

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Навчально-науковий інститут бізнесу, економіки та менеджменту  
Кафедра фінансових технологій і підприємництва

«До захисту допущено»

Завідувачка кафедри, д.е.н., проф.

\_\_\_\_\_ Лариса ГРИЦЕНКО

(підпис)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
на здобуття освітнього ступеня бакалавр

зі спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування  
освітньо-професійної програми «Державні та місцеві фінанси»  
(назва програми)

на тему: «Стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування:  
досвід країн ЄС та України»

Здобувачки групи Ф-01а  
(шифр групи)

Азарової Аліни Олександрівни  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело.

\_\_\_\_\_ Аліна АЗАРОВА  
(підпис) (Ім'я та ПРІЗВИЩЕ здобувача)

Керівник \_\_\_\_\_ к.е.н., доцент Олена ЖУРАВКА  
(посада, науковий ступінь, вчене звання, Ім'я та ПРІЗВИЩЕ) \_\_\_\_\_  
(підпис)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Навчально-науковий інститут бізнесу, економіки та менеджменту  
Кафедра фінансових технологій і підприємництва

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри, д.е.н., проф.

Лариса ГРИЦЕНКО

(підпис)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.

## ЗАВДАННЯ

до кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Здобувача групи Ф-01а інституту ННІ БіЕМ  
спеціальності 072 Фінанси, банківська справа та страхування

Азарової Аліни Олександрівни

(прізвище, ім'я, по батькові студента)

Тема роботи «Стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування: досвід країн ЄС та України»

Затверджено наказом по СумДУ № 0580-VI від «24» травня 2024 р.

Термін здачі здобувачем завершеної роботи «27» травня 2024 р.

**Вихідні дані до роботи:** нормативні й законодавчі акти України, наукова література, наукові статті з питань добровільного медичного страхування, статистика НБУ та Міністерства фінансів, сайт Forinsurer та статистичні дані Insurance Europe.

**Зміст основної частини роботи** (перелік питань для розроблення): розглянути теоретичні засади медичного страхування та його роль у соціальному захисті громадян; проаналізувати стан та динаміку розвитку ринку добровільного медичного страхування України; дослідити діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування; розглянути світовий досвід функціонування добровільного медичного страхування на прикладі країн ЄС; узагальнити основні проблеми ринку добровільного медичного страхування в Україні та шляхи його покращення.

Дата видачі завдання: «08» квітня 2024 р.

Керівник к. е. н., доцент Олена ЖУРАВКА

(посада, науковий ступінь, вчене звання, ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Завдання прийнято до виконання «08» квітня 2024 р.

Аліна АЗАРОВА

(підпис)

(Ім'я та ПРІЗВИЩЕ здобувача)

## АНОТАЦІЯ

кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня бакалавр  
на тему:

«Стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування:

досвід країн ЄС та України»

(назва кваліфікаційної роботи)

Азарової Аліни Олександрівни

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

Основний зміст кваліфікаційної роботи викладено на 46 сторінках, з яких список використаних джерел із 34 найменувань. Робота містить 10 таблиць, 14 рисунків, а також 2 додатків.

Актуальність теми кваліфікаційної роботи. Зумовлюється складною ситуацією в українській системі охорони здоров'я та зростаючим попитом на альтернативні джерела фінансування медичних послуг. Недостатнє фінансування, неефективність управління та обмежений доступ до якісної медичної допомоги для значної частини населення є гострою проблемою. Ці фактори, у поєднанні зі зростанням цін на медичні послуги, створюють нагальну потребу у пошуку нових рішень для забезпечення доступності та якості медичної допомоги. Зростання витрат на медичну допомогу та підвищення потреби у медичних послугах створюють необхідність у механізмах фінансування. Добровільне медичне страхування може забезпечити додаткові ресурси для розвитку та модернізації системи охорони здоров'я.

Отже, в контексті змін у сучасних умовах, розгляд та дослідження стану та перспектив розвитку добровільного медичного страхування має велике значення для подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я та забезпечення доступності якісних медичних послуг для всіх верств населення.

Мета кваліфікаційної роботи є комплексне вивчення стану та перспектив розвитку ДМС в Україні з урахуванням досвіду країн ЄС.

У роботі було використано такі методи дослідження: під час дослідження теоретичної частини медичного страхування використовувався метод аналізу та

порівняння, синтезу, логічного узагальнення інформаційних даних. В процесі аналізу розвитку вітчизняного та зарубіжного ринку добровільного медичного страхування були використані: економічно-статистичний метод, графічний, табличний метод, порівняльний аналіз.

Основний результат роботи. У роботі були розкриті функції, принципи та класифікація медичного страхування. В аналітичній частині проаналізовано особливості розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні та країнах ЄС. Також були виявлені основні проблеми становлення і розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні, запропоновані шляхи його покращення.

Ключові слова: медичне страхування, добровільне медичне страхування, страховий ринок України, страхові компанії, програми медичного страхування.

## ЗМІСТ

Перелік скорочень, умовних позначень, одиниць і термінів.....	6
Вступ.....	7
1 Теоретичні засади медичного страхування та його роль у соціальному захисті громадян.....	9
2 Аналіз стану та динаміки розвитку ринку добровільного медичного страхування України за період 2018–2023 рр.....	17
3 Аналіз діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування.....	28
4 Оцінка розвитку ринку добровільного медичного страхування в країнах ЄС.....	34
5 Основні проблеми розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні та шляхи їх вирішення.....	47
Висновки.....	51
Список використаних джерел .....	53
Додаток А Методичні підходи до визначення поняття «медичне страхування».....	57
Додаток Б Статистичні дані по обсягу населення та ВВП країн Європейського Союзу.....	58

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ**

ДМС – добровільне медичне страхування

ОМС – обов'язкове медичне страхування

МС – медичне страхування

СК – страхова компанія

НБУ – Національний банк України

ЄС – Європейський Сою

## ВСТУП

У сучасному світі доступ до якісної медичної допомоги стає дедалі більш важливим фактором, що впливає на рівень життя, працездатність та добробут населення. Однак, висока вартість багатьох медичних послуг може зробити їх недоступними для значної частини людей. Це робить добровільне медичне страхування актуальним інструментом, який може допомогти людям захистити себе від непередбачуваних витрат на лікування та отримати доступ до якісної медичної допомоги.

Розвиток ринкових відносин в Україні вимагає формування вітчизняного ринку страхування, який відповідав би міжнародним вимогам та стандартам. Соціальний захист громадян не може бути частковим або вибіркоvim. Постійне його забезпечення потребує від влади виконання всіх його складових, включаючи доступ до якісної медичної допомоги. Добровільне медичне страхування стає для багатьох людей способом отримати на достатньому рівні належну медичну допомогу.

Тема розвитку та ефективності медичного страхування є дуже популярною серед вітчизняних науковців, таких як: Журавка О. С., Федорович І. М., Бондаренко Н. В., Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Гавриченко Д. Г., Штиршов О. М. та інші.

Метою цієї кваліфікаційної роботи є комплексне вивчення стану та перспектив розвитку ДМС в Україні з урахуванням досвіду країн ЄС.

Відповідно до поставленої мети були поставлені та вирішені наступні питання:

- розглянуті теоретичні засади медичного страхування та його роль у соціальному захисті громадян;
- проаналізований стан та динаміка розвитку ринку добровільного медичного страхування України;
- досліджена діяльності страхових компаній на ринку добровільного медичного страхування;

– розглянутий світовий досвід функціонування добровільного медичного страхування на прикладі країн ЄС;

– узагальнені основні проблеми ринку добровільного медичного страхування в Україні та шляхи їх вирішення.

Об'єктом дослідження є ринок добровільного медичного страхування.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти розвитку ринку добровільного медичного страхування України та країн ЄС.

Під час дослідження теоретичної частини медичного страхування використовувався метод аналізу та порівняння, синтезу, логічного узагальнення інформаційних даних. В процесі аналізу страхового ринку добровільного медичного страхування був використаний – економічно-статистичний метод, графічний, табличний метод, порівняльний аналіз.

Інформаційною базою для виконання роботи стали: навчальні посібники, наукова література, наукові статті з питань добровільного медичного страхування, законодавчі акти України, статистика НБУ та Міністерства фінансів, журнали Forinsurer та статистичні дані Insurance Europe.

Дана кваліфікаційна робота складається з вступу, 5 розділів, висновку, списку використаних джерел та додатків. Основний матеріал викладено на 46 сторінках та має 10 таблиць, 14 малюнків. Список використаних джерел включає 34 найменування.



## 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА ЙОГО РОЛЬ У СОЦІАЛЬНОМУ ЗАХИСТІ ГРОМАДЯН

У світі, де здоров'я є найціннішим активом, медичне страхування стало невід'ємною частиною життя, пропонуючи захист від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою та травмами. У будь-якій країні медичне страхування має важливе значення для забезпечення доступності та якості медичної допомоги. Україна не є винятком, як і інші країни. Тим не менш, у нашій системі медичного страхування є багато недоліків і вона потребує реформ. Можна сказати, що в Україні в цілому не дуже розвинена культура страхування. Багато людей не бачать цінності медичного страхування і не вважають його необхідним. Така ситуація зумовлює низький рівень залучення населення до системи медичного страхування, що, в свою чергу, лягає додатковим тягарем на державний бюджет. Отож, ситуація в системі охорони здоров'я України залишає бажати кращого, що зумовлює низький рівень якості та доступності медичних послуг [4].

В минулому страхування ґрунтувалося на принципі взаємної допомоги, де учасники угоди про взаємне страхування розподіляли між собою збитки, що виникали у членів їхньої спільноти. Перші кроки у напрямку добровільного медичного страхування в Україні були зроблені на початку 1990-х років. Цей період ознаменувався появою на ринку різноманітних страхових компаній, які пропонували пакети ДМС, що відрізнялися за обсягом та вартістю. Згодом до них додалися й некомерційні форми ДМС у вигляді так званих лікарняних кас [13].

Щоб окреслити головні аспекти медичного страхування та сформулювати його визначення, слід розглянути дефініції даної категорії, представлені вітчизняними науковцями (додаток А).

Можемо зазначити, що методи та підходи, які використовують вітчизняні науковці для визначення сутності медичного страхування, доволі таки різні. Страхування на випадок витрат, пов'язаних зі здоров'ям – цей підхід акцентує увагу

на фінансовому захисті від витрат, що виникають у разі захворювання або травми Журавка А. С. [14], Волохова Л. М., Остапенко Д. О. [6]

Форма соціального захисту населення. Даний підхід розглядає медичне страхування як механізм забезпечення доступності медичної допомоги та захисту від фінансових ризиків, пов'язаних зі здоров'ям Вороніна О.О.[8], Внукова Н.М. [5].

Система фінансових відносин – цей підхід фокусується на формуванні страхового фонду за рахунок внесків страхувальників та використанні коштів для оплати медичної допомоги Закон України "Про страхування"[25], Господарський кодекс України [6].

Схоже трактування представлено й в роботах Базилевич В.Д. [2], Климук Н.Я. [16].

Незважаючи на різноманіття методів та підходів, визначення медичного страхування, дані вітчизняними науковцями в цій таблиці, мають ряд спільних рис:

- захист від фінансових ризиків: всі визначення підкреслюють, що медичне страхування слугує для захисту фінансових інтересів громадян на випадок виникнення потреби в медичних послугах;

- солідарна відповідальність: більшість визначень ґрунтуються на принципі солідарної відповідальності, де внески учасників використовуються для оплати медичних послуг тим, хто їх потребує;

- система фінансування медичних послуг: медичне страхування розглядається як система фінансування медичних послуг, яка доповнює інші джерела фінансування, такі як державний бюджет та особисті кошти громадян;

- правові та економічні аспекти: визначення медичного страхування, як правило, включають правові та економічні аспекти, що підкреслює його роль у системі соціального захисту та економічних відносинах.

Можемо зробити висновки, що медичне страхування – це складне та багатогранне явище, яке досліджується за допомогою різних методів та підходів.

В чому полягає роль медичного страхування, воно виступає ключовим інструментом забезпечення гарантованого доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їх соціального статусу. Воно дозволяє державі залучати

додаткові фінансові ресурси для розвитку системи охорони здоров'я, спрямовуючи їх на різноманітні потреби, такі як: модернізація медичної інфраструктури, підвищення якості медичної допомоги, підготовка кваліфікованих медичних кадрів, фінансування наукових досліджень у сфері медицини та багато іншого [10].

Хоча медичне страхування поділяє фундаментальні принципи з іншими видами страхування, воно має ряд унікальних характеристик, які відображають специфіку сфери охорони здоров'я та потреби застрахованих осіб.

Ключові особливості медичного страхування:

– об'єкт страхування: на відміну від страхування майна, медичне страхування захищає здоров'я та життя людини, а не матеріальні цінності;

– склад учасників: окрім традиційних сторін – страхувальника та страховика, додається ще один важливий учасник – медичний заклад, який безпосередньо надає послуги застрахованій особі;

– механізм виплат: у разі настання страхового випадку, компенсація виплачується не застрахованій особі, а медичному закладу, який надав необхідну медичну допомогу [30].

Медичне страхування – це комплексний інструмент, що впливає на всю систему охорони здоров'я, сприяючи її розвитку та покращенню. Від профілактики захворювань до контролю якості медичних послуг – кожна функція медичного страхування спрямована на збереження здоров'я населення та підвищення його добробуту. Далі ми розглянемо основні функції медичного страхування, розкриваючи їх соціальну та економічну значимість.

1. Ризикова функція – основа медичного страхування, що пропонує грошовий захист на випадок хвороби або нещасного випадку. Сплачуючи страхові внески, громадяни створюють спільний фонд, який у разі необхідності медичної допомоги оплачує її. В результаті ризику розподіляються між усіма користувачами системи, що зменшує фінансове навантаження на одну особу.

2. Превентивна функція – оскільки зниження ризиків впливає на виплати, страхові компанії зацікавлені в цьому. Як наслідок, вони часто пропонують ініціативи з профілактики та раннього виявлення захворювань. Це можуть бути

безкоштовні абонементи в спортзали, програми скринінгу, професійні консультації лікарів і накопичувальні абонементи в спортзали. Окрім покращення громадського здоров'я, ця стратегія знижує витрати на постійне лікування.

3. Накопичувальна функція – деякі програми медичного страхування мають накопичувальний компонент, наприклад, страхування життя з медичним компонентом. Частина страхових внесків інвестується, що дозволяє клієнтам відкладати гроші на майбутні медичні витрати або отримати більше грошей у разі серйозної хвороби.

4. Функція контролю – страхові компанії відіграють вирішальну роль у регулюванні якості медичної допомоги. Вони співпрацюють з медичними закладами, встановлюючи стандарти якості та контролюючи їх дотримання. Це гарантує пацієнтам отримання високоякісної медичної допомоги та підвищує ефективність системи охорони здоров'я [30].

Вкрай важливо визнати соціальну та економічну важливість медичного страхування.

З економічної точки зору, воно фінансує охорону здоров'я, сприяє конкуренції між медичними закладами та підвищує ефективність використання ресурсів.

З соціальної точки зору, медичне страхування допомагає зменшити соціальну нерівність у сфері охорони здоров'я, покращити якість медичних послуг та підвищити доступність медичної допомоги для населення.

Тому медичне страхування, яке поєднує в собі фінансовий захист, профілактику, накопичення та контроль якості медичних послуг, є важливим інструментом гарантування здоров'я та добробуту населення.

Подібно до того, як досвідчений гід допомагає мандрівникам зорієнтуватися в незнайомій місцевості, класифікація медичного страхування слугує компасом у світі страхових продуктів. Вона розкриває різноманіття доступних варіантів, дозволяючи розрізнити обов'язкове та добровільне страхування, розуміти різницю між принципами управління, характером фінансування.

Існує кілька підходів до класифікації медичного страхування, що дозволяє систематизувати його різноманітні форми та моделі, детальніше розглянемо на рисунку 1.1

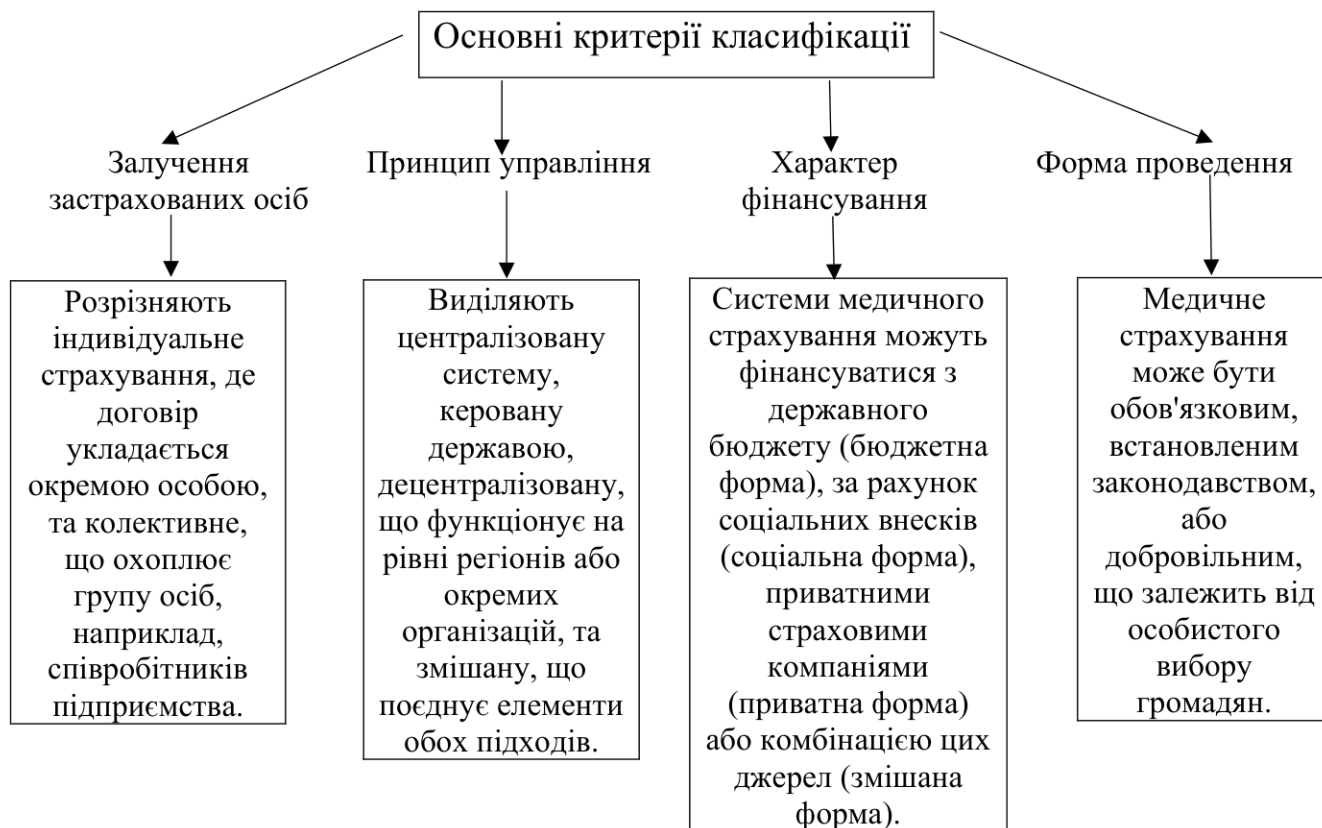


Рисунок 1.1 – Основні критерії класифікації медичного страхування

*Джерело: побудовано автором за даними [3]*

Даний рисунок підкреслює складність та різноманітність систем медичного страхування, що існують у світі. Немає єдиної універсальної моделі, що ідеально підходить для всіх країн, оскільки кожна система формується під впливом унікальних соціально-економічних, політичних та культурних факторів.

Є доцільним зупинитись саме на формах медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування – це ключовий елемент соціального захисту населення, що забезпечує гарантований доступ до медичних послуг у визначеному державою обсязі, незалежно від соціального статусу громадянина. Діяльність системи ОМС регулюється законодавством та базується на принципах

всезагальності, обов'язковості та некомерційності, розглянемо кожен з них детальніше.

Основні принципи ОМС:

– всезагальність, кожен громадянин, незалежно від віку, статі, професії чи соціального статусу, має право на отримання медичних послуг у рамках гарантованого державою пакету;

– обов'язковість, всі працюючі громадяни та юридичні особи зобов'язані сплачувати страхові внески до фонду ОМС. За непрацюючих громадян внески сплачуються з державного бюджету або інших джерел соціального забезпечення;

– некомерційність, ОМС не має на меті отримання прибутку. Усі кошти, отримані від страхових внесків, використовуються для фінансування медичних послуг, розширення страхового покриття та забезпечення стабільної роботи системи.

ОМС відіграє важливу роль у забезпеченні соціальної справедливості та рівності у сфері охорони здоров'я, гарантуючи всім громадянам доступ до необхідної медичної допомоги [1].

В свою роль добровільне медичне страхування функціонує на комерційних засадах, надаючи можливість розширити обсяг медичних послуг та покращити умови їх отримання. В основі ДМС лежить принцип еквівалентності, де обсяг та вид медичної допомоги відповідає розміру сплаченої страхової премії.

ДМС дозволяє отримати доступ до ширшого спектру медичних послуг, включаючи профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію, які можуть не входити до базового пакету обов'язкового медичного страхування.

ДМС надає можливість обирати медичні заклади та лікарів, отримувати послуги у більш комфортних умовах, скоротити час очікування та підвищити загальний рівень сервісу.

Реалізація ДМС базується на двох договорах: договорі страхування між страховиком та страхувальником, а також договорі на надання медичних послуг між страховою компанією та медичним закладом.

ДМС є важливим доповненням до обов'язкового медичного страхування, надаючи громадянам більше можливостей та вибору у сфері охорони здоров'я [10].

Різницю між ОМС та ДМС можна чітко окреслити, проаналізувавши принципи, які лежать в основі добровільного та обов'язкового страхування, розглянемо її в таблиці 1.1

Таблиця 1.1 – Спільні та відмінні ознаки добровільного і обов'язкового медичного страхування

Спільні риси	
Стабільний страховий інтерес	Обидві форми страхування виходять з того, що збереження здоров'я є пріоритетом для кожної людини, створюючи постійну потребу у захисті від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою або травмою.
Об'єкт страхування	Як добровільне, так і обов'язкове медичне страхування захищають здоров'я людини та її фінансові інтереси у разі необхідності отримання медичної допомоги або проведення профілактичних заходів.
Сплата страхової премії	В обох випадках для отримання страхового покриття необхідно сплачувати страхові внески, які формують страховий фонд та забезпечують виплати у разі настання страхового випадку.
Відмінні риси	
Обов'язкова форма	Добровільна форма
Охоплює все населення або певні категорії громадян, забезпечуючи рівний доступ до базового пакету медичних послуг.	Інформація про стан здоров'я застрахованої особи є конфіденційною.
Діє незалежно від стану здоров'я та віку застрахованої особи.	Страховальник може вибрати обсяг та умови страхування, а також страхову компанію.
Не має обмежень за терміном дії.	Договір укладається на певний термін.
Базовий пакет медичних послуг визначений державою та є однаковим для всіх застрахованих.	Широкий вибір страхових програм з різним набором медичних послуг та рівнем покриття.
Страхування настає автоматично при народженні або при отриманні громадянства.	-
Внески встановлюються державою на мінімально необхідному рівні для забезпечення базового медичного захисту.	Вартість страховки залежить від вибраної програми, віку, стану здоров'я та інших факторів ризику.
Страховик зобов'язаний виплатити компенсацію у разі настання страхового випадку.	-
Розмір компенсацій визначається відповідно до затверджених тарифів та стандартів.	Розмір компенсацій визначається умовами договору та може варіюватися в залежності від вибраної програми.

*Джерело: побудовано автором за даними [3]*

ОМС та ДМС є взаємодоповнюючими складовими системи охорони здоров'я. ОМС забезпечує базовий рівень захисту для всіх громадян, тоді як ДМС дає можливість отримати додаткові медичні послуги та підвищити їх якість. Вибір між

ОМС та ДМС залежить від індивідуальних потреб, фінансових можливостей та пріоритетів кожної людини.

Попри попередні плани та законодавчі ініціативи, запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні досі залишається нереалізованим. Відсутність відповідної нормативно-правової бази та необхідність комплексної реформи системи охорони здоров'я створюють суттєві перешкоди на цьому шляху.

Що стосується подальшого розвитку ДМС, вже відбулись певні зміни в законодавчій базі України. На початку 2024 року набув чинності Закон України "Про страхування", прийнятий у листопаді 2021 року. Цей закон замінив попередній аналогічний документ, що діяв з 1996 року, та привніс суттєві зміни у сферу страхування, зосереджуючись на посиленні захисту прав споживачів страхових послуг.

Новий Закон України «Про страхування» ввів значні зміни у систему ліцензування страхової діяльності, спростивши її та зменшивши регуляторне навантаження на страховиків. Замість понад 50 окремих видів страхування, за якими раніше вимагалися окремі ліцензії, запроваджено 23 класи страхування (включаючи 5 класів страхування життя).

Отож, були внесені зміни у класифікацію медичного страхування, об'єднуючи різні види страхування у чотири основні класи.

До класів страхування іншого, ніж страхування життя, належать:

Клас 2 – Страхування на випадок хвороби: Охоплює медичне страхування та безперервне страхування здоров'я, уніфікуючи ці види під одним класом.

Клас 18 – Страхування витрат на допомогу під час подорожей (асистанс): Замінює окремі види страхування медичних витрат та фінансових ризиків під час подорожей.

До класів страхування життя належать:

Клас 22 – Безперервне страхування здоров'я: Функціонує аналогічно страхуванню життя за старим законом, забезпечуючи довгостроковий захист здоров'я [24].



## 2 АНАЛІЗ СТАНУ ТА ДИНАМІКИ РОЗВИТКУ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 2018–2023 РР.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні за останні кілька років пережив значні зміни та трансформації, що впливають як на самі страхові компанії, так і на їхніх клієнтів. Відповідно, аналіз стану та динаміки його розвитку має велике значення для розуміння сучасних тенденцій, визначення факторів успіху та викликів, що стоять перед галуззю.

Процеси реформування системи охорони здоров'я, зміни в регулятивному середовищі, ріст свідомості населення щодо важливості медичного страхування, а також технологічні інновації – усе це впливає на динаміку ринку страхування.

Для початку розглянемо загальну кількість страхових компаній в Україні на рисунку 2.1

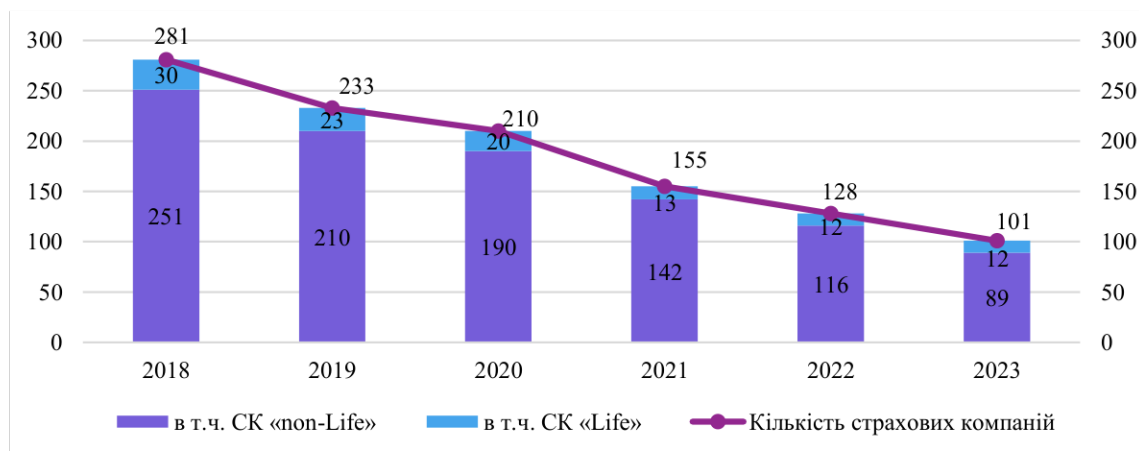


Рисунок 2.1 – Динаміка кількості страхових компаній України за 2018-2023 р.

Отож, спостерігається тенденція до зменшення загальної кількості страхових компаній в Україні. У 2018 році їх було 281, а у 2023 році – лише 101. Зменшення кількості страховиків відбувається переважно за рахунок компаній, що працюють у сфері "non-Life". Кількість компаній, що працюють в сфері страхування життя залишається відносно стабільною.

У період 2018-2020 відбувається найбільше скорочення кількості страховиків. Причинам можуть бути посилення вимог до капіталізації, посилення конкуренції на ринку, загальноекономічна ситуація. Вже у 2021-2022 темпи скорочення кількості страхових компаній дещо знижуються, але тенденція зберігається. У 2023 кількість страхових компаній також знизилась порівняно з попереднім роком.

Український ринок страхування зазнає суттєвих змін, що призводять до консолідації. Зменшення кількості страхових компаній може бути пов'язано і з війною в Україні. Війна призвела до різкого зростання страхових ризиків, особливо у сфері майнового страхування та страхування життя. Багато страхових компаній зіткнулися з величезними збитками та невизначеністю щодо майбутнього. Варто зауважити, що ДМС – це ризикована сфера страхування, в яку інвестують більшість провідних страхових компаній. При цьому, ризик медичних витрат також часто включається в програми страхування життя, складені за договорами змішаного страхування.

Крім того за новим законом є клас страхування "Безперервне страхування здоров'я" (Клас 22), який працює за принципом страхування життя за старим законодавством. Цей клас забезпечує довгостроковий захист здоров'я, подібно до стандартного страхування життя. Для глибшого аналізу розглянемо загальні показники страхового ринку у таблиці 2.1

Таблиця 2.1 – Основні показники розвитку страхового ринку України за 2018-2023 рр.

Показник	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Валові страхові премії, млн грн	49367	53001	45176	49708	39616	47015
Валові страхові премії на 1 договір страхування, грн	637	660	375	378	450	496
Валові страхові виплати, млн грн	12863	14338	14854	17958	13001	16867
Валові страхові виплати на 1 договір страхування, грн	166	179	123	137	148	178
Рівень валових виплат, %	26,06	27,05	32,88	36,13	32,82	35,9
Сформовані страхові резерви, млн. грн.	26975	29558	34193	36 555	41000	46781
Обсяг сплачених статутних капіталів	12637	11066	9748	7924	6717	5 955

## Продовження таблиці 2.1

Активи за балансом	63493	63867	64920	64209	70298	74334
Активи, визначені статтею 31 Закону України "Про страхування"	40667	44610	46191	47159	54146	56291
Кількість укладених договорів страхування, тис. од.	77495	80271	120577	131562	88102	94821

*Джерело: побудовано автором за даними [22]*

Отож, розглянемо основні показники розвитку страхового ринку України. Валові страхові премії зростали з 2018 року, досягнувши піку в 2019 році, після чого зменшились, але знову трохи зросли в 2023 до показника у 47015 млн. грн. Валові страхові премії на 1 договір значно зменшились у 2020 році, але мають з 2021 мають тенденцію до збільшення показника. Валові страхові виплати зростали до 2022 року, у 2022 вони зазнали значного спаду з 17958 млн. грн. до 13001 млн. грн., але у 2023 знову зросли.

Валові страхові виплати на 1 договір не мають загальної тенденції до зміни показника та змінювались нестабільно, але в цілому зросли у 2023 показник дорівнює 178 грн, що на 12 грн більше ніж у 2018 році. Рівень валових виплат в цілому мав тенденцію до зростання показника, але у 2022 році зазнав певного зменшення, реабілітувавшись у 2023.

Сформовані страхові резерви мають чітку тенденцію до зростання показника протягом всього періоду. Обсяг сплачених статутних капіталів зменшився протягом всього періоду.

Активи за балансом зростали протягом всього періоду. Активи, визначені статтею 31 Закону України "Про страхування" також зростали протягом всього періоду. Кількість укладених договорів страхування: Зростала до 2021 року, після чого зменшилась, але знову зросла в 2023 і становила 94821 тис. од.

Страховий ринок України демонструє неоднозначну динаміку. З одного боку, спостерігається зростання валових страхових премій та активів, з іншого - зменшення кількості договорів та обсягу сплачених статутних капіталів. Також видно зростання рівня валових виплат, що може свідчити про збільшення ризиків та вимог до страхових компаній. Основні спади показників фіксують саме у 2022 році.

2022-2023 рік став для українського страхового ринку роком випробувань. Незважаючи на триваючу війну, він продемонстрував стійкість та адаптивність, продовжуючи забезпечувати фінансовий захист громадянам та бізнесу. Ключовим фактором успішного функціонування ринку є структура страхового портфелю, яка відображає як пріоритетні напрямки розвитку, так і реакцію на зміни в економіці та соціальному житті країни. Аналіз структури страхового портфелю допоможе визначити найбільш перспективні напрямки розвитку страхового ринку України, а також проаналізувати його можливості для задоволення потреб населення та бізнесу рисунок 2.2

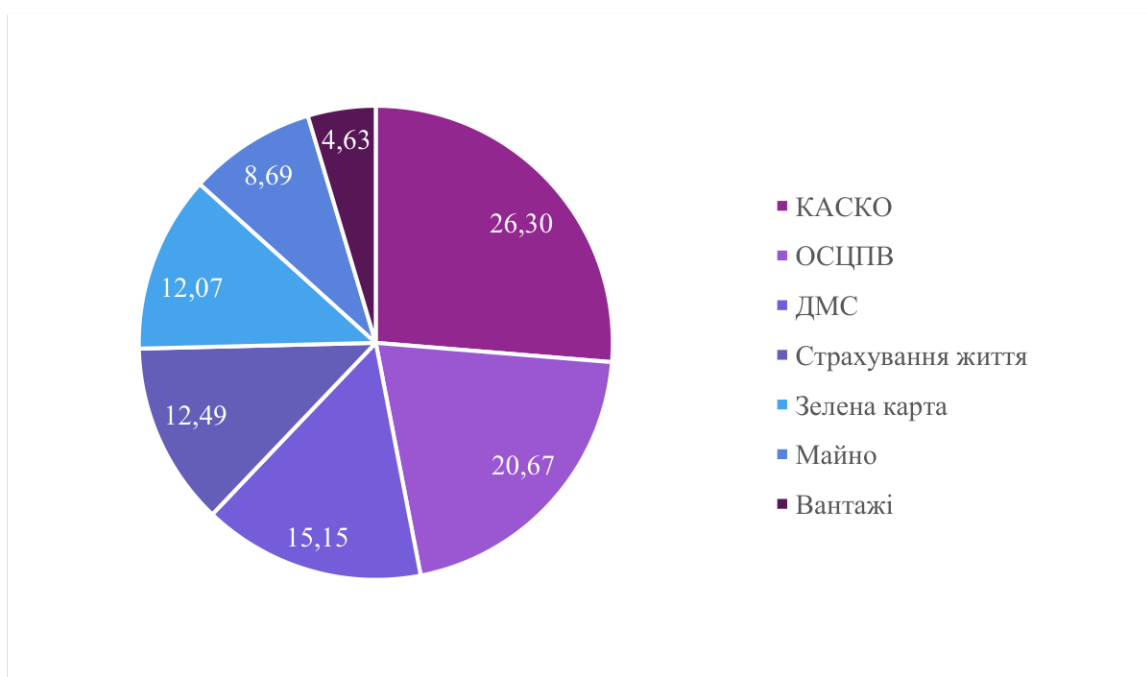


Рисунок 2.2 - Структура страхового портфелю ринку України за 2023 рік  
*Джерело: побудовано автором за даними [22]*

Аналізуючи структуру страхового портфелю, ми бачимо, що ДМС є третім за величиною сегментом ринку після КАСКО та ОСЦПВ і займає 15,15 %, у той час як страхування життя займає 12,49 %, майна 8,69 % від загальної маси. Це свідчить про зростання потреби в медичному страхуванні в Україні, що, ймовірно, пов'язано з зростаючою свідомістю населення про важливість фінансового захисту від медичних витрат.

Незважаючи на війну, ДМС виявився відносно стійким сегментом, що може говорити про його важливість для населення та про його потенціал для подальшого розвитку в майбутньому.

Розглянемо склад страхових премій медичного страхування, дана таблиця надає детальний розподіл страхових премій за видами медичного страхування в Україні. Вона демонструє структуру ринку, відображаючи основні напрямки медичного страхування та їх вагомість в загальному обсязі премій.

Ця інформація є цінним інструментом для аналізу динаміки розвитку медичного страхування, визначення тенденцій та прогнозування його майбутнього розвитку. Завдяки таблиці можна отримати уявлення про пріоритети населення та бізнесу у сфері медичного страхування, а також про можливості його подальшого розвитку в Україні.

Таблиця 2.2 – Склад страхових премій медичного страхування, млн. грн

Показник	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	3486,7	4470,3	5300,5	5400,0	4883,3	5 744,8
Страхування здоров'я на випадок хвороби	491,8	684,1	906,9	835,1	868,2	519,0
Страхування медичних витрат	1345,9	1885,5	1110,5	1700	936,9	872,9
Всього	5324,44	7039,91	7317,89	7935,10	6688,40	7 136,7

*Джерело: побудовано автором за даними [21]*

Отже, таблиця 2.2 демонструє динаміку розвитку страхових премій медичного страхування в Україні за період з 2018 по 2023 рік. Очевидно, що сектор медичного страхування в Україні проходить через період трансформації, що зумовлене низкою факторів, зокрема війною та економічними змінами. Як і зазначалось раніше валові страхові премії до 2022 року мали чітку тенденцію до зростання, після чого дещо знизились і вже з 2023 року почали знов набирати обертів. Медичне страхування в цілому складається з: безперервного страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби та страхування медичних витрат. Жоден з цих показників немає певної тенденції до збільшення або зменшення своїх показників. Зменшення страхування медичних витрат та страхування здоров'я на

випадок хвороби може бути тимчасовими тенденціями, які пов'язані з економічними складнощами. У той час як безперервне страхування здоров'я у 2023 досягло свого пікового значення і становило 5 744,8 млн. грн.

Для кращого розуміння розглянемо рисунок 2.3 де графічно представлена структура видів медичного страхування.



Рисунок 2.3 – Структура видів медичного страхування за 2018-2023 рік, %

*Джерело: побудовано автором за даними [21]*

Домінація безперервного медичного страхування, на рисунку чітко видно, що медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) завжди займає найбільшу частку в структурі страхових премій, збільшуючись з 65,5% в 2018 році до 80,5% в 2023. Це свідчить про те, що населення віддає перевагу довгостроковому медичному страхуванню, яке надає більш комплексний захист.

Зменшення частки страхування медичних витрат: Спостерігається зменшення частки страхування медичних витрат з 26,8% в 2019 році до 12,2% в 2023. Це може бути пов'язано з тим, що населення віддає перевагу більш комплексним програмам страхування, які покривають більше ризиків, ніж лише витрати на лікування.

Незначна частка страхування здоров'я на випадок хвороби, цей вид страхування займає найменшу частку в структурі премій, і в 2023 році склав лише 7,3 %. Це може бути пов'язано з тим, що цей вид страхування є менш популярним серед населення, або з тим, що він не настільки розвинений в Україні.

На рисунку 2.4 представлена динаміка валових страхових премій за медичним страхуванням та загальних премій, а також зображено частку валових премій медичного страхування у загальних премія



Рисунок 2.4 – Динаміка загальних валових премій та валових премій за добровільним медичним страхуванням за 2018-2023 рік, млн. грн.

*Джерело: побудовано автором за даними [21]*

З 2018 року спостерігається стійке зростання валових страхових премій за медичним страхуванням в продовж всього проаналізованого періоду, тільки 2022 рік демонструє незначний спад до – 6688,4 млн. грн. На відміну від загального обсягу премій, які не мають конкретної тенденції.

У 2023 році частка премій медичного страхування становить 15,2% від загального обсягу премій, що на 4,4% більше ніж у 2018 році.

Зростання частки премій медичного страхування в загальному обсязі премій свідчить про те, що ринок добровільного медичного страхування має потенціал для

подальшого розвитку. Динаміка загальних валових премій та валових премій за добровільним медичним страхуванням свідчить про позитивний розвиток ринку медичного страхування в Україні. Це створює сприятливі умови для розвитку страхового ринку та покращення якості охорони здоров'я в країні.

Далі на рисунку 2.5 розглянемо валові страхові виплати з медичного страхування і загальні, а також їх рівень. Аналіз цих даних допомагає розуміти вплив різноманітних факторів на ринок медичного страхування, що є критичним для розвитку стратегій управління та ризиків для страхових компаній, медичних установ, та споживачів медичних послуг. У цьому контексті, вивчення динаміки валових виплат за період останніх п'яти років є ключовим для розуміння та прогнозування подальшого розвитку ринку медичного страхування в Україні.



Рисунок 2.5 – Динаміка загальних валових виплат та валових виплат за добровільним медичним страхуванням за 2018-2023 рік, млн. грн.

*Джерело: побудовано автором за даними [21]*

Отож, як по загальному показнику виплат так і по виплата з медичного страхування, зберіглась та сама тенденція як і в преміях, а саме зростання впродовж



усього аналізованого періоду і тільки у 2022 році незначний спад. Якщо порівнювати показник виплат за медичним страхуванням то у 2023 році 908 млн. грн. більше ніж у 2018, що свідчить про зростання потреби в медичному страхуванні.

Рівень валових виплат з 2018 по 2023 рік знаходиться приблизно в одну й тому самому діапазоні, найбільше значення було зафіксовано у 2021 році – 51%, у всі інші роки від 43% до 47%. Насправді це дуже великий рівень виплат і для страхових компаній це може бути як позитивним так і негативним явищем. З одного боку, це означає, що страхові компанії дотримуються своїх зобов'язань і виплачують компенсації за настання страхових випадків, що підвищує довіру до них.

З іншого боку, високий рівень виплат може призводити до збитковості для страхової компанії, якщо він не компенсується зростанням премій або ефективним управлінням ризиками. Важливо збалансувати виплати з преміями, ефективно керувати ризиками формування збалансованого страхового портфеля і забезпечити стабільність фінансового стану компанії.

Розуміння щільності добровільного медичного страхування є ключовим для оцінки розвитку страхового ринку в Україні. Це дозволяє визначити, наскільки поширена практика захисту здоров'я за допомогою страхових послуг серед населення.

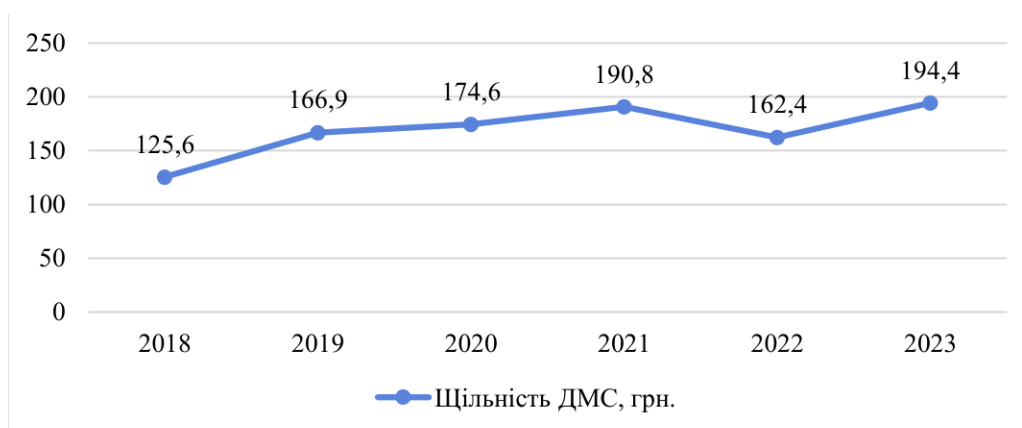


Рисунок 2.6 – Щільність добровільного медичного страхування в Україні за 2018-2023 рік, грн.

*Джерело: побудовано автором за даними [21,22]*

Ринок ДМС в Україні динамічно розвивається, зростання щільності ДМС свідчить про те, що населення все більше усвідомлює важливість медичного страхування. У 2023 році фіксується найбільше значення цього показника – 194,4 грн., при тому що найбільш істотне зростання щільності ДМС спостерігається у 2021 році.

Незважаючи на зростання щільності, рівень поширення ДМС в Україні залишається невисоким в порівнянні з розвиненими країнами. Необхідні заходи для підвищення доступності та ефективності медичного страхування.

Державна політика відіграє ключову роль у розвитку ринку ДМС. Необхідно створювати сприятливі умови для розвитку страхового ринку та збільшення доступності медичного страхування для населення.

Аналіз проникнення добровільного медичного страхування в Україні за є ключовим для розуміння рівня участі населення в цьому виді страхування та його динаміки протягом часу. Проникнення добровільного медичного страхування відображає не лише рівень свідомості та зацікавленості громадян у забезпеченні себе та своїх родин доступними медичними послугами, але й ефективність ринку страхування та його потенціал для забезпечення масового застосування. Аналіз проникнення дозволяє виявити фактори, що впливають на прийняття рішення про участь у програмах добровільного медичного страхування, а також визначити перспективи подальшого розвитку цього ринку в Україні.

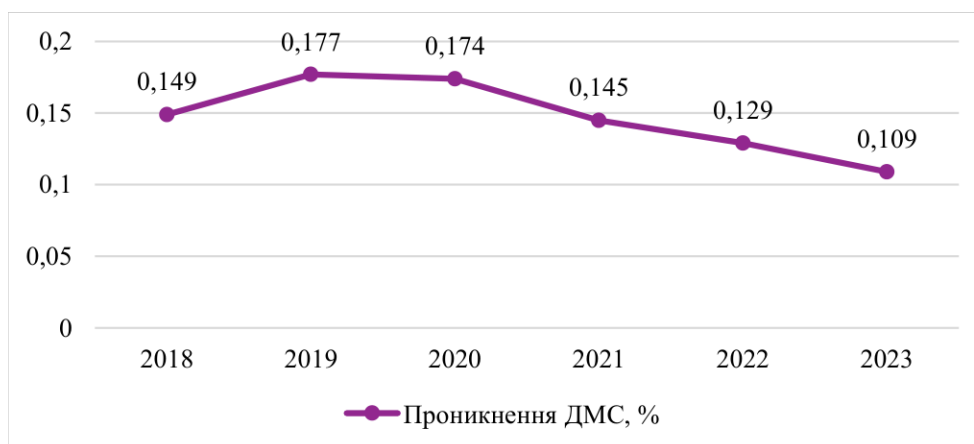


Рисунок 2.7 – Проникнення ДМС в Україні за 2018-2023 рік, грн.

Джерело: побудовано автором за даними [21,22]

Рівень проникнення ДМС в Україні залишається невисоким. Протягом 2018-2020 років спостерігається незначне зростання проникнення ДМС. З 2020 року рівень проникнення ДМС починає знижуватися, що може свідчити про декілька чинників: економічна нестабільність в Україні, відсутність достатньої інформованості населення про переваги ДМС, недостатня доступність страхових програм для всіх верств населення.

В цілому, спостерігається тенденція до зростання як щільності (середнього внеску на душу населення), так і загального обсягу виплат за ДМС і збільшення обсягу премій. Це свідчить про те, що українці все більше усвідомлюють необхідність захисту здоров'я, а також довіряють страховим компаніям. А отже ДМС в Україні має значний потенціал для розвитку, однак його зростання стримується низкою чинників: економічною нестабільністю, недостатньою інформованістю населення та недосконалою державною політикою.

### 3 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ НА РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Сучасний світ характеризується зростаючим попитом на якісну медичну допомогу. В умовах нестабільної економічної ситуації, війн та пандемій, добробут особистої безпеки стає надзвичайно важливим. Добровільне медичне страхування виступає надійним інструментом захисту від фінансових витрат на лікування та дає можливість отримати допомогу в кращих медичних установах. Тому актуальним буде проаналізувати діяльності страхових компаній, які працюють на ринку ДМС. Та дослідити ключові тенденції їх розвитку.

Розпочнемо аналіз з визначення лідерів серед страхових компаній в роботі з ДМС таблиця 3.1

Таблиця 3.1 – ТОП 7 страхових компаній у сфері добровільного медичного страхування за 2022 - 2023 році

2022 рік				
Місце	Страхова компанія	Премії, тис. грн.	Виплати, тис. грн.	Рівень виплат, %
1	УНІКА	711 366	418 655	58,9
2	ПРОВІДНА	652 442	400 243	61,3
3	ІНГО	432 943	282 217	65,2
4	ARX	428 972	176 649	41,2
5	УСГ	317 919	168 326	52,9
6	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	260 126	192 718	74,1
7	ТАС СГ	224 114	103 218	46,1
2023 рік				
Місце	Страхова компанія	Премії, тис. грн.	Виплати, тис. грн.	Рівень виплат, %
1	УНІКА	1 069 341	573 174	53,6
2	ІНГО	658 480	450 669	68,4
3	UNIVERSALNA	571 966	271 316	47,4
4	ARX	524 209	265 448	50,6
5	ВУСО	492 170	279 140	56,7
6	ТАС СГ	385 008	164 310	42,7
7	УСГ	380 157	240 672	63,3

*Джерело: побудовано автором за даними [15]*

З таблиці 2.1 видно, що в 2022 році найбільші виплати здійснювали страхові компанії «УНІКА» – 418 655 тис. грн. та «ПРОВІДНА» – 400 243 тис. грн. Це говорить про те, що вони або мали значний обсяг страхових випадків, або їх страхові програми були більш дорогими.

Найнижчі виплати в 2022 році зафіксовані у «ТАС СГ» – 10 218 тис. грн. Якщо говорити про рівень виплат, то «АЛЬФА СТРАХУАННЯ» та «ІНГО» мають найбільші показники у 2022 році 74,1% та 65,2% відповідно. Це свідчить про те, що вони ефективно використовують свої ресурси для покриття страхових випадків. Найнижчий рівень виплат у 2022 році зафіксовано у «АРХ» – 41,2%, що вказує на менш ефективну роботу з клієнтами або меншу вигідність їхніх страхових програм.

У 2023 році ситуація з лідером на ринку залишається незмінна. Як по преміям так і по виплатах лідує «УНІКА», але компанія «ПРОВІДНА» яка в 2022 році зовсім зникла з ТОПу так само, як страхова компанія «АЛЬФА СТРАХУАННЯ». У зв'язку з повномасштабним вторгненням РФ, за рішенням Національного банку України, страховий ринок України покинули дві великі компанії: «Альфа Страхування» (6 грудня 2022 року) та «ПРОВІДНА» (23 березня 2023 року) [23].

Що стосується рівня виплат у 2023 році, то лідером є «ІНГО» – 68,4%. Це свідчить про те, що компанія продовжує ефективно управляти своїми ресурсами та покривати страхові випадки. Найнижчий рівень виплат у 2023 році у «ТАС СТ» – 42,7%.

Загалом, можна зробити висновок, що «УНІКА» є лідером за обсягом премій та виплат у 2022 та 2023 році. «ІНГО» показує високий рівень виплат і у 2022, і у 2023 році, що свідчить про ефективність її роботи. «АРХ» має найнижчі виплати у 2022 році, що може бути пов'язано з меншим обсягом страхування або з меншою кількістю страхових випадків. «ТАС СГ» має найнижчий рівень виплат у 2023 році, що може свідчити про меншу кількість страхових випадків або про інші чинники.

Розглянемо ще декілька показників страхових компаній-лідерів у сфері добровільного медичного страхування рисунок 3.1

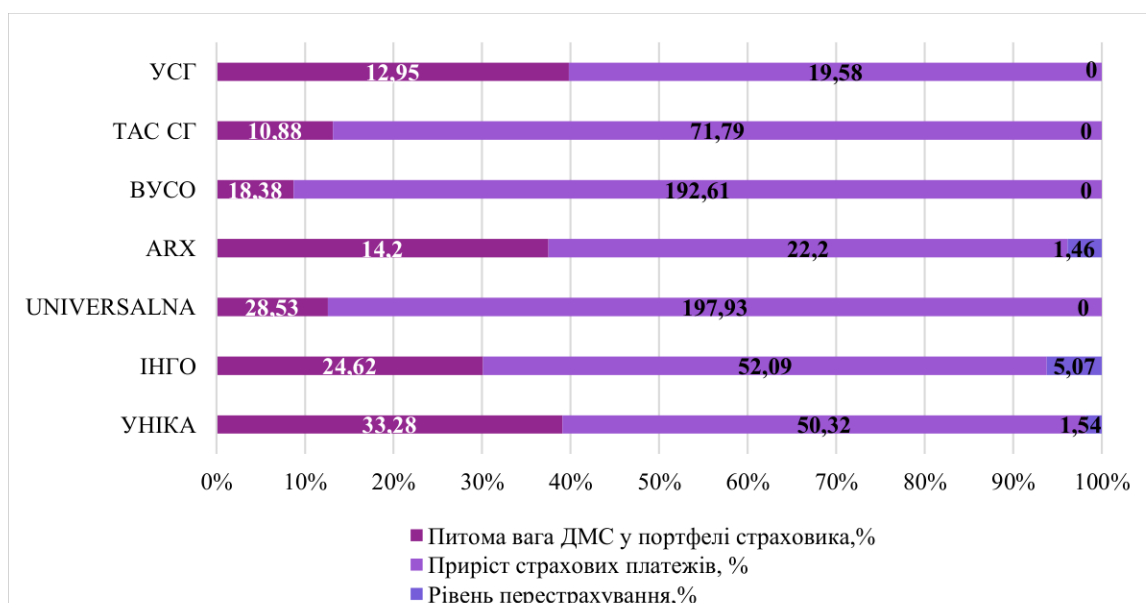


Рисунок 3.1 – Показники ТОП-7 компаній на ринку медичного страхування  
*Джерело: побудовано автором за даними [20]*

На рисунку 3.1 зображено показники ТОП-7ми компаній на ринку медичного страхування. За даними графіку, найбільшу частку портфеля страховика займає ДМС у компанії «УНІКА» – 33,28%. На другому місці «UNIVERSALNA» – 28,53%.

У страховій компанії «УНІКА» також високий рівень перестраховування 1,54%. У той час як у деяких компаній рівень перестраховування дорівнює нулю. Найбільший рівень приросту у «UNIVERSALNA» та «ВУСО» – 197,93% та 192,61% відповідно. Інші компанії мають менші показники у всіх трьох категоріях.

Найнижчі показники у компаній «УСГ» (12,95%) та «ТАС СГ» (10,88%) за питомою вагою ДМС у портфелі страховика. Загалом, графік відображає різні стратегії розвитку ДМС у різних компаній, а також їх ефективність у залученні клієнтів.

Для більш детального розуміння роботи страхових компаній в сфері медичного страхування, розглянемо які програми пропонують деякі з них та що до них входить в таблиці 3.2 звернемо увагу на такі аспекти, як: страхова сума, вартість полісу на рік, вік застрахованих осіб, наявність електронного полісу та

додаткові опції (невідкладна допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога, медикаментозне забезпечення, стоматологія, асистанс.

Таблиця 3.2 – Порівняння програм добровільного медичного страхування

Страхова компанія	Програма	Страхова сума, грн.	Вартість полісу на рік, грн.	Вік	Електронний поліс	Невідкладна допомога	Амбулаторно-поліклінічна допомога	Медикаментозне забезпечення	Стоматологія	Асистанс
ТАС СГ	Базова	50000	970	3-60	-	✓	✓	-	-	✓
	Стандарт	80000	4000	3-60	-	✓	✓	✓	-	✓
	Класична	80000	8000	3-60	-	✓	✓	✓	-	✓
	Класична +	100000	13000	3-60	-	✓	✓	✓	✓	✓
Universalna	Platinum	250000	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Gold	200000	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Silver	150000	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Classic	100000	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ВУСО	Лайт V	75000	3600	0-65	✓	✓	-	-	-	✓
	Стандарт U	100000	12000	0-65	✓	✓	✓	✓	-	✓
	Оптималь S	200000	20000	0-65	✓	✓	✓	✓	-	✓
	Преміум O	250000	40000	0-65	✓	✓	✓	✓	-	✓
Уніка	Стандарт	75000	15600	6-59	-	✓	✓	✓	✓	✓
	Класика	125000	21600	6-59	-	✓	✓	✓	✓	✓
	Престиж	175000	27600	6-59	-	✓	✓	✓	✓	✓
Оранта	Економ	-	456	0-70	-	✓	✓	-	-	✓
	Преміум	-	3540	0-70	-	✓	✓	✓	-	✓
Арсенал страхування	Корпоративне	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
Країна	Стандарт	70000	-	0-65	-	✓	✓	✓	-	-
	Еліт	100000	-	0-65	-	✓	✓	✓	-	-
	ВІП	150000	-	0-65	-	✓	✓	✓	-	-

Джерело: побудовано автором за даними [12,18,19,27-29,34]

З таблиці видно, що страхові компанії пропонують різні програми ДМС. Страхова сума варіюється від 50000 до 250000 грн. Найбільшу суму страхування пропонують «UNIVERSALNA» та «ВУСО» – до 250000 грн.

Вартість полісу на рік також різниться. Найдешевші програми у «ОРАНТА» від 456 до 3540 грн. та ВУСО – 3600 грн. Найдорожчі програма також у «ВУСО» – 40000 грн. на рік та «УНІКА» – 27600 грн., але варто зауважити що це ціни за преміальні програми.

Вік страхування також є фактором, який впливає на вартість полісу. Більшість програм доступні для людей віком від 3 до 60 років. Але є й програми, що доступні для людей віком від 0 до 65 років («ВУСО», «Країна»).

Електронний поліс є у більшості програм, що свідчить про зручність та сучасність надання страхових послуг, особливо в наш час, коли кожен прагне мати всю необхідну інформацію в себе в телефоні.

Додаткові опції також різноманітні. Деякі програми надають тільки базові послуги (невідкладна допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога), в той час як інші пропонують широкий спектр додаткових послуг, таких як медикаментозне забезпечення, стоматологія, асистанс, але все залежить від придбаного страхового полісу. Також багато хто пропонує корпоративне страхування або страхування для усієї сім'ї як наприклад «ВУСО».

Загалом, можна зробити висновок, що на ринку ДМС представлено широкий спектр програм, які відповідають різним потребам та можливостям клієнтів.

Страхові компанії прагнуть задовольнити попит на сучасні страхові продукти, тому надають електронні поліси та широкий спектр додаткових послуг.

При виборі програми ДМС необхідно враховувати індивідуальні потреби та фінансові можливості. Також важливо звернути увагу на надійність страхової компанії та її репутацію на ринку.

Даний аналіз демонструє, що ринок ДМС в Україні активно розвивається. Компанії збільшують обсяг премій та виплат, розширюють свій асортимент програм, додаючи нові оптичні, зокрема електронні поліси, що свідчить про зростаючу популярність ДМС серед населення.

На ринку ДМС спостерігається активна конкурентна боротьба. Компанії намагаються залучити клієнтів шляхом запровадження нових програм, зниження цін на поліси, розширення асортименту додаткових послуг, а також за рахунок поліпшення якості обслуговування. Також пропонують різні програми ДМС, які відповідають різним потребам та можливостям клієнтів.

З урахуванням нинішньої ситуації в Україні, важливо звернути увагу на фінансову стійкість страхової компанії, щоб бути впевненим, що вона зможе



виконати свої зобов'язання перед клієнтами і як ми бачимо, поки що усі компанії вдало з цим справляються.

Ринок ДМС в Україні динамічно розвивається. Компанії постійно оновлюють свої пропозиції, намагаючись задовольнити зростаючий попит на якісні медичні послуги. Вибір правильної програми ДМС є важливим кроком для захисту свого здоров'я та фінансового благополуччя.

## 4 ОЦІНКА РОЗВИТКУ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В КРАЇНАХ ЄС

Україна стикається з проблемою низького рівня медичного обслуговування у порівнянні з більшістю розвинених країн. Доступність та якість медичної допомоги мають безпосередній вплив на здоров'я та благополуччя людей, що робить це питання надзвичайно важливим. Вирішення цієї проблеми може бути можливим завдяки впровадженню ефективної системи медичного страхування.

Досвід інших країн показує, що ефективне регулювання ринку медичного страхування та нагляд за діяльністю страхових компаній є важливими для забезпечення покращення якості та доступності медичної допомоги населенню.

І навпаки, недостатнє регулювання може призвести до зростання медичних витрат, зниження стандартів надання медичної допомоги та зловживань з боку страхових компаній.

Системи медичного страхування у всьому світі демонструють значну варіативність. Пояснювати це розмаїття можна багатьма факторами. На разі представлені наступні системи охорони здоров'я [31]:

- державна система – медичне страхування може бути включено до державної системи охорони здоров'я, в якій держава відповідає за фінансування та надання медичної допомоги;

- приватна система – МС може функціонувати в системі приватної охорони здоров'я, в якій основними постачальниками медичних послуг є приватні медичні заклади;

- змішана система – держава-член може поєднувати частину державної та приватної систем охорони здоров'я.

Розглянемо далі детальніше системи медичного страхування на прикладі декількох європейських країн .

Однією з перших країн, яка запровадила програму медичного страхування, була Німеччина, ще у 1881 році.

Характерними рисами цієї моделі є наступні:

Більше тисячі страхових кас (професійних, територіальних та ерзац-кас) у Німеччині відповідають за надання медичної допомоги своїм застрахованим. Такий підхід до децентралізації гарантує конкуренцію між страховими касами та дозволяє гнучко реагувати на потреби різних демографічних сегментів.

За деякими винятками, медичне страхування є обов'язковим для більшості громадян Німеччини. Це гарантує, що кожна людина в країні має доступ до необхідної медичної допомоги.

Загальні критерії охорони здоров'я встановлюються урядом Німеччини, який також контролює їх виконання. Він встановлює керівні принципи надання медичних послуг і бере участь у фінансуванні системи.

Повсякденними операціями системи медичного страхування, такими як збір страхових внесків, оплата наданих медичних послуг та стримування витрат, займаються страхові каси. Страхові каси та уряд спільно працюють над впровадженням заходів, які намагаються сповільнити зростання витрат на охорону здоров'я.

Для того, щоб тримати витрати на лікування під контролем, німецькі лікарняні каси впроваджують суворі механізми взаєморозрахунків з медичними установами. Вони також можуть впроваджувати плани спільної оплати для застрахованих осіб для придбання певних ліків або медичних послуг [32].

Незважаючи на складність, німецька система медичного страхування працює ефективно. Усім жителям країни гарантовано доступ до високоякісної медичної допомоги, а витрати на неї перебувають під контролем.

Щодо Франції, усім її жителям навіть тим, хто перебуває в країні на законних підставах, гарантований доступ до високоякісної медичної допомоги завдяки розгалуженій системі охорони здоров'я країни.

Основою цієї системи є поєднання приватних і державних закладів охорони здоров'я, що пропонують широкий спектр послуг і гнучкість.

Внески працівників та податки на заробітну плату підтримують державну систему охорони здоров'я. Це гарантує, що дохід людини не впливає на її можливість отримати медичні послуги.

Окрім, державної як ми і зазначили раніше є приватна система медичного страхування. Додаткові пільги та послуги, які державна система не покриває в повному обсязі, можуть бути покриті за рахунок приватної системи.

Вибір між державною та приватною системою медичного страхування базується на потребах та фінансовому становищі кожної людини. У той час як комерційна система може запропонувати більший вибір медичних закладів та ширший спектр послуг, державна система пропонує високоякісну медичну допомогу за доступною ціною. Необхідно визнати, що система медичного страхування у Франції далека від бездоганності. Тим не менш, французька система охорони здоров'я вважається однією з найкращих у світі в цілому. Мільйонам людей вона гарантує доступ до високоякісної медичної допомоги, покращуючи їхнє здоров'я та благополуччя.

Система медичного страхування Нідерландів має довгу історію, оскільки була створена в 1901 році. Все розпочалось з організацій взаємодопомоги та страхових компаній, які надавали медичні послуги. Історичний момент настав у 1940 році, коли більшість цих крихітних підприємств об'єдналися, щоб сформувати значні страхові фонди. Це стало початком керованого медичного страхування - системи, що передбачала державний нагляд і стандартизацію. Зараз Центральна рада страхових фондів здійснює нагляд за діяльністю страхових фондів у Нідерландах. До її складу входять представники уряду, роботодавців, профспілок та медичних асоціацій.

Система медичного страхування Нідерландів складається з двох окремих секторів:

– регульований сектор, який охоплює 60% населення, є обов'язковим для медичного страхування;

– приватний сектор, тридцять відсотків населення працює в приватному секторі, який надає додаткові страхові послуги, що не входять до переліку обов'язкового страхування.

У 1990 році в Нідерландах було проведено реформу системи медичного страхування, відому як «План Деккера». Метою цієї реформи було замінити різні схеми страхування національним полісом медичного страхування, який був би обов'язковим для всіх людей. Реформа передбачала запровадження єдиної ставки страхового внеску для всіх. Яка не враховує індивідуальні ризики і базується на відсотку від доходу. Після того, як гроші зібрані у страховий фонд, вони розподіляються страховиками, які відповідають за надання медичної допомоги тим, хто має страховку. Вважається, що Нідерланди мають одну з найефективніших систем медичного страхування у світі. Вона тримає витрати системи під контролем, гарантуючи при цьому всім жителям доступ до високоякісної медичної допомоги. Важливо пам'ятати, що нідерландський ринок медичного страхування постійно змінюється.

Підсумовуючи вищеописані моделі медичного страхування, можна чітко побачити, що кожна з них має свої особливості та переваги. Жодна з них не є універсальною, адже найефективніша модель для конкретної країни залежить від її індивідуальних обставин, таких як рівень розвитку, культурні особливості, політична та економічна система.

Аналіз страхового ринку Європи є складним завданням, яке потребує врахування багатьох факторів.

Проте, розуміння цих факторів та тенденцій розвитку ринку є необхідним для прийняття правильних управлінських рішень та розробки ефективних страхових продуктів.

Отож, тепер розглянемо детальніше по країнам Європи їх показники в сфері добровільного медичного страхування і почнемо зі структури валових страхових премій та виплат по Європі в цілому, рисунок 4.1

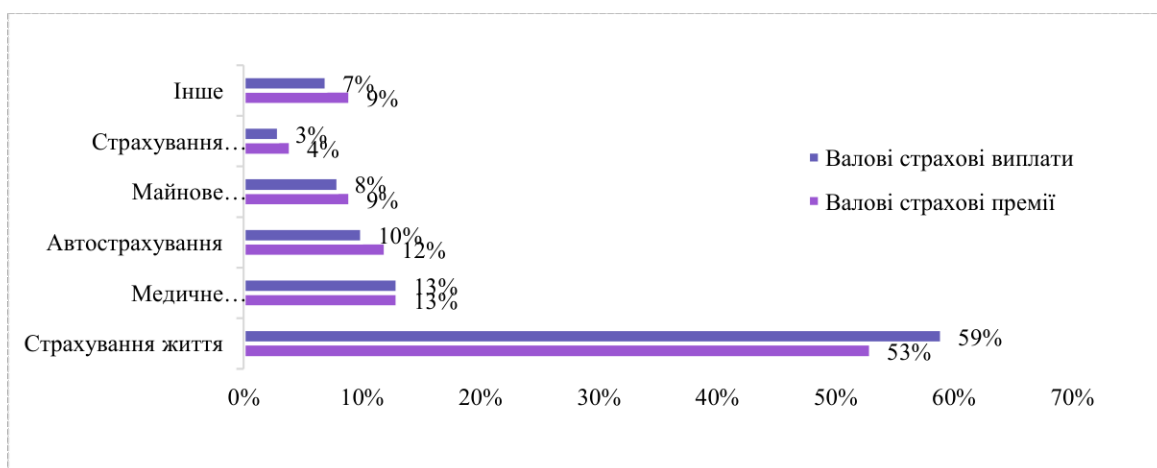


Рисунок 4.1– Структура валових страхових премій та виплат Європи за 2020 рік, %

*Джерело: побудовано автором за даними [33]*

З рисунку 4.1 видно, що страхування життя домінує в структурі валових страхових премій, займаючи 53%. Це свідчить про значну важливість цього виду страхування для європейців, що може бути пов'язано з низкою факторів, таких як старіння населення, зростання рівня життя та зростаюча обізнаність про важливість фінансового планування. Медичне страхування займає друге місце з часткою 13%. Це підкреслює важливість доступу до якісної медичної допомоги для жителів Європи та відображає зростаючі витрати на медичні послуги. Автострахування посідає третє місце з часткою 12%. Це може бути пояснено ризиками, пов'язаними з володінням автомобілем, та обов'язковими вимогами щодо наявності автострахування у багатьох європейських країнах. Інші види страхування, такі як страхування відповідальності, майнове страхування та страхування від нещасних випадків, мають меншу частку у валових страхових преміях, що може бути пов'язано з їх специфікою та потребами цільових груп.

Страхування життя також лідирує за обсягом валових страхових виплат з часткою 59%. Медичне страхування посідає друге місце з такою ж часткою як і в преміях – 13%. Це підтверджує значні витрати на медичну допомогу в Європі та підкреслює важливість цього виду страхування для покриття цих витрат.

Автостраховання займає третє місце з часткою 10%. Інші види страхування, як і у випадку з валовими страховими преміями, мають меншу частку у валових страхових виплатах, відображаючи їх специфіку та частоту настання страхових випадків. Страхування життя має найвищу частку як у преміях, так і у виплатах, що підкреслює його домінуючу роль на страховому ринку Європи. Медичне страхування демонструє однакову частку по обох розглянутих показниках, яка є доволі значущою. Що свідчить про зростаючу потребу в цьому виді страхування.

Розглянемо які країни є лідерами в основних показниках, а саме по кількості валових страхових премій та виплат таблиця 4.1, 4.2

Таблиця 4.1 – Валові страхові премії країн ЄС за 2014 – 2020 рік, € млн

Країни	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Відхилення 2020/2014
Австрія	1880	1959	2 051	2 128	2 219	2 312	2 403	523
Бельгія	2955	2965	3 007	3 095	3 215	3 330	3 280	325
Болгарія	22,5	36	41	50	63	89	70	48
Кіпр	101	103	118	140	159	172	157	56
Чехія	93	97	300	339	360	721	741	648
Німеччина	36323	36822	37 258	39 050	39 800	41 024	42 831	6 508
Данія	130	143	592	672	660	672	695	565
Естонія	10	10	11	10	12	1	3	-7
Іспанія	7076	7283	7 598	7 901	8 359	8 694	9 082	2 006
Фінляндія	902	948	939	960	1 002	1 069	1 073	171
Франція	10895	11049	21 481	22 514	23 660	28 085	29 647	18 752
Греція	26	26	173	209	237	274	300	274
Хорватія	36	43	117	127	136	150	153	117
Угорщина	7	28	40	45	56	66	59	52
Ірландія	2324	2353	2 441	2 572	2 527	2 564	-	-
Італія	2056	2143	2 496	2 774	2 928	3 191	3 100	1 044
Люксембург	136	170	191	205	189	510	495	359
Латвія	61	67	73	81	89	95	99	38
Мальта	23,4	26	30	33	37	40	40	17
Нідерланди	41495	43005	42 927	43 873	46 711	52 392	54 154	12 659
Польща	154	143	140	165	214	237	175	21
Португалія	1259	1351	694	751	807	877	950	-309
Румунія	-	-	38	45	72	78	93	-
Швеція	1363	1526	2 342	2 396	2 455	2 696	2 691	1 328
Словенія	472	483	491	516	547	612	656	184
Словакія	14	15	114	117	197	216	224	210

Протягом досліджуваного періоду валові страхові премії неухильно зростали в країнах з великою економікою, таких як Німеччина, Франція та Нідерланди. Це

свідчить про їхню стабільну економіку та міцні страхові ринки. Валові страхові премії щорічно зростали в таких країнах, як Угорщина, Чехія та Іспанія. Це може бути пов'язано з підвищенням обізнаності населення про страхові послуги та зростанням попиту на страхування, спричиненим економічним розвитком. Валові страхові премії в деяких країнах, таких як Португалія та Естонія, мають тенденцію до зниження. Причиною цього можуть бути економічні причини, такі як нестабільна економіка або зниження споживчого попиту. Менш розвинені країни, такі як Болгарія, Латвія та Хорватія, мають нижчі валові страхові премії, ніж розвинені країни, але вони також демонструють помітне зростання цих показників.

Більшість країн мають постійну або зростаючу тенденцію, відповідно до варіацій валових підписаних премій в ЄС за період з 2016 по 2020 роки. Отже, загальна картина показує, що страхова галузь розвивається сприятливо в більшості країн ЄС. Майже по всіх проаналізованих країнах у 2020 році ми можемо спостерігати збільшення показника, що в свою чергу пов'язано з пандемією, адже багато людей стали більш обізнаними у ризиках для здоров'я та усвідомили цінність додаткового захисту. П'ять найбільших ринків зареєстрували зростання: Нідерланди 3,4%, Німеччина 4,4%, Франція 5,6%, Швейцарія 2,8% та Іспанія 4,5%.

Для більш наглядного розуміння розглянемо валові страхові премії країн ЄМ на рисунку 4.2

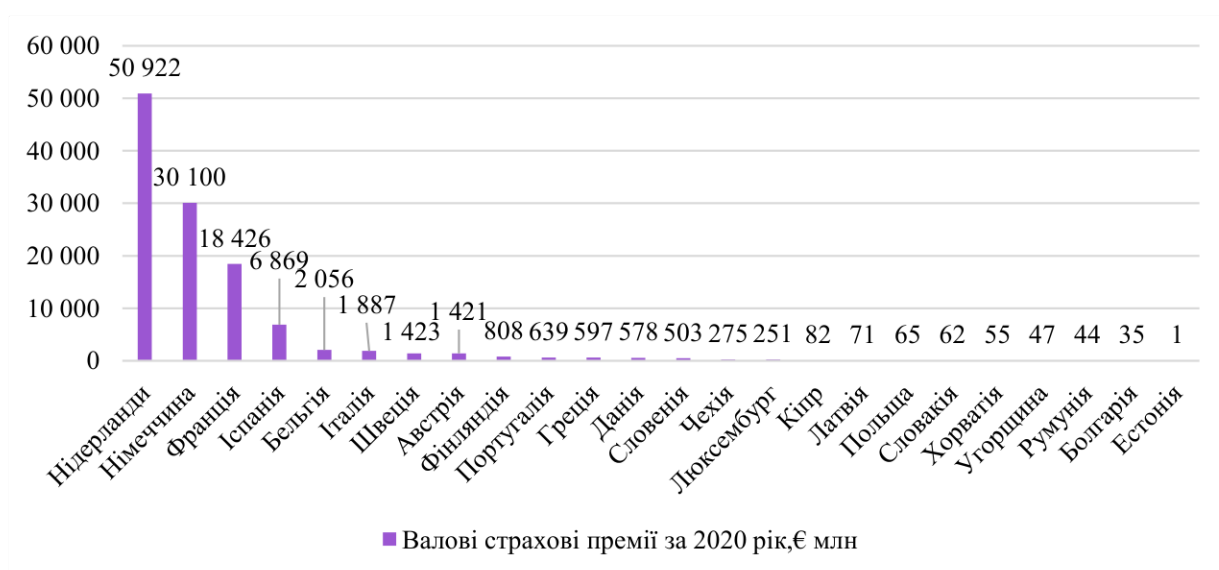


Рисунок 4.2 – Валові страхові премії країн ЄС за 2020 рік, € млн

Джерело: побудовано автором за даними [33]



З рисунку 4.2 видно, що найбільші страхові премії зібрали Нідерланди понад 50 000 млн євро, Німеччина близько 30 000 млн євро, Франція близько 18 000 млн євро та Іспанія близько 6 800 млн євро.

Країни з найменшими страховими преміями – Естонія 1 млн євро та Болгарія 35 млн євро. Можемо зробити висновок, що країни які більш приближені до України, тобто східна Європа мають нижчі показники, а західна навпаки демонструє рекордні цифри.

Далі розглянемо валові страхові виплати в таблиці 4.2

Таблиця 4.2 – Валові страхові виплати країн ЄС за 2014 – 2020 рік, € млн

Країни	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Відхилення 2020/2014
Австрія	1219	1262	1 304	1 363	1 418	1 478	1 421	202
Бельгія	947	1025	1 881	1 935	2 017	2 127	2 056	1 109
Болгарія	8	21	22	26	29	41	35	27
Кіпр	70	69	69	85	104	121	82	12
Чехія	25	27	91	105	104	256	275	250
Німеччина	24791	25908	26 592	27 206	28 580	30 053	30 100	5 309
Данія	153	170	513	587	575	613	578	425
Естонія	5	5	5	5	-	1	1	-4
Іспанія	5783	5881	6 094	6 303	6 603	6 883	6 869	1 086
Фінляндія	231	244	758	780	823	905	808	577
Франція	15134	8826	18 540	18 902	20 205	17 309	18 426	3 292
Греція	8	9	520	515	556	583	597	589
Хорватія	20	26	49	47	53	57	55	35
Угорщина	13	9	38	37	47	52	47	34
Ірландія	2011	2010	2 090	2 075	-	-	-	-
Італія	1445	1430	1 451	1 549	1 784	2 032	1 887	442
Люксембург	94	110	130	139	182	287	251	157
Латвія	43	50	56	59	61	70	71	28
Мальта	14	16	16	17	17	19	-	-
Нідерланди	38798	40616	41 865	43 509	44 600	49 374	50 922	12 124
Польща	37	39	41	54	63	72	65	28
Португалія	448	483	505	535	572	640	639	191
Румунія	4	-	14	23	35	46	44	40
Швеція	1309	1374	1 446	1 453	1 439	1 381	1 423	114
Словенія	403	421	430	452	482	515	503	100
Словакія	5	5	31	29	59	67	62	57

Більшість країн демонструють зростання валових страхових виплат протягом 2014-2020 років. Це свідчить про збільшення обсягів страхових послуг і зростання

потреби в них. Деякі країни, а саме Естонія, Словенія демонструють незначне зменшення виплат. Це може вказувати на зменшення частоти страхових випадків або збільшення обережності у наданні страхових послуг. Найбільші валові страхові виплати зафіксовані в Німеччині, Франції, Італії, Нідерландах. Це пов'язано з розміром їхньої економіки та розвиненою страховою індустрією.

Тепер розглянемо частку медичного страхування в загальному обсязі страхових премій і виплат на страховому ринку в європейських країнах.

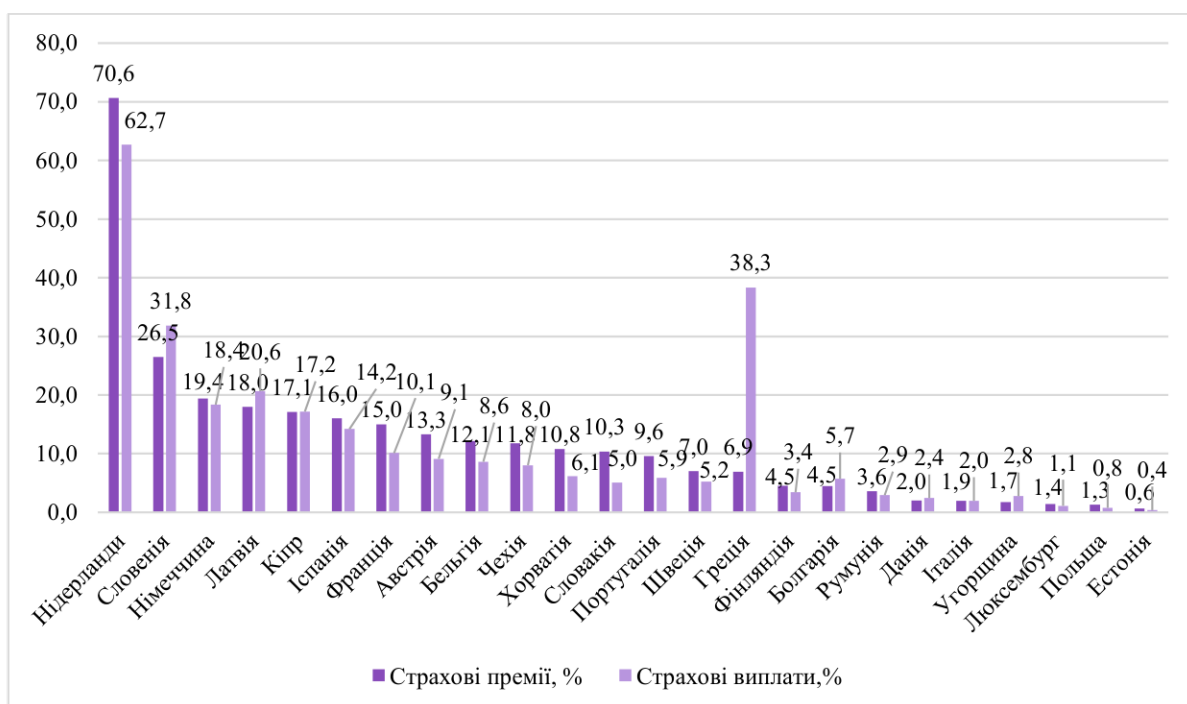


Рисунок 4.3 – Частка медичного страхування у структурі загальних страхових премій та виплат, 2020 рік, %

*Джерело: побудовано автором за даними [33]*

Аналіз частки медичного страхування в структурі загальних страхових премій та виплат дає цінну інформацію про стан страхового ринку та його роль у забезпеченні доступності до медичної допомоги. Загалом, у більшості країн відсоток страхових премій, пов'язаних із медичним страхуванням, значно вищий, ніж відсоток страхових виплат. Це може вказувати на те, що медичне страхування

є значним елементом страхового ринку, але фактичні виплати за ним можуть бути меншими.

Низька частка: країни з часткою страхових премій від 0% до 5% – Естонія, Польща, Люксембург, Італія, Данія, Угорщина, Румунія, Фінляндія. Це можуть бути країни з добре розвиненими системами охорони здоров'я, які частково або повністю фінансуються державою, або ж країни з низьким рівнем доходів, де доступ до приватного медичного страхування обмежений.

Середня частка: країни з часткою від 5% до 10% – Словачія, Швеція, Болгарія, Португалія, Хорватія, Греція. Це країни, де медичне страхування є більш поширеним, але його частка все ще відносно невелика.

Висока частка: країни з часткою від 10% до 20% – Чехія, Бельгія, Австрія, Франція, Іспанія, Кіпр, Німеччина, Латвія. Це країни з розвиненими системами охорони здоров'я, де приватне медичне страхування є важливим фактором, але часто доповнює державне страхування.

Лідери: країни з часткою страхових премій від 20% – Словенія та Нідерланди. Ці країни можуть мати більш розвинені системи приватного медичного страхування, можливо через більш високий рівень доходів та меншу роль державного страхування.

Що стосується страхових виплат, картина схожа з преміями, в більшості країн така ж сама відсоткова ротація, винятком є Греція – лідер за часткою страхових виплат – 38,3%. Це може вказувати на високий рівень виплат за медичними страховими полісами в Греції, можливо, через більш високу кількість випадків, що вимагають дорогих медичних послуг, або ж менш ефективну систему управління страховими виплатами.

Аналіз частки медичного страхування в структурі загальних страхових премій та виплат дає цінну інформацію про стан страхового ринку та його роль у забезпеченні доступності до медичної допомоги. Однак, для більш повного розуміння картини, важливо розглянути також показники щільності та проникнення медичного страхування. Ці показники дозволяють оцінити, наскільки широко поширене медичне страхування в країні, та який рівень страхових внесків

припадає на душу населення. Порівнюючи ці показники з часткою медичного страхування в загальних страхових преміях та виплатах, ми можемо отримати більш комплексний аналіз стану страхового ринку та його впливу на систему охорони здоров'я рисунки 4.4, 4.5

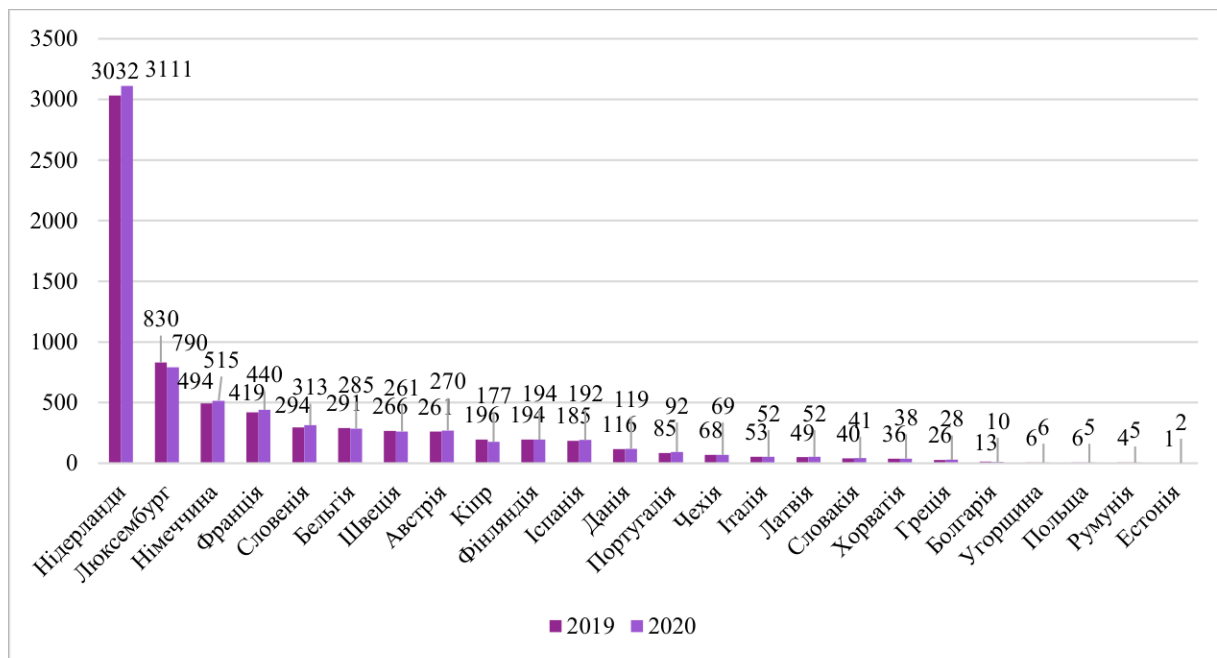


Рисунок 4.4 – Щільність ДМС в країнах ЄС 2019-2020 рік, € [33]

У середньому на душу населення в Європі сума приватного медичного страхування у 2020 році становила 286 євро, що на 8 євро більше ніж у 2019 р. Щільність ДМС нерівномірно розподілена між країнами, що вказує на неоднаковість рівнів доходів, розвитку страхових систем та особливостей охорони здоров'я. Висока щільність в Нідерландах, Люксембурзі, Німеччині та Франції свідчить про значну роль приватного страхування у фінансуванні медичних послуг. У той же час, країни з низькою щільністю ДМС Хорватія, Греція, Болгарія, Угорщина часто мають добре розвинені системи державного охорони здоров'я, що частково або повністю фінансуються за рахунок податків. Якщо порівняти з показником України на 2019-2020 рік, то вона знаходиться на рівні з Польщею та Болгарією, у 2019 році рівень щільності в Україні 6 євро, у 2020 – 5 євро, тобто приблизно такий самий як і в країн сусідів.

Розглянемо рівень проникнення ДМС, рисунок 4.5 дає можливість візуалізувати рівень проникнення добровільного медичного страхування в країнах Європейського Союзу. Він показує, яка частка населення в кожній країні скористалася послугами ДМС, завдяки чому ми можемо порівняти розвиток страхової культури та доступність медичної допомоги в різних державах.

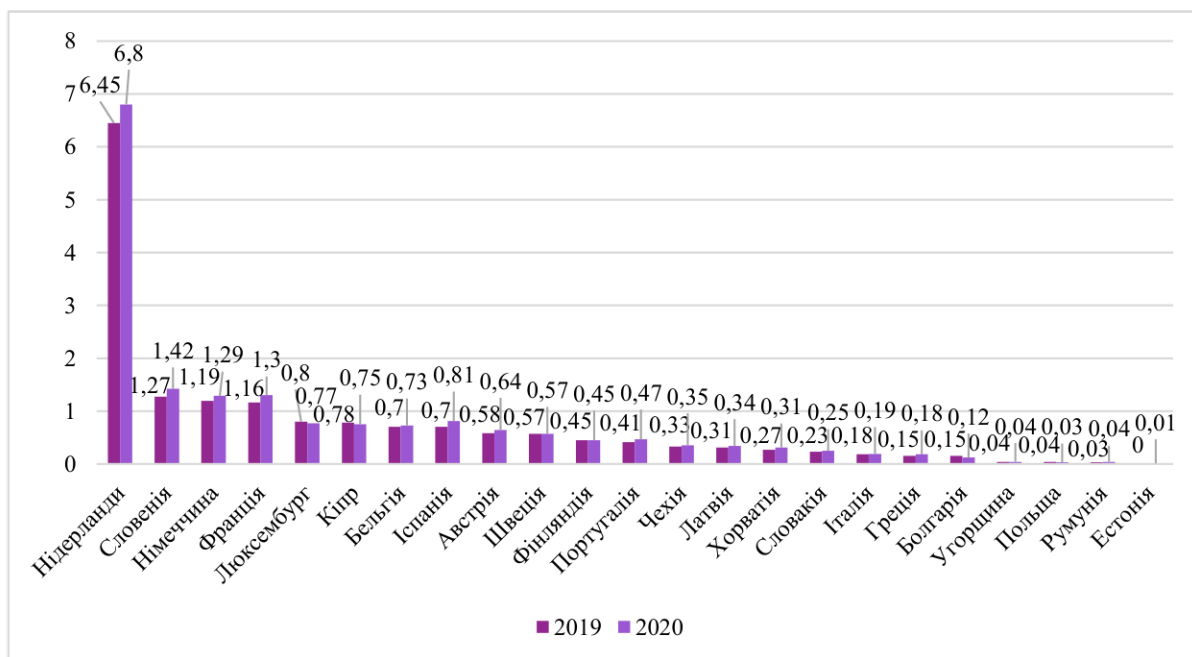


Рисунок 4.5 – Проникнення ДМС по країнах ЄС %, за 2019-2020 рік [33]

Проникнення є одним з основних показників розвитку страхового сектору в країні. Він визначається як співвідношення обсягу страхових премій до ВВП. Рівень проникнення медичного страхування, у відсотках від ВВП, у 2020 році виріс на 0,07 до середнього 1,01%. Значні відмінності між країнами значною мірою відображають відмінності в національних системах охорони здоров'я та різні ролі приватні страховики. Проникнення ДМС у різних країнах Європи значно відрізняється, що вказує на великі розбіжності в доступності до медичного страхування. Найвищі показники спостерігаються в Нідерландах, Словенії, Німеччині, Франції та Люксембурзі, де приватне медичне страхування грає значну роль у забезпеченні охорони здоров'я. Натомість, країни з низьким рівнем проникнення, такі як Італія, Греція, Болгарія, Угорщина, Польща, Румунія та

Естонія, часто мають добре розвинені системи державного охорони здоров'я, які фінансуються за рахунок податків. Відсоток населення, яке має медичне страхування, має значний вплив на доступність та якість медичної допомоги. Країни з високим проникненням ДМС зазвичай мають більш широкий спектр медичних послуг, доступніших для населення, що стимулює розвиток медичної індустрії та покращує рівень медичного обслуговування. Натомість, країни з низьким проникненням ДМС можуть стикнутися з більшими проблемами з доступністю до спеціалізованої медичної допомоги та дорогою терапією, що може призвести до більших витрат для державного бюджету.

## **5 ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

Український ринок добровільного медичного страхування, попри потенціал, що він має, стикається з низкою серйозних проблем, які перешкоджають його розвитку та становленню надійного фінансового інструменту для населення. Незважаючи на зростаючий попит на якісну медичну допомогу, рівень проникнення та щільності добровільного медичного страхування в Україні, особливо в порівнянні з країнами ЄС залишається низьким. Це зумовлено низкою чинників, серед яких: недостатнє довіра до страхових компаній, висока вартість полісів, недостатня інформованість населення про переваги страхових програм, а також незріла законодавча база.

Розглянемо детальніше проблематики ринку ДМС:

- багато українців не мають достатньої інформації про можливості та переваги ДМС, що призводить до низького рівня свідомості про важливість та користь страхування;
- відсутність єдиних стандартів та чітких правил у сфері ДМС створює проблеми з прозорістю та яскравістю послуг;
- немає єдиної бази даних медичних закладів, що ускладнює вибір лікарні і призводить до недовіри з боку клієнтів;
- не всі медичні заклади готові працювати з страховими компаніями, що обмежує вибір клієнтів;
- існують проблеми з оплатою послуг медичними закладами, що ускладнює процес надання страхових послуг;
- попередній негативний досвід та недотримання умов договорів з боку деяких компаній сформували низький рівень довіри до страхових компаній;
- відсутність ефективної системи державного регулювання створює проблеми з контролем діяльності страхових компаній та захистом прав клієнтів;

- висока вартість полісів ДМС роблять їх недоступними для великої частини населення, особливо для людей з низьким рівнем доходів;

- багато українців не розуміють значення та важливість ДМС, не бачать в ньому необхідності або не готові платити за страховий поліс;

- українці не звикли страхувати свої ризики, що створює проблеми з формуванням спроможності сплачувати за страховий поліс.

Вирішення зазначених проблем є ключовим фактором для розвитку ринку ДМС в Україні та збільшення доступності якісної медичної допомоги для населення.

Також війна завдала руйнівного удару по українській економіці, обмеживши державні ресурси, зокрема, й на охорону здоров'я. Аби зберегти доступність медичної допомоги для населення, необхідно розглянути альтернативні джерела фінансування.

Одним з таких джерел можуть бути податкові надходження. Збільшити акцизи на тютюнові вироби, розширити оподаткування алкогольних напоїв та запровадити акцизний збір на підсолоджені напої.

Іншим важливим джерелом фінансової підтримки української медицини може бути – міжнародна допомога. Однак, залучені кошти мають бути додатковим джерелом фінансування, не замінюючи державне бюджетне фінансування охорони здоров'я. І відповідно активне впровадження та вдосконалення ДМС [7].

Для розвитку добровільного МС необхідна ціла низка регульованих державою заходів, у тому числі створення широких орієнтирів для зростання страхування МС, наприклад:

- введення системи часткової компенсації страхових платежів для соціально вразливих верств населення;

- стимулювання конкуренції на ринку медичних послуг;

- створення стимулів для медичних закладів, громадян та роботодавців брати участь у добровільному медичному страхуванні;

- посилення довіри до страхових компаній, що працюють у системі добровільного медичного страхування, шляхом посилення ліцензійних вимог;



- розроблення методичних рекомендацій та стандартних операційних процедур для надання медичної допомоги та послуг у системі добровільного медичного страхування;

- розробка програми мінімальних державних гарантій надання медичної допомоги громадянам на основі добровільного МС;

- запровадження податкового стимулювання страховиків та страхувальників до спрямування фінансових ресурсів на добровільне МС своїх працівників шляхом відрахування страхових внесків з оподаткованого прибутку.

Також як один з шляхів покращення ДМС, може бути впровадження корпоративного страхування. Яке наразі починає набувати свої популярності на українському ринку і страхові компанії мають бути націленими на розробку нових продуктів для корпоративного страхування. Адже підприємства часто страхують значну кількість працівників, що створює значний попит на медичні послуги та сприяє зростанню ринку ДМС.

Великий бізнес може дозволити собі купувати дорогі страхові поліси, що дозволяє страховим компаніям підвищувати рівень медичного обслуговування та розширювати асортимент послуг. А ініціативи корпоративного ДМС допомагають знизити витрати на охорону здоров'я для співробітників, особливо для тих, хто не має доступу до приватного страхування. Також компанії зазвичай обирають співпрацю з першокласними медичними установами, підвищуючи рівень охорони здоров'я в країні в цілому.

Оскільки страхові компанії прагнуть надати своїм клієнтам найкращі умови, корпоративне страхування заохочує розвиток нових медичних послуг і технологій. А створення ДМС допомагає зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, вивільняючи кошти для допомоги тим, хто її найбільше потребує. Корпоративні ініціативи з ДМС покращують робоче середовище, сприяють лояльності працівників та підвищують їхню мотивацію, що є дуже важливим аспектом враховуючи те, що через війну відбувається дуже великий відтік робочої сили за кордон. Отже, ринок ДМС для компаній та підприємств має активно розвиватись, адже вони будуть змушені вкладати більше зусиль у

забезпечення лояльності своїх працівників, щоб утримати їх в умовах жорсткої конкуренції [17].

Аналіз основних проблем, з якими стикається ринок добровільного медичного страхування в Україні, свідчить про складні перешкоди, які необхідно подолати для його розвитку. ДМС має потенціал стати важливим компонентом реформи охорони здоров'я, але нинішні проблеми, такі як висока вартість, низький рівень довіри та низька обізнаність населення, перешкоджають його широкому розповсюдженню. Але ігнорувати цю систему було б стратегічною помилкою. Більша частина населення могла б мати доступ до якісної медичної допомоги завдяки ДМС, яке також може зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я та стимулювати розвиток приватної медичної галузі.

## ВИСНОВКИ

Дослідження стану та перспектив розвитку добровільного медичного страхування в Україні показує, що ДМС має значний потенціал для покращення якості та доступності медичної допомоги. Воно може зменшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, стимулювати розвиток приватного сектору та підвищити задоволеність населення медичними послугами.

Вивчення медичного страхування дало змогу нам сформулювати ключові особливості, функції, класифікацію та його принципи. І ми дійшли висновку, що медичне страхування – це комплексний інструмент, що впливає на всю систему охорони здоров'я, сприяючи її розвитку та покращенню.

Проведений аналіз ринку ДМС в Україні показав, що хоч він і має значний потенціал для розвитку, наразі існує перелік проблем, який це розвиток стримує. Станом на 2023 рік, ДМС займає 15,5% в загальній структурі страхового портфелю на ринку України і посідає третє місце за величиною показника. Також було зафіксовано зростання страхових премій і виплат по ДМС у 2023 році в порівнянні з 2022. Але при цьому показники щільності та проникнення є досить мізерними – 194,4 грн та 0,109% відповідно, особливо в порівнянні з країнами Європейського Союзу. Також, якщо взяти до уваги постійний стрес та умови воєнного конфлікту, які дуже вплинули на загальний стан здоров'я всіх українців. Порівнюючи 2021 та 2023 рік, можна відзначити п'ятикратне збільшення кількості застрахованих, тоді як кількість випадків страхового виплати зросла вдесятеро.

Досвід країн ЄС демонструє, що успішне впровадження ДМС можливе за умови ефективного законодавчого регулювання, створення конкуренції на страховому ринку та розширення доступу до медичних послуг. Якщо взяти до уваги ті ж показники, що ми тільки що розглянули на ринку України, тобто щільність та проникнення, то в ЄС в середньому на душу населення в сума ДМС у 2020 році становила 286 євро, що порядком вище за Україну, при цьому це середнє значення, відповідно є країни які лідують, такі як Нідерланди – 3111 євро,

Люксембург – 790 євро, Німеччина – 515 євро на душу населення. Рівень проникнення медичного страхування, у відсотках від ВВП, у 2020 році до середнього – 1,01%.

В результаті ми стикнулись з низкою проблем, які гальмують розвиток ДМС в Україні, до них ми віднесли: відсутність ефективної системи державного регулювання, висока вартість полісів ДМС, необізнаність населення, збитковість даного виду страхування для страхових компаній. Але є шляхи їх вирішення та покращення ситуації, такі як: запровадження податкового стимулювання страховиків та страхувальників до спрямування фінансових ресурсів на добровільне МС, стимулювання конкуренції на ринку медичних послуг, зниження вартості на поліси ДМС, впровадження корпоративного страхування.

Таким чином, ДМС в Україні пропонує багато можливостей для вирішення проблем, пов'язаних з низькою якістю та дефіцитом медичних послуг. Однак для досягнення успіху в цій сфері необхідне підвищення рівня обізнаності населення, створення конкурентного клімату та сприятливого середовища для розвитку страхового бізнесу. Тільки тоді добровільне медичне страхування перетвориться на практичний та економічно ефективний засіб забезпечення охорони здоров'я для населення України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Базилевич А. Я. Види медичного страхування: кому і що вони гарантують? *Ліки України*. 2015. № 1 (22). С. 9–12.  
URL: [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr\\_plus/2015-06-22/lect\\_2.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr_plus/2015-06-22/lect_2.pdf) (дата звернення: 04.05.2024).
2. Базилевич В. Д. Страхування. Київ: Знання, 2008. 511 с.
3. Белова О. О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні. *Економічні науки*. 2023. С. 157–162.  
URL: [https://doi.org/file:///C:/Users/Admin/Downloads/MEDICNE\\_STRAHUVANNA\\_TA\\_PROBLEMI\\_JOGO\\_ROZVITKU\\_V\\_UK.pdf](https://doi.org/file:///C:/Users/Admin/Downloads/MEDICNE_STRAHUVANNA_TA_PROBLEMI_JOGO_ROZVITKU_V_UK.pdf) (дата звернення: 03.05.2024).
4. Бондаренко Н. В., Улянич Ю. В., Пономаренко О. В. Особливості медичного страхування в Україні. *Уманський національний університет садівництва*. 2023. С. 154–165.  
URL: <https://journal.udau.edu.ua/assets/files/103.2/15.pdf> (дата звернення: 01.05.2024).
5. Внукова Н. М., Успенко В. І., Временко Л. В. Страхування: теорія та практика: навчально-методичний посібник. Харків: Бурун книга, 2004. 376 с.  
URL: <https://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/21129> (дата звернення: 02.05.2024).
6. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні, *Науково-практичний збірник №1*. 2017. С. 35–39.
7. ВООЗ рекомендує Україні задіяти додаткові джерела фінансування медицини. *Асоціація Страхувальний Бізнес (АСБ) – об'єднання учасників страхового ринку України*. URL: <https://insurancebiz.org/news/medical/detail.php?ID=9361> (дата звернення: 20.05.2024).
8. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського*. 2015. № 8. С. 733–737.

URL: <http://global-national.in.ua/issue-8-2015/16-vipusk-8-listopad-2015-r/1533-voronina-o-o-naukovi-pidkhodi-do-viznachennya-sutnosti-medichnogo-strakhuvannya> (дата звернення: 04.05.2024).

9. Гавриченко Д. Г., Штиршов О. М. Досвід зарубіжних країн щодо функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я та практичного впровадження медичного страхування. *Наукові перспективи*. 2024. № 4(46). С. 75–89.

10 Говорушко Т. А. Страхові послуги. Київ : Центр учб. літ., 2011. 376 с.  
URL: [https://shron1.chtyvo.org.ua/Hovorushko\\_Tamara/Strakhovi\\_posluhy.pdf?PHPSESSID=4ga7hto3cfbs14qk5dg177quv5](https://shron1.chtyvo.org.ua/Hovorushko_Tamara/Strakhovi_posluhy.pdf?PHPSESSID=4ga7hto3cfbs14qk5dg177quv5) (дата звернення: 04.05.2024).

11. Господарський кодекс України. *Офіційний вебпортал парламенту України*.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text> (дата звернення: 02.05.2024).

12. Добровільне медичне страхування для фізичних осіб СК VUSO.  
URL: <https://vuso.ua/landing-page/medychnyu-konsyerzh-b2c> (дата звернення: 17.05.2024).

13. Єрьоміна І. Л., Голуб Н. О. Сутність та класифікація медичного страхування. *Сучасні виклики та перспективи розвитку економіки і бізнесу*. 2023. С. 15–18.

14. Журавка О. С., Бухтіарова А. Г., Пахненко О. М. Страхування. Суми, 2020. 350 с.

15. Журнал Insurance TOP №1(97)2024 - підсумки страхового ринку України за 2023 рік. *FORINSURER: Форіншурер – журнал про страхування та InsurTech*.  
URL: [https://forinsurer.com/insurancetop\\_97](https://forinsurer.com/insurancetop_97) (дата звернення: 18.05.2024).

16. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. С. 55–59.

URL: [https://doi.org/file:///C:/Users/Admin/Downloads/kovbasyuk\\_i,+55-60%20\(1\).pdf](https://doi.org/file:///C:/Users/Admin/Downloads/kovbasyuk_i,+55-60%20(1).pdf) (дата звернення: 03.05.2024).

17. Медична страховка в соцпакеті: чому вона особливо важлива з початку війни.

URL: <https://finance.ua/ua/insurance/medyczna-strahovka-v-socpaketi> (дата звернення: 21.05.2024).

18. Медична страховка – добровільне медичне страхування в Києві та Україні | УНІКА. *uniqa.ua*.

URL: <https://uniqa.ua/private/life/zdorove/> (дата звернення: 15.05.2024).

19. Медична страховка СК «Країна». *Страхова компанія «Країна»*. URL: <https://krajina.com/service/simeyniy-polis-1> (дата звернення: 18.05.2024).

20. Медичне страхування (ДМС) - рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2023 г. - ТОП 100 – фориншурер. *FORINSURER: Форіншурер – журнал про страхування та InsurTech*.

URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/22/12/45> (дата звернення: 10.05.2024).

21. Наглядова статистика. *Національний банк України*. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist> (дата звернення: 08.05.2024).

22. Національна асоціація страховиків України. *Рейтинги та показники ринку страхування*.

URL: <https://www.nasu.com.ua/indicator/> (дата звернення: 22.05.2024).

23. Національний банк України. До двох страховиків, фінансової компанії та двох лізингодавців застосовано заходи впливу. *Національний банк України*.

URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/do-dvoh-strahovikiv-finansovoyi-kompaniyi-ta-dvoh-lizingodavtsiv-zastosovano-zahodi-vplivu> (дата звернення: 10.05.2024).

24. Про затвердження Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування. *Офіційний вебпортал парламенту України*.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0182500-23#top> (дата звернення: 04.05.2024).

25. Про страхування. *Офіційний вебпортал парламенту України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр#Text> (дата звернення: 22.05.2024).

26. Смірнова В. Л., Климук Н. Я., Вакуленко Д. В. Аналіз моделей медичного страхування. *Організація медичної допомоги*. 2020. № 3. С. 103–105. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/11630/11036> (дата звернення: 05.05.2024).

27. Страхова група ТАС. Українська страхова компанія ТАС. URL: <https://sgtas.ua/> (дата звернення: 15.05.2024).

28. Страхова компанія Оранта. URL: <https://oranta.ua/> (дата звернення: 18.05.2024).

29. Страхова Компанія Арсенал страхування. Офіційний сайт URL: <https://arsenal-ic.ua/product/zdorovya> (дата звернення: 17.05.2024).

30. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування, 2019. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&mp;z=6718&mp;i=7> (дата звернення: 03.05.2024).

31. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 6. С. 72–76. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/47880/1/Медичне%20страхування.pdf> (дата звернення: 04.05.2024).

32. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні (2017). *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Серія : економіка і менеджмент*. 2017. № 23(2). С. 76–80.

33. Офіційний сайт Insurance Europe. URL: <https://www.insuranceeurope.eu/statistics> (date of access: 05.05.2024).

34. Universalna страхова компанія України. URL: <https://universalna.com/health-insurance/> (date of access: 17.05.2024)



## ДОДАТОК А

### ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»

Таблиця А. 1 – Методичні підходи до визначення поняття «медичне страхування»

Автор	Визначення
Журавка О. С., Бухтіарова А. Г., Пахненко О. М. [14]	це страхування на випадок втрати здоров'я через будь-яку причину, зокрема хворобу та нещасний випадок.
Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. [6]	один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку
Закон України «Про страхування» [25]	вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів. медичне, як пов'язане з майновими інтересами захисту життя, здоров'я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування
Господарський кодекс України [11]	діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їхніх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів
Базилевич В. Д. [2]	форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів
Вороніна О. О. [8]	надання громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів
Внукова Н. М. [5]	форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування
Климук Н.Я. [16]	це вид особистого страхування, який згідно із законом або договором передбачає обов'язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та профілактичної допомоги, наданої застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади і громадян

**ДОДАТОК Б**  
**НАСЕЛЕННЯ ТА ВВП КРАЇН ЄВРОПЕСЬКОГО СОЮЗУ**

Таблиця Б.1 – Населення країн ЄС за 2019-2020 рік, тис. осіб

Країна	2019	2020
Австрія	8 859	8 901
Бельгія	11 456	11 522
Болгарія	7 000	6 951
Кіпр	876	888
Чехія	10 650	10 694
Німеччина	83 019	83 167
Данія	5 806	5 823
Естонія	1 325	1 329
Іспанія	46 937	47 333
Фінляндія	5 518	5 525
Франція	67 013	67 320
Греція	10 725	10 719
Хорватія	4 076	4 058
Угорщина	9 773	9 770
Ірландія	4 904	4 964
Італія	60 360	59 641
Люксембург	550	563
Латвія	2 001	1 986
Нідерланди	16 829	16 901
Польща	38 018	38 006
Португалія	10 427	10 375
Румунія	19 947	19 871
Швеція	9 645	9 747
Словенія	2 061	2 063
Словакія	5 416	5 421

Таблиця Б.2 – ВВП країн ЄС за 2019-2020 рік, € млн.

Країна	2019	2020
Австрія	398 682	375 562
Бельгія	473 085	449 571
Болгарія	60 675	60 643
Кіпр	21 944	21 000
Чехія	220 201	213 589
Німеччина	3 435 210	3 332 230
Данія	310 937	309 145
Естонія	28 037	27 167
Іспанія	1 245 331	1 119 976
Фінляндія	240 078	237 467
Франція	2 418 997	2 278 947

## Продовження таблиці Б.2

Хорватія	53 937	49 104
Греція	187 457	165 830
Угорщина	143 826	135 529
Ірландія	347 215	366 506
Італія	1 787 664	1 651 595
Люксембург	63 516	64 143
Латвія	30 476	29 334
Нідерланди	812 051	796 914
Польща	529 029	521 515
Португалія	212 303	202 709
Румунія	223 337	217 821
Швеція	474 148	472 260
Словенія	48 007	46 297
Словакія	94 171	91 105