МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Львівський національний університет імені Івана Франка

Економічний факультет

Кафедра соціального забезпечення та управління персоналом

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Виконала студентка спеціальності 232 «Соціальне забезпечення»

освітня програма «Соціальне забезпечення»:

ВАЛЯВКА Анна-Анастасія Юріївна

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022р.

Науковий керівник

к.юрид.н., доцент КАДИКАЛО Оксана Ігорівна

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022р.

завідувач кафедри

соціального забезпечення та управління персоналом

кандидат економічних наук, доцент

ШЕГИНСЬКА Наталія Зенонівна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022р.

Львів − 2022 рік

**ЗМІСТ**

[**ВСТУП** 3](#_Toc99644069)

[**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** 6](#_Toc99644070)

[1.1. Історія виникнення та розвитку медичного страхування 6](#_Toc99644071)

[1.2. Сутність та види медичного страхування 10](#_Toc99644072)

[1.3. Роль страхових компаній з медичного страхування 17](#_Toc99644073)

[**РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ** 20](#_Toc99644074)

[2.1. Сучасний стан медичного страхування в Україні 20](#_Toc99644075)

[2.2. Аналіз діяльності страхових компанії з медичного страхування 26](#_Toc99644076)

[2.3. Сучасний стан фінансування розвитку медичного страхування у страхових компаніях 36](#_Toc99644077)

[**РОЗДІЛ 3. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ** 42](#_Toc99644078)

[3.1. Зарубіжний досвід страхової медицини 42](#_Toc99644079)

[3.2. Проблеми та перспективи запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні 47](#_Toc99644080)

[3.3. Розвиток приватного медичного страхування в Україні 52](#_Toc99644081)

[**ВИСНОВКИ 58**](#_Toc99644082)

[**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 61**](#_Toc99644083)

# **ВСТУП**

**Актуальність теми.** Організація системи охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється з урахуванням усіх соціальних верств населення і характеризується надзвичайною різноманітністю форм, оскільки кожна з них відображає особливості еволюції охорони здоров'я, а також економічні, культурно-політичні особливості. У багатьох країнах давно створена система додаткового соціального захисту: державне соціальне страхування, групове та індивідуальне страхування.

Стосовно України, то тут ситуація трохи інша. Сьогоднішній стан фінансування охорони здоров’я в Україні є вкрай недостатнім і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги населенню в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених категорій громадян. Становлення в Україні системи ринкової економіки, її проголошення соціально орієнтованою державою визначає необхідність реформування економіки системи охорони здоров'я та запровадження багатоканальної системи фінансування. Важливе місце в цьому процесі слід відвести розвитку страхування.

Сьогодні медичне страхування для кожної людини має стати невід’ємною частиною системи соціальних гарантій, адже перехід системи охорони здоров’я на принципи медичного страхування цілеспрямовані на збереження та зміцнення здоров’я людей шляхом запровадження економічної відповідальності та зацікавленості громадян, підприємств, установ тощо.

В сучасних умовах пандемії COVID-19 зростає актуальність врахування рівня захворюваності населення при розробці рекомендацій щодо вдосконалення системи медичного страхування.

Аналіз системи медичного страхування та проблем її розвитку в Україні проведено в роботах вітчизняних вчених М. Бас-Юрчишин, Т. Борисова, Є. Дяченко, С. Зайчук, В. Лисенко, С. Ніколаєнко, Л. Пархета, О. Світлична, С. Сокирко, Т. Стецюк, Ю. Шевчук, Л. Шупа, К. Штепенко та ін. Утім, незалежно від кількості наукових практик, присвячених вищезгаданому питанню, дослідження вимагають актуальні дані про сучасний стан медичного страхування та його особливості з урахуванням захворюваності населення.

**Мета роботи** – дослідити проблеми запровадження та перспективи медичного страхування в Україні.

Згідно з метою роботи необхідно вирішити наступні **завдання**:

* Оглянути історію виникнення та розвитку медичного страхування;
* Визначити сутність та види медичного страхування;
* Визначити роль страхових компаній з медичного страхування;
* Аналізувати сучасний стан медичного страхування в Україні;
* Здійснити аналіз діяльності страхових компанії з медичного страхування;
* Дослідити сучасний стан фінансування розвитку медичного страхування у страхових компаніях;
* Оглянути зарубіжний досвід страхової медицини;
* Визначити проблеми та перспективи запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні;
* Визначити особливості розвитку приватного медичного страхування в Україні.

**Об’єкт дослідження** – медичне страхування в Україні.

**Предмет дослідження** - відносини, що виникають між суб’єктами медичного страхування у процесі надання страхових послуг.

**Методи дослідження.** У роботі використовуються такі методи дослідження: статистичний та порівняльний аналіз, дослідження літературних джерел, нормативно-правової бази.

**Практичне значення результатів** полягає у наданні конкретних пропозицій щодо підвищення ефективності вітчизняного ринку медичного страхування.

**Структура роботи.** Робота складається з вступу, трьох розділів, дев’яти підрозділів, висновків та списку використаних джерел, який включає 37 найменувань. Загальний обсяг роботи 64 сторінки.

У першому розділі даної роботи оглянуто історію виникнення та розвитку медичного страхування, також досліджено сутність та види медичного страхування, а також визначено роль компаній з медичного страхування.

У другому розділі здійснено аналіз сучасного стану медичного страхування в Україні та діяльності страхових компанії з медичного страхування, а також сучасний стан фінансування розвитку медичного страхування у страхових компаніях.

У третьому розділі проаналізовано зарубіжний досвід страхової медицини, визначено проблеми та перспективи запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні, а також досліджено особливості розвитку приватного медичного страхування в Україні.

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

## **Історія виникнення та розвитку медичного страхування**

Медичне страхування в його сучасному вигляді виникло відносно недавно. Розвиток системи медичного страхування відбувався протягом кількох останніх століть і базувався на давній традиції надання соціальної допомоги громадянам у разі будь-якого захворювання. Сучасні принципи соціального страхування виходять із давньогрецьких і римських правил, які забезпечували функціонування так званих організацій взаємодопомоги, які створювалися в рамках професійних коледжів і займалися збором коштів та їх виплатою у разі нещасний випадок, травма, інвалідність та внаслідок хвороби.

У Європі поява медичного страхування як соціального явища пов’язана зі стрімким розвитком ремесла, зростанням залученого до нього населення і, як наслідок, збільшенням кількості найманої праці на фабриках і заводах. Вони не могли оплатити дорогі медичні послуги приватних лікарів, а також не мали права на державну підтримку та благодійну допомогу, оскільки не належали до бідних.

Медичне страхування у формі лікарняного страхування було започатковано в Німеччині та Великобританії в 17-19 століттях. На сьогоднішній день етапи розвитку лікарняного страхування в Німеччині можна розглядати як модель для розвитку медичного страхування в Європі, оскільки саме в німецькому законодавстві вперше в історії закріплені принципи соціального страхування громадян, у тому числі страхування. у разі хвороби, були визначені.

У 17 столітті в Німеччині ремісники організували перші страхові (лікарняні) фонди, які, крім медичного (лікарняного) страхування, що передбачало оплату медичної допомоги ремісникам і членам їх сімей, здійснювали їх охорону на громадському колективі. В основі інших випадків, пов'язаних нині з системою соціального страхування, подібні страхові організації були поширені в XIX столітті в більшості європейських країн.

З розвитком капіталізму фонди ремісників були замінені страховими (лікарняними) фондами найманих робітників, фонди яких формувались на основі договору про внески застрахованих робітників і підприємців-роботодавців. Управління такими лікарняними касами здійснювали збори членів лікарняних кас і правління, до складу яких входили представники робітників і роботодавців. Деякі закони Прусської держави передбачали функціонування як добровільних, так і обов'язкових кас взаємодопомоги, а також конкуренцію між ними. При цьому також визначено порядок взаємодії об’єднання промисловців з касами обов’язкового страхування.

Прототипом сучасної системи обов'язкового медичного страхування вважається обов'язкове соціальне страхування, вперше запроваджене в Німеччині наприкінці 19 ст. У той час на тернах Німеччини з ініціативи уряду рейхсканцлера Отто фон Бісмарка приймаються три Закони про соціальне страхування:

- 15 червня 1883 року – Закон про страхування робітників на випадок хвороби;

- 6 липня 1884 року – Закон про страхування від нещасних випадків;

- 22 червня 1889 року – Закон про страхування з інвалідності та старості.

Із введенням цих законів вся система медичного страхування Німеччини зазнала суттєвої реорганізації. Закон про страхування на хворобу передбачав запровадження принципів обов'язкового страхування. Суб'єктами системи страхування стали каси медичного страхування. Законом встановлено, що страхові фонди в новій системі можуть гарантувати допомогу членам сім'ї застрахованого. Окремі каси могли б забезпечити відповідне вирівнювання різниць у страхових внесках. Внески на 2/3 сплачував найбільш застрахований, а 1/3 - його роботодавець. Гарантований мінімальний розмір медичної допомоги, що покривався за рахунок коштів обов'язкового страхування, складався з безкоштовного медичного обслуговування, безкоштовних ліків, допомоги по хворобі з третього дня від початку захворювання і до 6 тижнів, грошових коштів, виплачених сім'ї. членів у разі смерті у двадцятикратному розмірі окладу Мінімальні розміри виплат могли бути розширені в певних межах відповідно до статутів окремих фондів.

Закони про соціальне страхування, прийняті в Німеччині за уряду Бісмарка, заклали основу для системи охорони здоров’я, яка називається «страхова медицина» або «система охорони здоров'я Бісмарка». Їх історичне значення полягало в тому, що запровадження елементів загальнодержавного обов’язкового страхування послужило основою для включення до системи МС значної кількості працездатного населення Німеччини, яке раніше входило до соціально незахищених верств. Система організації охорони здоров’я почала базуватися на трьох джерелах фінансування: державному бюджеті, обов’язкових внесках працівників та роботодавців.

У більшості європейських країн подібні закони були прийняті між 1883 і 1912 роками.

На початку 20 століття в Німеччині існували об'єктивні передумови для внесення змін до законів про соціальне страхування, оскільки багато верств населення не були охоплені медичним страхуванням. Із запровадженням Правил державного страхування (1911 р.), які були включені до зведеного закону про соціальне страхування, у сфері медичного страхування відбулися значні зміни: було скасовано державне страхування та обмежено мінімальну кількість членів однієї каси медичного страхування; розширилися контингенти працівників, які підлягають обов'язковому страхуванню, зокрема до них увійшли працівники сільського господарства, побутового обслуговування населення, а також люди, які працюють вдома.

Соціальний захист населення в сучасній Німеччині є однією з найефективніших державних соціальних систем у всьому світі. Найбільшою мірою це забезпечується через соціальне, у тому числі медичне страхування громадян. Більше 90 відсотків громадян Німеччини беруть участь у системі соціального страхування та є застрахованими. Такі високі результати забезпечені, в тому числі, завдяки послідовному розвитку системи загальнообов’язкового державного соціального страхування.

В Україні медичне страхування зародилося в середині 19 ст. у формі обов’язкового медичного страхування.

Розвиток медичного страхування в нашій державі пішов далеко вперед, найбільше на його сучасний стан впливають законодавчі зміни, що відбулися за часів незалежності України.

Розвиток медичного страхування на вітчизняному просторі у 1991-2018 рр. відбувався в контексті формування страхового законодавства в правовій базі незалежної держави. Умовно його можна розділити на три періоди.

На цьому етапі розвитку можна виділити три періоди.

Перший період (з 1991 по 1996 рр.) - створення перших нормативно-правових актів, що регулюють діяльність на страховому ринку. Велике значення на той час мав Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», який визначив правові, професійні, економічні, організаційні основи сфери охорони здоров’я та напрями можливого реформування медичної галузі.

Другий період (з 1996 по 2001 рр.) розпочався з прийняттям Закону «Про страхування», а також із затвердження ряду інструкцій, постанов і положень, спрямованих на роботу страхових компаній на вітчизняному страховому ринку. У цей же період була прийнята Конституція України, яка визначала права всіх громадян на охорону здоров’я, медичне обслуговування та медичне страхування.

Проте на початку 2000-х років Закон України «Про страхування» не відповідав тогочасним реаліям і спричинив затримку розвитку страхування, через що Верховна Рада підготувала його нову редакцію, яка враховано міжнародні стандарти.

Нова редакція закону містила регулювання медичного страхування в обов'язковій та добровільній формах.

Серед багатьох страхових компаній набуло поширення добровільне медичне страхування, яке могло здійснюватися як безперервне медичне страхування та медичне страхування на випадок хвороби. Обов’язкового медичного страхування не було через відсутність законодавчого підґрунтя, і лише з кінця 2016 року почалися кроки в цьому напрямку.

Третій період (з 2001 р. по теперішній час) – внесено зміни до основних нормативно-правових актів, а з 2017 р. розпочато активний процес переведення системи охорони здоров’я України на модель страхування та зроблено кроки щодо запровадження загальнообов’язкового соціального медичного страхування.

Таким чином, в результаті вивчення економічної природи та історії медичного страхування ми виявили, що воно необхідне, оскільки забезпечує захист від ризику втрати здоров’я внаслідок хвороби. При цьому страхування надається як на добровільній, так і на обов'язковій основі.

## **Сутність та види медичного страхування**

Медичне страхування, як досить специфічна сфера життя людини, наразі не має точного тлумачення, яке б охопило всі ознаки цієї економічної категорії. Визначення страхової медицини чітко не прописано в жодному законодавчому акті, що лише викликає суперечки серед спеціалістів.

У процесі вивчення наукової літератури ми проаналізували різні визначення медичного страхування.

Д. Д. Третяк вважає, що медичне страхування – це одна з форм соціального захисту населення у сфері охорони здоров’я, суть якої полягає в гарантії оплати медичних послуг, отриманих застрахованою особою за рахунок накопичених страхових коштів.

В свою чергу Вороніна О. О. зазначає, що медичне страхування – це «надання громадянам гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів».

На основі проведеного аналізу на нашу думку, сутність медичного страхування відображає таке пояснення: вид особистого страхування, що передбачає, згідно із законом або договором, зобов’язання страховика по оплаті страхової програми наданої медичної, лікувально-профілактичної допомоги застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, утворених за рахунок компаній, органів влади та громадян.

Вивчення законодавчих актів України дає підстави засвідчити відсутність у них такого поняття, як «медичне страхування».

У Законі України «Про страхування» зазначено, що медичне страхування може бути як обов’язковим, так і добровільним. Але немає тлумачення змісту та принципів медичного страхування. Тільки в ст. 4 цього закону визначено, що медичне страхування є видом особистого страхування.

Страхова медицина базується на таких принципах:

1. Забезпечення економічного та соціального захисту середніх та малозабезпечених верств населення.

2. Гарантія прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу.

3. Обов’язкові внески як громадян, так і юридичних осіб.

Об’єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов’язані з життям та здоров’ям громадян, і його метою є забезпечення того, щоб застраховані особи у випадку настання страхового випадку мали право на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів.

Предмети медичного страхування:

• страховики, страхувальники;

• застраховані особи;

• медичні заклади.

Метою реалізації медичного страхування є забезпечення того, щоб громадяни у разі настання страхового випадку мали можливість отримувати медичну допомогу за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів.

В основу класифікації можна покласти багато ознак. Почнемо з характеру фінансування медичної системи, за цією ознакою розрізняють:

• Бюджетну;

• Соціальну;

• Приватну;

• Змішану.

Система соціального фінансування охорони здоров’я базується на цільових внесках працівників, підприємств та державних субсидіях. У соціальній системі переважають внески підприємств, і ця система характерна для країн Західної Європи.

Приватна система характерна для США. Але в чистому вигляді не існує жодної системи, як правило, це комбінація декількох із зазначених вище.

За принципом управління медичне страхування поділяється на:

1. Централізоване.

2. Децентралізоване.

За формою залучення застрахованих медичне страхування поділяється на:

• Індивідуальне;

• Колективне.

Більш детально слід розглянути форми медичного страхування - обов’язкове та добровільне медичне страхування.

Обов’язкове медичне страхування має особливості соціального страхування, оскільки порядок його здійснення визначається законодавством держави.

Обов’язкове медичне страхування реалізується відповідно до державних програм, що визначають гарантовані обсяги та умови надання медичної допомоги населенню та здійснення необхідних профілактичних заходів, і координується державними органами.

Обов’язкове медичне страхування перебуває під жорстким державним контролем і характеризується нерентабельністю. Така форма організації страхового фонду дозволяє планувати медичне обслуговування завдяки стабільності надходження коштів.

Обов’язкове медичне страхування ґрунтується на чотирьох принципах: універсальність, державність, некомерційність, зобов’язання.

Принцип державності передбачає, що фонди загальнообов’язкового медичного страхування є власністю держави, оскільки держава виступає страховиком для безробітного та незахищеного населення, а також передбачає державний контроль за збором та перерозподілом фондів загальнообов’язкового медичного страхування.

Держава повинна гарантувати стабільність цієї системи, а також виконання зобов’язань перед застрахованими громадянами.

Також обов’язкове медичне страхування повинно базуватися на принципі некомерціалізації, а весь прибуток від операцій обов’язкового медичного страхування повинен спрямовуватися на збільшення резервів.

Принцип універсальності передбачає, що кожен громадянин країни має право на отримання медичних послуг, які включені до програми обов'язкового медичного страхування.

А принцип обов’язковості зобов’язатиме юридичні особи та органи місцевої влади робити внески до цих фондів.

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страхувальники, застраховані особи, фонди загальнообов'язкового медичного страхування, страховики та медичні установи.

Юридичні особи (підприємства, установи, організації) є страховиками на загальнообов’язковому медичному страхуванні для працездатного населення, а держава - для непрацюючого. Обов’язкове медичне страхування здійснюється на основі двох програм - базової та територіальної.

Основна програма, відповідно до законодавчих актів, розробляється Міністерством охорони здоров'я та затверджується на державному рівні. Він охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг для кожного громадянина.

На основі базової програми державні органи розробляють та затверджують програми територіального обов'язкового медичного страхування. Вони передбачають мінімальний обсяг медичної допомоги, гарантований державою, та розрахунки їх вартості.

Обсяг та умови медичного обслуговування, що надаються територіальними програмами, не можуть бути меншими за встановлені в базовій програмі.

Медичні заклади, які беруть участь у програмах ОМС, несуть економічну та юридичну відповідальність перед страхувальниками за надання медичних послуг, передбачених договором страхування за обсягом та якістю.

Система обов’язкового медичного страхування зобов'язує страхувальників укладати відповідні контракти, згідно з якими вони мають право отримувати медичні послуги.

Укладаючи договір, страховик видає страхувальнику договір страхування, а страхувальнику - страховий поліс, який має силу договору.

Угода про обов'язкове медичне страхування визначає, що страхова організація зобов'язується оплачувати медичні та інші послуги, що надаються страхувальнику. У свою чергу страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові внески, розмір, умови та порядок сплати яких передбачені договором.

Поліс обов’язкового медичного страхування є гарантом соціального захисту громадян. Застраховані особи мають право на отримання медичної допомоги, вільний вибір медичного закладу та лікаря, подання претензій до страховика, страхової медичної організації, в тому числі на матеріальну компенсацію шкоди здоров’ю.

Обов’язкове медичне страхування охоплює майже все населення і задовольняє основні пріоритетні потреби, але воно не може покрити всю сферу ризиків. Тому незадоволеність застрахованими відсотками реалізується організацією добровільного медичного страхування, доповнює обов'язкове.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним та колективним.

Для окремих власників страхових полісів, як правило, окремі громадяни, які уклали зі страховиком угоду про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за свій рахунок.

Для колективного страхування страхувальником є, як правило, підприємство, установа, яка укладає договір зі страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сім'ї працівників, пенсіонерів тощо) за їх рахунок.

Страхові організації укладають договори з профілактичними медичними закладами (незалежно від форми власності) про надання ними медичної допомоги страхувальнику за певну плату, яку страховик зобов'язується гарантувати.

Страховий поліс добровільного медичного страхування визначає обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо.

Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості та покращують умови надання профілактичної, медико-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Договір добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

• широке право вибору застрахованим пацієнтом медичних закладів, лікарів для обслуговування;

• поліпшення умов утримання застрахованого в лікарнях, санаторіях, диспансерах;

• надання спортивних та оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;

• збільшення тривалості після лікарняного патронату та догляду за хворими вдома;

• діагностика, лікування та реабілітація з використанням методів нетрадиційної медицини;

• розвиток системи сімейного лікаря;

• страхування виплат з тимчасової втрати працездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах щодо строків та суми грошових виплат;

• участь у цільовому фінансуванні технічного переоснащення та нового будівництва медичних закладів, підприємств з виробництва медичного обладнання, ліків з правом отримання пріоритетних послуг або виробів (протезів, ліків, діагностики тощо) цих підприємств та організацій .

Страховий ризик за добровільним медичним страхуванням - це певна подія, що має випадковий, але ймовірнісний характер, у випадку якої здійснюється страхування.

Страховими ризиками за добровільним медичним страхуванням є:

• хвороба застрахованої особи;

• шкода здоров’ю внаслідок нещасного випадку;

• смерть застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування в медичному закладі.

Добровільне медичне страхування має свої особливості, власне, що визначають його місце на страховому ринку. По-перше, ДМС є однією з форм особистого страхування, яка є досить важливою ринковою складовою, яка доповнює загальнообов’язкове національне медичне страхування та системи соціального забезпечення.

Добровільне медичне страхування обирається на прохання страхувальника і безпосередньо залежить від рівня його доходу.

Добровільне медичне страхування базується на принципі страхової солідарності, сенс якого полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, визначених договором страхування відповідно до сплаченої страхової премії.

Можливе перевищення вартості медичних послуг на внески страхувальника, оскільки частина страхувальників, які сплачували страхові внески, не потрапляють у страхове становище і не користуються послугами медичних установ.

## **Роль страхових компаній з медичного страхування**

Ринок страхування залишається одним з найбільших небанківських фінансових ринків з точки зору капіталізації. Як частина страхового ринку, ринок медичного страхування знаходиться на стадії свого розвитку. Добровільне медичне страхування з кожним роком набирало все більшої популярності серед населення, поки в Україні не було запроваджено обов’язкове медичне страхування. Зменшення кількості страхових компаній на вітчизняному страховому ринку, процес поглинання страхових компаній великими іноземними компаніями та прискорення концентрації страхового капіталу - усі ці фактори характерні для процесу глобалізації.

Страхові компанії щорічно створюють нові страхові продукти, щоб бути більш конкурентоспроможними серед інших компаній на ринку.

Програми, які пропонують компанії добровільного медичного страхування, можна розділити на чотири основні категорії:

- поліклінічні послуги, у тому числі аптечні;

- стаціонарне обслуговування;

- служби швидкої допомоги;

- стоматологія.

Деякі страхові компанії пропонують різноманітні додаткові послуги: медичне обслуговування на дому, призначення довіреного лікаря, безкоштовне оформлення полісів на страхування медичних витрат під час виїзду за кордон, пільгове страхування членів сім’ї, спеціальні програми для дітей та вагітних. Широкий асортимент страхових програм, різних за ціною та асортиментом послуг, їх поєднання дозволяє підібрати поліс виходячи з ваших потреб і фінансових можливостей. Крім того, постійним клієнтам страхова компанія надає знижки, іноді до 25%.

Страхові компанії, які здійснюють медичне страхування, можуть об'єднуватися для сприяння розвитку відкритого та справедливого ринку медичного страхування для всіх, надання допомоги в медичному страхуванні, організації правового захисту прав страховиків і страхувальників, координації зусиль страховиків на ринку медичних послуг.

Сьогодні в українському законодавстві відсутні критерії для опису конкуренції на ринку, тому для визначення рівня конкуренції на страховому ринку використовується Індекс Герфіндаля-Гіршмана (HHI), який застосовується в антимонопольних законах США з кінця 20 століття, використовується. HHI обчислюється як сума квадратів частки ринку кожного страховика. Критерії оцінки рівня конкуренції на ринку поділяються на три групи:

1) низький концентрований ринок, конкуренція (HHI <1000);

2) помірно концентрований ринок, низька конкуренція, існує монополія (1000 <HHI <1800)

3) висококонцентрований ринок, нерозвинена конкуренція, існує олігополія (1800 <HHI).

Індекс Герфіндаля-Гіршмана в Україні розраховується Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, на основі статистичних даних про страховий ринок в цілому, без урахування його складових та спеціалізації страховиків. Такі розрахунки дають лише приблизне уявлення про відповідність страхових компаній національному антимонопольному законодавству та вказують на абстрактне уявлення про конкуренцію між страховиками, оскільки для розрахунків використовуються найбільші компанії (до 50 одиниць), а не загальна кількість. Цей підхід повинен бути змінений з урахуванням досвіду країн Європейського Союзу, де розрахунки HHI проводяться для кожної складової страхового ринку (медичне страхування, авіаційне страхування, страхування автотранспортних засобів тощо).

Для оцінки рівня конкуренції на ринку медичного страхування доцільно робити розрахунки для кожної складової ринку, а саме: постійне медичне страхування, страхування медичних витрат та медичне страхування на випадок хвороби; і окремо за показниками страхових внесків та страхових виплат. Адже статистика та рейтинги страхових компаній різняться для кожної складової ринку.

Використовуючи статистику ТОП-25 страхових компаній з веб-сайту інформаційного агентства Forinshurer, ми спочатку обчислюємо відсоток кожного страховика на ринку медичного страхування, помноживши показник страхових внесків або виплат для конкретного страховика на 100% і діливши отриманий продукт на суму страхових внесків або виплат для всіх опитаних страховиків. Як зазначалося вище, відсоток визначається показниками страхових премій та виплат окремо для кожної складової ринку. Наступним кроком є квадратування відсотків окремо для кожної страхової компанії та підсумовування квадратів відсотків.

# **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

## **2.1. Сучасний стан медичного страхування в Україні**

На даний момент медицина в Україні є безкоштовною та загальнодоступною. Насправді елемент якості залежить від фінансових можливостей людини, оскільки більшість медичних послуг оплачуються неофіційно. Тому до моменту остаточного завершення реформи галузі охорони здоров’я (включаючи запровадження загальнообов’язкового медичного страхування) та оптимізації фінансування державних лікарень та клінік існує гостра потреба в альтернативній медичній допомозі для населення, особливо для людей з обмеженими фінансовими можливостями.

Сьогодні діє добровільне медичне страхування - один із видів особистого страхування, який передбачає можливість повної або часткової виплати коштів на надання медичних та медико-профілактичних послуг застрахованим особам на випадок розладів здоров’я відповідно до умови укладеної угоди та Правила страхування.

Добровільне медичне страхування є хорошою мотивацією для працівників, але більшість громадян України все одно не застраховані.

Для того, щоб визначити доцільність введення медичного страхування, а також визначити, якому типу медичної системи віддають перевагу жителі України, А. Череп провів дослідження та отримав результати, майже всі респонденти мають уявлення про переваги здоров'я страхування, з яких 12% віддають перевагу сучасній медичній системі, обов'язкове соціальне медичне страхування - 24%, змішаний тип медичної системи - 43%. Люди, які не цікавляться виглядом медичної системи - 21%.

Отже, можна зробити висновок, що більшість людей хочуть бачити змішаний тип медичної системи в Україні. З метою сприяння розвитку відкритого та доступного ринку медичного страхування в Україні в березні 1999 року було створено Асоціацію «Українське бюро медичного страхування». Членами цієї Асоціації є 28 страхових компаній України та інші юридичні особи з 12 областей України та Києва.

Сьогодні в Україні понад 90% людей, які не мають медичного страхування! Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки є багато потенційних споживачів страхових послуг. Однією з найважливіших складових ефективного функціонування економіки та системи охорони здоров’я є медичне страхування.

Медичне страхування є гарантом здорової нації в майбутньому. Медичне страхування - це форма захисту інтересів громадян на випадок втрати здоров’я з будь-якої причини.

Зараз медичне страхування в Україні знаходиться на стадії розвитку, незважаючи на те, що тривалий час існує проблема підвищення рівня медичної допомоги, внаслідок чого виникає питання про збільшення фінансування галузі, і це вимагає пошуку додаткових джерел.

Сучасний стан системи охорони здоров’я в Україні не забезпечує повною мірою право громадян на медичну допомогу на рівні, передбаченому міжнародними стандартами та українським законодавством.

Сучасна система фінансування закладів охорони здоров’я вимагає змін - переходу до принципів фінансування вартості конкретної медичної послуги, що надається конкретному громадянину.

На даний момент страхова медицина є реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не в змозі забезпечити конституційне право громадян на безкоштовну медичну допомогу.

Розвиток медичного страхування є об’єктивною необхідністю, яка полягає у необхідності забезпечити надходження коштів у сектор охорони здоров’я.

Медичне страхування має багато переваг, а саме:

- медичне страхування є елементом соціального захисту громадян України;

- медичне страхування краще, ніж "прямі" контракти з медичними закладами;

- дозволяє отримувати низькі тарифи та дуже великі знижки від страхових компаній при страхуванні колективів;

- дозволяє підвищити інтерес до «робочого місця» на підприємстві;

- оптимізувати податки;

- комплексне лікування, забезпечення ліками;

- контроль якості лікування тощо.

Реструктуризація економіки охорони здоров’я повинна розпочатися насамперед із зміцнення фінансової бази галузі; про зміну загальної схеми фінансування, що передбачає обов’язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетної та страхової системи, що фінансується за активної участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення.

Одним із важливих напрямків реформи охорони здоров’я є запровадження системи обов’язкового медичного страхування. Однак сьогодні ця сфера охорони здоров’я залишається не врегульованою законодавством.

Ініціативи запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні не є новими. За 25 років незалежності було подано 21 законопроект, який пропонував запровадити медичне страхування.

Проекти законів періодично виносились на громадське обговорення, але вони ніколи не переходили межу прийняття. Зокрема, учасники цього процесу ніяк не могли домовитись, хто буде управляти фондом, який накопичуватиме страхові гроші, і на основі яких алгоритмів їх розподіляти.

Альтернативою є державне обов'язкове медичне страхування. Дискусії з цього питання ведуться з 2001 року. Однак лише наприкінці 2016 року почали з’являтися більш-менш адекватні пропозиції народних депутатів.

Законодавчі ініціативи щодо запровадження загальнообов’язкового державного медичного страхування.

Є кілька пропозицій народних депутатів - це Проекти законів «Про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні» No 4981 (Л. Денисова, А. Шипко, Б. Розенблат, І. Євремов, М. Поляков), «Про загальнообов’язкове державне Соціальне медичне страхування "№ 4981-1 (А. Мусій)," Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні "No 4981-2 (А. Богомолець), пропозиції Міністерства охорони здоров'я України (далі - Міністерство охорони здоров'я Здоров'я), обговорюються нижче.

Комітет Верховної Ради України з питань соціальної політики, зайнятості та пенсій (голова Л. Денисова) вирішив взяти за основу та доопрацювати законопроект «Про загальнообов’язкове соціальне медичне страхування в Україні» № 4981.

З одного боку, це можна вважати прогресивним кроком на шляху забезпечення конституційного права всіх громадян на якісні медичні послуги. З іншого боку, цей законопроект містить кілька елементів, які є небезпечними в довгостроковій перспективі.

По-перше, планується залучити приватні страхові компанії до системи загальнообов’язкового державного страхування. Тобто приватні страховики розподілятимуть бюджетні кошти.

Відповідно, конкуренція (і ймовірний розподіл ринку між кількома основними страховиками) відбувається не на рівні постачальників медичних послуг (лікарні, приватні практики), а на рівні самих страхових компаній.

По-друге, відповідно до цього законопроекту, "окремо затверджуватиметься перелік страхових ризиків - груп захворювань, травм або їх наслідків, щодо яких надається медична допомога застрахованим особам за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов’язкового соціального медичного страхування" щорічно Кабінетом Міністрів України (тобто насправді немає гарантій, яка послуга буде включена, а яка не включена до переліку наступного року). До речі, МОЗ було категорично проти цього законопроекту.

«Потрібне громадське обговорення», «має бути після податкової реформи», «достроково» - саме так МОЗ реагував у попередні роки на пропозиції щодо запровадження загальнообов’язкового державного медичного страхування. Але вже в 2017 році планується запровадити гарантований державою пакет медичних послуг, який за державні кошти надаватимуть лікарі первинної ланки (педіатри, сімейні лікарі, терапевти) пацієнтам, «прикріпленим» до них. При цьому пацієнти самі обирають і змінюють лікарів.

Фінансування здійснюватиметься із загального фонду бюджету, без введення додаткових податків та без створення проміжних фондів. «Наша мета - це лікар для кожної родини. Сімейний лікар повинен стати агентом сім'ї в системі охорони здоров'я, направляти, контролювати стан здоров'я та забезпечувати всю первинну діагностику. Сім'я повинна йому довіряти, а для цього лікар повинен бути мотивованим - насамперед фінансово », - заявив заступник міністра охорони здоров’я П. Ковтонюк.

Згідно з публікацією на веб-сайті МОЗ від 04.10.2016 р., Технічним оператором переказу бюджетних коштів буде прозорий страховий орган, який здійснюватиме документообіг із лікарями. Введення нових податків або страхових внесків не передбачається.

Верховна Рада України розглядає проект закону «Про загальнообов’язкове державне медичне страхування». Водночас у держави бракує як детального плану, так і механізму впровадження цієї системи в короткостроковій перспективі (законодавча база, реєстр пацієнтів, структура фінансування).

Тому для повного реформування системи охорони здоров’я (2020 р. Згідно з Концепцією реформи фінансування охорони здоров’я України, Європейською стратегією охорони здоров’я 2020 та Національною стратегією реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2020 рр.), було б добре розглянути варіант участі сектору соціального некомерційного підприємництва у забезпеченні доступу населення з обмеженими фінансовими ресурсами до якісних медичних послуг.

Спочатку реформа полягала у запровадженні державного солідарного медичного страхування. Саме за його рахунок у першій (авторській) редакції законопроект визначав державні фінансові гарантії щодо надання необхідних медичних послуг та ліків застрахованим особам.

6 червня 2019 р. Проект Закону № 6327 включений до порядку денного Верховної Ради України, але з його тексту чомусь зникло ключове поняття - «Державне солідарне медичне страхування». Тобто автори медичної реформи, яка спочатку полягала у запровадженні нового механізму фінансування медичних послуг, відмовились від самої суті своєї реформи ще до початку голосування.

У доопрацьованій редакції (від 06.06.2017) Законопроект передбачав, що пацієнти зобов’язані оплачувати медичні послуги за рахунок власних коштів або забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування й інших джерел тарифу співоплати в разі часткової оплати за рахунок коштів держбюджету медичних послуг і лікарських коштів, наданих такому пацієнту.

У результаті «реформи» українців хотіли зобов’язати оплачувати по 1056,6 грн на рік офіційної співоплати з кожної людини, при тому що рівень приватних (у т. ч. неформальних) платежів протягом 2018–2019 років (за розрахунками авторів реформ) лише збільшуватиметься. Зменшиться він лише у 2021 році всього на 5,6% і становитиме 2081,8 грн у рік на кожного українця.

Показово, що фінансово-економічне обґрунтування до Законопроекту № 6327 розроблено лише в одному варіанті – під солідарне страхування. Воно не змінювалося й не допрацьовувалося, незважаючи на істотні зміни самого Законопроекту.

Зростання бюджетних видатків на охорону здоров’я базується на вкрай сумнівних показниках майбутнього зростання ВВП. Також автори планують збільшити витрати на кожного громадянина України за рахунок скорочення населення в середньому на 90 тис. осіб у рік, про що прямо зазначено у фінансово-економічному обґрунтуванні до законопроекту.

У результаті «реформи», замість «посилення фінансового захисту», громадяни мали отримати додаткові обов’язки й додаткові фінансові витрати.

Під час підготовки Законопроекту до другого читання, а точніше в день голосування – 13 липня, «медична реформа» знову зазнала суттєвих змін.

Очевидно, побоюючись обурення України введенням обов'язкових платежів, автори "реформи" тимчасово прибрали офіційні доплати, нібито для подолання корупції та зменшення неформальних платежів. Медицина зі змінами від 13.07.2017 знову стала «безкоштовною». Однак в. О. Міністр В. Супрун обіцяє повернутися до питання запровадження доплати в 2020 році.

Також у законопроекті було нове поняття "медичні субсидії". Враховуючи надзвичайну бідність переважної більшості населення та великий відсоток пенсіонерів та пільговиків різних категорій, неважко передбачити, що після запровадження офіційної доплати за медичні послуги частина населення отримає “медичний субсидія », тоді як іншим доведеться заплатити подвійний (потрійний) тариф для покриття витрат неплатоспроможного населення.

Отже, для запровадження в Україні обов’язкового медичного страхування, насамперед, необхідно підготувати як законодавчу, так і матеріальну базу, узгодити всі механізми, щоб не досягти в майбутньому ще гіршого стану, врахувати враховувати всі переваги та ризики, накопичені досвідом інших країн, та створити Єдиний державний банк медичного страхування, який накопичуватиме всі квитанції та розпоряджатиметься ними.

Законопроект № 9163 був нещодавно внесений до парламенту. Він все ще повинен пройти обговорення в парламентських комітетах і отримати експертний висновок, лише тоді його можна буде поставити на голосування. До цього моменту може пройти досить довгий час. Наприклад, два майже однакові проекти працюють у комітетах з 2016 року.

## **2.2. Аналіз діяльності страхових компанії з медичного страхування**

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування працюють багато страхових компаній з різними можливостями, досвідом та повноваженнями.

Кожна страхова компанія прагне внести в страховий бізнес щось своє, що вигідно виділить його з-поміж конкурентів. Проаналізуємо діяльність страхових компаній більш детально (рис. 2.1.)

Рис. 2.1. Динаміка кількості страхових компаній в Україні за 2019 –2021 рр.

Рис. 2.1. відображає динаміку кількості страхових компаній в Україні за останні три роки. За даними 2019 року в Україні працювали 233 компанії. Станом на кінець 2020 року в Україні працювало 215 страхових компаній, з них 20 - страхування життя; та 195, які стосуються іншого страхування, крім страхування життя. В 2021 році працювало 19 компаній страхування життя, та 162 компанії, які стосуються іншого страхування. Можна зробити висновки, що кількість страхових компаній в Україні зменшується.

Доцільно проаналізувати найбільші страхові компанії, що працюють на ринку медичного страхування, за складовими ринку. В таблиці. 2.1, загальною рисою є те, що перші місця посідають страхові компанії з іноземним капіталом, що робить ринок конкурентоспроможним завдяки ефективному управлінню страховим портфелем та розробці інноваційних страхових продуктів. Для вітчизняних страховиків медичне страхування залишається досить ризикованим видом страхування.

У рейтингу (таблиця 2.1) та у кожній складовій ринку медичного страхування порядок діяльності страхових компаній, які займають провідні позиції, суттєво відрізняється. За розмірами страхових внесків та виплат за безперервним медичним страхуванням страхова компанія "Провідна" є лідером протягом останніх п'яти років.

Статистичні дані за 1 півріччя 2019 року висувають страхову компанію Uniqa на перше місце, але, ймовірно, до кінця року рейтинг може змінитися у бік страхової компанії Providna. 2014 року страхова компанія "Uniqa" посіла третє місце в рейтингу безперервного медичного страхування (страхові внески склали 113 611 тис. Ігор., Страхові виплати - 97 102 тис. Грн., Рівень виплат - 85,5%), сьоме місце за медичним страхуванням на випадок хвороби (страхові внески склали 4604 тис. грн., страхові виплати - 3734 тис. ігор, рівень виплат - 81,1%) та дев'яте місце за медичним страхуванням (страхові внески становили 10126 тис. гри., страхові виплати - 5367 тис. грн., рівень платежів - 53,0%). За даними на кінець 2014 року, у першому півріччі 2019 року страхова компанія «Uniqa» зібрала страхові внески на безперервне медичне страхування на 206 571,2 тис. Грн. більше та здійснили страхові виплати на 81 329,2 тис. грн. більше. Тому можна сказати, що за останні роки страхова компанія "Uniqa" стала фінансово стабільнішою на ринку медичного страхування та підвищила рівень довіри населення до своїх послуг.

Найбільш прийнятний рівень виплат для страхової компанії становить від 30% до 60%. Якщо відсоток менший, до такої страхової компанії підкрадається недовіра, якщо більше, то також виникає питання, чому страхова компанія витрачає багато коштів на виплати та чи є вона фінансово стабільною. З точки зору трьох складових ринку медичного страхування, до страхових компаній з оптимальним рівнем виплат за перше півріччя 2019 року належать Uniqa (55,73% постійного медичного страхування та 37,1% медичного страхування на випадок хвороби), Провідна (52,03%), ARX (40,80%), Європейське страхування подорожей (44,29%) та Strana (30,6%).

Таблиця 2.1

ТОП-5 страхових компаній в Україні за складовими ринку медичних страхових послуг за 1 півріччя 2019 року

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страхова компанія** | **Країна, де знахо­диться материнська компанія** | **Рік початку діяльності в Україні** | | **Сума страхо­вих премій, тис. грн.** | **Сума страхо­вих виплат, тис. грн.** | **Рівень ви­плат, %** |
| **Безперервне страхування здоров'я** | | |
| Uniqa | Австрія | 1994 | | 320182,2 | 178431,2 | 55.73 |
| Провідна | Нідерланди | 1995 | | 283552,7 | 147538.6 | 52,03 |
| ARX | Канада | 1994 | | 197270,0 | 80488.0 | 40.80 |
| Альфа Страхування | Люксембург | 2000 | | 161565,6 | 120562.4 | 74.62 |
| ІНГО Україна | Україна | 2004 | | 146154,2 | 90357,4 | 61.82 |
| Страхування медичних витрат | | |
| PZU Україна | Польща | 1993 | | 137719,4 | 34013,8 | 24.70 |
| Європейське турис­тичне страхування | Німеччина | 2006 | | 96774,0 | 42860.0 | 44.29 |
| Княжа | Австрія | 1997 | | 85888,0 | 5167,5 | 6.02 |
| ВУСО | Україна | 2001 | | 59963,0 | 12566.1 | 20.% |
| ТАССГ | Україна | 1998 | | 40560.8 | 9131,2 | 22.51 |
| Страхування здоров'я на випадок хвороби | | |
| Альфа Страхування | Люксембург | 2000 | | 88318,1 | 624.4 | 0.7 |
| Кредо | Україна | 1992 | | 37693,9 | 298.9 | 0.8 |
| Uniqa | Австрія | 1994 | | 19207,6 | 7124,7 | 37,1 |
| ВУСО | Україна | 2001 | | 17209,2 | 4963.1 | 28.8 |
| Країна | Україна | 1994 | | 11549.8 | 3532,3 | 30.6 |

Страхові компанії щороку створюють нові страхові продукти, щоб бути більш конкурентоспроможними серед інших компаній на ринку. Послуги у програмах добровільного медичного страхування (постійне медичне страхування), що пропонуються страховими компаніями, можна згрупувати за основними категоріями: швидка допомога та невідкладна допомога, амбулаторна допомога, стоматологія.

Страхова компанія «Uniqa» пропонує три типи програм для фізичних осіб: «Стандарт» (від 24 грн / день), "Класик" (від 34 грн / день), "Престиж" (від 52 грн / день). Страхова компанія звертає увагу клієнта на рівень акредитації, за допомогою якої комерційна медична клініка буде отримувати медичну допомогу (наприклад, Борис, Добробут, Оберіг).

Страхова компанія «Провідна» пропонує програму «Медицина для всіх» у шести класах: «Стандарт» (страхова сума - 7000,00 грн.), «Стандарт +» (страхова сума - 15000,00 грн.), «Класик» (страхова сума - 25 000,00 грн.), «Класик +» (страхова сума - 50 000,00 грн.), «Еліт» (страхова сума - 100 000,00 грн.), «VIP» (страхова сума - 150 000,00 грн.). Надання послуг з надання невідкладної, невідкладної та амбулаторної допомоги відбувається у державних та приватних медичних закладах. Стоматологічна допомога надається лише в класах «Еліт» та «VIP» з лімітом 800 грн. та 2500 грн.

Страхова компанія «ARX» (до 2019 року – «AXA Insurance») пропонує три типи програм добровільного медичного страхування: "Базовий" (1080,00 грн. / Рік), «Стандарт» (2040,00 грн. / Рік), "Преміум" (2880,00 грн. / рік). Надання медичних послуг відбувається у державних, відомчих та приватних медичних закладах.

Страхова компанія «Альфа Страхування» пропонує шість типів програм: «Бажаний комфорт» (16700,00 грн. / Рік), «Преміум захист» (32200,00 грн. / Рік), «Невідкладна допомога +» (1300,00 грн. / Рік), «Найкраща підтримка +»(3599,00 грн. / рік), «Гарантована безпека +» (4999,00 грн. / рік), «Догляд за сім'єю» (8200,00 грн. / рік). надається лише за програмами «Бажаний комфорт» та «Преміум захист» з лімітом 15 000 грн.

Страхова компанія «ІНГО Україна» пропонує п'ять видів програм: "Невідкладна допомога" (страхова сума - 75 000,00 грн.), «Соціальна» (страхова сума - 95 000,00 грн.), «Комфорт» (страхова сума - 135 000,00 грн.), «Комфорт+»(страхова сума - 165 000,00 грн.), « Преміум» (страхова сума - 190 000,00 грн.). Стоматологічна допомога надається за всіма цими програмами з обмеженням відповідальності 500-750 грн.

Таблиця 2.2.

Порівняльна характеристика програм добровільного медичного страхування ТОП-5 страхових компаній за результатами 1 півріччя 2020 року

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страхова компанія** | **Uniqa** | **Провідна** | **АRХ** | **Альфа Страхування** | **ІНГО Україна** |
| Програма ДМС | «Класика» | «Стандарт +» | «Стандарт» | «Бажаний комфорт» | «Соціальний» |
| Страхова сума. грн. | 125000,00 | 15000.00 | 80000.00 | 250000,00 | 95000.00 |
| Вартість полісу, грн. | Від 34 грн/день | від 750 грн./ особу | 2040.00 | 16700.00 грн/поліс | немає даних |
| Вік застрахованих, років | немає даних | 18-60 | 18-65 | дорослі | 17-65 |
| Швидка та невідклад­на допомога | + | + | + | + | + |
| Амбулаторно-поліклі­нічна допомога | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |
| Медикаментозне забезпечення | 100% при екстре­ній госпіталізації | 100% при невідкладному стаціонарному лікуванні | 100% при невідкладній допомозі | ліміт в межах стра­хової суми | ліміт 3000,00 грн. з франшизою 20% |
| Ліміт на екстрену стоматологію, грн. | до 1000.00 | не фінансується | не фінансується | 15000.00 | 500.00 |

Аналізуючи таблицю. 2.2. та інформацію з офіційних веб-сайтів страхових компаній, можна сказати, що програми схожі за повнотою послуг, співпрацею з тими ж медичними установами, аптеками та медичними лабораторіями. Ціни на поліс та послуги різняться залежно від класу програми. Чим дорожча політика, тим більше медичних страхових послуг вищу категорію медичних закладів вона охоплює. Страхові компанії намагаються завоювати довіру клієнтів за допомогою інновацій на ринку медичного страхування, а саме: телемедицинська консультація, медична допомога 24/7, використання мобільних додатків для отримання страхових полісів тощо.

Отже, аналіз діяльності страхових компаній на внутрішньому ринку медичних страхових послуг показав, що динаміка кількості страхових компаній має тенденцію до зменшення. Це пов’язано з тим, що у зв’язку з адмініструванням розпорядження Національної комісії з фінансових послуг страхові компанії повинні підтвердити свою фінансову стійкість, отже, сильні гравці залишаються на ринку, а слабкі припиняють свою діяльність.

Розрахунок Нацкомфінпослуг індексу Герфіндаля-Гіршмана загалом по ринку страхових послуг не дає оптимальної інформації про рівень конкуренції. ННІ повинен обчислюватися за кожним сегментом страхового ринку, зокрема по ринку медичних страхових послуг. Розрахунки HHI за кожною складовою ринку медичних страхових послуг та окремо за показниками страхових премій і виплат засвідчили, що за складовою безперервного страхування здоров’я на ринку існує висока конкуренція, за складовою страхування здоров’я на випадок хвороби – невисока конкуренція (монополія) та за складовою страхування медичних витрат конкуренція не розвинена (олігополія).

Найбільшими страховими компаніями, які займають лідерські позиції у рейтингу за показниками страхових премій та страхових виплат, станом на кінець червня 2019 року є «Uniqa», «Провідна», «ARX», «Альфа Страхування», «ІНГО Україна».

З початку 2020 року Україна зазнала низки трансформацій у різних сферах, зокрема в політичній, соціальній та економічній, основною причиною якої є пандемія коронавірусу. Саме ця подія стала поштовхом до трансформації економічної системи та викликала необхідність її реформування та адаптації до нових умов функціонування. За таких тенденцій ефективним інструментом зменшення фінансового навантаження на економіку країни та забезпечення належного соціального захисту населення під час пандемії є укладення договорів медичного страхування.

На сучасному етапі розвитку основною причиною нестабільного економічного середовища є пандемія коронавірусу, а саме запровадження карантину на території України, що суттєво вплинуло на роботу підприємництва, промисловості, транспорту, банків, страхових компаній тощо. Це підтверджується сучасною статистикою поширення коронавірусу в деяких країнах світу, представленою в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Показники розповсюдження коронавірусу станом на 25.10.2020 року

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Країна | Всього  заразилися | Хворіють | Померли | Одужали | Смертність |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Австралія | 27 527 | 2 565 | 905 | 24 057 | 3,29 % |
| Бразилія | 5 394 128 | 401 050 | 157 163 | 4 835 915 | 2,91 % |
| Китай | 91 701 | 449 | 4 746 | 86 506 | 5,18% |
| Україна | 348 924 | 199 923 | 6 464 | 142 537 | 1,85 % |

Аналіз даних у таблиці 2.3. показує, що Бразилія має найбільше значення з точки зору захворюваності. Що стосується відсотка смертності, то найбільше значення було зафіксовано в Китаї - 5,185. Що стосується України, то кількість людей, які одужали від вірусу, має позитивне значення.

Дослідження цього питання показали, що світова галузь страхування платить за досить широкий спектр страхових програм для підтримки бізнесу та людей, які постраждали від COVID-19. Очікується, що лише ринок Lloyd's наразі виплатить близько 4,3 млрд доларів. США. Унікальність COVID-19 полягає не тільки в руйнівному довгостроковому впливі на людину та суспільство, а й в економічному сенсі. Поєднання всіх цих факторів створює виклик для страхової галузі.

Lloyd's провів економічне дослідження потенційних збитків від Covid-19, розглядаючи ризик страхових збитків, які призвели б до зниження прибутковості бізнесу як за рахунок більших втрат, так і зменшення інвестицій страхових компаній. До 2020 року збитки від андеррайтингу в секторі страхування та перестрахування в результаті дії Covid-19 становитимуть приблизно 107 мільярдів доларів. США. Це порівняно з величиною втрат від ураганів у 2005 та 2017 роках.

За словами Willis Re, Willis Towers Watson (WTW), перестрахувальний брокерський підрозділ, загальні втрати галузі страхування та перестрахування для ключових бізнес-класів від COVID-19 становитимуть від 30 до 100 млрд. Доларів. Ця приблизна прогноза в цілому узгоджується з оцінками, опублікованими WTW, що призвело до "помірного" збитку за сценарієм у 32 млрд. Доларів. США, а за "песимістичним" сценарієм -80 млрд. На сьогоднішній день страховики зарезервували лише 4 мільярди доларів збитків від COVID-19, витрати яких істотно різняться між компаніями через складність вимог.

Дані, отримані компанією фінансових послуг PeriStrat у Цюріху, показують, що зареєстровані збитки від пандемії COVID-19 серед найбільших у світі страховиків та перестрахувальників на цей час досягли 20 250 000 000. США. Аналітики зазначають, що у звітах про прибутки за другий квартал оцінки збитків для страховиків у цілому мали тенденцію до зростання.

Серед високих показників збитків, понесених PeriStrat, Лондон-Лондон -3650000000. Лялька. США (середній рівень ринкових втрат), Swiss Re -2500000000. Лялька. США та AXA -1700000000. Лялька. США. Далі йде Мюнхенський Re-1,660,000,000. Лялька. США, Чубб -1370000000. Лялька. США, Цюріх -750 млн. Доларів США, Allianz -724 млн. Доларів США та SCOR -530 млн. Доларів США.

Першочерговим завданням у боротьбі з коронавірусом є забезпечення медичної страховки для медичних працівників, оскільки саме вони мають найбільший ризик захворіти, і саме лікарі повинні надавати медичну допомогу пацієнтам, які страждають на COVID-19. Ці працівники державних та комунальних закладів охорони здоров’я та державних наукових установ підлягають обов’язковому державному страхуванню на випадок інфекційного захворювання в порядку та на умовах, встановлених Кабінетом Міністрів України.

Однак, на жаль, в Україні розроблений лише порядок страхування медичних працівників на випадок ВІЛ-інфекції при виконанні професійних обов’язків, а норм страхування від інших інфекційних захворювань немає.

Ірландія має закон, прийнятий у 2005 році, який вимагає від роботодавців забезпечувати працівників безпекою, здоров’ям та добробутом на виробництві. Роботодавці повинні провести оцінку ризику для виявлення ризиків спалаху коронавірусу на роботі та вжити заходів для мінімізації цього ризику.

Як відомо, витрати на лікування коронавірусу є досить значними і мають великий світовий фінансовий тягар.

Отже, загальновідомо, що одним із інструментів мінімізації таких витрат є укладення договорів добровільного страхування від коронавірусу, що є актуальною тенденцією на національному та світовому страхових ринках.

Серед аргументів щодо доцільності укладення страхових договорів можна назвати такі:

- по-перше, невтішна статистика поширення коронавірусу вимагає задуматися про майбутні витрати, оскільки існує велика ймовірність зараження;

- по-друге, неможливість передбачити тривалість поточної пандемії та загальну кількість людей, які захворіють на COVID-19, підтверджує необхідність укладення договору страхування з метою отримання страхового покриття та матеріальної компенсації за можливі збитки.

Сьогодні багато українських страховиків пропонують укласти договори медичного страхування на випадок зараження коронавірусом. Відроджена програма страхування від коронавірусу є ефективним інструментом фінансового захисту.

Наприклад, однією з таких компаній є страхова компаніяUSI «Ю.Ес.Ай» –це сучасна, інноваційна страхова компанія, яка успішно працює на страховому ринку України та готова запропонувати повний спектр страхових послуг. Компанія є Асоційованим членом Моторно (Транспортного) Страхового Бюро України (МТСБУ), членом Ліги Страхових організацій України та Асоціації «Страховий бізнес». Програма страхування на випадок інфікування коронавірусом від страхової компанії USI «Ю.Ес.Ай» наведена на рис.2.2. Від кожного проданого страхового поліса компанією USI «Ю.Ес.Ай» 5% йде на закупівлю медичних товарів та засобів медичного призначення для медичних закладів Україні.

За інформацією страхової компанії "Юніка Україна", у зв'язку з поширенням коронавірусу, з метою захисту життя та здоров'я клієнтів та службовців, офіси страхової компанії перейшли на змінений формат роботи. Тепер, крім стандартної процедури звернення до медичної допомоги, клієнти можуть встановити та використовувати мобільний додаток myUNIQA.

Медична допомога доступна цілодобово 7 днів на тиждень. Залежно від виду лікування лікар-координатор приймає рішення викликати швидку допомогу або записатися на прийом до лікаря. Якщо лікар виявляє підозру у хворого на коронавірус, то тестування на COVID-19, транспортування та госпіталізація відбувається у суворо регламентованих установах, перелік яких визначається спеціальним наказом МОЗ. Ви можете оплатити страхові договори через Інтернет, не відвідуючи офіси страхової компанії.

Програми страхування від коронавірусу від українських страхових компаній, а саме: «Провідна», «Арсенал Страхування», «Оберіг», «Універсальна», «Країна», «VUSO», «УПСК», «Уніка».

Програма страхової компанії ВУСО охоплює не тільки хвороби, а й будь-яку форму зараження. Часто страхові компанії прописують умову, згідно з якою страхові випадки покриваються лише через 14, 30 або 45 днів після укладення договору.

Отже, на страховому ринку договори страхування від коронавірусу різних страхових компаній подібні. Страховими випадками є: лабораторно підтверджений факт зараження коронавірусом; амбулаторне та стаціонарне лікування; смерть страхувальника внаслідок важкої хвороби. Договори страхування відрізняються страховими сумами, які можуть становити 50-100 тис. грн.

## **2.3. Сучасний стан фінансування розвитку медичного страхування у страхових компаніях**

Фінансова підтримка є одним з основних факторів, що впливають на розвиток медичного сектору та соціально-економічні показники галузі. Будь-яка країна бажає вдосконалити наявну систему шляхом трансформацій, які сприяють збереженню та зміцненню здоров’я населення, підвищенню ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів. Термін «фінансова безпека» досить часто використовується в економічній літературі.

Фінансова підтримка - це структурна підсистема фінансово-кредитного механізму, система джерел та форм фінансування для розвитку економічної та соціальної сфер суспільства.

Спираючись на тлумачення цієї концепції вітчизняними вченими-економістами, можна стверджувати, що фінансова підтримка - це метод фінансового механізму, що визначає джерело, принципи та форми функціонування та фінансування розвитку економічної та соціальної сфер суспільства, включаючи сектор охорони здоров’я. У системі охорони здоров’я під методом фінансування ми маємо на увазі, і нашу думку підтримують інші дослідники, спосіб розподілу фінансових ресурсів з утримувача фонду на медустанову (включаючи сімейного або приватного лікаря), що надає медичну допомогу .

Світова практика використовує такі методи фінансування закладів охорони здоров’я, як кошторисна, цільова за програмою, оплата за надані медичні послуги. Методи цільового та бюджетного планування як і раніше залишаються основними для фінансування закладів охорони здоров’я в Україні.

Орієнтовне фінансування - це виділення коштів на утримання установ, установ та організацій, виконання певних програм та здійснення певних заходів на підставі спеціального фінансового документа - кошторису.

За оцінками, фінансування є традиційним та найпоширенішим методом фінансування закладів охорони здоров’я в Україні. До переваг розрахункового фінансування належить можливість досить чітко прогнозувати витрати (за відсутності інфляції), контролювати цільове витрачання коштів та обмежувати їх абсолютний розмір. Ставки витрат, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень. У тих же випадках, коли необхідно створити ефективний механізм стимулювання, який би пов'язував обсяг фінансування з досягнутими результатами, переваги цього методу обертаються недоліками. По-перше, передбачуване фінансування не дозволяє швидко змінити обсяг коштів, необхідних для виконання певного обсягу робіт у разі її зміни, швидко маневрувати коштами. Керівництво медичних установ не має управлінської гнучкості для оптимізації своєї діяльності, зменшення неефективних витрат та впровадження інноваційних організаційних практик, які не передбачені стандартними рекомендаціями. По-друге, відсутні стимули для будь-якого вдосконалення роботи закладу, оскільки отримання фінансування жодним чином не залежить від результатів діяльності (ні від кількості наданих послуг, ні від їх якості), грошей від бюджет закладу охорони здоров’я - бюджетна установа надається лише на підставі існування цього закладу, а на роботу з оплати праці його персоналу - на виїзд на роботу та відпрацьований час у межах окремих статей кошторису.

Програмно-цільовий запрограмований метод - це метод управління бюджетними коштами для досягнення конкретних результатів з бюджету з використанням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх етапах бюджетного процесу.

Програмно-цільове фінансування передбачає визначення об'єктів, чітких цілей фінансування та необхідних ресурсів, дозволяє уникнути нецільового використання бюджетних коштів. Він спрямований на їх ефективне витрачання та передбачає особисту відповідальність керівників закладів охорони здоров’я за досягнення соціальних результатів бюджетних програм. Значення цільового програмного фінансування полягає в тому, що воно дозволяє комплексно підходити до реалізації програми.

Негативною особливістю програмно-цільового методу фінансування є те, що воно здійснюється за залишковим принципом: при нестачі бюджетних коштів призупиняється, в першу чергу, фінансування цільових програм.

Фінансування в формі оплати наданих медичних послуг є найточнішим методом визначення витрат. Воно може здійснюватися як залежно від передбачуваного (запланованого), так і від фактичного обсягу наданих послуг і базується на розрахункових цінах (тарифах).

Формування механізму ціноутворення на медичні послуги є однією з найважливіших проблем функціонування ринку медичних послуг в Україні, оскільки, з одного боку, вартісна оцінка медичної допомоги стала особливо потрібною у зв’язку з реформуванням сфери охорони здоров’я («гроші ходять за пацієнтом»), а з іншого — з очевидною необхідністю запровадження медичного страхування, яке може бути ефективним методом фінансування галузі охорони здоров’я лише за наявності показників вартості медичних послуг, які визначають величину страхових внесків. В той же час питання, пов’язані з ціноутворенням, далеко не вирішені. Насамперед це стосується методичних аспектів проблеми, з яких найбільш важливі такі:

– відсутність єдиного методичного підходу до формування цін;

– розбіжності в питанні про те, який вид витрат повинен бути покладений в основу визначення рівня цін (фактичні або такі, які забезпечують встановлені стандарти лікування хворих тощо);

– відсутність єдиної точки зору відносно вибору одиниці виміру обсягу наданих медичних послуг, що необхідно для фінансування установ охорони здоров’я;

– спірним залишається питання про те, чи повинні бути ціни єдиними для одних і тих же видів медичних послуг, чи вони повинні диференціюватися залежно від рівня надання і економічних умов функціонування медичного закладу, чи встановлюватися для кожного закладу охорони здоров’я індивідуально;

– не вирішено, яким чином враховувати різну оснащеність одних і тих самих типів закладів при розробці ціни послуги.

На сьогодні в Україні найважливішим пріоритетом державної політики проголошено збереження та зміцнення здоров’я нації на підставі проведення реформування сфери охорони здоров’я в цілому, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги.

Так, у 2016 р. була розроблена та схвалена Кабінетом Міністрів України Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я. Її реалізація відбувалася трьома етапами: підготовчий етап (2017 р.), етап впровадження (2018–2019 рр.) та етап інтеграції (2020 р.). Медична реформа офіційно розпочалася в нашій країні з 2018 р.

28 грудня 2017 року Президент України підписав закони, які мають започаткувати якісні зміни у системі охорони здоров’я України. Перший — Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» змінює модель фінансування медицини державою та запроваджує принцип «Гроші йдуть за пацієнтом», що означає отримання фінансування у вигляді оплати медичних послуг, наданих конкретному пацієнту. Другий — Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» — створює додаткові можливості для розвитку сільської медицини.

Ухвалений Урядом пакет підзаконних актів дає змогу запроваджувати зміни у наданні первинної медичної допомоги (в рамках першого етапу медичної реформи). У рамках цього етапу в 2018 році на українських пацієнтів, медичних працівників та медичні заклади чекають такі зміни:

– І етап. Автономізація медичних закладів первинної медичної допомоги (ПМД): амбулаторій, поліклінік. Тобто, медичні заклади будуть самостійно розпоряджатися отриманими від держави коштами і будуть зацікавлені надавати більш якісні медичні послуги.

– ІІ етап. Пацієнт має обрати свого лікаря для отримання первинної медичної допомоги, незалежно від місця реєстрації чи проживання («приписна кампанія») та укласти з ним договір Особи, які не укладуть такого договору, мають сплачувати вартість медичної допомоги за власний рахунок.

– ІІІ етап. Заклади ПМД поступово будуть переходити на контрактне фінансування з боку держави за принципом «Гроші ходять за пацієнтом», при цьому частково отримуючи кошти за «старими» умовами. Фінансування закладів вторинної і третинної ланки в 2018 році не зміниться.

Виходячи з вищевикладеного, ми схильні погодитися з думкою В. Пашкова про те, що в Україні робляться спроби скоротити бюджетні витрати на охорону здоров’я шляхом запровадження платних ліків, порушуючи тим самим не лише конституційні гарантії права громадян на охорону здоров’я, а й вимог міжнародних установ. На наш погляд, платні послуги за цінами, прийнятними для переважної більшості населення, можуть надаватися шляхом розвитку страхової медицини в країні.

Зазначимо, що страхова медицина - це система організації фінансування охорони здоров’я за рахунок коштів, які накопичуються в резервах спеціалізованих страхових компаній, що здійснюють медичне страхування.

Поступове запровадження системи обов’язкового медичного страхування, яка повинна забезпечити формування принципово нової системи охорони здоров’я, пристосованої до ринкової економіки; формування нової медичної інфраструктури; Ми розглядаємо створення прозорих механізмів правових, соціально-економічних та фінансових відносин між виробниками та споживачами медичних послуг як один із шляхів підвищення ефективності вітчизняної системи охорони здоров’я в Україні, а також як альтернативне джерело її фінансових підтримка.

Отже, система охорони здоров’я нашої країни вже багато років перебуває в кризовому стані. Виявилось, що він не може забезпечити громадян конституційними правами на отримання безоплатної медичної допомоги, оскільки якість медичної допомоги та стан здоров'я населення залежать від рівня забезпеченості закладів необхідними фінансовими ресурсами.

Фактором кризи в медичній галузі є хронічне недофінансування та, водночас, нераціональне використання бюджетних коштів. Реформа галузі передбачає перехід від методу бюджетних кошторисів фінансування до методу фінансування галузі на основі вартості медичних послуг. Однак поки що одним з основних джерел фінансування охорони здоров’я в Україні є кошти населення.

На наш погляд, реформа несе загрозу подальшого перекладу оплати вартості медичних послуг на громадян, роблячи медичну допомогу недоступною для переважної більшості населення України. В цих умовах єдиним виходом із складної фінансової ситуації є перехід на страхову медицину та запровадження страхового методу фінансування медичної галузі на основі загальнообов’язкового медичного страхування.

# **РОЗДІЛ 3. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

## **3.1. Зарубіжний досвід страхової медицини**

Щоб краще зрозуміти, яким шляхом рухатися в нашій країні під час реформ у сфері медицини, розглянемо зарубіжний досвід, де медичне страхування було запроваджено майже століття тому.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я в розвинених країнах здійснюється за рахунок різних джерел: державного бюджету, коштів підприємств і населення. Виходячи з цього, виділяють такі основні моделі фінансування охорони здоров’я:

• держава, заснована на концепції Беверіджа, фінансується переважно (до 90%) з бюджетних джерел (системи, що фінансуються податковими). Оплата медичних послуг здійснюється відповідно до основного доходу держави. Розподіл фінансування для всіх наданих послуг розглядається як частина загального процесу планування державних витрат. Перша форма фінансує, наприклад, системи охорони здоров'я Великобританії, Канади, Ірландії;

• бюджетне страхування (концепція Бісмарка), що фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, працюючих громадян та державних субсидій (системи соціального страхування). Медичні послуги оплачуються за рахунок внесків до фонду охорони здоров’я. Найпростіший внесок, який робить роботодавець і працівник. Внески ґрунтуються на спроможності платити, а доступ до послуг — на потребі. Медичний фонд (або фонди) зазвичай незалежний від держави, але діє в рамках закону. У рамках соціального страхування гарантується право на точно визначені види послуг і встановлюються такі частини внесків і на такому рівні, які гарантують використання такого права. Фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування в Німеччині (78%), Італії (87%), Франції (71%), Швеції (91%), Японії (73%) та інших країнах;

• приватний бізнес, що фінансується за рахунок продажу платних медичних послуг, а також за рахунок добровільного медичного страхування. Населення, яке застраховано, сплачує страхувальникам премію, розмір якої визначається очікуваною середньою вартістю наданих їм послуг, вони більш схильні до ризику і платять більше. Пряма оплата послуг пацієнтами не покривається страхуванням. Пацієнти оплачують медичні послуги згідно з тарифами. Така система діє в таких країнах, як США, Південна Корея, Нідерланди.

Системи фінансування охорони здоров'я з використанням механізмів медичного страхування набули поширення в більшості країн світу. Це передбачає більшу чи меншу участь урядів у фінансуванні страхових фондів, регулюванні моделі страхування, що склалася століттями. Експерти ВООЗ оцінили моделі медичного страхування за такими 10 критеріями:

1. Забезпечення доброго здоров'я для всіх.

2. Якість і доступність медичного обслуговування.

3. Свобода вибору постачальника медичної допомоги.

4. Відсутність суворих перешкод для занять медичною практикою і наявність конкуренції.

5. Вплив громадськості.

6. Співпраця з іншими секторами.

7. Контроль за витратами і фінансова ефективність.

8. Централізований контроль і оцінка.

9. Здібність до оновлення і розвитку.

10. Адміністративні витрати.

Оцінюючи моделі, експерти спиралися як на національний досвід, так і на досвід інших країн, особливо Великобританії та США, де практикуються окремі елементи цих моделей, тому оцінка була не умовною, а скоріше конкретною.

Експерти зазначають, що за системою обов’язкового медичного страхування існує загроза, що страховики виберуть для страхування більш здорових людей, які потребують меншої медичної допомоги. Тому необхідний державний контроль та надання субсидій тим страховикам, які охоплюють більшу кількість людей із високим ризиком захворювання.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, є Німеччина. Перш за все, слід зазначити, що в Німеччині існує два види медичного страхування: державне та приватне. Німецьке національне медичне страхування є обов'язковим. Тобто кожен працівник, а також ті, хто пройшов навчання на виробництві, підлягають загальнообов’язковому державному медичного страхування та мають бути членами одного з державних фондів медичного страхування, які вони вільно обирають. За певних умов загальнообов'язковому державному медичного страхування підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю, працівники сільського та лісового господарства та члени їх сімей, особи, які займаються художньою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо.

Крім осіб, які підлягають загальнообов’язковому державному медичного страхування, послугами та охороною державного медичного страхування користуються також особи, які добровільно стали учасниками державного медичного страхування. Слід зазначити, що, на відміну від приватних, державне медичне страхування не має права відмовляти фізичним особам у членстві.

У рамках так званого сімейного страхування (Familienversicherung) члени сімей (дружина та неповнолітні діти) осіб, застрахованих за національною системою медичного страхування, також користуються послугами та захистом державного медичного страхування. Такі члени сім'ї звільняються від самостійної сплати страхових внесків, але за умови, що їхній заробіток не перевищує встановленого законом ліміту.

Німецька система медичного страхування вирішує свої завдання цілком автономно і незалежно від державного бюджету.

Велика Британія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров’я, що визначає її державний характер з високим ступенем централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров’я за рахунок загальних податкових надходжень до державного бюджету та охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних закладів належить державі, управління здійснюється центральними та місцевими органами влади за ієрархічним принципом.

Система Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії базується переважно на державному фінансуванні та спрямована на надання повноцінної медичної допомоги, доступної кожному без винятку громадянину. Основні принципи системи залишаються незмінними:

1. Фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень.

2. Система охорони здоров'я з централізованим фінансуванням.

3. Збереження форми власності виробниками медичних послуг.

Багато авторів, фахівців у галузі охорони здоров'я за кордоном вважають, що цій системі характерні такі особливості:

* нестача фінансових ресурсів;
* незавершена система оплати праці та пов'язаний з цим дефіцит кадрів;
* недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;
* практична відсутність контролю з боку споживачів медичних послуг;
* самооцінка працівниками охорони здоров'я своєї діяльності;
* необхідність децентралізації управління;
* недостатнє раціональне і ефективне використання ресурсів.

Уряд Великобританії пропонує стимулювати зусилля Національної системи охорони здоров’я щодо підвищення ефективності медичної допомоги шляхом посилення конкуренції між її різновидами. Запроваджено розподіл відповідальності за придбання медичної допомоги та її надання. Система медичного страхування також пов'язана з придбанням медичної допомоги. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює в основному сфери медичних послуг, які не покриваються Національною службою охорони здоров’я. Понад 13% населення охоплено приватним добровільним медичним страхуванням.

На думку експертів, однією з найефективніших у світі є система охорони здоров’я Канади. Канадську систему охорони здоров’я часто називають безкоштовною. Сьогодні 1/3 місцевих бюджетів провінцій витрачається на охорону здоров’я в Канаді. Також пацієнти оплачують вартість індивідуальних медичних послуг. Але у випадках, коли останні включені в плани охорони здоров’я на рівні провінції, пацієнт не бере участі в їх оплаті – вся вартість застрахованих послуг відшкодовується урядами провінцій. Відповідно до Закону про охорону здоров’я Канади гарантії безкоштовного медичного обслуговування поширюються лише на застраховані послуги. Тобто медичне обслуговування канадців фінансується за рахунок загального оподаткування, страхових внесків і власних платежів.

Також ефективною системою медичного страхування, на думку експертів, є ізраїльська. Приблизно 96% населення Ізраїлю застраховані та отримують медичну допомогу через чотири медичні страхування. Майже половина всіх витрат на охорону здоров’я фінансується за рахунок споживачів. Внески роботодавця становлять 30%. Окрім страхового покриття основних медичних послуг, кожен із фондів забезпечує додаткове медичне страхування, що передбачає тривале стаціонарне лікування та профілактичні послуги, підвищений комфорт, знижки на ліки, залучення провідних спеціалістів до оглядів та операцій.

У США діє система медичного страхування, заснована на зв'язку центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, який не виконує адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями на підставі законодавчо затвердженої форми оплати. Ця система діє в Сполучених Штатах в рамках програм Medicare і Medicait. Ці системи охоплюють понад 20% населення, групове страхування за місцем роботи становить 58%, а добровільне медичне страхування поза місцем роботи – 2%. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування: малозабезпечені, безробітні, бездомні та члени сімей працівників підприємств, не охоплених системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує медичне страхування. Найширше медичне страхування охоплює промислових працівників, державних службовців, членів профспілок і повний робочий день. Втрата роботи автоматично призводить до втрати медичного страхування.

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов’язане з працевлаштуванням. Економіка охорони здоров’я в США – це парадоксальне поєднання недоліків і переваг. США витрачають 11,5% свого валового доходу на охорону здоров'я, більше, ніж будь-яка інша країна світу, і в той же час більше 15% американців не мають фінансового захисту від високих витрат на охорону здоров'я через відсутність страхових полісів. Серед приватних страхових компаній у Сполучених Штатах найпоширенішими є дві некомерційні страхові компанії «Блу крос» та «Блу шилд». Вони здійснюють добровільне медичне страхування, яке оплачує госпіталізацію або амбулаторну медичну допомогу та медичні послуги для клієнтів, які проживають у цьому районі. Сьогодні існують численні об’єднання цих товариств, які оплачують усі види медичної допомоги.

## **3.2. Проблеми та перспективи запровадження обов’язкового медичного страхування в Україні**

Медичне страхування, яке здійснюється в обов'язковій формі, набуває ознак соціального страхування, оскільки порядок його здійснення визначається законодавством держави. Обов'язкова форма страхування координується державними органами. Страхові виплати громадян та юридичних осіб здійснюються у формі податку. Обов'язкове медичне страхування жорстко контролюється і не приносить прибутку. Така форма організації страхового фонду дозволяє планувати медичне обслуговування завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Обов’язкове медичне страхування ґрунтується на таких принципах: універсальність, державність, некомерційність. Принцип універсальності полягає в тому, що право на отримання медичних послуг мають усі громадяни, незалежно від статі, віку, стану здоров’я, місця проживання, рівня особистих доходів. Принцип державності означає, що засоби загальнообов’язкового медичного страхування є державною власністю. Держава забезпечує стабільність системи загальнообов’язкового медичного страхування та є безпосереднім страховиком для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов’язкового медичного страхування ґрунтується на тому, що його здійснення та одержання прибутку — речі несумісні. Прибуток від обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення.

Сьогодні в Україні однією з найактуальніших проблем є проблема належного забезпечення населення якісними медичними послугами та підтримки його на достатньому для функціонування рівні. Розвиток системи охорони здоров’я – дуже важливе явище. Зниження рівня медичної допомоги загрожує зростанням соціальної напруги та виникненням різноманітних соціальних конфліктів.

У нашій державі тривалий час існує проблема підвищення рівня охорони здоров’я населення, тому постає питання збільшення його бюджетного фінансування. У свою чергу, це потребує пошуку інших позабюджетних джерел відшкодування необхідних витрат. Одним з таких джерел є медичне страхування. Його мета – збереження здоров’я населення, забезпечення досягнення біологічного довголіття. Сучасний стан медичного забезпечення характеризується дуже незадовільним станом.

Основною проблемою у сфері медичної допомоги є невідповідність наявних потреб обсягу коштів, що виділяються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Сучасна система охорони здоров’я в Україні перебуває в глибокій організаційній, структурній та фінансовій кризі, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, низькою часткою витрат на охорону здоров’я по відношенню до ВВП.

Щодо запровадження в Україні загальнообов’язкового медичного страхування, слід зазначити, що серед науковців точиться суперечка навколо питання про час запровадження загальнообов’язкового державного соціального страхування. Основними аргументами, які вони висувають для запровадження обов'язкового медичного страхування, є відхід від залишкового принципу фінансування охорони здоров'я, посилення конкуренції на ринку, підвищення якості медичних послуг. Інші науковці вважають, що криза в економіці минулих років та майбутні ринкові умови не дозволять формування страхових фондів задовольнити всі нагальні потреби населення України.

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров’я запровадження обов’язкового медичного страхування є основним стратегічним кроком у реформуванні галузі. Вітчизняна влада готується до запровадження системи загальнообов’язкового медичного страхування більше 10 років: підготовлено законодавчу базу, яка гарантує громадянам право на обов’язкове медичне страхування, розроблено декілька законопроектів про обов’язкове медичне страхування.

Фінансування системи охорони здоров’я пропонується здійснювати за рахунок залучення коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів загальнообов’язкового державного соціального страхування, благодійних організацій добровільного медичного страхування, особистих коштів та коштів громадян та інших джерел у порядку, встановленому законодавством. Особі, яка застрахована в системі медичного страхування, буде видано свідоцтво про загальнообов’язкове державне соціальне страхування, яке є єдиним документом для всіх видів загальнообов’язкового державного соціального страхування та документом суворої звітності. Цей документ надасть людині право звернутися за медико-соціальними послугами та матеріальним забезпеченням.

У квітні 2020 року набрала чинності Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» від 22 квітня 2020 року №302. В даній Постанові передбачено виділення коштів не лише на заходи, спрямовані на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, але й на надання фінансової допомоги Фонду соціального страхування і Фонду загальнообов’язкового державного соціального страхування на випадок безробіття на поворотній або безповоротній основі та інша грошова допомога певним категоріям громадян.

Оскільки пандемія вразила всі куточки нашої країни, ми вважаємо, що страховикам потрібно зв’язатися з державою з пропозицією створити спільні програми. Можна створити пул для страхування від пандемічних ризиків. Наприклад, страхові компанії та держава могли б розділити відповідальність порівну - 50/50. Пул отримував би страхові внески і виділявся як резерв, тоді у випадку спалаху епідемії страховики виплачували б компенсацію в 2-3 рази більше суми зібраних премій, а виплати над часткою страховиків покривали б держава.

Сьогодні подібні проекти реалізує французька страхова компанія AXA, з подібною ідеєю також висунута Асоціація британських страховиків та Управління ризиками та страховою компанією в США (Товариство управління ризиками та страхуванням).

Також доцільно звернути увагу на збільшення кількості кібератак за рахунок віддаленого формату роботи. Найчастіше пристрої та мережі, в яких співробітники віддалено виконують свої завдання, вразливіші до кібер-ризиків, ніж офісна інфраструктура. Крім того, хакери часто використовують інтерес і страх користувачів Інтернету для збору конфіденційних даних. Згідно з офіційним щорічним звітом про кіберзлочинність, опублікованим Cybersecurity Ventures, глобальні втрати від кіберзлочинності до 2021 року становитимуть 6 трильйонів доларів, що вдвічі більше, ніж у 2015 році.

Тому, цілком ймовірно, що через пошкодження COVID-19 прогноз досягне значно раніше. Водночас невідомо, якою мірою страховий захист здатний компенсувати економічну шкоду для цього виду ризику в Україні.

З точки зору кіберстрахування, компанії повинні розраховувати на те, що страхувальники уважно розглядають загальну стійкість підприємства, щоб оцінити, наскільки ефективні заходи безпеки вживаються на ІТ-платформах, на яких співробітники працюють віддалено. Страховики також повинні підрахувати, як посилена залежність від технологій може вплинути на здатність страхувальників реагувати на збої.

Перераховуючи існуючі та потенційні загрози, можна зазначити, що пандемія - це також можливість для страховиків зміцнити свої позиції на ринку. У сучасних реаліях, коли збір премій зі страхування життя може бути серйозно зменшений, технологічні розробки особливо важливі для розробки нових методів надання послуг. Тепер страховикам потрібно інтегрувати технології у ділові, онлайнові та офлайн-канали.

Яскравим прикладом цього є компанії Inshurtech. Як правило, вони пропонують свої послуги виключно через Інтернет. Inshurtech - одна з найбільших світових інноваційних екосистем на сьогодні.

Ми віримо, що в умовах пандемії традиційні страховики зіткнуться з серйозною трансформацією своїх бізнес-моделей із більшим акцентом на інтереси та потреби страхувальника, що зробить цей фінансовий інструмент доступним для нового покоління клієнтів. Очевидно, що гравці галузі повинні посилити механізми регулювання для забезпечення конфіденційності даних, лобіювати співпрацю між регуляторами на глобальному рівні та впроваджувати освітні програми для громадськості з метою підвищення їх страхової грамотності. Цей шлях оновлення у страхуванні, як і в будь-якій іншій галузі, буде непростим, але він неминучий для збереження та зміцнення ринкових позицій.

У Рівному, Сумах, Запоріжжі, Одесі, Харкові та Києві стартували пілотні проекти з фармакологічного страхування. Відповідний меморандум щодо їх виконання підписали в МОЗ України 7 грудня.

За даними МОЗ, щороку українці залишають в аптеках близько 60 млрд грн, причому понад 50% з них витрачається на ліки без доведеної ефективності та на необгрунтовані рецепти.

Пілотний проект з фармакологічного страхування – це можливість зменшити фінансове навантаження на сімейний бюджет за рахунок добровільного медичного страхування.

Є ліки, які не входять до програми «Доступні ліки», вартість яких за програмою реімбурсації не відшкодовується, і саме завдяки добровільному страхуванню можна отримати компенсацію за ліки, які виписують під час амбулаторного лікування.

У закладах охорони здоров’я міст, які беруть участь у пілотних проектах, лікарі вже мають доступ до системи фармакологічного страхування. Для того, щоб взяти участь у проекті, пацієнт повинен придбати страховий поліс і повідомити про це свого лікаря. Пацієнт сплачуватиме 120 грн на місяць і зможе скористатися страховою сумою 20 000 грн у разі призначення ліків, які не входять до програми «Доступні ліки» і вартість яких не відшкодовується за програмою відшкодування.

Щоб отримати ліки під страховку на випадок хвороби, пацієнт приходить до лікаря, проходить огляд, отримує рецепт на ліки. Препарати, що входять до програми фармакологічного страхування, автоматично бронюються в аптеці. Пацієнт отримує повідомлення з інформацією про аптеку, де можна забрати ліки. Оплата ліків страховою компанією здійснюється автоматично, без участі пацієнта чи лікаря.

Проект контрольований, рецепти виписуються лише на міжнародні некомерційні назви ліків. Вибір торгової назви автоматизований і діє за принципами доступності та ціни. Умови проекту унеможливлюють призначення препаратів, які не передбачені клінічними протоколами.

Для реалізації цього проекту МОЗ, Комітет Верховної Ради України з питань національного здоров’я, медичної допомоги та медичного страхування, Національна асоціація страховиків України, Ліга страхових організацій України, Асоціація страхового бізнесу, АТ «ПриватБанк» підписали меморандум про співпрацю у сфері добровільного медичного страхування витрат населення, пов’язаних із забезпеченням лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

## **3.3. Розвиток приватного медичного страхування в Україні**

Німецькі експерти стверджують, що Україні слід розвивати приватне медичне страхування як доповнюючий елемент сучасної системи охорони здоров'я, що фінансується. Це додаткове приватне страхування може зіграти значну роль у багатоканальному фінансуванні системи охорони здоров’я, яке складається з податкових витрат та приватного медичного страхування. Після значного зниження соціальних виплат до 25-30% запровадження єдиної ставки медичного страхування стане додатковим джерелом фінансування.

Однак відсутність чіткого регулювання загрожує розвитку та ефективності приватного ринку медичного страхування. Крім того, уряд повинен вжити заходів, спрямованих на сталий розвиток цього виду страхування в Україні. Для цього уряду необхідно підвищити довіру населення до довгострокової стійкості страхових компаній, запровадити заходи захисту споживачів, забезпечити конкуренцію між закладами охорони здоров’я та страховими компаніями та покращити прозорість системи охорони здоров’я.

Впровадження таких заходів є передумовою стійкості та ефективності приватного ринку медичного страхування та його поширеності серед населення України.

Приватне медичне страхування забезпечує паралельне, додаткове або додаткове покриття разом із державною системою охорони здоров’я. У всіх розвинених країнах приватне медичне страхування відіграє значну роль, незалежно від типу системи охорони здоров’я.

Уряд повинен сприяти паралельному приватному страхуванню, заснованому на приватній системі охорони здоров'я для багатих, оскільки успішний ринок приватного медичного страхування з чітким регулюванням, прозорістю та конкуренцією між страховиками та ефективним наданням послуг з часом повинен досягти середнього класу та знизити доходи з часом .

Оскільки рівень доходів громадян суттєво впливає на попит на приватне медичне страхування, довіра до страхових компаній є однією з головних передумов будь-якого успішного розвитку ринку. В ринкових економіках довіра споживачів до страхових компаній забезпечується шляхом надання якісних продуктів та тривалої присутності на ринку, а також шляхом ефективного регулювання та прозорості ринку.

Надання приватного медичного страхування в Україні регулюється відповідно до Закону про страхування (прийнятого в 1996 р.). Закон містить лише загальні умови страхування, такі як страхові ризики, виключення зі страхових вимог, страхові обмеження тощо. Конкретні умови страхування, зокрема страхові внески, умови та умови страхових виплат, визначаються у страхових договорах. В Україні не існує спеціального регулювання приватного медичного страхування.

Для забезпечення послідовної та справедливої системи охорони здоров’я приватне медичне страхування має регулюватися разом із системою державного покриття. Таке регулювання визначатиме охоплення послуг приватним медичним страхуванням та охоплення медичних закладів. Однак, зважаючи на характер приватного медичного страхування та його потенційний поширений вплив, необхідне чіткіше регулювання. Як результат, Україна повинна запровадити норми, згідно з якими медичне страхування буде відокремлено від усіх видів страхування.

Фінансове регулювання медичних страхових компаній має бути спрямоване на фінансову стабільність шляхом затвердження положень про платоспроможність та достатність капіталу. Відповідне українське законодавство регулює ці питання щодо приватного медичного страхування, як і для будь-якого іншого виду страхування від ризиків.

Приватні страхові внески за медичне страхування повинні підлягати прийняттю, як і нові продукти або зміни існуючих продуктів, оскільки споживачі рідко розуміють різницю в охопленні та ефективності. Ця практика досі не використовується в Україні.

Регулювання діяльності компаній, які пропонують приватне медичне страхування, повинно забезпечувати справедливість, тобто страховики повинні обслуговувати всіх у відповідній категорії, незалежно від їх віку, статі та стану здоров'я. Крім того, страховка повинна покривати лікування хронічних захворювань. В Україні досі немає такого регулювання.

Оскільки інформація про стан здоров’я фізичної особи розподіляється асиметрично між цією особою та страховиком, особа, яка хоче застрахуватися, не має стимулу розголошувати правдиву інформацію про своє здоров’я. Страхова компанія має стимули відмовити в страхуванні людині з поганим самопочуттям. Через це існує необхідність у регулюванні, яке допоможе подолати проблему несприятливого відбору та загрози морального ризику.

Погроза недобросовісності пояснюється тим, що ймовірність придбання полісу медичного страхування вища у людей із поганим самопочуттям, що створює ризик для страхових компаній. У той же час страховий ринок стикається з проблемою несприятливого вибору, коли страхові компанії дозволяють страхувати лише здоровим людям, а люди з поганим самопочуттям виключаються з приватного медичного страхування, пропонуючи їм високий рівень страхових премій та вводячи спеціальних правил страховими компаніями. Зокрема, страхові компанії, які пропонують поліси медичного страхування, повинні мати право встановлювати певні періоди очікування щодо лікування будь-яких захворювань, які вже існували на момент страхування, які не були виявлені страховиком. Більше того, правила виплати франшизи застрахованою особою повинні бути уточнені до моменту приєднання приватного медичного страхування. Це, у свою чергу, зменшить загрозу несправедливості, яка пов’язана з ризиком та перевищує попит на медичні послуги. Такі заходи в Україні ще не запроваджені.

Положення про захист прав споживачів повинні включати такі заходи, як вимоги до розкриття інформації та створення страхового омбудсмена. Мобільність покриття для осіб, які переходять від однієї страхової компанії до іншої, повинна враховуватися при підрахунку премій та виплат, а також повинна забезпечувати скорочення часу очікування. В Україні досі немає таких правил.

Цей невичерпний перелік показує, що до процесу регулювання приватного медичного страхування слід залучати різні установи.

За допомогою чіткого та належного регулювання уряд може стимулювати розвиток приватного ринку медичного страхування шляхом запровадження певних стимулів. У більшості розвинених країн певні податкові стимули стимулюють попит на приватне медичне страхування. Це, зокрема:

• податкові стимули на рівні компаній, які надають дозвіл роботодавцям вираховувати премії, які вони сплачують за приватне медичне страхування своїх працівників, з оподаткованого доходу, включати їх до своїх витрат тощо;

• податкові стимули на рівні доходу окремої особи (особам дозволяється зменшувати на відповідну суму свої оподатковані доходи або ж вони мають право на відшкодування премії за приватне медичне страхування);

• податкові штрафи з доходів фізичних осіб. Наприклад, Австралія запровадила податковий штраф на рівні 1 % доходів, який накладається на осіб, чиї доходи вищі за певний рівень, але при цьому вони не мають поліса приватного медичного страхування.

Однак слід зазначити, що останні два заходи буде важко запровадити, незважаючи на єдину ставку податку на доходи фізичних осіб на рівні 13%.

Ще одним стимулом, який можна використовувати в системі приватного медичного страхування, що фінансується, є так зване охоплення здоров’ям на все життя. Зокрема в Австралії та Німеччині, людей можуть стимулювати придбати приватне медичне страхування у більш ранньому віці та користуватися низькими та стабільними преміями протягом усього життя. Іншими словами, ті, хто приєднався до цього виду страхування, як і раніше користуються нижчими преміями.

В Україні більшість стимулів для придбання приватного медичного страхування зумовлені недостатністю державної системи охорони здоров’я. Це насамперед стосується бажання людей подолати обмеження принципу прописки у наданні безкоштовної медичної допомоги, уникнути довгих черг у державних закладах охорони здоров’я або незадовільної якості медичної допомоги. Придбання приватних полісів медичного страхування роботодавцями для своїх працівників дещо пригнічене тим фактом, що страхові внески повинні виплачуватися з чистого доходу і не можуть бути вирахувані з оподатковуваного доходу.

Для розвитку приватного медичного страхування необхідно ввести низку заходів (рекомендації консультативної групи):

Міністерству охорони здоров’я України слід визначити основний перелік лікувальних та медичних послуг, безкоштовне надання яких має гарантуватися державою для кожної людини.

Верховна Рада України має прийняти закон, який визначатиме приватне медичне страхування в Україні. Цей вид страхування повинен доповнювати державну систему охорони здоров’я, відшкодовуючи пацієнтам витрати, пов’язані з медичними послугами та товарами, які не фінансуються урядом.

Міністерству охорони здоров'я України слід визначити приватне медичне страхування у взаємодії з державним покриттям відповідно до основного переліку медичних послуг.

Міністерство охорони здоров’я та Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров’я повинні співпрацювати над розробкою відповідних нормативних актів, що забезпечують справедливість.

Управління закладами охорони здоров’я повинно комерціалізуватися.

Національна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України (далі - Національна комісія) повинна продовжувати виконувати роль фінансового регулятора. Страхові компанії для медичного страхування слід відокремлювати від інших компаній, оскільки предмет медичного страхування відрізняється від предмета страхування інших видів ризиків.

Національна комісія повинна стимулювати створення пулу рефінансування, таким чином вирівнюючи витрати на людей похилого віку, людей з хронічними захворюваннями тощо. Це об’єднає найбільш ризиковані групи осіб зі страхових компаній з різною структурою ризику. Ця політика також забезпечує чесну та рівну конкуренцію між страховиками з різними структурами ризику.

Для захисту споживачів та підвищення довіри до страхування Ліга страхових організацій повинна створити страхового омбудсмена. Він повинен вирішувати скарги споживачів щодо приватного медичного страхування та діяти як суддя з вирішення спорів.

Український уряд повинен дозволити паралельно розвивати приватне медичне страхування для багатих верств населення, і згодом воно охопить ширшу групу.

Тільки після введення належного регулювання уряд повинен сприяти розвитку приватного медичного страхування шляхом запровадження стимулів. Сьогоднішнє положення про те, що корпоративне приватне медичне страхування повинно виплачуватися за рахунок чистого прибутку підприємств, слід вилучити. Натомість компаніям слід дозволити включати певний відсоток приватних страхових внесків своїх працівників до своїх витрат.

Реформи охорони здоров’я покликані підвищити ефективність надання медичної допомоги, і розвиток ринку добровільного приватного медичного страхування буде супроводжувати ці реформи. Приватне медичне страхування має бути запроваджено серед найзаможніших верств населення українського суспільства, оскільки в разі успішного розвитку воно пошириться серед середнього класу та прошарків з нижчими доходами. Успіх приватного медичного страхування в Україні залежатиме від наявності чіткого регулювання, прозорості та стимулів.

# **ВИСНОВКИ**

Отже, важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Медичне страхування - це вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я внаслідок хвороби або нещасного випадку. Медичне страхування використовується для мобілізації та ефективного використання коштів для покриття витрат на медичне обслуговування страховиків.

Медичне страхування пов'язане з відшкодуванням витрат громадян у зв'язку з отриманням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на збереження здоров'я.

Медичне страхування може здійснюватися в обов'язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних та культурно-історичних умов, особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, що характеризують загальний стан здоров’я та рівень медичної допомоги.

Обов’язкова форма медичного страхування застосовується, як правило, у тих країнах, де охорона здоров’я має першочергове значення, а добровільна – там, де поширені програми приватного страхування.

Медичне страхування, яке здійснюється в обов'язковій формі, набуває ознак соціального страхування, оскільки порядок його здійснення визначається законодавством держави. Обов'язкова форма страхування координується державними органами. Страхові виплати громадян та юридичних осіб здійснюються у формі податку. Обов'язкове медичне страхування жорстко контролюється і не приносить прибутку. Така форма організації страхового фонду дозволяє планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового і поділяється на індивідуальне та колективне.

Добровільне медичне страхування ґрунтується на принципі страхової солідарності, зміст якого полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, визначених договором страхування, згідно сплаченої страхової премії. Перевищення вартості медичних послуг над внесками застрахованих можливе через те, що частина застрахованих, які сплатили страхові внески до страхової компанії, не потрапляють у страховий стан і не користуються послугами медичних закладів.

Сьогодні зростає попит на запровадження медичного страхування на випадок коронавірусної інфекції. Багато українських страхових компаній пропонують укласти договори медичного страхування на випадок зараження коронавірусом. Роботодавці, піклуючись про здоров’я своїх працівників, укладають такі контракти, також має позитивні аспекти для страховиків - можливість надавати відповідні страхові послуги та отримувати прибуток. Для фізичних осіб страхування COVID-19 допомагає отримати соціальний захист та зменшити фінансове навантаження на страхувальника.

Необхідно мати всю інформацію про світові тенденції розвитку медичного страхування в розвинених країнах, щоб прогнозувати тенденції, які чекають на нас у майбутньому. Але всі спроби мінімізувати помилки та промахи в реформуванні цієї галузі будуть марними без належної державної підтримки. Розроблені закони у сфері медичного страхування мають бути ретельно перевірені вітчизняними та зарубіжними спеціалістами, які набули певного досвіду практичного медичного страхування.

Медичне страхування, яке здійснюється в обов'язковій формі, набуває ознак соціального страхування, оскільки порядок його здійснення визначається законодавством держави. Обов'язкова форма страхування координується державними органами. Страхові виплати громадян та юридичних осіб здійснюються у формі податку. Обов'язкове медичне страхування жорстко контролюється і не приносить прибутку. Така форма організації страхового фонду дозволяє планувати медичне обслуговування завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризується стабільністю.

Концепція розвитку системи добровільного медичного страхування в Україні потребує суттєвого вдосконалення нормативно-методичної бази для впровадження. Роботу в цьому напрямку можна будувати поетапно, об’єднавши зусилля всіх зацікавлених структур: органів державної влади, страхових організацій та медичних установ. Також вважається необхідним провести ряд організаційних заходів.

Таким чином, необхідна реструктуризація економіки охорони здоров’я, яка має розпочатися із зміцнення фінансової бази галузі, зі зміни загальної схеми фінансування, яка передбачає обов’язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-бюджетної системи. система страхування, що фінансується за активної участі підприємств. установи, організації різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення.

Таким чином, державна політика розвитку медичного страхування як складова загальної соціально-економічної політики має визначати основні принципи, напрями та форми економічного впливу у сфері соціального захисту населення. Медичне страхування має підтримуватися нормативною базою; удосконалення податкової політики та державного нагляду; підвищення фінансової надійності страховиків, страхової культури населення; підготовка та перепідготовка кадрів.

# **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Про страхування: Закон України від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр>
2. Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування: Закон України від 1999 року № 46-47URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text>
3. Основи законодавства України про охорону здоров’я: Закон України від 19 листопада 1993 p. No 2801-12. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
4. Конституція України від 28 червня 1996 року. Київ: Парлам. вид-во, 1996. 141 с.
5. Астахова І. Е. Перспективи загальнообов'язкового медичного страхування в Україні / І. Е. Астахова, Є. О. Касьян // Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики. – 2009. – № 1. – С. 111–115.
6. Базилевич В.Д. Страхування: Підручник/ В.Д. Базилевич. – К.: Знання-Прес, 2008. – 1019 с.
7. Бідний ВГ., Орлова Н. М. Медичне страхування. — Задруга,2000. — С. 134.
8. Білик О.І. Переваги на недоліки введення обов’язкової форми медичного страхування в Україні / О.І. Білик, С.А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2013. – № 767. – С.270–276.
9. Болдова А. А., Мойко В. Й. Особливості медичного страхування в Україні // Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. – № 2. – 2012. – С. 33–39.
10. Василенко П. Медичне страхування: реалії та проблеми / П. Василенко // Соціальне страхування. – 2008. – № 3. – С. 112–113.
11. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. Глобальні та національні проблеми економіки. 2015. №8. С. 733-737.
12. Глухова В.І Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров’я в Україні/ В.І. Глухова, М. О. Булах// Гроші, фінанси і кредит - № 10 – 2016. – ст. 760-764
13. Говорушко Т. А. Страхові послуги: навч. посіб. / Т. А. Говорушко. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 400 с.
14. Гомон Д. О. Проблеми фінансування сфери охорони здоров’я в Україні/ О.Д. Гомон// Південноукраїнський правовий часопис - №3(40) – 2014. – ст. 124-126
15. Гончарук С.М.. Сучаснй стан і проблеми фінансування установ охорони здоровя в Україні/Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А.//Бізнес інформ. - №1. – с.190-194
16. Григораш Т. Ф., Кіріченко Ю. П. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні. Економічний простір. 2011. No 56/2. С. 138–148.
17. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров’я: навчальний посібник. Полтава. 2017. 114 с.
18. Зогий І. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України. Актуальні проблеми держави і права. 2011. Вип. 57. С. 261–268.
19. І. А. Когут. Проблеми та перспективи фінансування системи охорони здоров'я / І. А. Когут // Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). - 2013. - № 1(1). - С. 248-257.
20. Ільчук В., Гарбуз Т. Формування та розвиток медичного страхування в Україні та світі. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2018. № 1 (13). С. 112-118.
21. Костенко Т. А., Стоколюк В. В., Заволока Л. О. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. Молодий вчений. 2018. № 5(57). С. 721–725.
22. Кострач Л. М., Рудь Л. О. Тенденції розвитку страхових компаній в Україні. Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. 2015. №2. С. 135–153.
23. Коцюрубенко О. М. Розвиток медичного страхування в Україні / О. М. Коцюрубенко // Вісник соціально-економічних досліджень № 35. – С. 217–222.
24. Миронов А. А., Тарано А. М. Медичне страхування. — М.: Наука,1994. — С. 312
25. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні// Економіка та держава. – 2009. - №2. – С.40-41.
26. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня. канд. екон. наук : 08.04.01 Київ, 2006. 22 с.
27. Онишко С.В., Шевчук Ю.В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Інтелект XXІ. 2016. № 5. С.158– 162.
28. Пархета Л. В. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров’я в Україні : дис. … канд. екон. наук : 08.00.08 / ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана». Київ, 2018. 248 с.
29. Поліщук Є.М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення / Є.М. Поліщук // Соціальне страхування. – 2008. – № 2. – С. 13–16.
30. Пономарьова О. Б. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Молодий вчений. 2016. № 5. С. 141-145.
31. Солоненко І. Аналіз державної політики з реформування галузі охорони здоров'я в Україні // Упр. сучас.містом.- 2002.- № 1.- С. 54-59.
32. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Лехан.- К.: Сфера, 2001.- 176 с.
33. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування / Д. Д. Третяк // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – No 12. – С. 43–47.
34. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент.2017. Вип. 23(2). С. 76-80.
35. Фесенко Н. В., Яремченко Л. М. Стан та перспективи функціонування страхового ринку України в умовах глобалізації. Економіка та держава. 2019. № 8. С. 28–34.
36. Шірінян Л. В., Шірінян А. С. Нова методологія комплексної оцінки конкурентоспроможності ринку страхових послуг України: фактори масштабу і суперництва, тенденції та порівняння. Облік і фінанси. 2019. № 1(83). С. 114-138
37. Яковлева Т. Соціально-правові передумови запровадження обов’язкового медичного страхування / Т.Яковлева // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №11. – С.71-74.