівників з чітко встановленими нормативами забезпечення медичною допомогою [8 с. 48].

40

Наприкінці 80-х – на початку 90-х років XIX століття розпочинається активне формування страхової медицини через створення страхових товариств та лікарняних кас. Значними подіями стали заснування у 1899 році Одеського товариства взаємного страхування, розробка у 1905 році проекту Закону "Про соціальне страхування" та прийняття у 1912 році Закону "Про соціальне страхування на випадок хвороби", який запровадив обов'язкове медичне страхування працівників. Розвиток системи лікарняних кас, які отримали право створювати власні медичні заклади, значно розширив можливості надання медичної допомоги застрахованим особам [8 с. 48].

1

II етап: 1917-1921 роки – період трансформації системи медичного страхування. Революційні події 1917 року започаткували новий етап у розвитку

1 медичного страхування. Зокрема, Декрет від 14 листопада 1917 року "Про безоплатну передачу лікарняним касам лікувальних закладів" створив правову основу для розширення матеріальної бази страхової медицини. У цей період відбулося розширення мережі лікарняних кас та створення об'єднаних страхових організацій, що мали більші фінансові можливості. Важливим кроком стало прийняття у 1919 році Декрету "Положення про страхування на випадок хвороби", який поширив страховий захист на всіх зайнятих у народному господарстві [8 с. 49]. Однак до кінця періоду відбулося поступове одержавлення страхових організацій та ліквідація лікарняних кас.

III етап: 1921-1927 роки – період розвитку робітничої медицини. З впровадженням нової економічної політики відбулося відродження страхових принципів у формі робітничої медицини. Декрет 1921 року "Про соціальне забезпечення робітників" запровадив нову модель медичного забезпечення, яка передбачала надання комплексної медичної допомоги застрахованим особам [16 с. 154]. Для координації діяльності медичних закладів та страхових організацій були створені губернські страхові ради на місцях та Українська страхова рада в центрі. У 1923 році було засновано спеціальне лікувальне бюро, яке займалося організацією спеціалізованої медичної допомоги для робітників. Період 1924-1925 років відзначився значним розширенням мережі медичних закладів. У системі робітничої медицини функціонувала розгалужена мережа амбулаторій, фабрично-заводських медпунктів, спеціалізованих диспансерів та санаторіїв. Особлива увага приділялася профілактиці професійних захворювань та боротьбі з соціально небезпечними хворобами.

1 *IV етап: 1927-1991 роки – період державної системи охорони здоров'я.* У 1927 році з прийняттям Постанови "Про утвердження принципу державної охорони здоров'я" відбувся перехід до повністю державної системи охорони здоров'я. Цей період характеризувався централізованим управлінням, бюджетним фінансуванням та відмовою від страхових принципів. Була створена розгалужена мережа медичних закладів, впроваджена система диспансеризації

населення, проте монополія держави поступово призвела до зниження ефективності системи охорони здоров'я.

V етап: 1991-2000 роки – період формування національної системи охорони здоров'я. З проголошенням незалежності України розпочався новий етап у розвитку системи охорони здоров'я та відродження медичного страхування. Важливим кроком стало прийняття в 1992 році Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", який заклав фундамент для реформування галузі. Цей документ вперше закріпив можливість розвитку різних форм медичного страхування та визначив поняття гарантованого рівня медичної допомоги. У 1996 році було прийнято два важливих документи: Закон України "Про страхування" та Конституцію України [10]. Закон "Про страхування" визначив правові засади здійснення добровільного медичного страхування, а Конституція закріпила право громадян на охорону здоров'я та медичне страхування [10]. Розпочався розвиток ринку добровільного медичного страхування, з'явилися перші страхові компанії, що спеціалізувалися на медичному страхуванні.

VI етап: 2000-2016 роки – період розвитку добровільного медичного страхування. Цей етап характеризувався активним розвитком ринку добровільного медичного страхування. Важливими подіями стали розробка та спроби впровадження обов'язкового медичного страхування. У 2002-2003 роках було розроблено концепцію трирівневої моделі медичного забезпечення, яка передбачала поєднання бюджетного фінансування, обов'язкового та добровільного медичного страхування. У 2005 році була схвалена Концепція розвитку страхового ринку України, яка визначила перспективи розвитку медичного страхування [16 с. 154]. Протягом цього періоду було розроблено низку законопроектів щодо впровадження обов'язкового медичного страхування, проте жоден з них не був прийнятий.

VII етап: 2016 рік – теперішній час – період реформування системи охорони здоров'я. Сучасний етап розвитку медичного страхування характеризується фундаментальними змінами в організації системи охорони

здоров'я України. У 2016 році розпочалася комплексна медична реформа, яка внесла суттєві корективи у механізми фінансування та надання медичної допомоги населенню.

Ключовою подією стало створення у 2017 році Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – центрального органу виконавчої влади, що реалізує принцип "гроші ходять за пацієнтом". НСЗУ виступає єдиним національним страховиком, який укладає договори з медичними закладами та оплачує надані ними послуги. Це стало важливим кроком до впровадження страхових принципів у державному секторі охорони здоров'я. У 2018 році започатковано програму медичних гарантій, яка визначає перелік медичних послуг, що надаються населенню безоплатно [16 с. 156].

Особливістю сучасного етапу є також розвиток державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я. Приватні медичні заклади отримали можливість укладати договори з НСЗУ та надавати послуги в рамках програми медичних гарантій, що сприяє підвищенню доступності якісної медичної допомоги для населення.

Таким чином, сучасний етап розвитку медичного страхування характеризується комплексними змінами, спрямованими на створення ефективної та доступної системи медичного забезпечення населення. Відбувається поступовий перехід від чисто бюджетної моделі фінансування до змішаної системи, що поєднує елементи державного та приватного страхування.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Характеристика функціонування ринку медичного страхування в Україні

Сучасний ринок медичного страхування в Україні перебуває на етапі активного розвитку та трансформації, що зумовлено впровадженням медичної реформи та зростанням потреби населення у якісних медичних послугах. Особливої актуальності розвиток медичного страхування набув в умовах повномасштабного військового вторгнення росії, яке суттєво вплинуло на систему охорони здоров'я України та змінило структуру медичних потреб населення.

В умовах обмеженості державного фінансування охорони здоров'я, підвищення вартості медичних послуг та додаткових викликів воєнного часу, медичне страхування стає важливим механізмом забезпечення доступу громадян до необхідної медичної допомоги та захисту їх фінансових інтересів при виникненні страхових випадків. Страхові компанії адаптують свої продукти до нових реалій, розширюючи покриття на випадки, пов'язані з військовими ризиками, та забезпечуючи доступ до медичних послуг для внутрішньо переміщених осіб.

Аналіз ринку медичного страхування в Україні доцільно розпочати з оцінки основних показників його розвитку. За даними Національного банку України, який з 2020 року здійснює нагляд за страховим ринком, незважаючи на складні умови воєнного стану, спостерігається відносна стабільність ринку медичного страхування з тенденцією до помірного зростання в окремих сегментах. Особливу увагу варто приділити змінам, що відбулися після 24 лютого 2022 року, коли страховий ринок, як і вся економіка України, зіткнувся з безпрецедентними викликами.

Таблиця 2.1

Динаміка показників ринку медичного страхування в Україні, 2021-2024 рр.

Показник	2021	2022	2023	I кв. 2024	Зміна 2024/2021, %
Валові страхові премії, млн грн	6,750	5,890	6,120	1,680	-9.3
Валові страхові виплати, млн грн	4,120	3,980	4,250	1,180	+3.1
Рівень виплат, %	61.0	67.6	69.4	70.2	+9.2
Кількість договорів, тис. од.	3,240	2,450	2,780	720	-14.2
Кількість страхових компаній	20	17	16	15	-25.0

Джерело: узагальнено автором на основі даних НБУ [22]

Дані за 2023 рік та перший квартал 2024 року демонструють поступове відновлення ринку медичного страхування після значного падіння у 2022 році. Зокрема, спостерігається:

- зростання обсягу страхових премій у 2023 році порівняно з 2022 роком на 3.9%;
- підвищення рівня страхових виплат до 70.2% у першому кварталі 2024 року;
- збільшення кількості укладених договорів страхування у 2023 році на 13.5% порівняно з 2022 роком.

За даними таблиці 2.1 проаналізуємо детальніше динаміку основних показників ринку медичного страхування, представивши їх графічно.

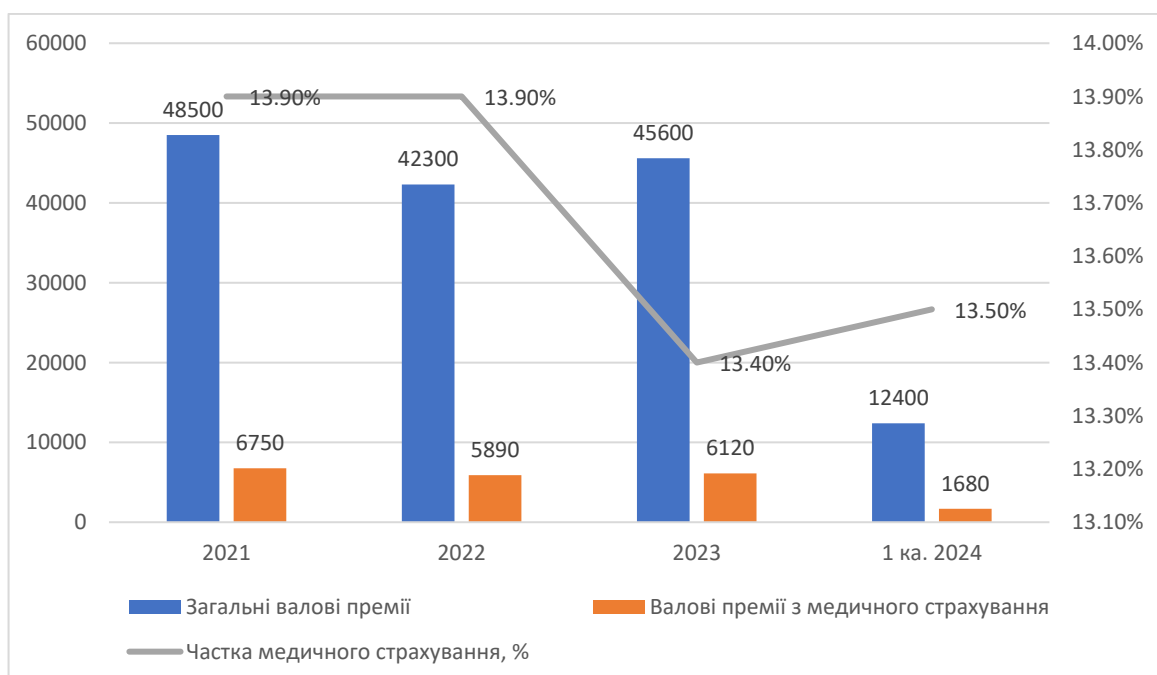


Рисунок 2.1. Динаміка валових страхових премій на ринку страхування України за 2021-2024 рр.

Джерело: розраховано автором на основі даних НБУ [22]

Аналізуючи дані рисунку 2.1, можна зробити висновок про суттєві зміни в динаміці валових страхових премій протягом досліджуваного періоду. У 2021 році обсяг загальних валових премій становив 48,500 млн грн, з яких 6,750 млн грн (13.9%) припадало на медичне страхування. Початок повномасштабної війни у 2022 році призвів до значного скорочення страхового ринку - загальний обсяг премій зменшився до 42,300 млн грн, а премії з медичного страхування скоротилися до 5,890 млн грн.

Проте вже у 2023 році спостерігається поступове відновлення ринку. Загальний обсяг страхових премій зріс до 45,600 млн грн, а премії з медичного страхування досягли 6,120 млн грн, що становить 13.4% від загального обсягу. Важливо відзначити, що частка медичного страхування в загальному портфелі страхових премій залишається відносно стабільною, що свідчить про збереження його значущості на страховому ринку.

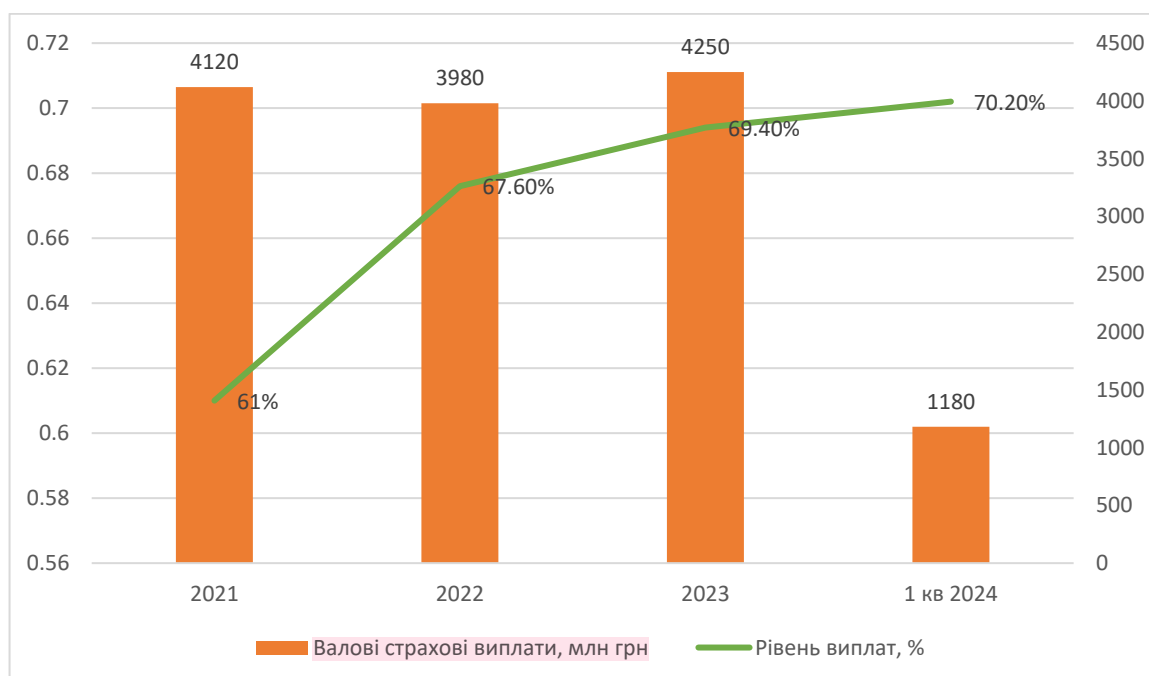


Рисунок 2.2. Динаміка валових страхових виплат та рівня виплат з медичного страхування за 2021-2024 рр.

Джерело: розраховано автором на основі даних НБУ [22]

Динаміка страхових виплат демонструє стійку тенденцію до підвищення рівня виплат при відносно стабільному обсязі валових виплат. У 2021 році рівень виплат становив 61.0% при обсязі виплат 4,120 млн грн. Незважаючи на складні умови 2022 року, страховики продовжували виконувати свої зобов'язання - рівень виплат зріс до 67.6%, хоча загальний обсяг виплат дещо знизився до 3,980 млн грн через зменшення кількості договорів страхування.

У 2023 році спостерігається подальше зростання як обсягу виплат (до 4,250 млн грн), так і рівня виплат (до 69.4%). Перший квартал 2024 року демонструє найвищий рівень виплат за весь аналізований період - 70.2%, що свідчить про підвищення соціальної відповідальності страховиків та ефективність механізмів врегулювання страхових випадків.



Рисунок 2.3. Структура видів медичного страхування в Україні, 2024 р.

Джерело: розраховано автором на основі даних НБУ [22]

Структура видів медичного страхування у 2024 році відображає переваги страхувальників та особливості розвитку ринку в умовах воєнного стану. Найбільшу частку (45%) займає безперервне страхування здоров'я, що пояснюється зростанням попиту на комплексні програми медичного страхування, особливо серед корпоративних клієнтів.

Страхування на випадок хвороби становить 30% ринку, що відображає підвищену увагу до захисту від ризиків захворювань. Частка страхування медичних витрат (20%) свідчить про зростаючу потребу в покритті витрат на лікування та медикаменти. Інші види медичного страхування займають 5%

ринку та включають спеціалізовані програми страхування для окремих категорій населення.

Аналізуючи структуру ринку медичного страхування, важливо відзначити суттєві зміни у підходах страхових компаній до формування страхових продуктів та тарифної політики. В умовах економічної нестабільності та підвищених ризиків воєнного часу відбулася диверсифікація страхових програм з урахуванням фінансових можливостей різних категорій населення.

Таблиця 2.2

Структура страхових програм за вартістю та наповненням, 2024 р.

Тип програми	Середня вартість, грн/рік	Покриття, тис. грн	Основні послуги	Частка ринку, %
Базова	12,000-18,000	до 100	Невідкладна допомога, амбулаторне лікування	45
Стандарт	18,000-30,000	до 250	+ Стаціонар, медикаменти	35
Преміум	від 30,000	від 500	+ Реабілітація, профілактика	20

Джерело: узагальнено автором на основі аналізу пропозицій провідних страхових компаній

Особливого значення набуває корпоративне медичне страхування, яке, незважаючи на економічні труднощі, залишається важливим інструментом соціального захисту працівників. Розглянемо динаміку розвитку цього сегменту

Рис. 2.4.

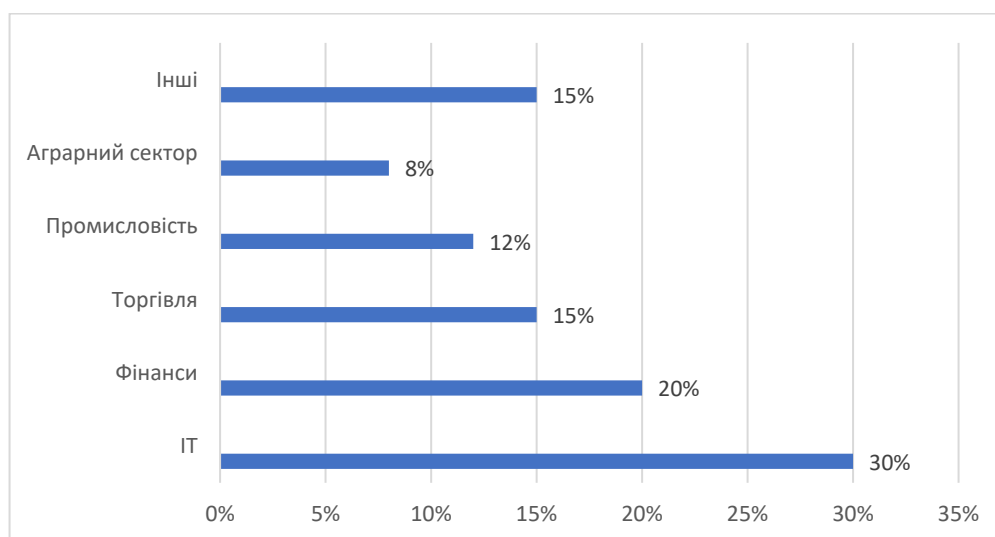


Рис. 2.4. Структура корпоративного медичного страхування за галузями, 2024 р.

В умовах воєнного стану страхові компанії розробили спеціальні програми для різних категорій застрахованих осіб. Розглянемо їх особливості:

Таблиця 2.3

Спеціалізовані програми медичного страхування, 2024 р.

Категорія	Особливості покриття	Додаткові опції	Середня вартість, грн/рік
Військовослужбовці та їх сім'ї	Розширене покриття військових ризиків	Реабілітація, протезування	15,000-25,000
ВПО	Доступ до медичних закладів по всій країні	Телемедицина	10,000-20,000
Критична інфраструктура	Професійні ризики	Психологічна підтримка	20,000-35,000

Джерело: розроблено автором на основі власних досліджень

Аналізуючи дані таблиці 2.3, можна відзначити, що страхові компанії розробили диференційований підхід до різних категорій застрахованих осіб, враховуючи специфіку їхніх потреб в умовах воєнного стану. Програми для військовослужбовців та їхніх сімей характеризуються розширеним покриттям військових ризиків та включають особливо актуальні опції реабілітації та протезування. Вартість таких програм коливається в межах 15,000-25,000 грн на рік, що відображає підвищені ризики цієї категорії застрахованих.

Для внутрішньо переміщених осіб страховики пропонують спеціальні програми з найнижчим ціновим діапазоном (10,000-20,000 грн на рік), але з важливою можливістю отримання медичної допомоги у будь-якому регіоні України та доступом до телемедичних консультацій. Це особливо актуально для людей, які були змушені змінити місце проживання.

Найвищу вартість мають програми для працівників критичної інфраструктури (20,000-35,000 грн на рік), що обумовлено підвищеними професійними ризиками та необхідністю забезпечення безперервності їхньої діяльності, включаючи психологічну підтримку як важливу складову страхового захисту.

Отже, дослідження сучасного стану ринку медичного страхування в Україні свідчить про його відносну стійкість та здатність адаптуватися до

складних умов воєнного часу, що підтверджується зростанням обсягу валових страхових премій у 2023 році та підвищенням рівня страхових виплат до 70.2% у першому кварталі 2024 року. В структурі видів медичного страхування переважає безперервне страхування здоров'я, яке займає 45% ринку, що свідчить про зростаючий попит на комплексні програми медичного захисту. Страхові компанії ефективно адаптували свої продукти до нових реалій, розробивши диференційовані програми страхування з урахуванням потреб різних категорій населення та їхніх фінансових можливостей. Особливого розвитку набуло корпоративне медичне страхування, де лідирують ІТ та фінансовий сектори, що пояснюється високою соціальною відповідальністю цих галузей. Важливим досягненням ринку стало впровадження спеціалізованих програм страхування для військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та працівників критичної інфраструктури, що забезпечує належний медичний захист найбільш вразливих категорій населення в умовах війни.

2.2. Аналіз діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування

На ринку медичного страхування України спостерігаються суттєві структурні зміни протягом 2021-2024 років. Кількість страхових компаній має стійку тенденцію до зменшення (рис. 2.5). Так, якщо у 2021 році функціонувало 172 страхові компанії (17 компаній "life" та 155 компаній "non-life"), то станом на I квартал 2024 року їх кількість скоротилася до 120 (11 компаній "life" та 109 компаній "non-life"). Таке скорочення зумовлене декількома ключовими факторами: по-перше, посиленням регуляторних вимог з боку Національного банку України щодо платоспроможності та фінансової стійкості страховиків; по-друге, впливом військової агресії, яка призвела до згорання діяльності частини

компаній; по-третє, загальними процесами консолідації ринку страхових послуг.

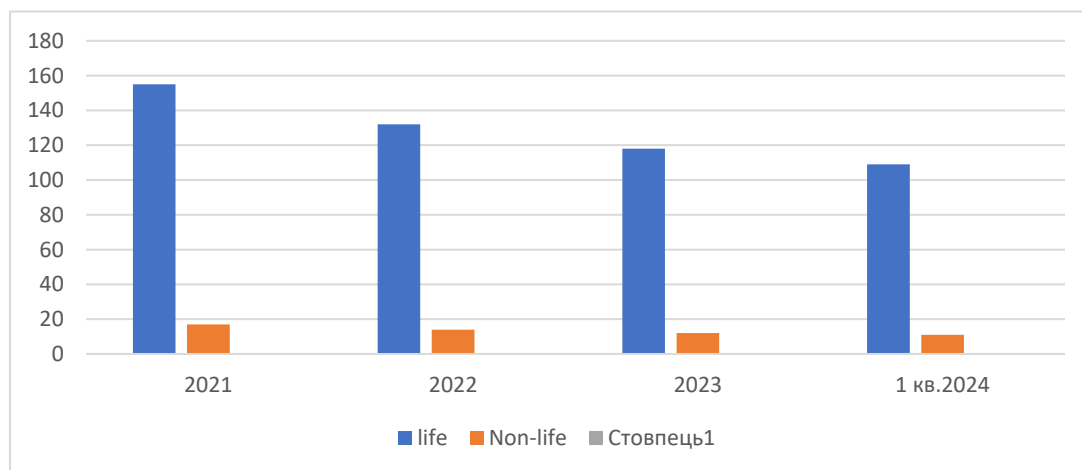


Рис. 2.5. Динаміка кількості страхових компаній в Україні

Джерело: складено автором на основі даних НБУ та діяльності страхових компаній [22; 29]

У сегменті медичного страхування спостерігається концентрація ринку навколо потужних страхових компаній, які мають значний досвід роботи та фінансові можливості для розвитку цього напрямку. Розглянемо детальніше позиції провідних страховиків у сфері добровільного медичного страхування (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Рейтинг страхових компаній України з добровільного медичного страхування, 2023 рік

№	Страхова компанія	Країна походження	Валові премії ДМС, млн грн	Валові виплати ДМС, млн грн	Рівень виплат, %	Частка ДМС в портфелі, %
1	UNIQA	Австрія	865.2	598.5	69.2	32.5
2	Провідна	Нідерланди	842.6	575.2	68.3	38.4
3	ARX	Канада	786.3	532.4	67.7	25.8
4	Альфа Страхування	Люксембург	654.8	436.2	66.6	28.9
5	ІНГО Україна	Україна	542.5	358.1	66.0	23.7
6	PZU Україна	Польща	428.9	279.8	65.2	20.5
7	Європейське туристичне страхування	Німеччина	325.4	208.3	64.0	42.3
8	ВУСО	Україна	282.6	178.0	63.0	17.8
9	ТАС СГ	Україна	245.8	152.4	62.0	14.9
10	Країна	Україна	216.5	131.0	60.5	19.2

23

Джерело: складено автором на основі даних НБУ та звітності страхових компаній [22; 29]

Аналіз даних таблиці 2.4 свідчить про суттєву концентрацію ринку добровільного медичного страхування – на топ-5 страхових компаній припадає понад 58% загального обсягу валових страхових премій. Лідером ринку є страхова компанія UNIQA (Австрія), яка демонструє найвищі показники як за обсягом зібраних премій (865.2 млн грн), так і за рівнем страхових виплат (69.2%). Важливо відзначити, що серед лідерів ринку переважають компанії з іноземним капіталом, які привносять на український ринок передовий міжнародний досвід та високі стандарти обслуговування клієнтів.

Розглянемо детальніше програми медичного страхування, які пропонують провідні страховики (див. Додаток А Табл. 2.5) і порівняльний аналіз програм медичного страхування представлено (Додаток А Табл. 2.6).

Отже, порівняльна характеристика програм медичного страхування (табл. 2.5) демонструє суттєві відмінності у підходах страхових компаній до формування страхових продуктів та визначення умов страхового захисту. За розміром базової страхової суми лідируючі позиції займає UNIQA (50 тис. грн), що на 43% перевищує мінімальний показник серед досліджуваних компаній. При цьому максимальні страхові суми варіюються від 250 тис. грн у СК "Країна" до 1 млн грн у СК "Провідна", що відображає різні стратегії компаній щодо преміального сегменту страхування.

Важливими критеріями диференціації програм є ліміти на медикаментозне забезпечення (від 8 тис. грн у СК "Країна" до 20 тис. грн у Альфа Страхування) та стоматологічну допомогу (2-3 тис. грн для базових програм). Примітно, що компанії з іноземним капіталом пропонують вищі ліміти покриття порівняно з вітчизняними страховиками. Особливу увагу варто звернути на впровадження телемедицини – дев'ять з десяти аналізованих страховиків включили цю послугу до своїх програм, що відображає загальний тренд діджиталізації медичного страхування.

З метою комплексного аналізу діяльності страхових компаній розглянемо динаміку їх основних фінансових показників

Таблиця 2.6

**Динаміка фінансових показників страхових компаній у сфері
добровільного медичного страхування, 2021-2024 рр.**

Страхова компанія	Страхові премії, млн грн				Страхові виплати, млн грн				Рівень виплат, %			
	2021	2022	2023	I кв. 2024	2021	2022	2023	I кв. 2024	2021	2022	2023	I кв. 2024
UNIQA	1245.6	1180.4	1320.8	385.2	892.7	865.3	945.8	280.4	71.7	73.3	71.6	72.8
Провідна	982.4	920.5	1050.6	295.8	698.5	670.2	756.4	215.6	71.1	72.8	72.0	72.9
ARX	876.3	810.2	925.4	258.4	615.2	582.3	658.7	186.5	70.2	71.9	71.2	72.2
Альфа Страхування	754.2	685.3	802.6	225.8	521.4	485.6	562.8	162.4	69.1	70.9	70.1	71.9
ІНГО Україна	642.8	580.4	685.2	195.6	438.5	406.2	478.5	138.9	68.2	70.0	69.8	71.0
Всього по ринку	6750.0	5890.0	6120.0	1680.0	4120.0	3980.0	4250.0	1180.0	61.0	67.6	69.4	70.2

Джерело: складено автором на основі даних НБУ та звітності страхових компаній[22; 29]

Аналіз даних таблиці 2.6 свідчить про стабільне зростання показників страхової діяльності провідних компаній після спаду у 2022 році. Особливо помітним є підвищення рівня страхових виплат, що демонструє зростання соціальної відповідальності страховиків. Лідером за обсягом страхових премій та виплат залишається компанія UNIQA, яка в I кварталі 2024 року забезпечила 22.9% загального обсягу премій ринку добровільного медичного страхування.

Представлена на рис. 2.6 динаміка рівня виплат з медичного страхування демонструє стійку тенденцію до зростання показників у всіх провідних страхових компаній. Найвищий рівень виплат стабільно демонструє компанія UNIQA, яка збільшила цей показник з 71.7% у 2021 році до 72.8% у I кварталі 2024 року. Варто відзначити, що після різкого підвищення рівня виплат у 2022 році, пов'язаного з початком повномасштабної війни, показники стабілізувалися на більш високому рівні порівняно з довоєнним періодом.

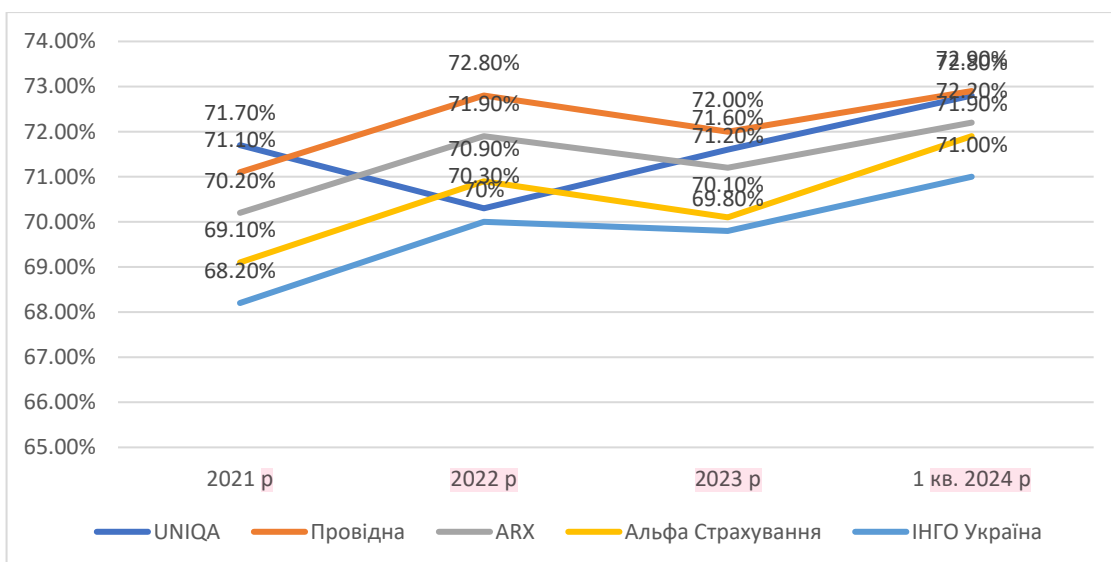


Рис. 2.6. Динаміка рівня виплат з медичного страхування" за 2021-2024 рр.

Джерело: складено автором на основі даних НБУ та звітності страхових компаній[22; 29]

Отже, компанії демонструють рівень виплат вище 70% у I кварталі 2024 року, що свідчить про високу соціальну відповідальність страховиків та їх готовність забезпечувати належний рівень страхового захисту своїх клієнтів. Найбільш помітне зростання рівня виплат за досліджуваний період продемонструвала компанія ІНГО Україна – з 68.2% до 71.0%, що свідчить про успішну адаптацію компанії до нових умов ринку та підвищення якості обслуговування клієнтів.

РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Міжнародний досвід як орієнтир для реформування медичного страхування в Україні

В умовах реформування системи охорони здоров'я України вивчення міжнародного досвіду організації медичного страхування набуває особливого значення для визначення оптимальних шляхів розвитку вітчизняного страхового ринку. Світова практика демонструє різні моделі організації медичного страхування, кожна з яких має свої особливості фінансування, управління та надання медичних послуг.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика систем медичного страхування у розвинених країнах, 2023 рік

Показник	Німеччина	Франція	Нідерланди	США	Ізраїль
Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП, %	11.7	11.3	10.2	18.3	7.5
Державні витрати на охорону здоров'я, % від загальних витрат	78.2	83.7	82.1	49.6	64.8
Охоплення населення обов'язковим медичним страхуванням, %	89.5	99.9	99.8	91.4	100
Середній розмір страхових внесків від заробітної плати, %	14.6	13.55	12.0	н/д	5.0
Рівень задоволеності населення якістю медичних послуг, %	88.2	87.4	89.8	77.3	89.1

Джерело: складено автором на основі даних *OECD Health Statistics 2023* та *WHO Global Health Expenditure Database*

Аналіз даних таблиці 3.1 свідчить про суттєві відмінності у фінансуванні та організації систем медичного страхування в різних країнах. Найвищі витрати на охорону здоров'я спостерігаються у США (18.3% ВВП), проте частка державного фінансування там найнижча (49.6%). Натомість європейські країни демонструють більш збалансований підхід з переважанням державного фінансування (78-84%) при нижчих загальних витратах (10-12% ВВП).

Для детального аналізу ефективності різних моделей медичного страхування розглянемо основні показники діяльності страхових компаній у досліджуваних країнах.

Таблиця 3.2

Ключові показники діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування, 2023 рік

Показник	Німеччина	Франція	Нідерланди	США	Ізраїль
Кількість страхових компаній	105	83	24	952	4
Середній розмір страхової премії на особу, євро/рік	4,850	3,980	4,210	6,940	2,850
Рівень виплат, %	95.8	94.2	96.3	85.7	93.5
Адміністративні витрати, % від премій	4.2	5.8	3.7	12.5	3.9
Частка ринку ТОП-5 компаній, %	43.2	55.7	82.5	41.8	100

Джерело: складено автором на основі даних WHO [48]

Аналіз даних таблиці 3.2 виявляє значні відмінності в організації страхових ринків досліджуваних країн. Найбільша фрагментація ринку спостерігається у США (952 компанії), що призводить до високих адміністративних витрат (12.5%) та нижчого рівня страхових виплат (85.7%). Натомість у Ізраїлі функціонують лише 4 страхові компанії, що забезпечує низькі адміністративні витрати (3.9%) та високий рівень виплат (93.5%) [48]. Для глибшого розуміння особливостей організації медичного страхування розглянемо структуру страхових програм у різних країнах (Додаток Б, Табл. 3.3.).

Важливим аспектом аналізу є оцінка фінансової доступності медичного страхування для населення.

Таблиця 3.4

Показники фінансової доступності медичного страхування, 2023 рік

Показник	Німеччина	Франція	Нідерланди	США	Ізраїль
Частка витрат на медичне страхування у доході домогосподарств, %	8.2	7.8	9.1	11.3	6.4
Державні субсидії на страхування, % від застрахованих	15.3	18.7	27.2	9.8	12.5
Частка кишенькових витрат у загальних витратах на охорону здоров'я, %	12.7	9.3	11.2	28.5	15.8
Індекс фінансового захисту населення*	0.89	0.92	0.88	0.71	0.85

*Індекс від 0 до 1, де 1 - максимальний рівень захисту

Джерело: розраховано автором на основі даних OECD та WHO [45; 48]

Аналіз даних таблиці 3.4 свідчить про значні відмінності у фінансовому навантаженні на населення в різних країнах. Найвищий рівень витрат

домогосподарств на медичне страхування спостерігається у США (11.3% доходу), при цьому частка кишенькових витрат також найвища (28.5%). Натомість у європейських країнах та Ізраїлі фінансове навантаження на населення суттєво нижче завдяки активній участі держави у фінансуванні охорони здоров'я.

Для оцінки ефективності різних моделей медичного страхування розглянемо ключові показники якості медичного обслуговування.

Таблиця 3.5

Показники якості медичного обслуговування в системах медичного страхування, 2023 рік

Показник	Німеччина	Франція	Нідерланди	США	Ізраїль	Україна
Очікувана тривалість життя, років	81.3	82.5	82.1	76.4	82.8	71.2
Дитяча смертність на 1000 народжених	3.2	3.4	3.3	5.4	2.9	7.2
Кількість лікарів на 1000 населення	4.5	3.4	3.7	2.6	3.3	3.0
Час очікування планової операції, днів	15	21	18	24	19	45
Рівень використання цифрових технологій*, %	92.5	88.7	94.2	89.8	95.4	35.8

*Включає електронні медичні картки, телемедицину, цифрові рецепти

Джерело: складено автором на основі даних WHO [48]

Дослідження міжнародного досвіду дозволяє виділити ключові фактори успіху систем медичного страхування:

Таблиця 3.6

Фактори успіху систем медичного страхування та їх реалізація в різних країнах

Фактор успіху	Приклад реалізації	Результат впровадження	Потенціал для України
Універсальне охоплення населення	Франція: СМУ система	Охоплення 99.9% населення	Поетапне впровадження ОМС
Ефективна система фінансування	Нідерланди: керована конкуренція	Стимування зростання витрат	Розвиток державно-приватного партнерства
Стандартизація медичних послуг	Німеччина: єдині протоколи	Висока якість лікування	Впровадження клінічних протоколів

Цифровізація процесів	Ізраїль: єдина інформаційна система	Скорочення адміністративних витрат	Розвиток e-Health
Контроль витрат	Франція: система référence tarifaire	Оптимізація видатків	Впровадження системи моніторингу

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

Проведений аналіз міжнародних систем медичного страхування свідчить про необхідність комплексного підходу до реформування галузі в Україні. Досвід розвинених країн показує, що найбільш ефективними є змішані системи медичного страхування, які поєднують обов'язкове та добровільне страхування, забезпечують універсальне покриття населення та базуються на принципах солідарного фінансування. Ключовими факторами успіху є чітка регуляторна база, ефективний механізм фінансування, стандартизація медичних послуг та впровадження сучасних цифрових технологій.

3.2. Пропозиції щодо вдосконалення медичного страхування в Україні

На основі проведеного дослідження сучасного стану медичного страхування в Україні та аналізу міжнародного досвіду можна визначити основні напрями вдосконалення вітчизняної системи медичного страхування. Особливої актуальності ці питання набувають в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови країни, коли ефективна система охорони здоров'я стає критично важливим фактором національної безпеки.

Таблиця 3.7

Основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні та шляхи їх вирішення

Проблема	Поточний стан	Запропоновані заходи	Очікуваний результат
Відсутність системи ОМС	Добровільне страхування охоплює лише 12% населення	Впровадження ОМС з базовим пакетом послуг та диференційованими внесками	Охоплення >80% населення медичним страхуванням
Висока вартість страхових полісів	Середня вартість поліса ДМС - 12-15 тис. грн/рік	Державні субсидії для малозабезпечених, податкові пільги для роботодавців	Зниження фінансового навантаження на 30-40%

Нерозвинена інфраструктура	Обмежена мережа медичних закладів	Розвиток державно-приватного партнерства, створення медичних хабів	Збільшення доступності послуг на 50%
Низький рівень діджиталізації	Паперовий документообіг, обмежене використання телемедицини	Впровадження єдиної IT-платформи, розвиток телемедицини	Скорочення адмінвитрат на 40%

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

На основі виявлених проблем пропонуються такі ключові напрями вдосконалення системи медичного страхування:

1. Організаційно-правові заходи:

• Розробка та прийняття Закону України "Про обов'язкове медичне страхування" з чітким визначенням: базового пакету медичних послуг, механізму формування страхових внесків, порядку відшкодування витрат, вимог до страховиків.

- Створення Національного фонду медичного страхування.
- Впровадження системи ліцензування страховиків у сфері ОМС.

2. Фінансово-економічні заходи Табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Пропонована структура фінансування системи медичного страхування

Джерело фінансування	Частка у загальному обсязі, %	Цільове призначення
Внески роботодавців	40	Базове покриття для працюючих
Внески працівників	20	Базове покриття для працюючих
Державний бюджет	25	Покриття для пільгових категорій
Місцеві бюджети	10	Регіональні програми
Інші джерела	5	Додаткові програми

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

3. Технологічні інновації:

• Створення єдиної електронної системи медичного страхування з функціями: онлайн-реєстрації договорів, електронного документообігу, автоматизованої обробки страхових випадків, моніторингу якості послуг.

- Розвиток телемедицини
- Впровадження мобільних додатків для застрахованих осіб

4. Заходи щодо підвищення якості послуг:

Таблиця 3.9

Стандарти якості медичного обслуговування в системі страхування

Показник	Поточний стан	Цільовий показник	Термін досягнення
Термін очікування планового прийому	5-7 днів	2-3 дні	2025 рік
Час опрацювання страхового випадку	10-14 днів	3-5 днів	2025 рік
Рівень задоволеності клієнтів	65%	>85%	2026 рік
Охоплення телемедичними послугами	15%	>40%	2026 рік

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

5. Механізми реалізації запропонованих заходів:

а) Впровадження обов'язкового медичного страхування:

Таблиця 3.10

Етапи впровадження системи ОМС в Україні

Етап	Період	Ключові заходи	Очікувані результати
Підготовчий	2024-2025	- Прийняття необхідної законодавчої бази	- Створена правова основа
		- Створення Національного фонду медичного страхування	- Сформована інституційна база
		- Розробка стандартів надання послуг	- Визначені базові параметри системи
Пілотний	2025-2026	- Запуск пілотних проектів у 3-4 областях	- Охоплення 20% населення
		- Тестування системи взаєморозрахунків	- Відпрацьовані механізми взаємодії
		- Налагодження інформаційної системи	- Виявлені та усунені недоліки
Повно масштабний	2026-2027	- Поширення системи на всю країну	- Охоплення >80% населення
		- Інтеграція всіх медичних закладів	- Повноцінне функціонування системи
		- Запуск додаткових програм	- Досягнення цільових показників

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

б) Фінансове забезпечення:

Таблиця 3.11

Структура страхових внесків та механізми їх адміністрування

Категорія застрахованих	Розмір внеску	Джерело фінансування	Механізм збору
Наймані працівники	7% від ЗП	4% - роботодавець, 3% - працівник	Через систему оподаткування

Самозайняті особи	7% від доходу	Власні кошти	Щоквартальні платежі
Пенсіонери	Фіксована сума	Державний бюджет	Автоматичне перерахування
Соціально вразливі групи	100% покриття	Державний/місцевий бюджет	Цільові програми

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

в) Технологічна модернізація:

Таблиця 3.12

План впровадження цифрових технологій у систему медичного страхування

Технологічне рішення	Термін впровадження	Необхідні інвестиції, млн грн	Очікуваний ефект
Єдина ІТ-платформа	2024-2025	450	Скорочення адмінвитрат на 40%
Система телемедицини	2024-2026	280	Збільшення доступності послуг на 35%
Мобільні додатки	2024-2025	120	Підвищення задоволеності клієнтів на 25%
Електронний документообіг	2024-2025	180	Прискорення обробки звернень на 60%

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

г) Підвищення якості обслуговування:

Таблиця 3.13

Заходи з підвищення якості медичного обслуговування

Захід	Механізм реалізації	Індикатори ефективності	Відповідальні структури
Стандартизація медичних послуг	Впровадження клінічних протоколів	Зниження лікарських помилок на 40%	МОЗ, НСЗУ
Система моніторингу якості	Регулярні аудити та опитування	Підвищення задоволеності до 85%	Нацфонд МС
Програми підвищення кваліфікації	Обов'язкове навчання персоналу	Покращення оцінок пацієнтів на 30%	Медичні заклади

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

Очікувані результати впровадження запропонованих заходів:

1. Збільшення охоплення населення медичним страхуванням до 80% до 2027 року
2. Зниження особистих витрат громадян на медичні послуги на 40%
3. Підвищення якості медичного обслуговування на 35%

4. Зростання ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я на 25%

5. Покращення доступності медичних послуг для всіх верств населення

На основі запропонованих заходів щодо вдосконалення системи медичного страхування в Україні розраховано прогностні показники її розвитку до 2027 року.

Таблиця 3.14 Прогностні показники розвитку системи медичного страхування в Україні до 2027 року

Показник	2024	2025	2026	2027	Приріст, %
Частка застрахованого населення, %	12	35	60	80	+68 п.п.
Обсяг страхових премій, млрд грн	6.12	15.4	28.6	42.8	+599
Рівень виплат, %	70.2	75.8	82.4	85.0	+14.8 п.п.
Частка телемедичних послуг, %	15	25	35	40	+25 п.п.
Рівень задоволеності пацієнтів, %	65	72	78	85	+20 п.п.

Джерело: розраховано автором на основі власного дослідження

Аналіз прогностних показників свідчить про значний потенціал запропонованих заходів. Основними очікуваними результатами їх впровадження є: збільшення охоплення населення медичним страхуванням з 12% до 80%; зростання обсягу страхових премій у 7 разів (з 6.12 до 42.8 млрд грн); підвищення рівня страхових виплат з 70.2% до 85.0%; розширення використання телемедичних послуг з 15% до 40%; зростання рівня задоволеності пацієнтів з 65% до 85%.

Соціально-економічні ефекти від впровадження запропонованих заходів включатимуть: зниження особистих витрат громадян на медичні послуги на 40%, підвищення якості медичного обслуговування на 35%, зростання ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я на 25%, покращення доступності медичних послуг для всіх верств населення, створення нових робочих місць у сфері медичного страхування та супутніх послуг

Отже, реалізація запропонованих заходів дозволить створити в Україні сучасну, ефективну та соціально орієнтовану систему медичного страхування, яка забезпечить доступність якісної медичної допомоги для всіх верств населення.

ВИСНОВКИ

Медичне страхування виступає важливим елементом системи охорони здоров'я та соціального захисту населення, що забезпечує гарантії надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку. На основі проведеного дослідження встановлено, що медичне страхування є складною системою економічних відносин між страховиками, страхувальниками, медичними закладами та застрахованими особами, кожен з яких виконує специфічні функції та має визначені права й обов'язки. Важливою особливістю медичного страхування є його реалізація у двох основних формах – обов'язковій та добровільній, що дозволяє забезпечити базовий рівень медичної допомоги для всього населення та можливість отримання додаткових медичних послуг. Результати теоретичного аналізу свідчать про багатофункціональність медичного страхування, яке виконує захисну, акумулюючу, компенсаційну, превентивну та соціальну функції.

Становлення системи медичного страхування в Україні пройшло складний еволюційний шлях, який охоплює понад 150 років. Починаючи з середини XIX століття, коли було закладено основи фабрично-заводської медицини, система медичного страхування пройшла через різні форми організації – від перших страхових товариств та лікарняних кас до сучасної моделі охорони здоров'я. Особливе значення мав період функціонування лікарняних кас на початку XX століття, який продемонстрував ефективність страхових механізмів фінансування медичної допомоги. Після тривалого періоду функціонування державної системи охорони здоров'я (1927-1991 рр.), з набуттям незалежності України розпочався процес відродження страхової медицини, що характеризується розвитком добровільного медичного страхування та спробами впровадження обов'язкового медичного страхування. Сучасний етап розвитку медичного страхування, що розпочався у 2016 році, відзначається впровадженням комплексної медичної реформи та створенням передумов для формування ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, яка поєднує елементи державного та приватного страхування.

Незважаючи на складні умови воєнного стану, ринок медичного страхування демонструє відносну стійкість та поступове відновлення. Про це свідчить зростання обсягу валових страхових премій у 2023 році на 3.9% порівняно з 2022 роком, а також підвищення рівня страхових виплат до 70.2% у першому кварталі 2024 року. В структурі видів медичного страхування домінує безперервне страхування здоров'я (45% ринку), що відображає зростаючий попит на комплексні програми медичного захисту, особливо серед корпоративних клієнтів. Страхові компанії адаптували свої продукти до умов воєнного часу, розробивши спеціалізовані програми для різних категорій застрахованих осіб з урахуванням їхніх специфічних потреб та можливостей. Спостерігається значна диверсифікація страхових програм за вартістю та наповненням, що робить медичне страхування доступним для різних верств населення: від базових програм вартістю 12,000-18,000 грн/рік до преміум-програм від 30,000 грн/рік. Корпоративне медичне страхування залишається важливим сегментом ринку, з найбільшою часткою у сфері ІТ (30%) та фінансового сектору (20%), що пояснюється високою соціальною відповідальністю цих галузей та їхньою фінансовою стійкістю.

Дослідження діяльності страхових компаній у сфері медичного страхування свідчить про суттєві трансформації ринку протягом 2021-2024 років. На фоні загального скорочення кількості страховиків (з 172 до 120 компаній) спостерігається посилення концентрації ринку навколо провідних компаній, переважно з іноземним капіталом. Лідерами ринку добровільного медичного страхування залишаються UNIQA, Провідна та ARX, які демонструють найвищі показники страхових премій та рівня виплат (понад 70%). Важливою тенденцією є діджиталізація страхових послуг – дев'ять з десяти провідних страховиків впровадили сервіси телемедицини та електронного документообігу.

Аналіз міжнародного досвіду систем медичного страхування показав, що найбільш ефективними є змішані моделі, які поєднують обов'язкове та добровільне страхування з активною участю держави у фінансуванні та

регулюванні галузі. На основі вивчення практики розвинених країн та специфіки українського ринку розроблено комплекс рекомендацій щодо вдосконалення системи медичного страхування, який включає організаційно-правові, фінансово-економічні та технологічні заходи. Запропоновано поетапний план впровадження **обов'язкового медичного страхування з чітким визначенням джерел фінансування**, механізмів адміністрування та стандартів якості послуг. Особливу увагу приділено цифровій трансформації галузі через створення єдиної IT-платформи, розвиток телемедицини та впровадження електронного документообігу, що дозволить значно підвищити ефективність системи. Розрахунок прогнозних показників свідчить про високий потенціал запропонованих заходів - до 2027 року очікується збільшення охоплення населення медичним страхуванням до 80%, зростання обсягу страхових премій у 7 разів та підвищення рівня задоволеності пацієнтів до 85%.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 2.5.

Програми медичного страхування

Страхова компанія	Програма	Рівень захисту	Страхова сума (грн)	Основні послуги
UNIQA	Complete Care	Basic	50,000	Амбулаторно-поліклінічна допомога, невідкладна допомога
		Standard	100,000	Стаціонарне лікування, базовий пакет медикаментів
		Premium	250,000	Розширений пакет, стоматологія (3,000 грн)
		VIP	500,000	Профілактичні огляди, розширена стоматологія (7,000 грн), міжнародна медична допомога
Провідна	Медицина без обмежень	Start	35,000	Базове амбулаторне лікування
		Standard	75,000	Розширене амбулаторне лікування, невідкладна допомога
		Standard+	150,000	Планове стаціонарне лікування

		Premium	300,000	Повний пакет медичних послуг, базова стоматологія
		Elite	500,000	Преміальне обслуговування, розширена стоматологія
		VIP	1,000,000	Ексклюзивне медичне обслуговування
ARX	Health Protection Plus	Essential Care	45,000	Невідкладна допомога, консультації лікарів, базові дослідження
		Active Care	100,000	Розширена діагностика, медикаменти (15,000 грн)
		Family Care	250,000	Планова стаціонарна допомога, стоматологія (4,000 грн)
		Business Care	500,000	Всі види допомоги, вакцинація, стоматологія (7,000 грн)
		Premium Care	750,000	Лікування за кордоном, повна стоматологія (15,000 грн)
Альфа Страхування	Smart Health	Digital Basic	40,000	Телемедицина, амбулаторна допомога
		Digital Standard	150,000	Стаціонарне лікування, медикаменти (20,000 грн), екстрена стоматологія (3,000 грн)
		Digital Premium	350,000	Профілактичні огляди, вакцинація, стоматологія (5,000 грн)
		Digital VIP	600,000	Персональний менеджер, міжнародний асистанс, стоматологія (10,000 грн)
ІНГО Україна	Health Expert	Expert Start	42,000	Амбулаторна допомога, невідкладна допомога
		Expert Basic	120,000	Планова госпіталізація, медикаменти (15,000 грн)
		Expert Plus	300,000	Розширена стоматологія (5,000 грн), розширене медикаментозне забезпечення
		Expert Premium	500,000	Профілактичні огляди, реабілітація, стоматологія (8,000 грн)
		Expert VIP	800,000	Міжнародне обслуговування, стоматологія (15,000 грн)
PZU Україна	Medical Care	Basic Protection	38,000	Невідкладна допомога, амбулаторне лікування
		Standard Protection	95,000	Стаціонарне лікування, медикаменти (12,000 грн)
		Premium Protection	280,000	Розширена стоматологія (4,500 грн), розширені медикаменти
		VIP Protection	450,000	Міжнародний асистанс, стоматологія (9,000 грн)
Європейське тур. страх.	Health Protection	Base Care	35,000	Невідкладна допомога, базова діагностика

		Optimal Care	120,000	Стаціонарне лікування, медикаменти (18,000 грн), стоматологія (2,500 грн)
		Complete Care	350,000	Стоматологія (6,000 грн), міжнародний асистанс
ВУСО	Здоров'я під захистом	Базовий	30,000	Амбулаторна допомога, невідкладна допомога
		Стандарт	80,000	Стаціонарне лікування, медикаменти (10,000 грн)
		Комфорт	200,000	Діагностика, стоматологія (3,500 грн)
		Преміум	400,000	Стоматологія (7,500 грн), реабілітація
ТАС СГ	Турбота про здоров'я	Старт	32,000	Амбулаторне лікування, невідкладна допомога
		Стандарт	85,000	Стаціонарне лікування, медикаменти
		Комфорт	180,000	Діагностика, стоматологія (3,000 грн)
		Преміум	350,000	Профілактика, стоматологія (6,000 грн)
		ВІП	600,000	Особистий лікар, міжнародна допомога
Країна	Здоровий вибір	Базовий	28,000	Амбулаторна допомога, невідкладна допомога
		Оптимальний	75,000	Стаціонарне лікування, медикаменти (8,000 грн)
		Преміальний	250,000	Стоматологія (5,000 грн), реабілітація

Таблиця 2.6.

Порівняльна характеристика програм добровільного медичного страхування провідних страхових компаній України, 2024 рік

Критерії порівняння	UNIQA Complete Care	Провідна Медичина без обмежень	ARX Health Protection Plus	Альфа Smart Health	ІНГО Health Expert	PZU Medical Care	ЄТC Health Protection	ВУСО Здоров'я під захистом	ТАС Турбота про здоров'я	Країна Здоровий вибір
Базова страхова сума, тис. грн	50	35	45	40	42	38	35	30	32	28
Максимальна страхова сума, тис. грн	500	1000	750	600	800	450	350	400	600	250

Вартість базового полісу, тис. грн/рік	9.5	8.0	8.0	7.5	8.2	7.8	7.0	6.5	6.8	6.0
Вік застрахованих, років	0-70	0-65	0-60	18-60	0-65	0-65	0-70	0-65	0-65	0-60
Швидка та невідкладна допомога	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів
Амбулаторно-поліклінічна допомога	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів	Без лімітів
Ліміт на медикаменти (базовий), тис. грн	12	10	15	20	15	12	18	10	12	8
Ліміт на екстрену стоматологію, тис. грн	3	2.5	2	3	3	2.5	2.5	2	3	2
Наявність телемедицини	Так	Так	Так	Так	Так	Так	Так	Так	Так	Ні
Термін врегулювання страхових випадків, днів	3-5	3-7	4-6	3-5	4-7	4-7	3-6	5-7	4-7	5-8

Додаток Б

Таблиця 3.3

Характеристика програм медичного страхування в розвинених країнах, 2023 рік

Країна	Тип програми	Покриття медичних послуг	Участь держави у фінансуванні	Механізм відшкодування витрат
--------	--------------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Німеччина	Базова програма ОМС	95% медичних послуг	Субсидії для малозабезпечених (до 100%)	Пряме відшкодування медзакладам
	Додаткове приватне страхування	Розширене покриття, преміум-послуги	Відсутня	Через страхові компанії
Франція	Універсальне медичне покриття	70-100% базових послуг	Повне покриття для малозабезпечених	Електронна система відшкодування
	Додаткове покриття	Доплати, додаткові послуги	Податкові пільги	Змішана система
Нідерланди	Базовий пакет	Стандартизований набір послуг	Субсидії на оплату премій	Керована конкуренція
	Додаткове страхування	Стоматологія, альтернативна медицина	Відсутня	Ринкові механізми
США	Medicare	Базове покриття для пенсіонерів	Повне державне фінансування	Через затверджені плани
	Medicaid	Покриття для малозабезпечених	Федеральне + регіональне фінансування	Через штати
	Приватні плани	Різні рівні покриття	Податкові пільги	Через страхові мережі
Ізраїль	Базовий кошик послуг	Comprehensive покриття	Державне фінансування + внески	Через лікарняні каси
	Додаткове страхування	Розширене покриття	Відсутня	Через лікарняні каси

Джерело: складено автором на основі даних національних систем охорони здоров'я