

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

КІЗИМ КОСТЯНТИНА МИКОЛАЙОВИЧА

Допускається до захисту:
в. о. завідувача кафедри фінансів і
банківської справи,
канд. екон. наук, доцент
_____ Юрчишена Л. В.
« ____ » _____ 20__ р.

**РОЗВИТОК СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В
УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕКОНОМІКИ**

Спеціальність 072 Фінанси, банківська справа та страхування
ОП «Фінанси, банківська справа та страхування»

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
В. В. Волкова, доцент кафедри
фінансів і банківської справи,
канд. екон. наук, доцент

(підпис)

Оцінка: _____ / _____ / _____
бали / за шкалою ЄКТС / за національною шкалою)
Голова ЕК: _____
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	9
1.1 Медичне страхування: сутність та класифікація.....	9
1.2 Чинники впливу на розвиток системи медичного страхування.....	17
1.3 Методологічні засади розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації.....	22
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ЗА 3–5 РОКІВ.....	28
2.1 Аналіз ринку медичного страхування в Україні.....	28
2.2 Аналіз діяльності АТ СГ «ТАС», як учасника ринку страхових послуг в Україні.....	37
2.3 Аналіз добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС».....	47
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ.....	55
3.1 Концепція вдосконалення розвитку системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації.....	55
3.2 Впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні...65	65
3.3 Очікувані зміни в результатах розвитку системи медичного страхування АТ СГ «ТАС» на основі впровадження рекомендацій.....	73
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87

АНОТАЦІЯ

Кізім К. М. Розвиток системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації економіки. Спеціальність 072 Фінанси, банківська справа та страхування. Освітня програма «Фінанси, банківська справа та страхування». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024.

У кваліфікаційній роботі досліджено сутність та класифікацію медичного страхування, чинники впливу на розвиток медичного страхування та методологічні засади розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації. Проведено аналіз ринку медичного страхування в Україні, проаналізовано діяльність АТ СГ «ТАС» та показники добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС». Визначено проблеми медичного страхування в умовах ринкової трансформації економіки.

Основним науковим результатом дослідження є розроблена концепція вдосконалення розвитку системи медичного страхування, метою якої є збільшення надходження страхових премій, поліпшення соціально-економічного розвитку медичного страхування та якісної медичної допомоги.

Ключові слова: страхування, медичне страхування, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, страхові премії, страхове покриття, страхові резерви, страхові виплати.

91 с., 5 табл., 14 рис., 42 джерел.

Kizim Kostiantyn. Development of the health insurance system in Ukraine in the conditions of market transformation of the economy. Specialty 072 Finance, banking and insurance. Educational program «Finance, banking and insurance». Vasyl Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2024.

The qualification work examines the essence and classification of health insurance, the factors influencing the development of health insurance and the methodological foundations of the development of the health insurance system in the conditions of market transformation. The analysis of the medical insurance

market in Ukraine was carried out, the activities of JSC IG «TAS» and the indicators of voluntary medical insurance of JSC IG «TAS» were analyzed. The problems of health insurance in the conditions of the market transformation of the economy are defined.

The main scientific result of the study is the developed concept of improving the development of the health insurance system, the purpose of which is to increase the receipt of insurance premiums, improve the socio-economic development of health insurance and quality medical care.

Key words: insurance, medical insurance, voluntary medical insurance, mandatory medical insurance, insurance premiums, insurance coverage, insurance reserves, insurance payments.

91 p., 5 tables, 14 figures, 42 sources.

ВСТУП

Актуальність теми. В сучасних умовах економічної глобалізації відбувається прискорення темпу життя в суспільстві. Тому збереження здорової нації відіграє важливу роль в охороні здоров'я. Діяльність цієї сфери в Україні нині обмежена, в наданні послуг належної якості всім верствам населення. Це зумовлено тим, що протягом останніх років наявність достатніх обсягів фінансування медичної системи не було спрямоване на забезпечення інноваційних технологій та модернізації в сфері охорони здоров'я. До того ж, незадовільний, низький рівень оплати праці лікарів та медичного персоналу, приводить до відтоку кваліфікованих фахівців з медичної сфери, а це в подальшому веде до загострення в наданні медичних послуг належної якості. Попри всього фундаментальність проведених досліджень, питання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я, розширення можливих джерел фінансового забезпечення сфери за допомогою медичного страхування набувають дедалі більшого значення та актуальності, що суттєво загострилось в умовах сучасної пандемії COVID-19 та військового стану в Україні. На превеликий жаль протягом 2022р. економіка України зазнала найбільших за всю історію незалежності втрат, збитків та пошкоджень, які їй завдала країна агресор (РФ). Адже руйнівний тиск війни постійно компенсувався політикою щодо перенесення тягара воєнних наслідків з бізнесу та населення на бюджет (різноманітні програми підтримки, нова податкова політика, фіксація курсу гривні, заморожування тарифів для населення та інші), що стало можливим завдяки фінансовій допомозі від міжнародних партнерів, яка у 2022 р. становила 32,7 млрд дол. США, з яких гранти – 14,3 млрд дол. США [4].

Поступово населення країни починає розуміти, що медичне страхування – це єдиний шлях виходу охорони здоров'я України з економічної і соціальної кризи. На думку фахівців [6, 7, 8] у цьому напрямку має бути створена і прийнята законодавча база, яка б запровадила

обов'язкове медичне страхування. Перехід до обов'язкового медичного страхування в Україні є пріоритетним напрямом удосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, що перевірено світовим досвідом і сприятиме підвищенню якості, доступності та своєчасного діагностування та надання медичної допомоги населенню. Але держава не в змозі повноцінного забезпечити надання всіх видів допомоги в разі захворювання (особливо хронічні захворювання, планові хірургічні операції та інші). У цьому випадку систему обов'язкового медичного страхування доповнює система добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування виступає важливим сучасним компонентом та ефективним доповненням до системи соціального забезпечення, зокрема й обов'язкового медичного страхування.

Метою роботи є розвиток теоретико–концептуальних положень та практичних рекомендацій, щодо впровадження медичного страхування в Україні шляхом вдосконалення процесу фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- визначити сутність та навести класифікацію медичного страхування;
- вивчити чинники впливу на розвиток медичного страхування;
- визначити методологічні засади розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації;
- проаналізувати ринок медичного страхування в Україні;
- проаналізувати показники добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС»;
- розробити концепцію вдосконалення розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації;
- розробити практичні рекомендації по удосконаленню медичного страхування АТ СГ «ТАС».

Для досягнення поставлених завдань в ході дослідження було використано наступні **методи дослідження**: порівняння, синтез, аналіз, а також метод моделювання, методи математичної статистики.

Об'єктом дослідження є вітчизняний ринок медичного страхування.

Предметом дослідження є виступають теоретико–концептуальні, методичні та практичні аспекти розвитку системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації.

Інформаційною базою дослідження є закони та інші нормативно–правові акти України, що регламентують діяльність страхування, статистичні та аналітичні матеріали Національного банку України, Міністерства Фінансів України, Державної служби статистики України, дані звітності АТ СГ «ТАС», наукові статті вітчизняних і закордонних вчених, засоби масової інформації, електронні ресурси.

Наукові результати дослідження:

- визначено сутність та наведено класифікацію медичного страхування;
- виділено чинники впливу на розвиток медичного страхування;
- визначено методологічні засади розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації;
- проаналізовано ринок медичного страхування в Україні;
- проаналізовано показники добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС»;
- розроблено концепцію вдосконалення розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації;
- наведено практичні рекомендації по удосконаленню медичного страхування АТ СГ «ТАС».

Наукова новизна одержаних результатів: В результаті проведеного дослідження отримали подальшого розвитку теоретичні засади розвитку системи медичного страхування в Україні; удосконалено концепцію

вдосконалення розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації.

Практичне значення одержаних результатів полягає у використанні теоретичних і методичних узагальнень, висновків і рекомендацій для покращення розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати, отримані в процесі проведеного дослідження були подані та отримали схвалення на публікацію у наступному науковому виданні:

Кізім К. М. Вплив чинників на розвиток системи медичного страхування. XXXII Міжнародна науково–практична конференція «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку». м.Відень (Австрія), 2023р. – 3с.

Кізім К. М. Концепція вдосконалення розвитку системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації. VI міжнародна наукова конференція. м. Стокгольм (Швеція), 2023 р. – 9с.

Положення, що виносяться на захист. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є розроблення концепції вдосконалення розвитку системи медичного страхування в Україні.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 3 (трьох) розділів, висновків, списку використаних джерел із 42 (сорока двох) найменувань. Загальний обсяг роботи становить 88 (вісімдесят вісім) сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

1.1 Медичне страхування: сутність та класифікація

Одним з основних показників економічного розвитку держави є добробут та благополуччя її громадян. Держава вкладає кошти у покращення сфери медичного обслуговування, забезпечує своїм громадянам соціальну допомогу, для того щоб забезпечити суспільству розвиток, стабільність та покращити якість життя. Система охорони здоров'я відіграє головну роль в забезпеченні високого рівня життя, а також сприяє розвитку здорового населення та створює умови безпеці економіки й держави в цілому.

На сьогодні українська система охорони здоров'я знаходиться на стадії реформування. Добровільне медичне страхування набирає поступово популярності, а обов'язкове медичне страхування – незважаючи на багато численні законопроекти, на жаль, дотепер відсутнє [14].

Страховання – саме слово має латинського походження, воно означає одну з форм зацікавленості застрахованих, які сплачують внески (премії) до страхових організацій і дістають відшкодування втрат, що виникають унаслідок стихійного лиха і нещасних випадків (страхування від недуг, страхування життя та ін.).

Сучасне законодавство України дає таке визначення страхування: **Страховання** – вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій).

Формою соціального захисту населення в сфері збереження здоров'я є медичне страхування. Даний вид страхування забезпечує гарантії надання

медичної допомоги на випадок втрати здоров'я з будь-яких причин, в тому числі і в зв'язку з хворобою чи нещасним випадком. Розглянемо і проаналізуємо ствердження вітчизняних науковців про основні риси медичного страхування, про її сутність.

М. Х. Мних розглядає медичне страхування – як галузь особистого страхування, мета якого гарантування застрахованим особам одержання медичної допомоги за рахунок накоплених грошових коштів в наслідок виникнення страхових випадків та фінансування профілактичних заходів

За визначенням В. Д.Базилевича медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що виражається в гарантії оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених страховиком коштів.

В. А. Огнев розглядає медичне страхування як систему громадської охорони здоров'я, економічною основою якої є фінансування медичних витрат зі спеціальних страхових фондів.

С. С. Осадець визначає як вид особистого страхування, що пов'язаний з компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

О. Д. Вовчак зазначає, що це всі види страхування, пов'язані з відшкодуванням витрат страхувальника у зв'язку із захворюванням та необхідністю лікування.

В. Ю. Стеценко вважає, що медичне страхування це сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини на рахунок захисту майнових інтересів громадян при одержанні медичної допомоги у випадку настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються зі страхових внесків.

На думку В. В. Рудень медичне страхування забезпечує право громадян, які працюють, і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне

обслуговування та матеріальне забезпечення, у випадку захворювання та в інших випадках.

Н. С. Михайловська зазначає, що страхова медицина – це система організації фінансування охорони здоров'я за допомогою коштів, що накопичуються у резервах спеціалізованих страхових компаній, які здійснюють медичне страхування. Завдяки страховій медицині забезпечується економічна і соціальна захищеність середньої і малозабезпечених верств населення, гарантованість їх прав на медичну допомогу.

О. О. Дорошенко вважає, що медичне страхування є формою захисту від ризику, який загрожує найціннішому в особистому і суспільному плані – здоров'ю і життю людини.

Отже в науковій літературі відсутній єдиний підхід до визначення поняття «медичне страхування» та їх структурних компонентів. Аналіз наукових джерел показав зацікавленість спеціалістів з медичної сфери, питаннями значення та сутності охорони здоров'я, заснованих на методах страхування. Науковці пропонують значну кількість визначень страхової медицини та різні підходи до виявлення її сутності, за якими виділяють спільну рису цього виду страхування це ризиковість, а саме ризик втрати здоров'я за будь-яких причин. Медичне страхування спрямоване на відшкодування тих витрат, що пов'язані з необхідністю лікування та надання певних медичних послуг.

Як одна з форм загальнодержавного соціального захисту населення, медичне страхування представляє собою досить складну й мобільну систему ринкових відносин в сфері охорони здоров'я, засновану на методах страхування. Товаром тут є оплачувана, конкурентна, гарантована, якісна та достатня за обсягом медична послуга, яка надається застрахованій особі у разі загрози або ризику для її здоров'я. Покупцем цих послуг можуть бути держава, групи людей (колектив підприємства, установи різних форм власності), а також родина й окремі особи.

Загалом ознаки медичного страхування ті ж самі, які є у інших видів страхування. Проте визначимо певні особливості медичного страхування до яких відносяться:

- страховий ризик у медичному страхуванні, якій пов'язаний із самою застрахованою особою, а не з майном;
- інший склад учасників відносин у такому виді страхування: між страховиком та страхувальником, додається ще один суб'єкт – медична установа;
- у медичному страхуванні кошти виплачуються медичному закладу, який надає послуги застрахованому. У інших видах страхування у разі настання страхового випадку, кошти, тобто відшкодування страхова компанія виплачує безпосередньо застрахованій особі.

Метою медичного страхування є обов'язок страховика забезпечити застрахованому одержання медичної допомоги чи фінансування профілактичних медичних заходів за рахунок накопичення коштів у разі настання страхового випадку, а саме захворювання особи. Сутність медичного страхування полягає у тому, що громадянин, роблячи одноразовий страховий внесок, має змогу користуватися якісними медичними послугами на випадок несприятливої події – втрати здоров'я. Розвинене медичне страхування сприяє не тільки добробуту громадян, а й всієї держави, адже значно знімає навантаження на державний бюджет [6].

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані із життям та здоров'ям громадян.

Основними завданнями медичного страхування є три положення, які повинні дотримуватися під час надання послуг:

- контроль за якістю та кількістю виконання страхових медичних програм соціальними, лікувально-профілактичними та приватними медичними закладами;

- розрахунок за допомогою страхових фондів, які формуються внаслідок грошових внесків застрахованих, за надані медичні послуги з медичними закладами чи соціальними установами відповідно до угоди;

- посередницька діяльність, пов'язана із фінансуванням та організацією страхових програм пов'язаних із наданням медичної допомоги населенню [18].

Класифікація медичного страхування здійснюється за різними ознаками. За формою залучення застрахованих осіб, медичне страхування, розподіляється на індивідуальне та колективне. За характером фінансування системи медичне страхування розділяють бюджетну, соціальну, приватну та змішану форми.

Основна класифікацію медичного страхування здійснюється за двома формами:

- добровільне медичне страхування (ДМС) – засноване на особистих внесках громадян, розмір яких залежить від рівня стану здоров'я конкретного застрахованого (від рівня медичного ризику). Обсяг медичної допомоги при приватному страхуванні залежить від певної, вибраної програми страхування та розміру страхового внеску;

- обов'язкове медичне страхування (ОМС) базується на суспільних принципах фінансування, де кошти системи страхування формуються за рахунок обов'язкових внесків, що залежать від рівня доходів (а не ризику) і не входять до складу бюджету. Воно відповідає принципу соціальної солідарності (здоровий платить за хворого, молодий – за старого, багатий – за бідного) [37].

Відповідно до Закону України «Про страхування» від 1996 року, основними формами медичного страхування є обов'язкове та добровільне медичне страхування [1]. Особливості кожної з форм медичного страхування наведені у таблиці 1.1

Таблиця 1.1 – Особливості обов’язкового та добровільного медичного страхування [8].

Чинники страхування	Обов’язкове медичне страхування (ОМС)	Добровільне медичне страхування (ДМС)
Вид страхування	Державне, некомерційне	Комерційне
Характер	Соціальне	Приватне
Поширеність	Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне
Чим регламентується	Законопроект «Про медичне страхування громадян»	Закон України «Про страхування»
Хто визначає правила	Держава	Страхові компанії
Ким здійснюється	Державними страховими організаціями чи організаціями, контролюються державою	Страховими організаціями різних форм власності
Страхувальники	Держава	Юридичні та фізичні особи
Джерела фінансування	Внески державного бюджету, працедавців та працюючого населення	Особисті доходи громадян або працедавці
Прибутки використовуються	Тільки для здійснення медичного страхування	Для будь-якої діяльності

Обов’язкове медичне страхування є видом соціального страхування, що здійснюється за умовами, передбаченими законом, відповідно до правил та базових програм. Необхідність обов’язкового медичного страхування полягає у потребі населення отримувати медичні послуги, гарантовані державою у потрібному обсязі та рівні, незалежно від соціального стану громадянина. За допомогою певних принципів здійснюється організація обов’язкового медичного страхування: принцип всезагальності, принцип обов’язковості, некомерційний характер.

Так, принцип всезагальності полягає у тому, що всі громадяни країни, незалежно від віку, статі чи соціального стану мають право на отримання медичних послуг в гарантованому державою обсязі. Принцип обов’язковості,

полягає у тому, що всі юридичні особи та працівники мають обов'язково сплачувати страхові внески до фонду. Для непрацюючих – це внески до загальнодержавних фондів соціального страхування. Некомерційний характер пов'язаний з прибутками, які отримані під час здійснення ОМС спрямовуються на розширення страхових резервів [39].

Добровільне медичне страхування – це вид особистого страхування, що здійснюється на комерційній основі. Це означає, що страхувальник отримує такі види медичних послуг та такий їх обсяг, який покриває страхова премія. Добровільна форма медичного страхування ж покликана розширювати обсяг послуг й покращувати умови надання профілактичної, лікувально–діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню [40].

Відносини між суб'єктами цієї форми страхування будуються на основі укладання одночасно двох договорів: договору страхування, що укладається між страховиком та страхувальником, а також договором на надання лікувально–профілактичної допомоги, що укладається між страховою компанією та медичним закладом [41].

Треба визначити, що обов'язкове медичне страхування має одну велику перевагу, а саме воно забезпечує регулярність надходження грошових коштів, за допомогою чого можливо планувати надання медичної допомоги. Координація обов'язкового медичного страхування відбувається через державу і характеризується безприбутковістю. Громадяни та юридичні особи страхові внески сплачують у формі податку. Ці внески здійснюються стабільно і відповідно до встановлених розмірів й часу. При цьому рівень страхового забезпечення залишається однаковим для всіх. Здійснюючи обов'язкове медичне страхування держава має право визначати розмір страхового внеску, хто застрахований, які саме послуги покриваються, як спрямовуються фінансові потоки, як взаємодіють між собою сторони.

Відмінність добровільного медичного страхування полягає у цілеспрямованості страхового внеску, які можуть бути використаними тільки в медичних цілях, а також є обмеженість ролі держави у здійсненні такої

форми страхування. Так в добровільному медичному страхуванні, яке не координується державою, громадяни чи юридичні особи добровільно сплачують страхові премії, згідно із страховим договором, а страхові компанії, у свою чергу, отримують прибуток, який при цьому не є стабільним.

Треба визначити, що між двома формами медичного страхування добровільного та обов'язкового є і спільні риси, до яких можна віднести однаково схожу економіко–правову природу страхування. І до того ж добровільне та обов'язкове медичне страхування переслідують спільну мету, яка полягає у потребі застосовувати ці дві форми, як дві паралельні системи захисту майнових інтересів [42].

Варто зазначити, що виділяється ще одна класифікація медичного страхування, за якою його поділяють на: безперервне страхування здоров'я; страхування від нещасних випадків; страхування медичних витрат та страхування здоров'я на випадок хвороби.

Дослідження довело, що безперервне страхування здоров'я є найбільш популярним серед усіх видів медичного страхування. Цей вид страхування має довгостроковий характер. Мінімальний термін дії страхового договору безперервного страхування здоров'я складає 3 роки та покриває застрахованому стаціонарне, поліклінічне обслуговування, а також стоматологічні послуги та невідкладну допомогу.

Страхування здоров'я на випадок хвороби є одним із видів добровільного медичного страхування. Такий вид медичного страхування передбачає покриття витрат пов'язаних із конкретними захворюваннями застрахованого, тобто залежить від особливостей стану здоров'я людини.

Третім видом медичного страхування в цій класифікації є добровільне страхування медичних витрат. Сутність цього виду страхування полягає у наданні медичних послуг відповідно договору страхування туристів. Головна мета добровільного страхування медичних витрат – негайне надання медичної, моральної, а також технічної допомоги. Тобто міжнародний поліс

у разі раптового захворювання або нещасного випадку забезпечує медичну допомогу протягом 24 годин у будь-якій країні світу. Перебуваючи закордоном, послуги, які надаються за договором добровільного страхування медичних витрат, застрахований оплачує самостійно, кошти йому повертаються по поверненню в країну і оплата може залежати від специфіки договору зі страховиком і його домовленостями з відповідними асистуючими компаніями [38].

Четвертим та останім видом медичного страхування є договір від нещасних випадків. Це угода між сторонами, де страховик зобов'язується виплатити страховику (або його бенефіціару) певну суму грошей в разі настання нещасного випадку. Цей вид страхування спрямований на захист страхувальника від фінансових втрат, пов'язаних з травмами, хворобами або смертю внаслідок нещасного випадку.

Отже, впровадження ефективної моделі медичного страхування та створення потужної системи охорони здоров'я дасть можливість державі забезпечувати якісне медичне обслуговування для усіх верств населення, соціальний захист, зменшити навантаження на державний бюджет та підвищити рівень життя громадянам.

1.2 Чинники впливу на розвиток системи медичного страхування

Система охорони здоров'я складається з усіх організацій, інститутів, ресурсів і людей, основною метою яких є поліпшення здоров'я. Зміцнення систем охорони здоров'я означає подолання основних труднощів, пов'язаних з кадровим забезпеченням охорони здоров'я, його інфраструктурою, предметами (такими як обладнання і ліки), матеріально-технічним забезпеченням, відстеженням прогресу і ефективним фінансуванням.

Для системи охорони здоров'я необхідні персонал, фінансові кошти, інформація, предмети постачання, транспортні засоби, комунікація, а також загальне керівництво та управління. Необхідно, щоб така система була,

швидко реагувала і надавала справедливі з фінансової точки зору послуги щодо належного лікування людей [20].

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я населення, специфіку економічних відносин в цій сфері життєдіяльності суспільства, можна все ж виділити ряд параметрів, що визначають спільність розвитку, властиву різним країнам. До числа таких параметрів, що виражають основні риси системи охорони здоров'я, її основні економічні показники, можна віднести:

- відносини власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників) і населення (споживачів);
- форми і методи контролю обсягу і якості медичної допомоги [7].

У кожній країні історично складається і розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість виділених суспільством ресурсів, ефективність їх використання в сфері охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Значним показником для створення якісного функціонування медичного страхування є вибір державою ефективної моделі фінансування охорони здоров'я, через яку б усі матеріальні ресурси розподілялися та використовувалися найбільш раціонально та ефективно. Для кожної країни вибір найбільш ефективної системи охорони здоров'я дасть можливість покращити якість медичних послуг, покращити оздоровчу діяльність, збільшити фінансування. Бажано розуміти, що система охорони здоров'я це значно більше, аніж просто піраміда закладів громадської власності, а й міжгалузеві дії медичного персоналу, які покращують рівень здоров'я у населення [14].

Варто зазначити, що на даному етапі Україна знаходиться на шляху змін медичної системи, де функцію страховика на державному рівні виконує Національна служба здоров'я України (НСЗУ). За новою моделлю фінансування після укладення договору із НСЗУ медичні заклади отримують кошти. Великі зміни плануються у теперішній системі охорони здоров'я України, адже модель фінансування, яка існує зараз не є ефективною для держави та її громадян. Наразі не має ідеальної моделі, яка б могла використовуватися для усіх держав. Для кожної країни слід обирати найоптимальнішу модель, яка враховуватиме всі економічні, соціальні та демографічні особливості, потреби та умови праці медичних працівників на різних ланках організації медичної системи.

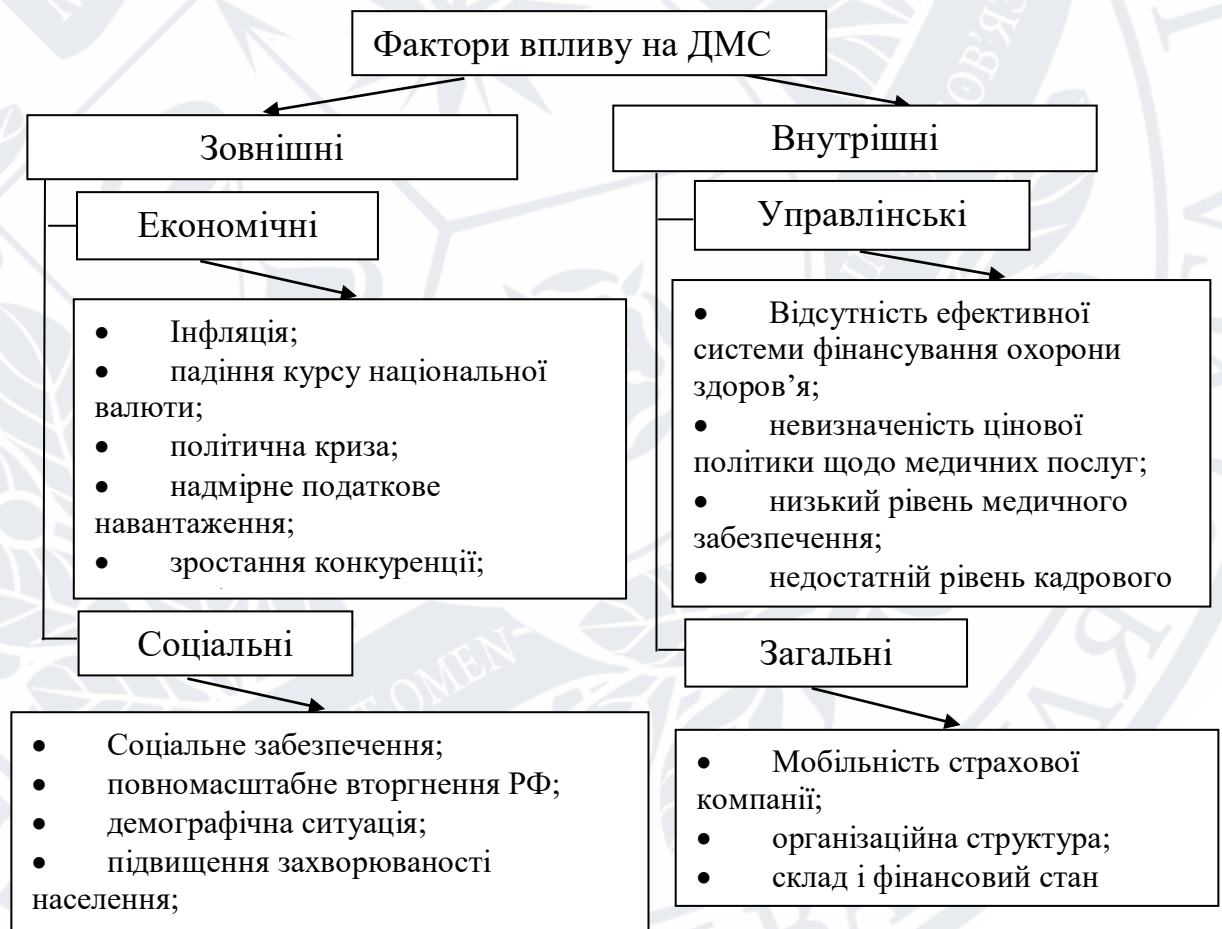


Рисунок 1.1 – Класифікація факторів впливу на ДМС

Розглянемо фактори, які відзначаються значущим впливом на розвиток ринку та сучасний стан ДМС:

1. Вплив COVID-19 став каталізатором для розвитку ДМС. На 30 вересня 2020 року в Україні функціонує 215 страхових компаній, і більше 50 з них мають досвід у сфері ДМС. За період 9 місяців 2020 року, валові надходження страхових премій з ДМС склали 4 147,0 млрд грн. Порівняно з 2019 роком, цей показник майже досягнув загальної суми страхових премій з цього виду страхування, склавши за весь рік 4 470,3 млрд грн.

2. Повномасштабне вторгнення РФ. Конфлікт призвів до значного зменшення суми грошових надходжень, які страхові компанії отримують у формі страхових премій. Загальні підписані премії у першому півріччі 2022 року порівняно з аналогічним періодом минулого року скоротилися на 28 % і становили 17,6 млрд грн. Операції вихідного перестраховування у першому півріччі 2022 року знизилися вдвічі – з 4,7 млрд грн до 2,3 млрд грн порівняно з аналогічним періодом минулого року.

3. Економічна криза, що розпочалася в кінці 2013 року і триває до наших днів, призвела до суттєвого підвищення цін на медичні послуги та ліки, що в свою чергу призвело до збільшення обсягу страхових виплат. За цей період питома вага державних видатків на охорону здоров'я в 2010 році становила 56,3 %, проте протягом десяти років цей показник зменшився до 40 % від загальних витрат.

4. Значний ріст захворюваності серед осіб, які мають страховку, призвів до зростання кількості страхових випадків і, відповідно, збільшення обсягу виплат за програмою ДМС. Страхові компанії змушені постійно утримувати баланс у своєму страховому портфелі.

5. Фактори, що визначають вплив людського чинника на розвиток програми ДМС в Україні, включають ментальність населення. Частина із них може думати: "Навіщо мені платити зараз, я ж і так здоровий! А якщо захворію, тоді вже застрахуюся. Неважливо, кому платити, буде це лікареві "в кишеню" чи страховій компанії.

6. Фактори ціноутворення, які впливають на розвиток системи ДМС в Україні, є суттєвими. Для фізичних осіб вартість полісу може варіюватися від

10 до 20 тис. грн, і у деяких випадках може сягати навіть 50 тис. грн, включаючи обслуговування в приватних медичних установах Києва, що робить добровільне медичне страхування недосяжним для більшості населення України. Крім того, відсутність чіткої цінової політики для медичних послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я, призводить до того, що ціни в приватних лікарнях за окремими видами медичних послуг можуть відрізнятись в десятки разів від цін державних закладів.

7. Податкові аспекти, що впливають на розвиток системи ДМС в Україні, включають в себе відсутність податкових пільг для підприємств щодо медичних соціальних пакетів для своїх найманих працівників. Відсутність таких пільг уповільнює впровадження програм ДМС на багатьох підприємствах. Оподаткування ДМС здійснюється на основі прибутку підприємства (не враховується у валових витратах). Крім того, з страхових внесків стягується податок на доходи фізичних осіб за коефіцієнтом 1,2, а також військовий збір.

8. Відсутність спеціалізованих освітніх закладів для ДМС є проблемою. В Україні відсутнє навчання з добровільного медичного страхування, а також відсутня сертифікація фахівців та можливості професійного розвитку. Одержати статус висококваліфікованого фахівця можливо лише завдяки багаторічному досвіду роботи у даній галузі.

Отже, моніторинг та аналіз факторів, які впливають на розвиток добровільного медичного страхування, слід розглядати, враховуючи поточний стан національного страхового ринку, економічне оточення, регуляторні нормативно-правові акти, соціальні аспекти та інші важливі складові. Мета цього підходу полягає в розробці та прийнятті ефективних управлінських рішень. Такий підхід дозволяє оптимально використовувати позитивний вплив факторів, при цьому зменшуючи негативні наслідки впливу небажаних чинників.

1.3 Методологічні засади розвитку системи медичного страхування в умовах ринкової трансформації

Розвиток системи медичного страхування вимагає наявності методологічних засад, що гарантують його ефективне функціонування.

Одним з головних методологічних аспектів розвитку медичного страхування є нормативне регулювання. Держава має встановити законодавчу базу, яка визначить права та обов'язки страховиків, медичних закладів, пацієнтів та інших зацікавлених сторін. Нормативні акти повинні визначати правила формування страхових фондів, механізми оплати послуг, стандарти якості медичної допомоги та процедури контролю. Деякі з цих правил на сьогодні в добровільному медичному страхуванні встановлюються шляхом укладання договору між застрахованим та страховою компанією [9].

Також необхідно враховувати аналіз потреб населення у медичній допомозі. Це передбачає дослідження демографічних, епідеміологічних, економічних та соціальних факторів, що впливають на здоров'я населення. Цей аналіз допомагає визначити обсяги та види медичних послуг, необхідних для забезпечення державної національної потреби. Виходячи з висновків сформувані програму обов'язкового медичного страхування.

Щодо методологічного аспекту розвитку системи медичного страхування з боку фінансування, держава має встановити джерела формування страхових фондів, такі як, страхові внески, податки, бюджетні асигнування тощо. Фінансові ресурси повинні бути ефективно розподілені між медичними закладами та пацієнтами для забезпечення доступу до медичної допомоги і забезпечення її якості. Ефективне фінансування системи медичного страхування передбачає також впровадження механізмів контролю за витратами та здійсненням оплати медичних послуг. Також треба передбачити здійснення нагляду за дотриманням законодавства та цільовим використанням коштів відповідними органами:

- уповноваженим органом у сфері медичного страхування (створюється у складі МОЗ України);

- координаційною радою (до неї входять представники від державних органів, застрахованих осіб та роботодавців);

- громадською радою (до складу входять представники застрахованих, Професійної спілки лікарів, Асоціації захисту прав споживачів).

З єдиного казначейського рахунку кошти розподіляються у такому порядку:

- фонд забезпечення безперервності надання медичних послуг (кошти використовуються для безповоротного фінансування закладів охорони здоров'я з метою покриття їх витрат на підтримання здатності надавати медичні послуги незалежно від кількості прикріплених до них застрахованих);

- резерв ЗДСМС (кошти використовуються в першу чергу для покриття дефіциту коштів у разі, якщо в тих, чи інших регіонах рівень витрат через захворюваність населення значно перевищує середній показник);

- відрахування у Фонд медичного страхування (повинен розміщувати тимчасово вільні кошти згідно з принципами ефективності, диверсифікованості та ліквідності з метою їх постійної достатності при необхідності проведення виплат);

- відрахування іншим страховикам у разі прийняття КМУ спеціальних програм страхування за участю цих страховиків [6].

З боку управління та організації розвитку системи медичного страхування необхідно розробити стратегію розвитку, встановлення стандартів та протоколів надання медичних послуг, розвиток інформаційної системи для обліку та моніторингу, а також забезпечення співпраці між страховиками, медичними закладами та іншими учасниками системи.

Розвиток системи медичного страхування ґрунтується на залученні всіх зацікавлених сторін. Це означає активну участь держави, страховиків, медичних закладів, пацієнтів, професійних медичних організацій та інших

груп у процесі прийняття рішень, розробці політик та встановленні правил функціонування системи.

Ці методологічні засади є лише загальними принципами, які можуть бути деталізовані та адаптовані відповідно до конкретного контексту та потреб країни або регіону.

Огляд економічної літератури довів, що існує безліч класифікацій моделей фінансування охорони здоров'я. Проте, доцільно виділити 3 основні типи:

- модель Беверіджа або державна модель охорони здоров'я;
- модель Бісмарка або модель соціального медичного страхування;
- приватна модель [18].

Варто зазначити, що дані назви моделей охорони здоров'я є здебільшого теоретичними, адже кожній державі притаманні свої особливості та власна система охорони здоров'я, яка є єдиною для усіх громадян і може поєднуватися різними типами моделей.

Виділяють наступні критерії, за якими відрізняються моделі фінансування охорони здоров'я:

- доступність для громадян;
- джерела фінансування;
- роль держави;
- взаємовідносини між державним та приватним секторами;
- контроль за якістю медичного обслуговування;
- засоби стимулювання медичних працівників.

Модель Беверіджа була розроблена у 1948 році у Великій Британії, Вільямом Беверіджем. Особливістю цієї моделі було те, що введено вперше, замість сплати зборів чи страхування, кожен громадянин мав право на повністю безкоштовне медичне обслуговування. Рівень фінансування за такою моделлю у країнах коливається від 7,5 % до 10,5 % ВВП. Яскравим прикладом державної моделі охорони здоров'я моделі Беверіджа є Великобританія. Державна система охорони здоров'я Беверіджа

характеризується бюджетним фінансуванням, що контролюється на центральному або місцевому рівні.

Систему охорони здоров'я регулює головний орган – Національна служба охорони здоров'я, яка є державною та фінансується за рахунок податкових надходжень, що й робить послуги безкоштовними. НСОЗ для всіх громадян надає послуги з первинної чи спеціалізованої медичної допомоги, профілактики. Уряд виступає єдиним платником, що автоматично виключає конкуренцію та дозволяє підтримувати низькі ціни. Кожен має однаковий доступ до медичних послуг. Держава є єдиним платником системи охорони здоров'я, тому витрати низькі, а пільги стандартні та поширені по всій країні. Проте одним із головних недоліків такої системи є довгі списки очікування. І так як, медичні послуги доступні всім, це може значно збільшити витрати. Інша ж проблема це нестійкість такої системи у період кризи, адже фінансує медичні послуги тільки держава, а в нестабільний економічний період фінансування може значно зменшитися [13].

Модель Бісмарка є моделлю соціального медичного страхування. Ця модель є більш децентралізованою. Таку систему охорони здоров'я було впроваджено Отто фон Бісмарком у 19 столітті. Модель діє у таких країнах, як Німеччина, Австрія, Франція, Канада. Рівень фінансування у цих країнах складає від 6,5 % до 11,3 % від ВВП. Медичні послуги надаються через лікарняні каси: державні (87 %) та приватні (13 %). Медичне обслуговування в такій моделі фінансується за допомогою державних службовців та роботодавців. Кожен працівник, який заробляє менше, ніж 49 тис. євро на рік, автоматично страхується в державній лікарняній касі. З 2011 року внесок, який платять за послуги щомісяця, складає 15,5 % від заробітної плати. Причому 7,3 % платить роботодавець, а інші – працівник. Право на державне медичне страхування також мають пенсіонери та безробітні, а також у державних касах на пільгових умовах страхують і студентів віком до 30 років. Послугами приватних кас користуються особи, річний дохід яких становить суму вищу, ніж 49 тис. євро. В даному випадку внесок буде

залежати від віку, статі та стану здоров'я людини. В середньому щомісяця сплачують 200–300 євро на рік.

Приватна модель заснована на платних медичних послугах, тобто на добровільному медичному страхуванні. Така система діє у США, Нідерландах та Північній Кореї. У США витрати на охорону здоров'я є найвищими. Сукупні витрати наразі становлять 17,2 % від ВВП і до 2025 року прогнозується їх зростання до 20 % від ВВП. Населення, що підлягає страхуванню сплачує страхувальнику внесок, розмір якого визначається від вартості медичних послуг в середньому. Вартість послуг оплачується застрахованими відповідно до встановлених тарифів. У даній моделі фінансування медичної галузі відбувається за рахунок ресурсів від добровільного медичного страхування та платних медичних послуг. Для даної моделі характерною є надмірна вартість медичних послуг, що обмежує можливості поширення їх серед усіх верств. Проте існує й некомерційне страхування, яке здійснюється в рамках спеціальних програм для окремих верств населення [20].

Аналізуючи між собою всі моделі, не можна виділити одну, яка була б найкращою. Кожна держава сформувала власну модель, яка є поєднанням різних моделей організації охорони здоров'я, яка передбачає також певне фінансове забезпечення, яке відрізняється для кожної з держав. Метод, фінансування моделі медичного страхування який працює для однієї держави, не може спрацювати для іншої. Проте, наявність саме ефективної системи медичного страхування дозволяє забезпечувати доступні та якісні медичні послуги для широких верств населення, знижувати навантаження на державний бюджет та на приватні витрати громадян зокрема, тому для вітчизняної системи постає гостра необхідність розвитку медичного страхування. Наразі створення нової моделі в Україні потребує абсолютних змін, аби вітчизняне медичне страхування та медична галузь загалом були на високому рівні.

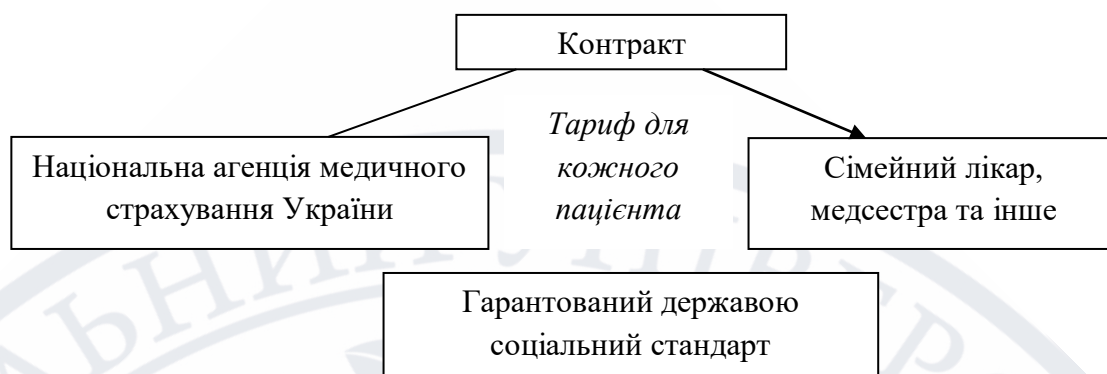


Рисунок 1.2 – Механізм формування системи медичного страхування в Україні.

Згідно з новою системою, технічним оператором перерахування бюджетних коштів буде прозора страхова агенція, яка взаємодіє з лікарями для проведення документообігу. Запровадження нових податків чи страхових внесків не планується. Відомо, що населення сплачує податкові внески, які перерозподіляються і частково фінансують МОЗ України та відповідні заклади охорони здоров'я. Також передбачено створення національного рейтингу впровадження реформи в регіонах та розроблення детальних методичних матеріалів, які пояснюють роль лікарів, пацієнтів і місцевих адміністрацій у забезпеченні широкого доступу до медичних послуг [29].

Таким чином, дуже важливо, щоб Україна, впроваджуючи страхову медицину, нову систему надання медичної допомоги, впровадження платної медицини та систему оплати за надані послуги, брала на увагу позитивний світовий досвід і враховувала помилки, які призвели до негативних наслідків в інших країнах. Медичне страхування, що здійснюється у формі обов'язкового страхування, приймає риси соціального страхування, оскільки його проведення регулюється державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові внески, сплачувані громадянами та юридичними особами, набувають форму податку. Обов'язкове медичне страхування піддавано жорсткому контролю держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дозволяє ефективно планувати медичну допомогу завдяки стабільності надходжень до страхового фонду.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ЗА 5 РОКІВ

2.1 Аналіз ринку медичного страхування в Україні

Страхування є важливим елементом фінансового механізму, а його рівень і якість впливає на економічний стан країни. Страхування є економічно вигідним інструментом для управління ризиками суб'єктів економічної діяльності.

Основою регулювання страхової діяльності на національному рівні є такі документи: Цивільний кодекс України, Господарський Кодекс України, Податковий кодекс України, Закони України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», постанови, розпорядження та накази. Однією з найбільших змін протягом аналізованого періоду є зміна регулятора на страховому ринку з 1 липня 2020 року. Згідно ЗУ від 12 вересня 2019 р. №79–ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій з державного регулювання ринків фінансових послуг» [12] Національний банк України став уповноваженим органом виконавчої влади на ринку небанківських установ, його в попередником була Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [25].

Страхова медицина – це форма організації охорони здоров'я, яка передбачає обов'язкове державне страхування від хвороб у сполученні із приватною лікарською практикою й медичними установами, така система організації медицини дозволяє поставити оплату праці медперсоналу й доходи лікувальних установ у безпосередню залежність від якості лікування й діагностики і при цьому, з фінансової точки зору, одержання якісної медичної допомоги доступне абсолютній більшості громадян [27].

За даними Національного банку України (НБУ), у III кварталі більшість учасників ринку небанківських фінансових послуг продемонстрували

помірне відновлення діяльності, хоча обсяги послуг ще далекі від довоєнних рівнів [2].

Станом на 01.09.2022 в Державному реєстрі фінансових установ (ДРФУ) обліковувалося 140 страховиків. Усі страховики в ДРФУ є ліцензіатами.

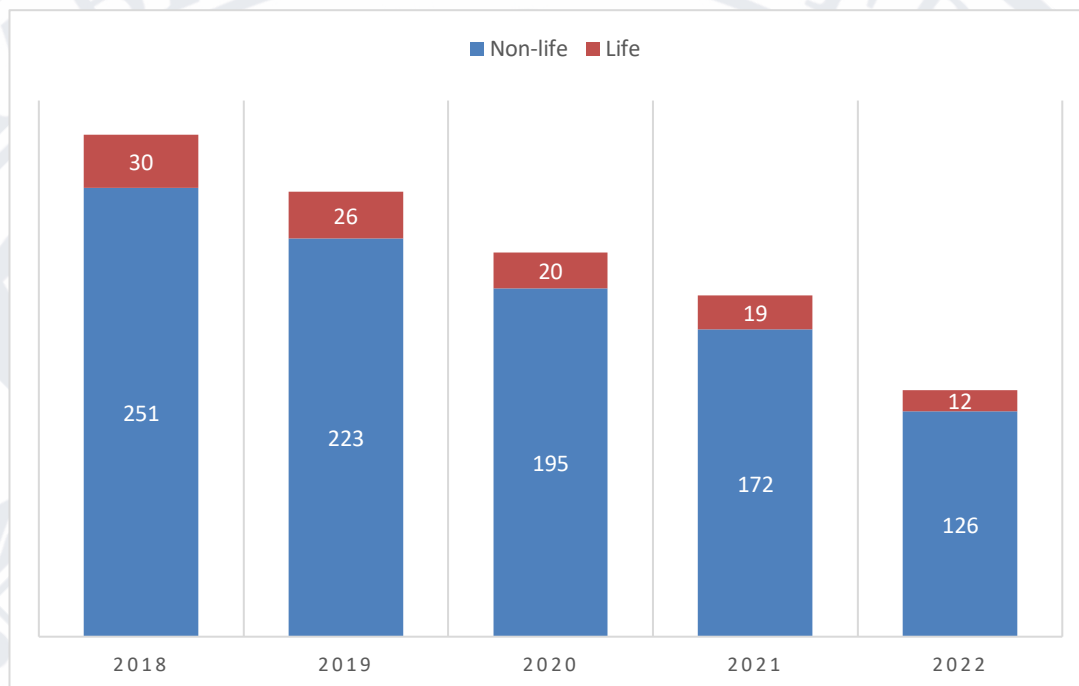


Рисунок 2.1 – Зміни у складі учасників страхового ринку (страховиків) з 2018 по 01.09.2022 року

Як видно з рисунку кількість страхових компаній продовжує тенденцію до зменшення, так за 2018 рік зареєстровано 281 компанія, а на вересень 2022 їх залишилось 140. На зменшення кількості компаній вплинула пандемія COVID-19 та повномасштабна війна. У січні-лютому 2022 року з ДРФУ виключені 10 страховиків не ліцензіатів, які були зареєстровані в зоні ООС та АР Крим, а також 1 страховик – після анулювання йому ліцензій (як захід впливу). З початку військової агресії страховий ринок зменшився на 5 учасників сегменту non-life:

- 3 страховики – після анулювання ліцензій (як захід впливу);
- 1 страховик – після анулювання ліцензій за заявою;
- 1 страховик, який був у січні 2022 року включений до ДРФУ,

проте так і не отримав жодної ліцензії на здійснення страхової діяльності.

Станом на 22.09.2022 у 3 страховиків тимчасово зупинена ліцензії на здійснення страхової діяльності, 1 страховику анульовано ліцензії [9].

У 2020 році відбулось зростання інтересу страхувальників до нових програм страховиків, які забезпечують страхування на випадок захворювання COVID-19. Однак не усі страхові компанії були спроможними представити своїм клієнтам дану послугу.

Після повномасштабного вторгнення РФ з страхового ринку пішли за рішенням Правління Національного банку України, дві великі компанії, а саме 06 грудня 2022 року «СК «Альфа Страхування» та 23.03.2023 Приватне Акціонерне Товариство «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРОВІДНА».

Український ринок покинув французький страховик АХА, а його місце зайняв Канадський холдинг Fairfax. Це вже друга інвестиція канадського холдингу в страхування України. До цього, Fairfax вже придбав одного страховика – QBE. Таким чином, частка північноамериканського капіталу в страховому ринку України зросла майже до 10 % [10].

Станом на 30.06.2022 загальний обсяг активів страховиків у порівнянні з початком року (до військової агресії), майже не змінився (+2,2 %) і склав 65,7 млрд грн. При цьому, за вказаний період кількість страховиків скоротилася – з 155 (01.01.2022) до 142 (01.07.2022) [24].

Страховий ринок продемонстрував помірний приріст прийнятних активів (+2,2 %), а у компаній, що звітують – зросли дещо більше (+3,2 %).

Обсяг сформованих страхових резервів у I півріччі 2022 залишився сталим (36,6 млрд грн). Традиційно, приріст страхових резервів мав місце у сегменті life, а також зростанням резервів збитків страховиків nonlife за рахунок великих збитків, які у переважній частці були перестраховані, та збільшення термінів врегулювання заявлених збитків, при цьому резерви незароблених премій зменшились з огляду на істотне скорочення обсягів наданих послуг у сегменті non-life.



Рисунок 2.2 – Обсяг сформованих страхових резервів з 2018 по 01.09.2022 року

Як видно з рисунку обсяг сформованих резервів постійно зростає відповідно з 2018 по 2022 рік це показник зріс (погіршився) до 34,1 %. Цей показник характеризує можливість страховим компаніям забезпечувати майбутні виплати страхових відшкодувань, але аналізуючи данні можна зробити висновок що збільшення страхових резервів негативно вплинуло на загальний коефіцієнт збитковості ризикового страхування [10].

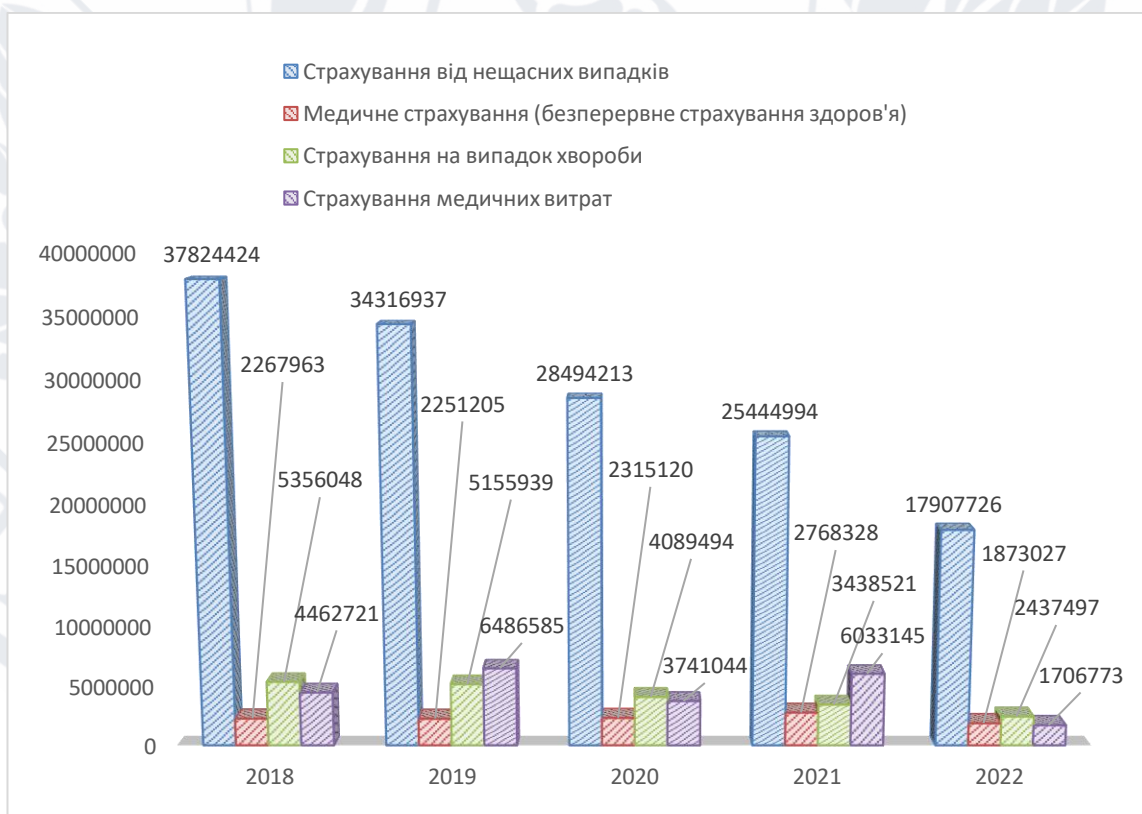


Рисунок 2.2 – Кількість укладених договорів з медичного страхування.

Як видно з рисунку кількість укладених договорів страхування від нещасних випадків та страхування на випадок хвороби мала тенденцію на зменшення. Це пояснюється підняттям ціни за страховку більше ніж у конкурентів на ринку. Кількість укладених договорів медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) мало приріст 19,6 % у 2021 році та падіння на 32,3 % у 2022 році у зв'язку з повномасштабним вторгненням РФ. Що до продукту страхування медичних витрат це вид страхування медичних та інших витрат під час подорожі за кордон та по Україні. Виходячи з особливості даного продукту з рисунку ми бачимо стрімке падіння на 42,3 % у 2020 році пов'язано з обмеженнями епідемії коронавірусом COVID-19. Після проведення вакцинації та отримання сертифікатів для вільного перетину кордону у 2021 році кількість укладених договорів зростає на 61,3 %. Після повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році кількість укладених договорів з страхування медичних витрат знову зменшилась на 71,7 % [3].

Показник валові страхові премії відображає загальний обсяг грошових коштів, які страховик отримує від своїх клієнтів у вигляді плати за страхові послуги, він вказує на розмір страхового портфеля та загальний обсяг страхової діяльності за певний період часу.

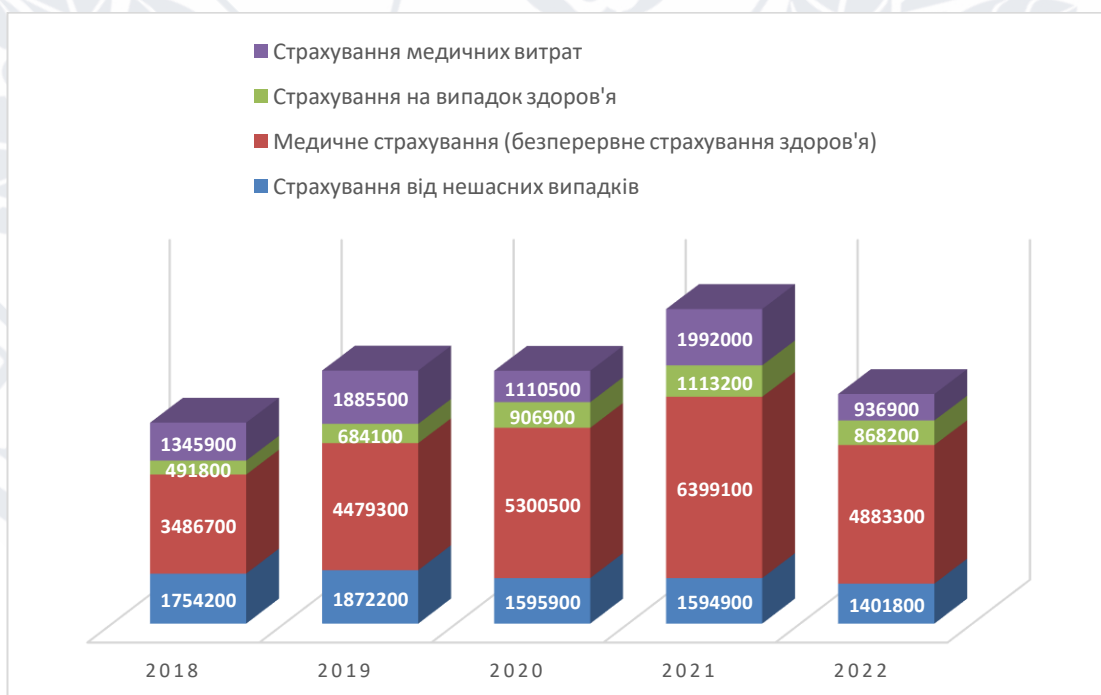


Рисунок 2.3 – Валові надходження страхових платежів.

Як видно з рисунку Валові медичні страхові премії за 2022 року скоротились на 27,1 %, що пов'язано з військовими діями.

На макроекономічному рівні розвиток страхового ринку, насамперед, характеризується таким показником як рівень проникнення страхування (співвідношення валових страхових премій до ВВП), динаміка якого відображена на рисунку 2.4.

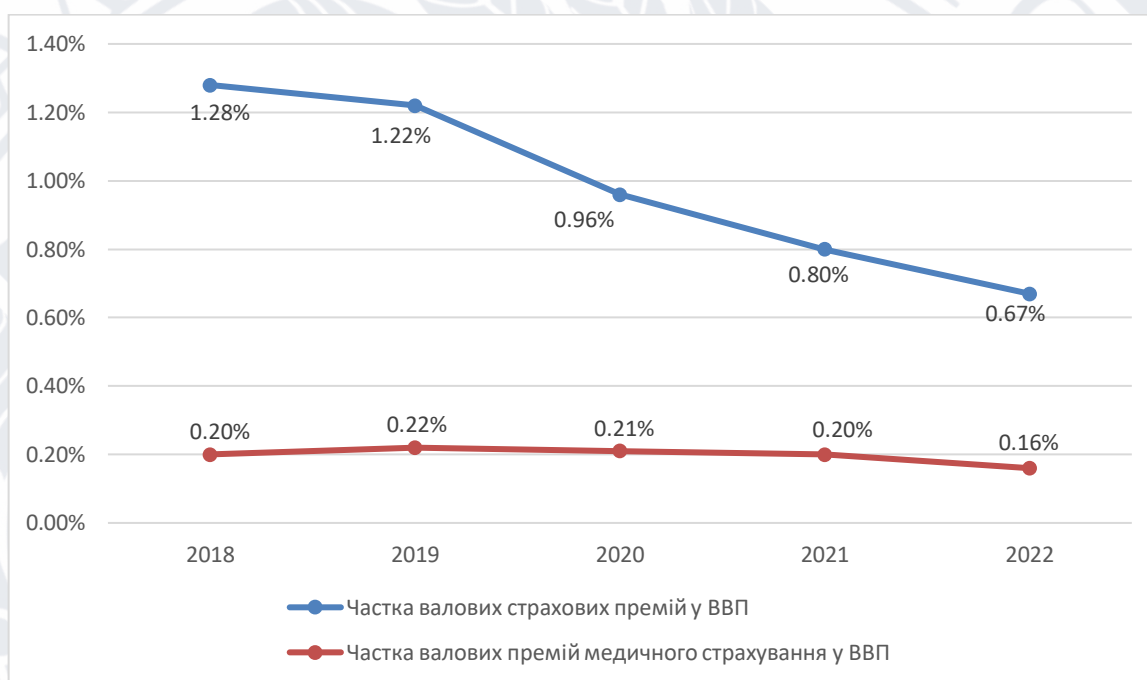


Рисунок 2.4 – Рівень проникнення послуг страхування в економіку України за 2018–2022 рр, % ВВП.

Як ми бачимо з рисунку у порівнянні з 2018 роком, за останній 2022 рік частка валових страхових премій у відношенні до ВВП скоротилася на 0,61 відсотковий пункт і становила 0,67 %. У той же час частка чистих валових страхових премій медичного страхування у відношенні до ВВП також скоротилася на 0,04 відсотковий пункт. Важливо відзначити, що оптимальне нормативне значення цього показника, необхідне для забезпечення безпеки страхового ринку, визначається як не менше 8 % [30].

Показник проникнення страхування в Україні свідчить про низький рівень частки зібраних премій у ВВП країни. Це свідчить про те, що розвиток страхового ринку і рівень його безпеки знаходяться на низькому рівні.

Порівняння показників чистих страхових премій та чистих страхових виплат є важливим для визначення прибутковості страхового портфеля та оцінки рівня ризику, який приймається страховикам.

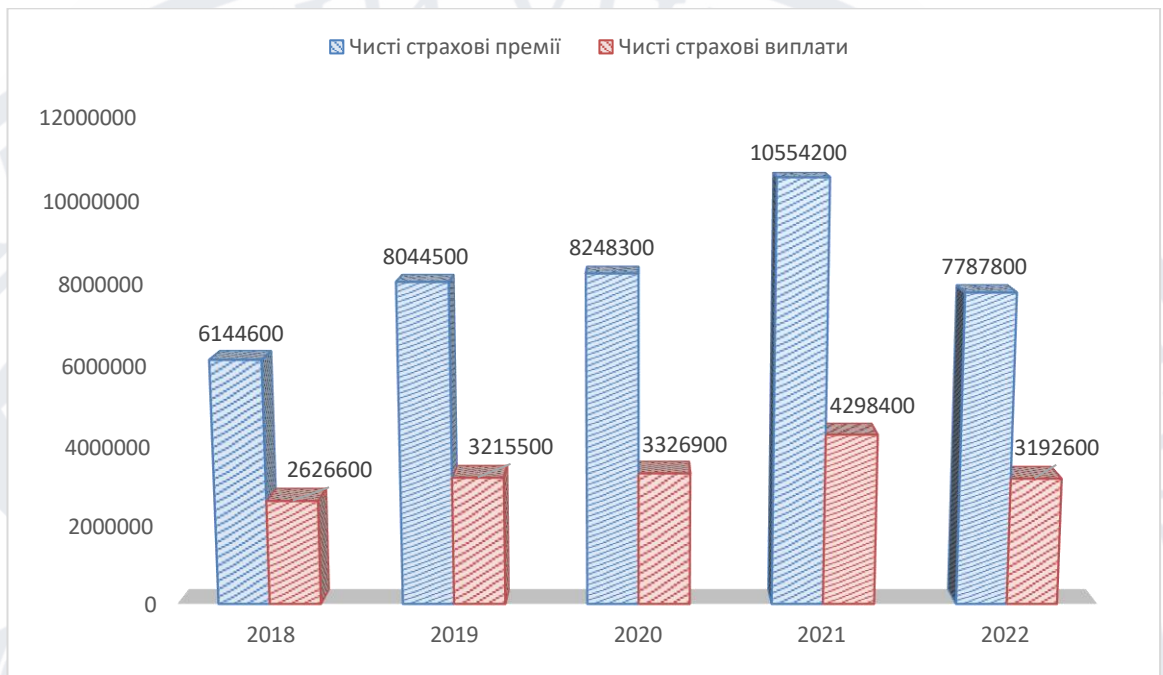


Рисунок 2.5 – Порівняння чистих страхових премій та виплат за звітний період 2018–2022 рік.

Як ми бачимо з рисунку зниження показників відбулось у 2022 році в зв'язку з військовими діями. Чисті страхові премії знизились на 26,2 %, а чисті страхові виплати знизились на 25,7 %. Приросту в показнику чистих страхових виплат не відбулось після повномасштабного військового вторгнення РФ тому, що в договорах страхування не відноситься до страхових випадків і страхова виплата не проводиться: якщо подія настала опосередковано або внаслідок: загрози війни, збройного конфлікту або серйозної погрози такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дій іноземного ворога, інтервенції, загальної військової мобілізації, воєнних дій [16].

Порівняльні показники чистих прибутків та збитків допомагають оцінити, наскільки добре страхова компанія управляє ризиками, витратами та приносить прибуток. Показник відношення прибутку до збитку (Profit to Loss Ratio) визначається за формулою:

$$\text{Profit to Loss Ratio} = \text{ЧП} \div \text{ЧЗ} \quad (2.1)$$

де Profit to Loss Ratio – показник відношення прибутку до збитку;

ЧП – чистий прибуток;

ЧЗ – чистий збиток.

Вони є важливими для аналізу фінансової стійкості та ефективності бізнесу страховика. Високе значення цього показника свідчить про те, що страхова компанія має високий чистий прибуток в порівнянні зі збитками, що може вказувати на ефективне управління ризиками.

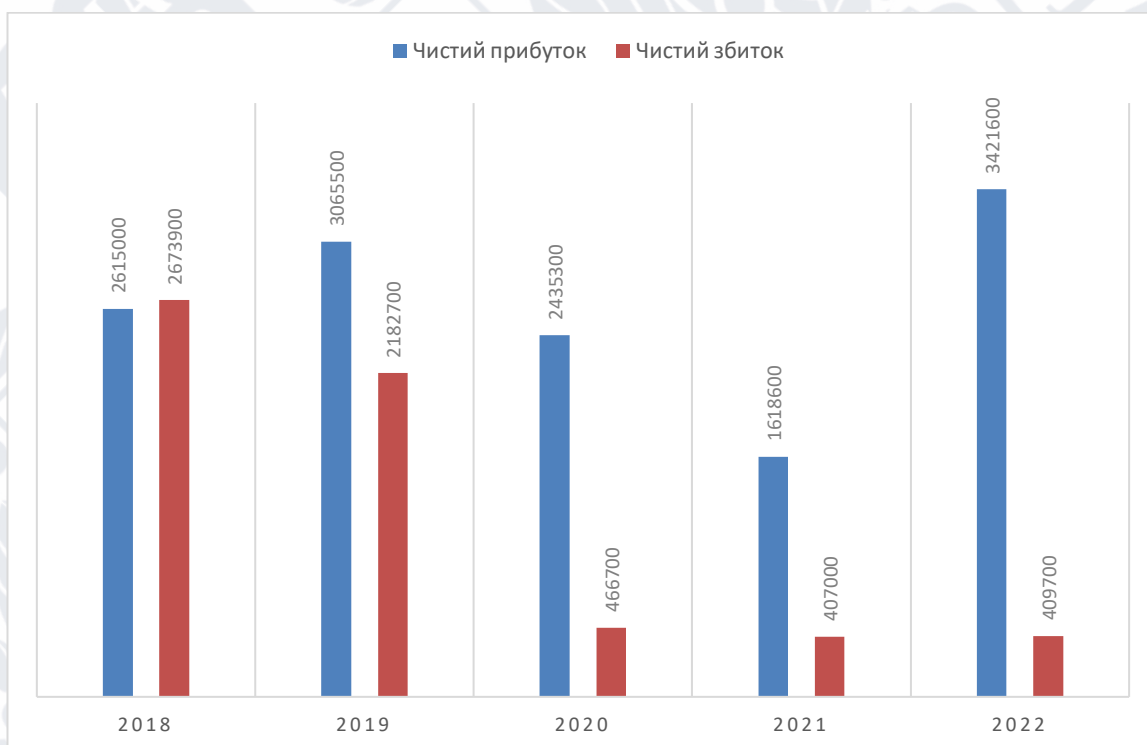


Рисунок 2.6 – Порівняльні показники чистих прибутків та збитків за звітний період 2018–2022 рік.

Як ми бачимо з рисунку показник відношення прибутку до збитку в 2018 за формулою (Profit to Loss Ratio) дорівнює 0,98 чисті збитки переважають чистий прибуток, це свідчить про те що деякі страхові компанії не фінансово стійкі та вказує на не ефективне управління ризиками. В 2019 році показник незначно покращився до 1,4. В 2020 році аналізуючи показник Profit to Loss Ratio, який склав 5,22, це пов'язано з тим що багато страхових компаній пішли з ринку. В 2022 році показник склав 8,35 так як на ринку залишились тільки стабільні страхові компанії.

Нижче на рис. 2.7 ТОП страхових компаній з медичного страхування, які залишились на ринку страхування [11].

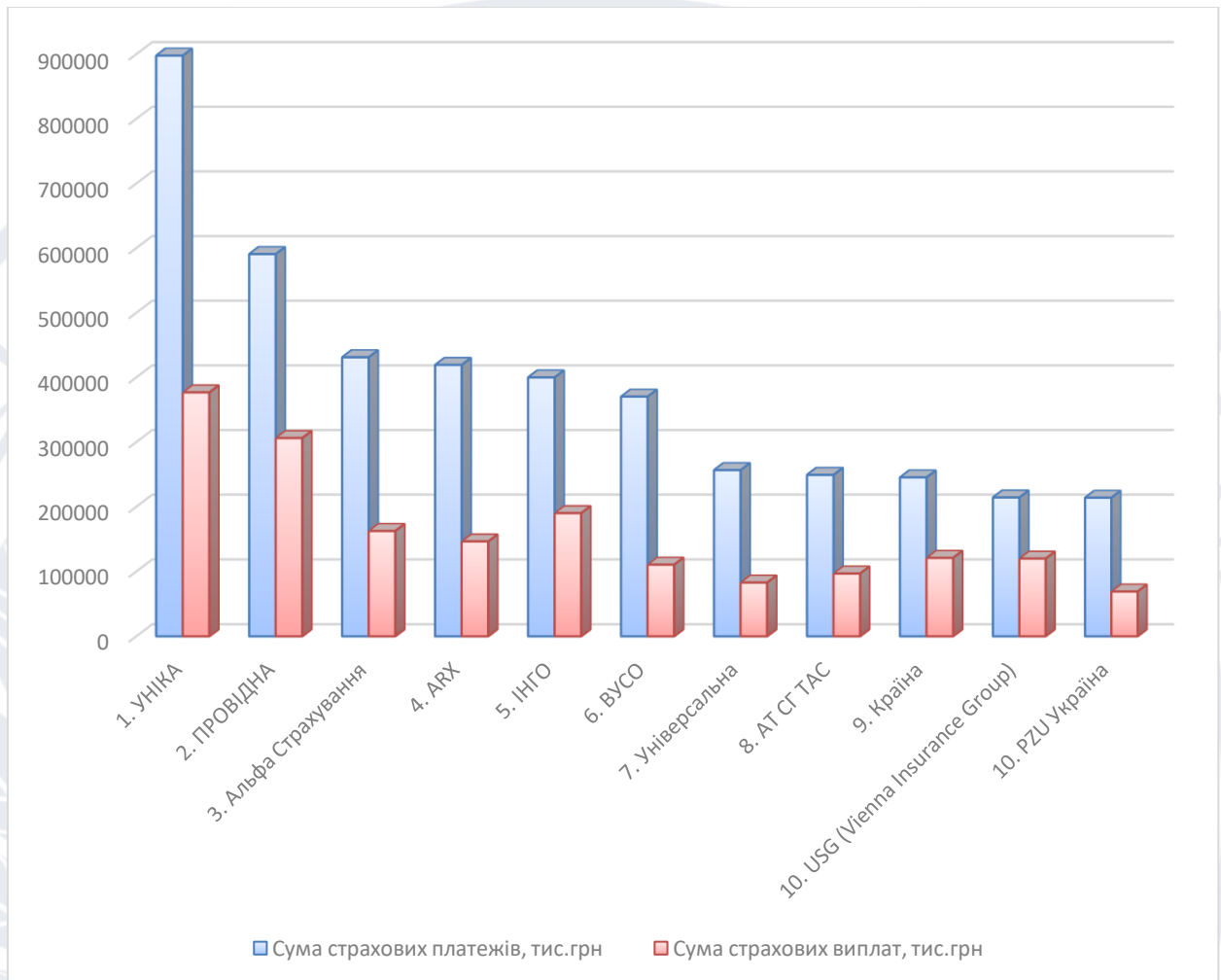


Рисунок 2.7 – ТОП на ринку медичного страхування (добровільне страхування медичних витрат, медичного страхування, страхування від нещасних випадків, страхування на випадок хвороби) за 9 місяців 2022 року

Серед вітчизняних страхових компаній, які все ж створили окремі програми по захисту населення від коронавірусу, можна назвати наступні: «Провідна», «ARX», «USI», «ІНГО», «ТАС» та «Країна». За кожною із представлених програм страхові компанії повинні виплатити страхову суму застрахованій особі у випадку: розладу здоров'я через зараження вірусом COVID19; смерті внаслідок інфікування вірусом COVID–19.

Проблемними наслідками пандемії для страховиків є:

- скорочення частки страхових премії по авіа–страхуванню та страхуванню майна;

- зменшення кількості контрактів, що стосуються страхування нового авто;
- складність в організації віддаленого обслуговування клієнтів співробітниками страхової компанії, а саме оцінювачів страхових збитків;
- ліквідація малих страхових компаній, які не змогли організувати якісні онлайн-сервіси [22].

Очікується приріст медичного страхування до 35 % (протягом останніх 5 років показник не перевищував 15 %). Цьому є декілька причин: органічне зростання ринку у зв'язку із зростанням цін у клініках і на медикаменти; компанії все частіше впроваджують соціальні пакети для залучення й утримання персоналу; реформа державної охорони здоров'я, яка дозволила медичному страхуванню стати, практично, єдиним дієвим способом отримувати якісну медичну допомогу.

Результати оцінки рівня концентрації страхового ринку дають можливість припустити, що в Україні поступово окреслюється олігополістична модель страхового ринку, коли діяльність невеликої кількості страхових компаній обслуговує переважну більшість клієнтів. Так, на ринку лишатимуться лише гравці, що здатні забезпечити прийнятний рівень якості активів, капіталізації та фінансової стабільності.

2.2 Аналіз діяльності АТ СГ «ТАС», як учасника ринку страхових послуг в Україні.

АТ «СГ «ТАС» є зареєстрованим приватним акціонерним товариством, що проводить свою діяльність в Україні. Акції компанії мають приватне розміщення. Основна діяльність компанії – недержавне страхування інші види страхування, ніж страхування життя [4].

Дата реєстрації ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «Страхова Група «ТАС» 19.10.1998 р.

Метою діяльності Компанії є одержання прибутку шляхом надання послуг з усіх видів страхового захисту майнових інтересів громадян і

юридичних осіб та здійснення фінансової діяльності в межах, визначених законодавством та Статутом Компанії.

Предметом безпосередньої діяльності Компанії є проведення страхування, перестраховання і здійснення фінансової діяльності, пов'язаної з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

Компанія здійснює усі види обов'язкового, добровільного страхування та перестраховання згідно з вимогами законодавства України, на які вона отримала ліцензії.

Компанія має 28 філій (в містах: Вінниця, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Івано–Франківськ, Київ, Кіровоград, Кременчук, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Нікополь, Одеса, Полтава, Рівне, Севастополь, Сімферополь, Суми, Тернопіль, Ужгород, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси, Чернівці, Чернігів).

Структурні підрозділи Компанії не є самостійними юридичними особами та діють у відповідності до Положень, затверджених Загальними зборами акціонерів. З 01 січня 2009 року бухгалтерський та податковий облік в Компанії здійснюється в єдиній обліковій системі на рівні Головного офісу Компанії.

Запущено низку сервісів, що дозволяють мінімізувати негативні наслідки страхової події для отримувача відшкодування. Так, клієнти АТ СГ «ТАС» можуть відслідковувати хід своєї справи з виплати через Viber (чат–боти), завдяки яким клієнти мають можливість отримати оперативну інформацію стосовно своєї справи, завантажувати світлини з місця ДТП та інші документи, необхідні для здійснення виплати, тощо.

В АТ СГ «ТАС», вже як 4 роки запроваджено проект миттєвих виплат, в рамках якого виплачують відшкодування протягом п'яти днів. І клієнтам, щоб отримати виплату, не доводиться чекати в чергах, безліч разів приїжджати в офіс страховика, збирати купу документів. Достатньо лише скористатися електронною чергою та один раз приїхати у заздалегідь визначений час, і вже за 30–40 хвилин вони матимуть повний розрахунок

вартості ремонту. Залишається лише вказати платіжні реквізити та за пару днів отримати гроші.

Страховання, окрім своєї основної для споживача – захисної функції (забезпечення фінансового захисту страхувальника від можливої шкоди, майнових збитків і втрат), виконує також невід’ємні від неї функції:

- накопичувальну (створення страховиком страхового фонду, котрий є резервом для наступних виплат за прийнятими страховиком зобов’язаннями перед його клієнтами);
- інвестиційно – зберігальну (інвестування в економіку такого страхового фонду з метою отримання страховиком додаткового прибутку та компенсації можливих збитків, що можуть бути заподіяні страховому фонду в результаті дії інфляції та інших проявів нестабільності фінансової системи країни).

Під час інвестування коштів страхових резервів (страховий фонд) АТ СГ «ТАС» дотримується нормативно встановлених обов’язкових критеріїв і нормативів достатності капіталу та платоспроможності, ліквідності, прибутковості, якості активів та ризиковості операцій страховика.

Так, станом на 31.12.2022 р. в структурі активів, якими можуть бути представлені страхові резерви, з врахуванням існуючого профіциту, тобто сума прийнятних активів більша нормативного обсягу (Норматив ризиковості операцій), 103,1 % представлені ліквідними активами, зокрема: кошти на поточних та депозитних рахунках – 42,3 %, централізовані страхові резервні фонди, накопичені в Моторно–транспортному страховому бюро України (МТСБУ), які в свою чергу також представлені поточними та депозитними рахунками і облігації внутрішніх державних позик (ОВДП) – 26,5 %, корпоративні облігації (перебувають в біржовому списку ПФТС) – 13,0 %, облігації внутрішніх державних позик (ОВДП) – 21,3 %.

Кошти, що розміщені в банках (на поточних та депозитних рахунках), мають кредитний рейтинг не нижче інвестиційного та 100 % з них, враховуючи облігації внутрішніх державних позик (ОВДП), належать до

низько ризикових активів (Норматив якості активів), тобто мають кредитний рейтинг не нижче ніж «АА» за національною рейтинговою шкалою (млн. грн):

Таблиця 2.1 – Розміщення коштів АТ СГ «ТАС» в банках.

АКТИВ	Кошти АТ СГ «ТАС»	Кошти АТ СГ «ТАС» в ЦСРФ МТСБУ	РАЗОМ
ВСЬОГО	1 262,8	525,7	1 788,5
ОВДП	422,1	148,7	570,8
кошти в банках:	840,7	377,0	1 217,7
<i>Універсал</i>	<i>504,9</i>	<i>11,1</i>	<i>516,0</i>
<i>ТАСКОМБАНК</i>	<i>186,3</i>	<i>38,9</i>	<i>225,2</i>
<i>Укрексімбанк</i>	<i>0,0</i>	<i>178,8</i>	<i>178,8</i>
<i>УКРГАЗБАНК</i>	<i>53,7</i>	<i>6,4</i>	<i>60,1</i>
<i>ПУМБ</i>	<i>5,0</i>	<i>54,5</i>	<i>59,5</i>
<i>Кредобанк</i>	<i>0,1</i>	<i>47,0</i>	<i>47,1</i>
<i>ОТП Банк</i>	<i>39,0</i>	<i>0,0</i>	<i>39,0</i>
<i>ОТП Банк</i>	<i>0,0</i>	<i>25,0</i>	<i>25,0</i>
<i>ПриватБанк</i>	<i>21,4</i>	<i>0,0</i>	<i>21,4</i>
<i>Ощадбанк</i>	<i>5,3</i>	<i>15,3</i>	<i>20,6</i>
<i>А-БАНК</i>	<i>10,0</i>	<i>0,0</i>	<i>10,0</i>
<i>Глобус</i>	<i>7,0</i>	<i>0,0</i>	<i>7,0</i>
<i>Кредитвест</i>	<i>4,6</i>	<i>0,0</i>	<i>4,6</i>
<i>Аваль</i>	<i>3,2</i>	<i>0,0</i>	<i>3,2</i>
<i>Інші</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>	<i>0,2</i>

Довгострокові зобов'язання та забезпечення в АТ СГ «ТАС» представлені сформованими Страховими резервами в сумі 1 869 434,7 тис. грн (в т. ч. резерв незароблених премій 1 156 300,9 тис. грн та резерви збитків

713 133,8 тис. грн), а також Довгостроковими зобов'язаннями з оренди (МСФО* 16) 155 99,5 тис. грн та Довгостроковими забезпеченнями витрат персоналу («резерв відпусток») в сумі 16 291,6 тис. грн.

У процесі своєї діяльності Компанія здійснює управління такими основними ризиками:

- ризиками страхової діяльності;
- операційними ризиками;
- фінансовими ризиками;
- стратегічними ризиками;
- іншими ризиками, що пов'язані із зовнішніми чинниками.

Компанія будує систему наскрізного управління усіма видами ризиків відповідно до вимог діючого законодавства та міжнародних стандартів.

Ризики операційної діяльності страховика можна розділити як ризики пов'язані з прямою операційною діяльністю – прямі страхові ризики та нестандартні страхові ризики.

Прямий страховий ризик характеризує стан предметів страхування та обставини, в яких вони знаходяться. Загальна вартість ризику визначається як сума окремих ризиків, що впливають на предмет страхування. Прямий страховий ризик в операційній діяльності страховика – андерайтинговий ризик включає:

- ризик недостатності страхових премій і резервів,
- катастрофічний ризик,
- інфляційний ризик.

Ризик недостатності страхових премій і резервів – коливання частоти, середніх розмірів та розподілу збитків при настанні страхових випадків.

Катастрофічний ризик – неточність прогнозів настання надзвичайних катастрофічних подій та оцінок їх наслідків.

Інфляційний ризик неточність прогнозів інфляції на товари, роботи та послуги.

Нестандартні страхові ризики враховують: політичну нестабільність

(зокрема у періоди президентських та парламентських виборів), військової загрози та конфлікти, хвилі загального економічного спаду, зміни настроїв у суспільстві, та інші фактори ризику, які можуть мати значний вплив на успішність діяльності компанії. Окремою групою нестрахових ризиків є ті, що прямо виходять з поточної внутрішньої діяльності Компанії: ризики пов'язані з управління, процесами оброблення інформації, проблеми з контрольованістю процесів, ненадійність технологій, помилки або/та несанкціоновані дії персоналу та інші об'єктивні причини.

Нижче наведено результати роботи АТ СГ «ТАС» порівняння страхових надходжень з обсягом страхових виплат за період 2018–2022 рік.



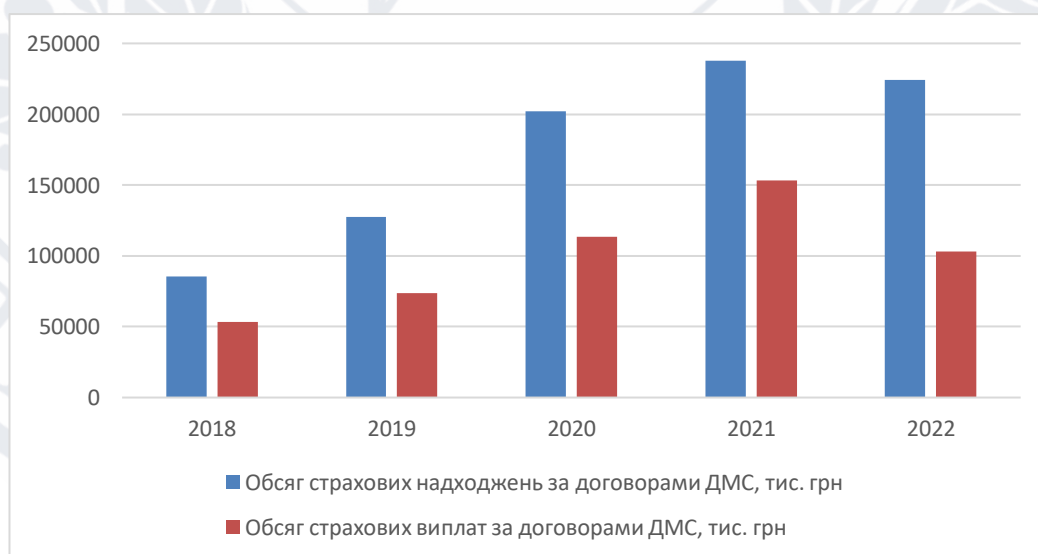
Рисунок 2.8 – Порівняння обсягу страхових надходжень та виплат.

Як видно з рисунка основні показники страхових надходжень та виплат акціонерного товариства страхової групи ТАС, які дозволяють нам визначити стан обсягу страхових надходжень та виплат. Як бачимо обсяг страхових надходжень та виплат з року в рік змінювався. Спостерігається зростання надходжень та виплат до 2021 року. 2018 – обсяг страхових надходжень досяг 1 387 744,98 тис. грн, що на 35,5 % перевищує суму платежів зібраних протягом 2017 року, обсяг страхових виплат досяг 545 448,98 тис. грн. – це на 46,9 % більше суми відшкодувань за 2017 рік. 2019 – обсяг його страхових надходжень досяг 1 815 100,21 тис. грн, що на 30,8 % перевищує суму, обсяг

страхових виплат досяг 726 963,19 тис. грн – це на 33,3 % більше суми відшкодувань за 2018 рік. 2020 рік – обсяг страхових надходжень досяг 2 026 920,04 тис. грн, що на 11,7 % перевищує суму платежів, обсяг страхових виплат за 2020 рік досяг 887597,39 тис. грн – це на 22,1 % більше суми відшкодувань за 2019 рік. Це пов'язано з епідемією коронавірусу COVID–19. 2021 рік – обсяг страхових надходжень досяг 2 449 545,01 тис. грн, що на 20,9 % перевищує суму платежів, обсяг страхових виплат досяг 1 142 848,06 тис. грн – це на 28,9 % більше суми відшкодувань за 2020 рік.

Вищезначена ситуація в абсолютних цифрах продажів і приростах по відношенню до 2021 року сталась внаслідок збройної агресії рф, фактичного припинення роботи підрозділів Товариства на окупованих територіях і падіння платоспроможного попиту на неокупованих територіях України. За результатами роботи АТ СГ «ТАС» обсяг його страхових надходжень досяг 2 432 613,62 тис. грн, що на 0,7 % менше суму платежів Товариства, зібраних протягом 2021 року. Обсяг страхових виплат за 2022 рік досяг 904 319,28 тис. грн – це на 20,9 % менше суми відшкодувань за 2021 рік.

Нижче наведено результати роботи АТ СГ «ТАС» порівняння страхових надходжень з обсягом страхових виплат відносно договору ДМС за період 2018–2022 рік.



Рисинок 2.9 – Обсяг страхових надходжень та виплат за договорами ДМС.

Аналізуючи показники з рисунка основні показники страхових надходжень та виплат акціонерного товариства страхової групи ТАС за договором ДМС, ми бачимо аналогічну ситуацію, як з показниками страхових надходжень і виплат АТ СГ «ТАС» по всім видам страхових договорів. Однакове зростання надходжень та виплат до 2021 року та зменшення у 2022 році. 2018 – було залучено 85 348,26 тис. грн платежів, що становить 6,2 % від загального обсягу надходжень страховика та на 46,6 % (приріст тис. грн 27 139,37) перевищує аналогічний показник за 2017 рік, в свою чергу, частка ДМС в портфелі виплат склала 9,82 %: за договорами добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» відшкодувала в 53 582,78 тис. грн – це на 62,5 % більше відповідного показника за 2017 рік, приріст 20614,43 тис. грн. 2019 році – було залучено 127 647,74 тис. грн платежів, що становить 7,03 % від загального обсягу надходжень страховика та на 49,6 % (приріст тис. грн 42 299,48) перевищує аналогічний показник за 2018 рік, в свою чергу, частка ДМС в портфелі виплат склала 10,17 %: за договорами добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» відшкодувала в 73 921,59 тис. грн – це на 38,0 % більше відповідного показника за 2018 рік, приріст 20 338,80 тис. грн. 2020 році – було залучено 202 245,61 тис. грн платежів, що становить 9,98 % від загального обсягу надходжень страховика та на 58,4 % (приріст тис. грн 74 597,87) перевищує аналогічний показник за 2019 рік, в свою чергу, частка ДМС в портфелі виплат склала 15,41 %: за договорами добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» відшкодувала в 113 584,93 тис. грн – це на 24,0 % більше відповідного показника за 2019 рік, приріст 26 458,59 тис. грн. 2021 році – було залучено 237 876,25 тис. грн платежів, що становить 9,71 % від загального обсягу надходжень страховика та на 17,6 % (приріст тис. грн 35 630,64) перевищує аналогічний показник за 2020 рік, в свою чергу, частка ДМС в портфелі виплат склала 13,43 %: за договорами добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» відшкодувала в 153 430,00 тис. грн – це на 35,10 % більше відповідного показника за 2020 рік, приріст 39 845,07

тис. грн. 2022 році – було залучено 224 113,64 тис. грн платежів, що становить 9,21 % від загального обсягу надходжень страховика та на 5,8 % менше аналогічного показника за 2021 рік, в свою чергу, частка ДМС в портфелі виплат склала 11,41 %: за договорами добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» відшкодувала в 103 217,93 тис. грн – це на 32,7 % менше відповідного показника за 2021 рік.

Також слід відзначити кількість укладених договорів страхування ДМС в період з 2018 – 2022 рік.

Таблиця 2.2 – Кількості укладених договорів страхування всього та окремо по ДМС

Показники	2018	2019	2020	2021	2022
Укладені договори страхування, всього	1 904 899	2 379 941	2 285 111	2 517 677	2 148 875
Приріст, од.	397 270	475 042	-94 830	232 566	-368 802
Приріст, %	26,4	24,9	-4,0	10,2	-14,6
ДМС	9 455	9 615	14 086	17 877	16 703
Приріст, од.	2 048	160	4 471	3 791	-1 174
Приріст, %	27,6	1,7	46,5	26,9	-6,6

Аналізуючи дані таблиці бачимо закономірність зниження активності укладання договорів страхування, що припадають на епідемією коронавірусу COVID – 19 у 2020 році та внаслідок збройної агресії РФ у 2022 році. Укладені за 2018 рік договори страхування всього 1904899 одиниць (приріст 397 270), що на 26,4 % більше показника 2017 року, з них укладених договорів по ДМС 9 455 (приріст 2048) збільшення за минулорічний показник на 27,6 %. Укладені за 2019 рік договори страхування всього 2 379 941 одиниць (приріст 475 042), що на 24,9 % більше показника 2018 року, з них укладених договорів по ДМС 9 615 (приріст 160) збільшення за минулорічний показник на 1,7 %. Укладені за 2020 рік договори страхування всього 2 285 111 одиниць, що на 4,0 % нижче показника 2019 року, з них

укладених договорів по ДМС 14 086 (приріст 4 471) збільшення за минулорічний показник на 46,5 %. Збільшення кількості укладених договорів ДМС пов'язано з впровадженням додаткової опції в програмі: «Діагностика та лікування COVID – 19». Укладені за 2021 рік договори страхування всього 2 517 677 одиниць (приріст 232566), що на 10,2 % вище показника 2020 року, з них укладених договорів по ДМС 17 877 (приріст 3 791) збільшення за минулорічний показник на 26,9 %. Укладені за 2022 рік договори страхування всього 2 148 875 одиниць, що на 14,6 % нижче показника 2021 року, з них укладених договорів по ДМС 16703 зменшення за минулорічний показник на 6,6 % [5].

АТ «СГ «ТАС»(приватне) працює на ринку страхових послуг понад 23 років і має ліцензії Нацкомфінпослуг України на здійснення 38 видів страхування, з них: 21 – у формі добровільного та 17 – у формі обов'язкового, та пропонує клієнтам близько 100 страхових продуктів. Страхова група «ТАС» має розгалужену регіональну мережу: 36 регіональних дирекцій і філій та 560 офісів продажів по всій території України, де щороку укладається більше 2 млн договорів страхування.

За результатами останніх років АТ «СГ «ТАС»(приватне) залишається лідером за рівнем виплат та зібраних страхових премій серед страхових компаній України з ОСПЦВ та «Зеленої картки» за рейтингом журналу Insurance TOP, а протягом останніх 3 років АТ «СГ «ТАС»(приватне) входить у трійку лідерів за валовими та чистими страховими платежами.

У 2022 році СГ «ТАС» виплатила в якості страхових відшкодувань понад 904 млн грн, що є одним з найвищих показників на ринку. Зокрема за договорами КАСКО було виплачено 251,46 млн грн, за полісами обов'язкової «автоцивілки» 353,29 млн грн, за «Зеленою карткою» – 145,17 млн грн тощо.

За оцінками МТСБУ, головного регулятора ринку автострахування в Україні, діяльність АТ «СГ «ТАС» (приватне), а саме її фінансовий стан, кількість скарг від страхувальників, якість врегулювання збитків, отримали

найвищу можливу оцінку «добре» в цілому та по кожному з перелічених показників.

АТ «СГ «ТАС» (приватне) має підтверджений довгостроковий кредитний рейтинг на рівні uaAA, прогноз рейтингу – негативний, присвоєний у вересні 2022 року РА «Кредит–Рейтинг».

АТ «СГ «ТАС» (приватне) є членом Моторного (транспортного) страхового бюро України (МТСБУ), Морського страхового бюро України. Входить до Асоціації міжнародних експедиторів України (АМЕУ), Федерації страхових посередників України та Бюро кредитних історій.

АТ «СГ «ТАС» (приватне) – це вибір 1,5 мільйона українців щороку, а також численних підприємств, що працюють в різних галузях економіки.

Проведені дослідження свідчать, що страховий ринок України, перебуваючи на етапі формування, поступово адаптується до вимог європейського та світового ринків. З метою покращення ситуації необхідно активніше впроваджувати зарубіжний страховий досвід та змінювати власні моделі функціонування страхового ринку, зокрема: вдосконалювати механізм державного регулювання діяльності страхових компаній; адаптувати до світових стандартів страхове законодавство; впроваджувати новітні технології зі страхування та новітні стандарти якості обслуговування в цій сфері.

2.3 Аналіз добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС»

Для отримання медичної допомоги в страховій компанії АТ СГ «ТАС» необхідно укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та добровільного страхування медичних витрат (договір медичного страхування) відповідно до Закону України «Про Страхування», правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від 20.09.06 р., (зі змінами), Правил добровільного страхування медичних витрат від 14.10.2008 року (зі змінами), (ліцензія АВ №500438 від 02.12.2009 р., АВ №500440 від

02.12.2009 р) між Страховиком та Страхувальником. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

Договір страхування може бути укладений юридичною особою (підприємство, завод, фірма тощо) на користь своїх працівників або фізичною особою на свою користь або на користь своїх рідних.

Основою регулювання є правила добровільного медичного страхування, які розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» і здійснюється відповідно до чинного законодавства України.

Правила добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС» складається з таких розділів:

- загальні положення;
- перелік обертів страхування;
- порядок визначення розмірів страхових сум;
- страховий ризик;
- виключення із страхових випадків і обмеження страхування;
- строк та місце дії договору страхування;
- порядок укладення договору страхування; права та обов'язки сторін;
- дії страхувальника у разі настання страхового випадку;
- перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмірів збитків;
- порядок і умови здійснення страхових виплат;
- строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат;
- причини відмови у страховій виплаті;
- порядок внесення змін у договір страхування;
- умови припинення договору страхування;
- порядок вирішення спорів;
- особливі умови.

Страховання здійснюється юридичною особою, яка укладає із застрахованою особою (віком до 70 років) договір страхування.

Договір страхування – це письмова угода між Страховиком і Страхувальником, причому Страховик бере на себе зобов'язання здійснювати страхову виплату відповідно до послуг певного переліку в обсягах програми медичного страхування. В той же час Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначенні строки.

Медичний заклад, що надає застрахованій особі медичні послуги забезпечує медикаментами та матеріалами, які необхідні для надання медичної допомоги і які передбачені Програмою медичного страхування.

Програма медичного страхування – це Договір, якій складається між Страховиком і Страхувальником про послуги страхування види, обсяги, та порядок надання та фінансування медичної допомоги.

Між Страховиком і Страхувальником є спеціалізована служба, яка обслуговує Договір в частині організації та фінансування медичних послуг в той же час на момент підписання Договору складається декларація про стан здоров'я страхувальника.

Обсяг медичних послуг, які організуються та оплачуються страховою компанією визначається програмою страхування.

Програма страхування може включати:

1. Амбулаторно – поліклінічна допомога. Консультації терапевта та вузьких фахівців; Консультації провідних фахівців(професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації) у складних випадках; Альтернативна консультація лікаря у випадку відсутності позитивної динаміки від лікування (оцінюється лікарем координатором Страховика); Проведення діагностичних тестів: в тому числі сучасна інструментальна, функціональна і лабораторна діагностика (в т. ч анестезія при проведенні ФГДС, колоноскопії); Проведення медичних процедур та маніпуляцій; Виклик лікаря додому;

Фізіотерапевтичні процедури – курс до 10 процедур в рік; Ведення медичної документації, в тому числі видача лікарняного листа; Денний стаціонар.

2. Медикаментозне забезпечення амбулаторно–поліклінічної допомоги. Забезпечення видачі попередньо призначених лікарем медикаментів в аптеках на безоплатній основі; Доставка медикаментів, на суму не менше мінімальної суми доставки та за наявності даної послуги в регіоні; Компенсація 100 % вартості придбаних за узгодженням з лікарем–координатором Страховика медикаментів, призначених лікуючим лікарем.

3. Стаціонарна допомога. Організація ургентної госпіталізації; Організація планової госпіталізації у профільні відділення медичних закладів 1 раз в рік; Проведення діагностичних тестів і лабораторних досліджень; Консультації лікарів–фахівців у стаціонарі за призначенням лікуючого лікаря; Комплексне лікування із застосуванням сучасних терапевтичних та хірургічних методів; Харчування в умовах стаціонару за нормативами медичного закладу; Оформлення медичної документації; Забезпечення медикаментами й видатковими матеріалами (шприци, бинти, катетери й т.п.) (в тому числі доставка за умови наявності даної послуги в регіоні).

4. Невідкладна медична допомога. Цілодобовий виклик бригади невідкладної допомоги через лікарів – координаторів Страховика; Виїзд бригад невідкладної допомоги (як загального профілю так і спеціалізованих бригад); Первинне обстеження і постановка первинного діагнозу; Експрес – діагностика та проведення лабораторних тестів; Надання невідкладної допомоги за життєвими показами; Медикаментозне забезпечення; Виконання медичних маніпуляцій та процедур; Транспортування в медичні заклади з метою госпіталізації.

5. Бонусні програми. Злоякісні та доброякісні онкологічні захворювання, вперше виявленні у житті Застрахованої особи в період дії договору, включаючи: консультації лікарів; діагностику (онкомаркери, комп'ютерна томографія, МРТ і т.д.); один курс стаціонарного лікування, включаючи оперативне втручання; один курс хіміотерапії / радіотерапії.

Діагностика та 1 курс стаціонарного лікування туберкульозу, уперше виявленого у житті Застрахованої особи в період дії договору, строком до 60 днів. Діагностика та 1 курс стаціонарного лікування цукрового діабету, уперше виявленого у житті Застрахованої особи в період дії договору. Страхова сума визначається при укладанні договору страхування за погодженням сторін в розмірі від 4 000 гривень. Термін страхування – договір страхування укладається строком на 1 рік.

В компанії діє гнучка система ціноутворення. У АТ СГ «ТАС» пропонують оптимальний набір медичних послуг (програму страхування) в залежності від ваших потреб та фінансових можливостей.

Таблиця 2.3 – Види та продукти з добровільного медичного страхування АТ СГ «ТАС».

Види страхування 1	Продукти 2	Опис 3
27 Добровільне страхування від нещасних випадків	ТАС-Захисти себе в Україні	Продукт який покриває страхові виплат при втраті працездатності внаслідок нещасних випадків, смерті та смерті внаслідок військових дій
	ТАС-Персональний	Смерть ЗО внаслідок нещасного випадку, стійка втрата працездатності ЗО внаслідок нещасного випадку з встановленням інвалідності I, II, III групи, тілесне пошкодження ЗО внаслідок нещасного випадку та тимчасова втрата працездатності ЗО внаслідок нещасного випадку з виплатою по 0,5 % від страхової суми
28 Добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби	Повний медзахист	Страхування на випадок гострих та критичних захворювань, смерті застрахованої особи зі здійсненням виплати без надання чеків
	ТАС-Швидкий захист	Смерть Застрахованої особи, що настала внаслідок нещасного випадку; стійка втрата працездатності (встановлення інвалідності) внаслідок нещасного випадку; тілесне пошкодження ЗО внаслідок нещасного випадку та смерть ЗО, що настала внаслідок хвороби;
	ТАС-Захист здоров'я	Нещасний випадок та здоров'я на випадок хвороби (Смерть ЗО внаслідок нещасного випадку, стійка втрата працездатності ЗО внаслідок нещасного випадку з встановленням інвалідності I, II, III групи, тілесне пошкодження ЗО внаслідок нещасного випадку, тимчасова втрата працездатності ЗО внаслідок нещасного випадку з виплатою по 0,5 % від страхової суми.);

Продовження таблиці 2.3

1	2	3
		Смерть ЗО внаслідок хвороби (Стійка втрата працездатності ЗО внаслідок хвороби з встановленням інвалідності I, II, III групи, тимчасова втрата працездатності хірургічне лікування, тимчасова втрата працездатності консервативне лікування)
29 Добровільне медичне страхування	TAS-Територія здоров'я	<p>Основні види медичної допомоги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно – поліклінічна допомога +/- медикаменти; • Стаціонарна допомога, включаючи медикаменти; • Невідкладна медична допомога (виїзд бригади невідкладної допомоги); • Стоматологічна допомога; <p>Дані види допомоги можуть бути обраними (застрахованими) практично в будь-яких комбінаціях. Колектив може страхуватись на кількох різних Програмах страхування, але не більше 2 (двох), якщо кількість застрахованих працівників 20 чол. і менше.</p>
	TAS-Doctor	<p>Страхові випадки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - звернення Застрахованої особи до медичного закладу, що запропонований Страховиком з приводу гострого захворювання/стану, що передбачено обраною Програмою страхування за отриманням медичної допомоги та додаткових послуг, внаслідок якого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату медичному закладу /Застрахованій особі/Вигодонабувачу; - страховим випадком визнається гостре захворювання/стан, що прямо визначенні у Програмі страхування, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування і призвело до надання медичної допомоги, що передбачена обраною Програмою страхування.
38 та 39 Добровільне страхування медичних інших витрат	TAS TRAVEL	Види страхування: медичні витрати, нещасний випадок, цивільна відповідальність та майно та відповідальність. Територія покриття: Zone A (Туреччина; Туніс, Єгипет; Болгарія; Азербайджан; Грузія; Казахстан; Киргизстан; Туркменістан; Узбекистан), Europa, World (Всі країни світу крім: України)

Продовження таблиці 2.3

1	2	3
	ТАС Мандри	Види страхування: медичні витрати, нещасний випадок, цивільна відповідальність та майно та відповідальність. Територія покриття: України

Основою регулювання страхової діяльності на національному рівні є такі документи: Цивільний кодекс України, Господарський Кодекс України, Податковий кодекс України, Закони України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», постанови, розпорядження та накази.

Розглянемо основні положення, які входять в добровільне медичне страхування (безперервного страхування здоров'я) АТ СГ ТАС.

Питання щодо медичного страхування, реформи фінансування охорони здоров'я та впровадження електронних механізмів, системи Універсального медичного охоплення, розвитку електронної охорони здоров'я є пріоритетними у діяльності Асоціації протягом всього часу її існування, адже учасники Національної асоціації Страховиків України (НАСУ) за результатами 2022 року утримують 83 % ринку добровільного медичного страхування України, а за результатами 6 місяців 2023 – 88,9 %.

У зв'язку з цим НАСУ вітає зусилля МОЗ щодо медичного страхування та нещодавно ухвалену Дорожню карту впровадження медичного страхування, підтримує аргументи та кроки, у ній визначені.

Впевнені, що співпраця бізнесу та Держави може позитивно впливати та проникнення та здешевлення медичного страхування. Також така взаємодія здатна частково вирішити проблему витрат «з кишені» на охорону здоров'я, буде забезпечувати залучення приватного сектора як повноправного учасника системи охорони здоров'я, залучення додаткового фінансування як комплементарного, так і додаткового ДМС, розвитку електронної системи охорони здоров'я. Страховики в рамках врегулювання страхових випадків можуть також забезпечувати контроль за діяльністю

закладів охорони здоров'я в частині використання фінансування, а також раціонального та адекватного призначення лікування пацієнтам.

Переконані, що необхідним та вагомим внеском у започатковану реформу буде спільне об'єднання зусиль Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Верховної Ради України, Національного банку України та Міністерства охорони здоров'я.

Серед першочергових конкретних кроків, що є необхідними для реалізації, зокрема, і згаданої Дорожньої карти, і норм, закладених у Проекті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року від 23 лютого 2022 року, і прав, наданих страховикам при врегулюванні страхових випадків статтями 102 та 103 нового Закону «Про страхування», вбачаємо необхідність розвитку моделі державно–приватного партнерства в електронній системі охорони здоров'я, зокрема, опрацювання варіантів долучення страховиків до електронної системи охорони здоров'я.

Для успішного реалізації вказаного НАСУ звернулася до основних стейхолдерів із ініціативою внесення відповідних законодавчих змін для долучення страховиків до обміну даними із електронною системою охорони здоров'я.

Оскільки завданням НАСУ є участь в розробці та вдосконаленні законодавства у сфері фінансових послуг, в тому числі у сфері страхування, організація та проведення експертизи актів, та реалізація інших проектів, які сприяють становленню і розвитку ринку страхових послуг, НАСУ готова надавати власну експертизу та дані, опрацьовувати проекти та надавати пропозиції, проводити аналіз та апробацію щодо проектів, що передбачають роль страховиків у медичній системі України або залучення додаткового фінансування у медичну галузь, створення єдиного медичного інформаційного простору, розвитку електронної охорони здоров'я та електронної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

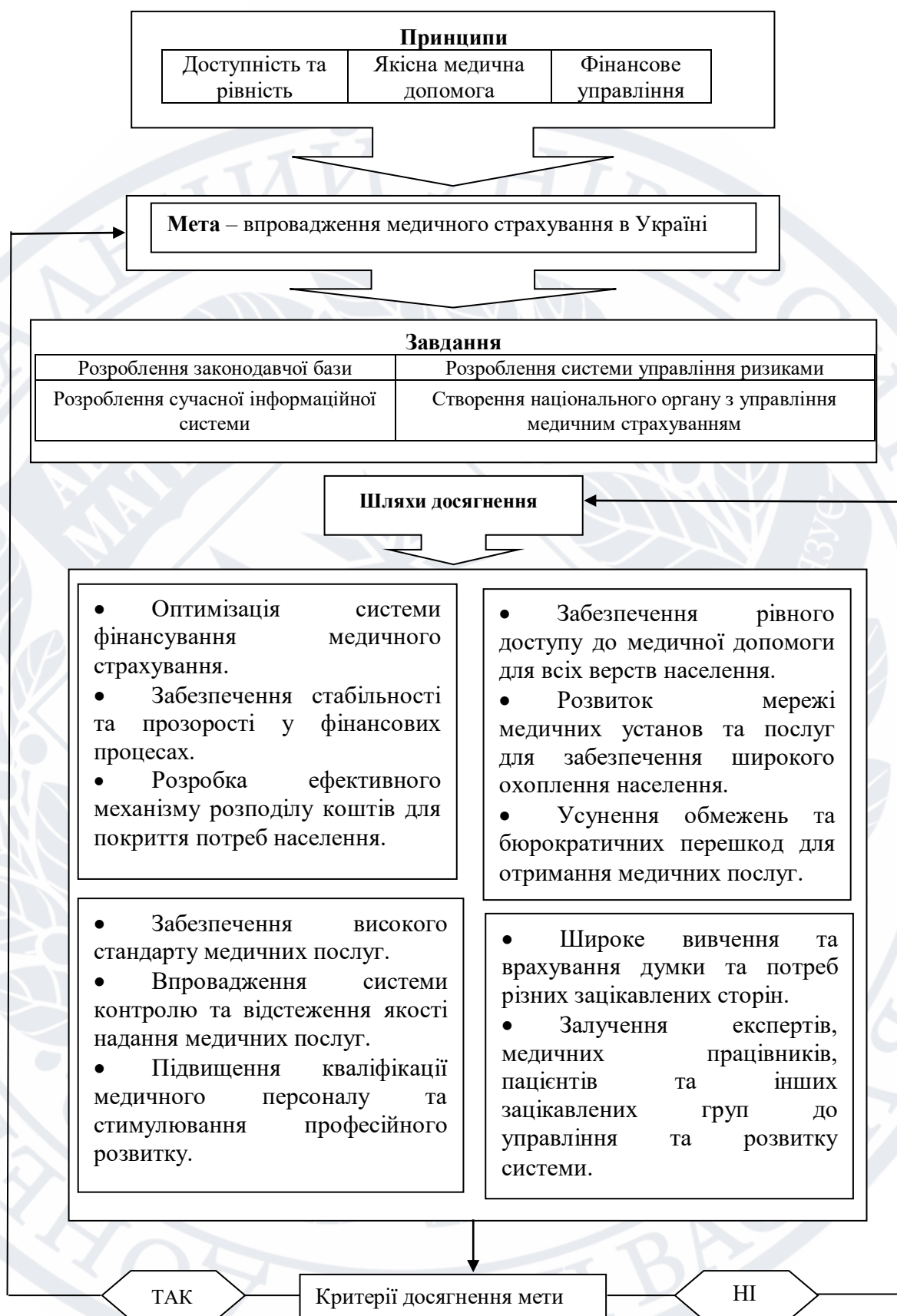
3.1 Концепція вдосконалення розвитку системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації

Вдосконалення системи медичного страхування в Україні в умовах ринкової трансформації є важливим завданням для забезпечення доступності та якості медичної допомоги громадянам. Ринкова трансформація передбачає перехід від централізованої системи до більш децентралізованої та ринкової моделі організації медичної допомоги.

Створення обов'язкової системи медичного страхування в Україні для всіх громадян. Це допоможе збільшити фінансовий обсяг доступних ресурсів для медичної системи. Створення обов'язкової системи медичного страхування в Україні може сприяти забезпеченню фінансової стабільності та доступності якісної медичної допомоги для всього населення [17].

Розроблення законодавчої бази, яка визначатиме основні принципи та правила обов'язкової системи медичного страхування. Закон має враховувати особливості української медичної системи та міжнародні стандарти. У законі слід чітко визначити, хто має бути обов'язково застрахованим. Це може включати всіх громадян, працівників, роботодавців і т. д.

Створення національного органу з управління системою. Потрібно створити незалежний орган або агентство, яке відповідатиме за регулювання та контроль системи медичного страхування. Цей орган має бути професійним, незалежним від політичних впливів і здатним забезпечувати ефективне функціонування системи.



Рисинок 3.1 – Концепція вдосконалення розвитку системи медичного страхування в Україні.

Як приклад Моторне (транспортне) страхове бюро України, яке є єдиним об'єднанням страховиків, що здійснюють обов'язкове страхування цивільно–правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам. Членство страховиків у МТСБУ є обов'язковою умовою здійснення діяльності щодо обов'язкового страхування цивільно–правової відповідальності власників наземних транспортних засобів. МТСБУ є непідприємницькою (неприбутковою) організацією і здійснює свою діяльність відповідно до Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно–правової відповідальності власників наземних транспортних засобів», законодавства України та свого Статуту. На кшталт наведеного прикладу створити Медичне страхове бюро, яке буде здійснювати:

- визначати перелік медичних послуг, які будуть покриті системою медичного страхування, це може включати первинну медичну допомогу, стаціонарне лікування, ліки, профілактичні обстеження і багато іншого;
- здійснювати контроль над витратами і якістю, щоб уникнути переplat і забезпечити високу якість лікування.

Обов'язкове медичне страхування може бути фінансоване за рахунок страхових внесків, які сплачують роботодавці, працівники і можливо держава. Для забезпечення соціальної справедливості може передбачатися різний розмір страхових внесків в залежності від доходу.

Розроблення сучасної інформаційної системи для обліку та моніторингу страхових внесків, витрат і результатів лікування. Постійне відстежування та оцінювання роботи системи медичного страхування, щоб вчасно коригувати проблеми та досягати поставлених цілей.

Проведення інформаційної кампанії серед населення та медичних працівників щодо нової системи та їхніх прав і обов'язків.

Розроблення системи управління ризиками, щоб забезпечити стійкість системи до фінансових труднощів та несприятливих змін у сфері охорони здоров'я.

Впровадження обов'язкової системи медичного страхування – це складний процес, який вимагає уважного планування, правильної регуляторної бази і сильного управління. Однак, при успішному впровадженні ця система може сприяти покращенню доступності і якості медичної допомоги для всього населення України.

Необхідно розширити перелік послуг та процедур, які включаються в страховий пакет. Це дозволить громадянам отримувати більше медичних послуг за рахунок страхових коштів. Розширення страхового покриття в Україні може допомогти забезпечити громадянам більший доступ до якісної медичної допомоги та зменшити фінансовий тиск на пацієнтів.

Включення нових медичних послуг до страхового покриття, таких як психіатрична допомога, стоматологічні послуги, реабілітація та інші, що зараз можуть бути доступні лише за плату або обмежено. Розширення переліку ліків включаючи інноваційні препарати та ліки для рідкісних захворювань, що допоможе забезпечити пацієнтів доступом до сучасних методів лікування.

Включити до покриття профілактичні заходи, такі як щеплення та регулярні обстеження, що сприятиме попередженню захворювань і зменшенню витрат на подальше лікування. Забезпечити покриття для психіатричної та психотерапевтичної допомоги, оскільки психічне здоров'я також є важливою частиною загального здоров'я нації. Розглянути можливість розвитку системи сімейної медицини, де лікар загальної практики буде більш активно включений у профілактичну та віддільну діагностику, а це також може знизити витрати на лікування.

Розширити доступ до дорогих медичних процедур, таких як трансплантації органів, онкологічні операції, лікування важких захворювань, що допоможе громадянам отримати необхідну допомогу в разі важких діагнозів.

Мінімізувати витрати, які пацієнти повинні нести з власного карману, доплати за медичні послуги та ліки. Враховати соціальні вимоги та

можливості громадян при розробці страхового покриття, щоб забезпечити доступ до медичної допомоги для усіх верств населення.

Запровадити механізми контролю за витратами та перегляду витрат в системі, щоб уникнути переоплат і забезпечити фінансову стійкість системи.

Розширення страхового покриття в Україні вимагає балансу між фінансовими можливостями держави, потребами громадян та забезпеченням якості медичної допомоги. Це може сприяти покращенню загального стану охорони здоров'я та забезпеченню більшого числа громадян доступною і якісною медичною допомогою.

Важливо сприяти конкуренції серед страхових компаній та медичних установ. Громадяни повинні мати можливість вибрати страховий план і медичний заклад, що відповідає їхнім потребам і фінансовим можливостям. Забезпечення конкуренції та вибору в системі медичного страхування є ключовими елементами для покращення якості та ефективності медичної допомоги в Україні. Це можливо зробити, якщо дозволити громадянам вибрати серед різних страхових компаній та страхових планів. Це створить конкуренцію між страховими компаніями, що буде спонукати їх до надання якісних послуг та конкурентних цін.

Громадяни мають бути забезпечені доступом до публічної інформації про різні страхові компанії та їхні страхові плани. Це допоможе громадянам зробити обізнаний вибір. Введення системи оцінки якості медичних послуг та страхових компаній, нададуть громадянам мати можливість перевіряти рейтинги та відгуки про провайдерів медичної допомоги та страхові компанії. Як наслідок забезпечення відкритого ринку для медичних послуг, де медичні установи мають можливість конкурувати за пацієнтів на основі якості та цін.

Створення стимулу для розвитку інновацій в медицині та страхуванні, що може включати пільги для страхових компаній, які впроваджують нові технології або покращують якість обслуговування. Забезпечення належного захисту прав споживачів, включаючи механізми скарг і апеляцій, які

дозволяють громадянам вирішувати спори зі страховими компаніями і медичними установами.

Страхові пули: Розгляньте можливість створення об'єднаних страхових пулів або кооперативів, де громадяни можуть об'єднуватися для отримання страхових послуг за спільними умовами. Транспарентність витрат: Забезпечте прозорість у витратах на медичні послуги, щоб пацієнти мали можливість розуміти, за що вони платять.

Держава повинна забезпечувати ефективний контроль і регулювання системи медичного страхування, щоб уникнути зловживань та несправедливостей. Контроль і регулювання є важливими складовими у будь-якій системі медичного страхування для забезпечення її ефективності, фінансової стійкості та забезпечення прав споживачів.

Запровадження антимонопольних правил для запобігання концентрації власності та зловживанню монопольними позиціями в медичній сфері та страховій галузі.

Вимагати від страхових компаній та медичних установ публічної звітності про свою діяльність та фінансовий стан. Впровадження сучасних інформаційних технологій та електронних систем обліку допоможе підвищити ефективність управління та зменшити можливість корупції. Електронна система обліку та звітності є важливим інструментом для оптимізації функціонування системи медичного страхування. Ця система спрощує процеси обліку, моніторингу, звітності та аналізу даних, що дозволяє покращити ефективність та контроль у галузі медичного страхування.

Створення централізованих баз даних, які об'єднують інформацію про страхові обов'язки, внески, витрати та інші аспекти функціонування системи медичного страхування.

Впровадження електронних медичних карток для пацієнтів, які містять інформацію про їхню медичну історію, ліки, обстеження та лікування. Це

спростить обмін інформацією між медичними установами і полегшить доступ до медичної інформації.

Забезпечити можливість страховим компаніям подавати електронні звіти про свою фінансову діяльність, внески та витрати. Дозволити завантаження і збереження важливих документів, таких як договори страхування, договори з медичними установами та інші документи, що стосуються системи медичного страхування. Використовувати автоматизовану обробку даних для обчислення страхових внесків, витрат, відшкодуванню і інших операцій. Це допоможе уникнути помилок та зменшити бюрократію.

Забезпечити високий рівень захисту даних, що включає в себе криптографічне шифрування, автентифікацію та інші заходи для запобігання несанкціонованому доступу. Забезпечити можливість інтеграції електронної системи обліку та звітності з іншими медичними системами, такими як системи медичного обліку, лікарські інформаційні системи та інші. Забезпечити належну технічну підтримку для користувачів системи та забезпечте навчання персоналу щодо правильного використання електронної системи обліку та звітності. Регулярно оновлювати та вдосконалювати електронну систему обліку та звітності відповідно до змін у законодавстві та потребам системи медичного страхування. Електронна система обліку та звітності спрощує і поліпшує управління системою медичного страхування, забезпечуючи точність даних, швидкість обробки та легкість доступу до важливої інформації. Вона також сприяє покращенню ефективності та забезпеченню високого рівня обслуговування для страхувальників та пацієнтів.

Важливо проводити освітню роботу серед громадян щодо переваг системи медичного страхування та їхніх прав і обов'язків. Ці аспекти допомагають громадянам та учасникам системи розуміти їхні права та обов'язки, а також сприяють підвищенню свідомості про важливість медичного страхування.

Розроблення освітніх програм для громадян, в яких пояснюється, що таке медичне страхування, як воно працює, які переваги воно має і як правильно вибрати страховий план. Виготовлення інформаційних брошур, плакатів та інших матеріалів, які можна розповсюджувати серед громадян, щоб надати їм корисну інформацію про медичне страхування.

Розроблення веб-сайтів та мобільних додатків, де громадяни можуть знайти інформацію про свої страхові плани, медичні послуги та інші аспекти медичного страхування. Організувати семінари та тренінги для громадян та страхових агентів, де можна обговорити питання медичного страхування та навчитися правильно користуватися системою.

Проведення громадських обговорень та консультацій щодо покращення системи медичного страхування, де громадяни можуть висловлювати свої думки та рекомендації. Співпрацювання з представниками ЗМІ, щоб забезпечити публічність та розповсюдження інформації про важливі питання медичного страхування.

Проводити навчання медичних працівників щодо страхових процесів і взаємодії зі страховими компаніями, щоб забезпечити ефективне розуміння інструкцій і правил. Надавання громадянам інформацію про їхні права та обов'язки в системі медичного страхування, включаючи процедури оскарження і нарікання.

Забезпечення ефективної комунікації між страховиками, медичними установами та громадянами, щоб вирішувати питання та консультувати стосовно страхових послуг. Використовувати соціальні мережі для розповсюдження інформації та взаємодії з громадянами та страховими клієнтами. Освіта та інформаційна робота грають важливу роль у створенні свідомих та обізнаних учасників системи медичного страхування, що сприяє покращенню якості обслуговування, зменшенню помилок і підвищенню задоволення користувачів цієї системи.

При розробці системи медичного страхування слід враховувати соціальну справедливість і забезпечити доступність медичної допомоги для

усіх верств населення, включаючи вразливі групи. Соціальна справедливість в контексті медичного страхування означає забезпечення рівного доступу до медичних послуг та страхового покриття для всіх громадян незалежно від їхньої соціальної, економічної, расової, гендерної або іншої приналежності. Соціальна справедливість вимагає рівних можливостей та рівних результатів в області охорони здоров'я.

Забезпечити універсальний доступ до системи медичного страхування для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального стану або фінансового стану. Гарантувати рівні умови для всіх, щоб усі громадяни мали рівний доступ до інформації про страхові плани, їхні права та можливості, а також здатність вибрати страховий план відповідно до своїх потреб. Запровадження програми субсидування для низько дохідних громадян, які допомагають їм оплачувати страхові внески або витрати на медичні послуги.

Розроблення та реалізування програм профілактики та охорони здоров'я, які спрямовані на зменшення ризику захворювання та покращення загального стану здоров'я у вразливих груп населення. Забезпечити ефективне використання бюджетних коштів у сфері медичного страхування, зокрема, спрямовуючи фінансові ресурси туди, де вони найбільше потрібні.

Залучайте громадян, представників громадськості та медичних фахівців до процесу прийняття рішень і моніторингу системи медичного страхування. Забезпечити прозору публічну звітність щодо функціонування системи медичного страхування, фінансових ресурсів та результатів.

Проводити аналіз нерівностей у доступі до медичної допомоги та страхових послуг і вживайте заходів для вирішення цих проблем. Забезпечити навчання та освіту для медичних працівників та страхових агентів з питань соціальної справедливості та недопущення дискримінації. Соціальна справедливість в системі медичного страхування допомагає забезпечити, що усі громадяни мають рівні можливості отримувати необхідну медичну допомогу та захистити своє здоров'я без обмежень через соціальні або економічні обставини [15].

Важливо постійно відстежувати та оцінювати результати роботи системи медичного страхування та вносити необхідні корективи. Моніторинг та оцінка результатів в системі медичного страхування грають важливу роль у забезпеченні якості та ефективності цієї системи. Ці процеси дозволяють виявляти проблеми, вдосконалювати процедури та приймати обґрунтовані рішення.

Збір та аналіз даних про фінансовий стан системи, витрати, страхові внески, обсяги послуг та інші показники. Проводити аналіз цих даних для виявлення тенденцій та проблем. Оцінювання якості медичної допомоги, яку отримують учасники системи медичного страхування. Це може включати оцінку результатів лікування, очікуваних результатів і задоволення пацієнтів.

Аналізувати фінансову ефективність системи медичного страхування, визначаючи, чи вдається досягати фінансових цілей і зберігати фінансову стабільність. Моніторинг за рівнем витрат та страховими внесками для забезпечення ефективного використання ресурсів. На основі результатів моніторингу та оцінки приймати заходи для вдосконалення системи медичного страхування. Це може включати зміни у страхових політиках, програмах профілактики, фінансових процедурах і багато інших аспектах.

Здійснювати регулярний аудит фінансової діяльності страхових компаній та медичних установ для виявлення порушень та недоліків. Залучення експертів та незалежних агентств для проведення оцінки результатів та надання рекомендацій. Робити моніторинг та оцінку результатів постійним процесом, що допоможе системі медичного страхування адаптуватися до змін в потребах та умовах. Моніторинг та оцінка результатів допомагають забезпечити, що система медичного страхування функціонує ефективно, відповідає потребам громадян та забезпечує якісну медичну допомогу. Ці процеси також сприяють виявленню та вирішенню проблем та нерівностей у системі.

Здійснення реформ у сфері медичного страхування вимагає спільних зусиль держави, страхових компаній, медичних установ, громадян та інших

зацікавлених сторін. Важливо підтримувати відкритий діалог і залучати експертну громадськість для визначення оптимального шляху досягнення покращень у медичній системі України.

3.2 Впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні

У рамках заходів, спрямованих на підвищення соціальної захищеності громадян, велике значення приділяється забезпеченню своєчасного та високоякісного медичного обслуговування. Медичне страхування, як засіб соціального захисту в галузі охорони здоров'я, гарантує отримання медичної допомоги у будь-яких обставинах, включаючи хворобу та нещасний випадок.

Відомо, що сфера охорони здоров'я в Україні найбільше страждає від фінансово-економічної нестабільності, оскільки її фінансування залишається недостатнім. Нинішній стан фінансування потребує значного удосконалення, оскільки в основному воно покладається на недостатньо ефективне фінансування галузі. Це призвело до відставання у розвитку матеріальної бази, низького рівня надання медичних послуг, дефіциту лікарських засобів і, в результаті, стан здоров'я населення в Україні залишається незадовільним. Економічна криза в Україні викликала кризу в системі охорони здоров'я і призвела до погіршення якості надання медичних послуг населенню. Наприклад, за рейтингом Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо національних систем охорони здоров'я, Україна займає 79 місце із 191 країни у світі, а за рівнем витрат на охорону здоров'я на одного жителя вона розташувалася на 111-му місці серед 191 країни світу і на восьмому місці серед країн СНД.

Навіть при конституційній гарантії надання безкоштовної медичної допомоги, фактично значна частина медичних послуг потребує плати, пацієнти власним коштом придбають ліки та витратні матеріали для лікування, а також несуть економічні витрати на харчування, постільну

білизну та навіть оплату харчування. Головною проблемою в галузі охорони здоров'я є недостатність ресурсів, що надходять з офіційних джерел.

Однією з найбільш життєздатних позабюджетних джерел фінансування є медичне страхування. Проте, основні труднощі низького рівня розвитку медичного страхування в Україні включають неефективну структуру та відсутність територіальної єдності системи загальнообов'язкового медичного страхування; паралельне функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування; відсутність чіткого розмежування платних та безкоштовних медичних послуг у національній законодавчій базі; скорочення державного фінансування системи охорони здоров'я; та неефективне використання виділених державних фінансових ресурсів.

У 2016 році тривалість життя в Україні складала 71,3 року, що представляє собою значення, що виявляється досить низьким порівняно із середньоєвропейським показником. Україна входить до групи з 36 країн, де особисті витрати громадян на охорону здоров'я є катастрофічно високими, становлячи понад 25 % від доходу домогосподарств. Основні витрати закладів охорони здоров'я спрямовані на виплату заробітної плати, що становить 71–74 % від загальної суми витрат. Це призводить до обмежених можливостей для реального надання медичних послуг, лікування пацієнтів, закупівлі ліків та витратних матеріалів, а також оновлення технологічних фондів. Щорічні витрати на ліки у медичних закладах становлять лише 5–6 % від загальних витрат [32].

Враховуючи вищезазначене, розглянемо міжнародний досвід у сфері розвитку медичного страхування. За характером фінансування система охорони здоров'я поділяється загалом на три типи: державну, соціальну та платну [34].

1. Державна (бюджетна) система охорони здоров'я фінансується з державного бюджету за рахунок податкових надходжень і забезпечує належний рівень медичної допомоги для всіх категорій населення (наприклад, Англія, Данія, Італія, Ірландія, країни колишнього СРСР). У

державних системах охорони здоров'я центральні та місцеві органи влади відповідають за управління та планування.

2. Системи охорони здоров'я, організовані за соціальним принципом, також управляються державними органами, але фінансуються на тристоронній основі за рахунок внесків працівників, роботодавців та бюджетних коштів. У таких системах малозабезпечені та соціально незахищені особи не сплачують страхові внески (наприклад, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Японія, Франція тощо). Особливістю цієї системи є участь населення у витратах, які сплачуються самостійно за певні види та обсяги медичної допомоги, за винятком коштів страхування, та принцип соціальної солідарності (здоровий платить за хворого, молодий – за старого, багатий – за бідного).

3. Представниками третього виду є переважно платні системи охорони здоров'я, які фінансуються власними коштами населення. Лише у США відсутня єдина система державного страхування, і медична допомога надається на платній основі, яка має найбільші масштаби нагромаджених ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 3.1 – Характеристика моделей охорони здоров'я

Модель	Характеристика	Джерела фінансування	Країни
1	2	3	4
Бюджетна	Фінансована (до 90 %) з бюджетних джерел. Ця модель характеризується високою роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється з держбюджету, за рахунок податків з підприємств і населення. Ринку відведена другорядна роль, як правило, під контролем держави.	Державний бюджет	Англія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія
Страхова	Ця модель фінансована за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і субсидій держави. Дана модель спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання і соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для населення.	ОМС – 60 % ДМС – 10 % Державний бюджет – 15 % Особисті кошти – 15 %	Франція, Бельгія, Австрія, Японія та Німеччина.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
Приватна	У даній моделі медична допомога надається в основному на платній основі, за рахунок споживача медичних послуг.	Приватне страхування – 40 % Особисті кошти – 20 %. Програми для літніх і малозабезпечених – 40 %	США, Ізраїль, Південна Корея.

Важливо відзначити, що ці типи фінансування можуть домінувати в різних країнах. Наприклад, у країнах, таких як Англія, Ірландія, Шотландія, Італія та Данія, переважає система державного фінансування. В той час як у Німеччині, Франції, Австрії, Бельгії, Японії, Нідерландах та Швеції, домінуючим є загальнообов'язкове медичне страхування, в США використовується змішана модель, де приблизно 90 % населення користується приватними страховими компаніями [31].

Німеччина, визнана як одна з перших країн, що впровадила медичне страхування, започатковує свою систему ще з 1881 року. Основний принцип німецької системи полягає в тому, що уряд несе відповідальність за фінансування охорони здоров'я лише у виняткових випадках, створюючи умови для того, щоб працівники та роботодавці формували необхідні кошти. Система є децентралізованою, і приблизно 1 200 страхових фондів відповідають за програму на основі професійних, територіальних та інших принципів. Місцеві страхові бюро приймають на себе страхове покриття для тих категорій, які не покриваються страхуванням підприємств. Усі ці типи страхових фондів включаються в систему державного медичного страхування.

Однією з ключових функцій уряду у сфері медичного страхування є забезпечення відповідності діяльності страхових бюро вимогам законодавства, включаючи виконання програм страхування. Держава призначає медичне страхування обов'язковим та встановлює його основні параметри, такі як страхові внески, схему фінансування і структуру системи

охорони здоров'я. Крім того, держава бере участь у визначенні цін на медичні послуги. У цьому контексті держава покладає значні обов'язки на недержавні органи, такі як страхові компанії та медичні асоціації. Ці органи адмініструють систему і мають право представляти інтереси застрахованих та медичних працівників. Франція впровадила медичне страхування в 1910 році у формі фондів взаємодопомоги, які пізніше, з 1928 року, були трансформовані в страхові компанії.

У Франції діє єдина ієрархія страхових фондів і вертикальна система медичного страхування. Національна страхова організація, відома як Національний фонд страхування працівників, є потужною страховою організацією, яка опікується 78 % населення. Управління цією організацією здійснюється Міністерством соціального забезпечення та праці. Система має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в певному регіоні і працює без конкуренції між собою. Місцеві відділення мають автономію, але підлягають адміністративному контролю від центру [28].

У США медичне страхування ґрунтується на комбінації центрального страхового фонду та мережі місцевих незалежних страховиків. Гроші збираються у центральному фонді, який не має адміністративних функцій, а потім розподіляються між страховими організаціями відповідно до законодавчо затвердженого порядку оплати. Ця система функціонує в рамках програм "Medicare" та "Medicaid". Понад 20 % населення користуються цими програмами, 58 відсотків мають професійне страхування, а 2 % володіють добровільним медичним страхуванням поза місцем роботи. Близько 15 % населення, які не мають доступу до медичного страхування, включають бідних, безробітних, бездомних та членів сімей робітників на підприємствах без медичного страхування, оскільки працевлаштування не гарантує його надання.

Медичне страхування в США найширше охоплює працівників різних галузей, державних службовців, членів профспілок та штатних працівників. Втрата роботи призводить до автоматичної втрати медичного страхування,

що показує тісний зв'язок між медичним страхуванням і зайнятістю в США. Економіка охорони здоров'я у США характеризується парадоксальним поєднанням проблем і вагомих витрат. Країна витрачає більше 11,5 % від свого валового доходу на охорону здоров'я, що перевершує витрати будь-якої іншої країни, однак понад 15 % населення не має фінансового захисту від високих витрат на медичне обслуговування через відсутність медичного страхування.

У США існують дві програми, Medicare та Medicaid, проте їх не можна вважати повноцінною системою державного медичного страхування, оскільки вони не використовують страховий принцип у процесі формування (отримують гранти безпосередньо з федерального бюджету США) [26].

В Україні система охорони здоров'я базується на командно-адміністративній моделі, де метою є забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг та надання медичної допомоги безкоштовно [23]. Проте медичні заклади працюють з обмеженими ресурсами. Приватна система охорони здоров'я надає вищий рівень економічної свободи, пропонуючи високоякісні послуги за менші вартості. Для подолання кризового періоду в українській системі охорони здоров'я, необхідно не лише змінити механізм фінансування, але й реформувати всю систему. З метою системного підходу до реформування, можливою є модернізація механізму медичного страхування, комбінуючи добровільне та обов'язкове медичне страхування. Такий підхід дозволить враховувати принцип особистої відповідальності населення, де громадяни можуть бути як застрахованими за рахунок держави чи роботодавця, так і застрахованими за власний рахунок [9].

Таблиця 3.2 – Основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу [19].

№	Етап реалізації	Сутність
1	2	3
1.	Оптимізація тарифів	Оптимізація ставок медичного страхування на основі поточних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність страхових випадків

Продовження таблиці 3.2

1	2	3
2.	Оптимальна величина страхових внесків	Обґрунтування оптимальних премій для непрацюючого населення, пенсіонерів та дітей
3.	Розробка нових методів відшкодування	Впровадження більш прогресивних методів відшкодування для медичних організацій
4.	Мотивування населення	Мотивація населення до здійснення моніторингових заходів
5.	Встановлення податкових пільг	Податкові пільги в системі розвитку медичного страхування як для страховиків, так і для застрахованих осіб з метою укладання довгострокових контрактів
6.	Гнучкі страхові тарифи	Підвищення ставок страхування для громадян, які бажають скористатися широкою системою медичного страхування, та звільнення від внесків для осіб, які вже придбали поліс добровільного медичного страхування
7.	Стандарти лікування	Розробка нормативних актів та єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, що визначають обов'язки як медичних організацій, так і медичного персоналу

Держава повинна виявляти зацікавленість у залученні приватного сектору у сферу медицини через добровільне медичне страхування, яке може стати частиною інтегрованої системи фінансування надання медичних послуг населенню. Сучасна соціальна політика держави повинна не лише реалізовувати програми та концепції, але й сприяти взаємодії з бізнес-середовищем та населенням для вирішення соціальних проблем.

На ринку медичного страхування існують проблеми з функціонуванням обов'язкового та добровільного медичного страхування, і процес їх об'єднання стає складним. Більшість країн погоджується, що громадяни не повинні самостійно оплачувати лікування у разі захворювання. Таким чином формується система медичного страхування, яка може бути загальнообов'язковою державною, добровільною або комбінованою.

Парадоксальним вважається розмаїття систем від "повного державного контролю" (як у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах) до "добровільного медичного страхування" (як у Ізраїлі та Швеції, де воно є переважаючим і обов'язковим лише для деяких професій). Україна має неефективну систему

охорони здоров'я, і добровільне медичне страхування залишається не належно розвиненим [35].

Запровадження універсального медичного страхування, яке частково фінансується зарплатною виплатою, розглядається як спірне питання, підтримуване як Міністерством охорони здоров'я, так і Лігою страхових організацій. З урахуванням економічного становища країни важливо розглядати цю ініціативу як частину широкомасштабної реформи в системі охорони здоров'я для розвитку загального здоров'я нації [36].

Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я є можливою лише при врахуванні проблем громадського здоров'я. Німецька консультативна група, співпрацюючи з урядом України, рекомендує кілька кроків для удосконалення системи охорони здоров'я. По-перше, є необхідність в окремій політиці охорони здоров'я, регулюванні, виконанні бюджету та управлінні закладами охорони здоров'я. Рекомендується створити Громадський фонд охорони здоров'я, який буде відповідати за розподіл бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за медичні послуги та контроль проведеного лікування. Компенсації повинні здійснюватися відповідно до фактично наданого лікування та послуг [21].

Від початку 1990-х років в Україні спостерігається поява добровільного медичного страхування, існує комерційна форма цього виду страхування. Незважаючи на обмежену популярність добровільного медичного страхування, комерційна форма є домінуючою. Зауважимо, що економічна та соціальна ситуація в Україні, що характеризується дисбалансом, нестабільністю та спадом промислового виробництва, утруднює впровадження медичного страхування. Обсяг ринку страхування ризиків в Україні залишається високим, але може бути певною мірою скорочений через девальвацію гривні, зокрема в автострахованні та медичному страхуванні.

Отже, в Україні існуюча система охорони здоров'я потребує негайного впровадження запропонованих реформ. Повний перехід до медичного страхування має на меті забезпечити:

- фінансування лікувальних установ і медичних закладів відповідно до обсягу та якості наданих послуг, сприяючи підвищенню оплати праці;
- забезпечення фінансової незалежності медичних закладів;
- перехід до контрактних умов у системі охорони здоров'я;
- зміцнення конкуренції між державними та приватними лікувальними установами;
- використання переліку медичних послуг, які фінансуватимуться за рахунок держави, що сприятиме розвитку добровільного медичного страхування [33].

Наразі розумно підтримувати розроблену модель розвитку медичного страхування в Україні, щоб накопичити необхідний досвід впровадження змішаної системи медичного страхування. Зазначена модель передбачає, що страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, маючи на меті забезпечити рівність та доступність високоякісних медичних послуг для всіх громадян. Також важливо проводити дослідження щодо ефективності впровадження цієї системи та, за необхідності, використовувати досвід інших країн.

3.3 Очікувані зміни в результатах розвитку системи медичного страхування АТ СГ «ТАС» на основі впровадження рекомендацій

На основі впровадження рекомендацій для розвитку системи медичного страхування у АТ СГ «ТАС», можна очікувати ряд змін та покращень в результаті діяльності цієї страхової компанії.

Впровадження рекомендацій щодо поліпшення якості обслуговування, розширення страхових послуг та спрощення процедур може призвести до збільшення популярності АТ СГ «ТАС» серед клієнтів та компанії самої по собі.



Рисунок 3.2 – Напрями змін в результатах розвитку системи медичного страхування АТ СГ «ТАС».

Розширення страхового покриття дозволить клієнтам АТ СГ «ТАС» отримувати доступ до більш широкого спектру медичних послуг та процедур, що покращить їхню загальну діагностику та лікування. Спрощення процедур і зменшення бюрократії для клієнтів і медичних закладів призведе до зниження адміністративних витрат та швидкішої обробки заявок. Покращена якість обслуговування та доступність послуг може позитивно вплинути на рівень задоволення клієнтів і їхню вірність компанії. Розширення страхового покриття та покращена якість обслуговування можуть привернути нових клієнтів, збільшуючи популярність компанії. Вдосконалення якості обслуговування сприяє підвищенню репутації АТ СГ «ТАС» як надійного страхового партнера. Збільшена кількість клієнтів та поліпшена репутація можуть призвести до збільшення прибутковості компанії. Спрощення процедур і покращення якості обслуговування можуть зменшити кількість скарг і суперечок від клієнтів. Розширення страхового покриття надає клієнтам більший вибір страхових планів та послуг, що відповідають їхнім потребам. Впровадження рекомендацій може допомогти АТ СГ «ТАС» стати більш конкурентоспроможною на ринку медичного

страхування. Заохочення більшої кількості страхувальників до використання послуг медичного страхування може покращити фінансову стабільність компанії. Однак важливо зауважити, що впровадження таких змін може потребувати інвестицій в інфраструктуру, навчання персоналу та технологічні рішення. Крім того, ефективне моніторинг і оцінка результатів є ключовими для визначення успішності цих змін і для їхнього постійного вдосконалення.

Очікується покращення якості обслуговування страхувальників, включаючи швидкий доступ до інформації, ефективну обробку заявок та підтримку клієнтів. Покращення якості обслуговування є важливим завданням для будь-якої організації, зокрема для страхових компаній, включаючи АТ СГ «ТАС». Покращення якості обслуговування може позитивно вплинути на задоволення клієнтів, їхню вірність та репутацію компанії.

Забезпечення навчанням та тренінгами для співробітників, щоб підвищити їхні навички та компетенції у сфері обслуговування клієнтів. Розроблення чітких стандартів обслуговування та процедур для співробітників та контроль за дотриманням їх. Забезпечити, щоб клієнти отримували однаково високий рівень обслуговування в усіх відділеннях і каналах зв'язку. Системи CRM (Customer Relationship Management): Використовування сучасної системи CRM для ведення бази даних клієнтів та забезпечення персоналу необхідною інформацією про клієнтів під час спілкування з ними.

Забезпечення доступності для клієнтів відкритої та ефективної комунікації через різні канали, включаючи телефон, електронну пошту, веб-сайт і соціальні медіа. Розроблення системи для швидкого та ефективного вирішення скарг і питань клієнтів. Наприклад дозволити співробітникам мати повноваження вирішувати невеликі питання без додаткового схвалення. Запровадити систему збору зворотного зв'язку від клієнтів та використовувати його для постійного вдосконалення обслуговування.

Намагатися зробити обслуговування більш персоналізованим, враховуючи індивідуальні потреби і побажання клієнтів. Вдосконалення веб-сайту і мобільних додатків, шляхом забезпечення зручного інтерфейсу для клієнтів для отримання інформації та виконання операцій онлайн. Впровадження технологій AI та автоматизації, використовуючі технології штучного інтелекту та автоматизації для швидкого вирішення рутинних завдань та запитів клієнтів.

Постійно моніторити якість обслуговування та вдосконалювати її на основі отриманих даних і зворотного зв'язку. Покращення якості обслуговування може призвести до позитивних результатів у вигляді збільшення клієнтської вірності, залучення нових клієнтів та підвищення рівня задоволення клієнтів. Такі зміни можуть позитивно вплинути на бізнес і репутацію АТ СГ «ТАС» у сфері медичного страхування.

Розширення страхового покриття: АТ СГ «ТАС» може розширити свою страхову пропозицію на основі рекомендацій, що дозволить клієнтам отримувати більше видів медичних послуг та більший вибір страхових планів. Розширення страхового покриття є важливим кроком для покращення якості послуг та задоволення потреб клієнтів у сфері медичного страхування. Для АТ СГ «ТАС» це може мати ряд позитивних наслідків.

Розширення страхового покриття дозволить АТ СГ «ТАС» привернути нових клієнтів, які раніше могли не бути задоволені обсягом послуг, які пропонувала компанія. Збільшення задоволення клієнтів тим, що вони отримують більше можливостей та страхового покриття за свої гроші. Це може підвищити рівень їхнього задоволення і вірності. Розширення страхового покриття може зробити АТ СГ «ТАС» більш конкурентоспроможною на ринку медичного страхування, забезпечуючи більший вибір для клієнтів.

За умови правильного ціноутворення розширення страхового покриття може призвести до збільшення прибутків компанії, оскільки більше клієнтів буде готово вибирати страхові плани АТ СГ «ТАС». Розширення страхового

покриття може зробити компанію більш привабливою для великих роботодавців, які хочуть забезпечити своїх співробітників якісним медичним страхуванням. Розширення страхового покриття може позитивно вплинути на репутацію АТ СГ «ТАС» і підкреслити її здатність задовольняти потреби клієнтів. З розширеним страховим покриттям компанія може відрізнятись від конкурентів і пропонувати унікальні послуги.

Розширення покриття може стимулювати клієнтів використовувати більше профілактичних та попереджувальних послуг, що сприяє здоровому способу життя. Розширення страхового покриття забезпечить клієнтів більшим страховим захистом у випадку нещасних випадків та хвороб. Збільшення числа страхувальників та розширення страхового портфеля може підвищити фінансову стійкість компанії. Важливо враховувати, що розширення страхового покриття повинно бути здійснене з урахуванням фінансової стійкості компанії та оцінки ризиків. Додаткова страхова програма повинна бути добре розроблена та підтримувати стабільність бізнесу.

Зміни в фінансових процедурах та управлінні ризиками можуть сприяти покращенню фінансової стійкості компанії. Покращення фінансової стійкості є ключовим аспектом успішної діяльності страхової компанії, включаючи АТ СГ «ТАС». Диверсифікація портфеля страхових послуг, необхідно розглянути можливість розширення асортименту страхових продуктів та покриття для зменшення концентрації ризиків в одній галузі або регіоні. Оцінка та управління ризиками, шляхом розроблення системи управління ризиками для ідентифікації та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних зі страховими зобов'язаннями та інвестиціями.

Стратегічне планування і бюджетування, необхідно розробити чіткий стратегічний план та бюджет для контролю над витратами та доходами компанії. Проводити регулярний фінансовий аналіз для виявлення потенційних проблем та можливостей для оптимізації фінансової діяльності. Ефективне інвестування, керування інвестиційним портфелем компанії так,

щоб отримувати прибуток при мінімізації ризиків. Розглядати різні класи активів та диверсифікацію.

Використовувати перестраховання для передачі частини ризику і зменшення можливих збитків у разі великих страхових подій. Ретельно визначати резерви для покриття страхових зобов'язань та забезпечення фінансової стабільності. Вдосконалювати систему контролю витрат та ефективно використовувати ресурси компанії.

Розробити плани реагування на кризові ситуації, такі як природні катастрофи або масштабні страхові виплати. Слідкувати за змінами на ринку страхування та адаптувати до них, а також реагувати на потреби та вимоги клієнтів. Забезпечення дотримання нормативних вимог, шляхом відповідності фінансових операцій нормативним вимогам та законодавству.

Дбати про належний рівень ліквідності компанії для покриття страхових виплат та інших фінансових зобов'язань. Покращення фінансової стійкості є процесом, який вимагає систематичного моніторингу та постійної адаптації до змін у фінансовому середовищі. Це допоможе забезпечити довгостроковий успіх і стійкість діяльності АТ СГ «ТАС» на ринку медичного страхування.

Вдосконалення маркетингових стратегій та комунікації може допомогти залучити нових клієнтів і розширити підставу клієнтів АТ СГ «ТАС». Залучення нових клієнтів є важливим завданням для росту страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС». Щоб досягти цієї мети, можна використовувати різні стратегії та підходи.

Розширення страхових продуктів, можливість розробки нових страхових продуктів або покращення існуючих, які б відповідали актуальним потребам та побажанням клієнтів. Розроблення ефективної маркетингової стратегії для просування страхових продуктів та послуг вашої компанії. Використовувати інтернет-рекламу, соціальні медіа, контент-маркетинг та інші інструменти для привертання уваги.

Укладання партнерських угод з іншими компаніями, які можуть бути спрямовані на спільне залучення клієнтів. Наприклад, співпраця з медичними закладами або корпоративними партнерами. Забезпечити наявність АТ СГ «ТАС» в інтернеті. Веб-сайт та мобільні додатки повинні бути інтуїтивно зрозумілими і зручними для користувачів.

Запровадження привабливих акцій та програм знижок для нових клієнтів. Це може бути стимулом для переходу від інших страховиків до вашої компанії. Акцентувати на соціальній відповідальності вашої компанії, відзначати участь у благодійних програмах і спонсорствах, що допомагає покращити репутацію. Забезпечити високий рівень обслуговування для існуючих клієнтів. Щасливі клієнти можуть стати вірними послідовниками та рекомендувати вашу компанію новим клієнтам.

Використовувати дані і аналітику для ідентифікації потенційних сегментів ринку, які можуть зацікавитися вашими страховими продуктами. Налагодження систем продажу, шляхом організації роботи та навчання продавців та агентів, щоб вони ефективно працювали з потенційними клієнтами. Залучення через реферальні програми, як приклад запровадити програми винагороди для клієнтів, які рекомендують вашу компанію іншим.

Підходити до кожного клієнта індивідуально, надаючи пропозиції, які відповідають їхнім потребам та ситуації. Залучення нових клієнтів – це постійний і проактивний процес, і важливо регулярно аналізувати ефективність ваших зусиль та адаптувати стратегію відповідно до змін на ринку та вимог клієнтів.

Рекомендації можуть допомогти компанії стати більш конкурентоспроможною на ринку медичного страхування, що в свою чергу може призвести до збільшення прибутків. Збільшення конкурентоспроможності страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС», вимагає комплексного підходу та постійного вдосконалення.

Аналіз ринку і конкурентів, спостереження за ринковими тенденціями та аналіз дій конкурентів, щоб зрозуміти їхні сильні та слабкі сторони.

Розробка нових та вдосконалення існуючих страхових продуктів, що відповідають змінюючимся потребам клієнтів. Використовувати сучасні технології, такі як штучний інтелект, аналітика даних і мобільні додатки, для полегшення процесів та покращення обслуговування клієнтів. Пропонувати конкурентні ціни та додаткові переваги, такі як знижки та бонуси, для привертання нових клієнтів.

Будувати і підтримувати позитивну репутацію та сильний бренд, як надійна та стабільна компанія. Прослуховувати відгуки і побажання клієнтів, а також вдосконалювати свою діяльність на основі цієї інформації. Укладати стратегічні партнерства з іншими компаніями для спільних ініціатив та розширення аудиторії. Вивчення регуляторного середовища, шляхом розуміння та дотримання законодавства та нормативів страхової галузі, що дозволяє уникнути ризиків та проблем з контролюючими органами.

Підтримувати соціально важливі ініціативи та програми, що допомагають покращити життя суспільства. Збільшення конкурентоспроможності є постійним ітеративним процесом, і важливо залишатися гнучким та готовим до змін у відповідь на зовнішні фактори та потреби клієнтів.

Якщо використовувати рекомендації спрямовані на покращення якості та доступності послуг, то це може призвести до збільшення рівня задоволення клієнтів та підтримки їхньої вірності. Підвищення рівня задоволення клієнтів є критично важливим завданням для страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС». Задоволені клієнти стають вірними та лояльними, рекомендують вашу компанію і можуть допомогти залучити нових клієнтів.

Деякі клієнти можуть високо цінувати особистого менеджера або агента, який буде відповідати за їхні потреби та допомагати вирішувати страхові питання. Прозорість та доступ до інформації, шляхом надавання клієнтам доступу до важливої інформації про їхні поліси та умови страхування, щоб вони могли бути впевнені в тому, що розуміють свої права

та обов'язки. Надавати клієнтам освіту щодо страхових понять, процесів та стратегій, щоб вони могли приймати більш обґрунтовані рішення.

Програми лояльності та винагороди: Надавати клієнтам бонуси, знижки, залучення програми лояльність та індивідуальні нагороди за їхнє тривале співробітництво. Забезпечити можливість клієнтам отримувати допомогу та консультації в режимі реального часу, наприклад, через онлайн-чат або телефонну лінію. Реагувати оперативно на скарги та питання клієнтів, шукаючи конструктивні рішення. Гарантувати захист конфіденційної інформації клієнтів та стійкість до кіберзагроз. Надавати клієнтам страхові поради та допомогу у виборі оптимальних страхових рішень. Забезпечити вчасну та справедливую виплату страхових випадків.

Постійно працюйте над удосконаленням та забезпеченням високого рівня обслуговування, а також реагуйте на потреби та очікування клієнтів. Підвищення рівня задоволення клієнтів веде до покращення їхньої лояльності, збільшення рекомендацій та позитивно впливає на репутацію вашої страхової компанії.

За допомогою вдосконалення управління ризиками і впровадження рекомендацій можна зменшити ризик втрат та забезпечити стабільну діяльність компанії. Зменшення ризику втрат є ключовим завданням для страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС».

Використовувати передові системи аналітики та моніторингу для виявлення змін у ризиках та попередження можливих проблем. Залучати експертів та консультантів у галузі страхування та ризик-менеджменту для покращення стратегій. Розробити плани реагування на кризові ситуації, що можуть виникнути, і тренувати персонал на випадок аварій. Співпрацювати з регуляторами та дотримуватись нормативних вимог для забезпечення відповідності законодавству та підтримки доброї репутації. Зменшення ризику втрат є постійним ітеративним процесом, і важливо регулярно оновлювати та адаптувати вашу стратегію відповідно до змін у ризиковому середовищі та економіці.

Забезпечення дотримання нормативних вимог, можуть допомогти компанії відповідати всім нормативним вимогам та уникати правопорушень. Забезпечення дотримання нормативних вимог є критично важливим для страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС», оскільки невідповідність законодавству та регулятивним вимогам може призвести до серйозних проблем і втрат репутації.

Ретельно вивчайте всі відповідні закони, правила і регулятивні акти, які стосуються вашої страхової галузі. Створення команди внутрішнього аудиту і відповідності, шляхом формування команди професіоналів, які будуть відповідати за внутрішній аудит та дотримання нормативів.

Розробити і впровадити систему внутрішнього контролю, яка допоможе виявляти та усувати можливі порушення. Регулярно проводити аудиторські перевірки для перевірки дотримання внутрішніх процедур та нормативів. Використовувати сучасні інформаційні системи та програмне забезпечення для автоматизації процесів відповідності. Створити внутрішні комітети або ради, які відповідатимуть за відповідність та регулятивну стратегію компанії. Моніторинг змін у законодавстві, шляхом слідкування за змінами у законодавстві та нормативах і вносити необхідні зміни до ваших процедур та політик.

Забезпечення дотримання нормативних вимог – це процес, який вимагає системної роботи, відповідальності та постійного оновлення. Невідповідність може призвести до серйозних наслідків, тому це завдання слід розглядати з великою увагою та серйозністю.

Покращення репутації: Впровадження рекомендацій може позитивно вплинути на репутацію АТ СГ «ТАС» як надійного та якісного страхового партнера. Покращення репутації страхової компанії, такої як АТ СГ «ТАС», є важливим завданням, оскільки репутація безпосередньо впливає на довіру клієнтів і може мати великий вплив на успішність бізнесу.

Якісне обслуговування клієнтів: Забезпечте високий рівень обслуговування клієнтів, відповідаючи на їхні запити та питання швидко та професійно.

Якісні страхові продукти: Розробляйте та надавайте страхові продукти високої якості, які відповідають потребам і очікуванням клієнтів.

Позитивний досвід клієнта: Створюйте позитивний досвід взаємодії з вашої компанією, починаючи з першого контакту та закінчуючи виплатою страхового відшкодування.

Комунікація: Підтримуйте відкрту та ефективну комунікацію з клієнтами, надаючи інформацію про страхові продукти, зміни в умовах страхування та інші важливі аспекти.

Спільнота і соціальна відповідальність: Підтримуйте спільнотні ініціативи та соціальні програми, що сприяють покращенню якості життя та добробуту суспільства.

Відгуки і рейтинги: Збирайте позитивні відгуки від клієнтів і регулярно моніторьте рейтинги та відгуки на онлайн-платформах.

Кризовий PR: Розробіть плани для управління кризовими ситуаціями та ефективного PR, які допоможуть вирішувати проблеми та відновлювати репутацію після інцидентів.

Етична діяльність: Дотримуйтеся високих етичних стандартів у всіх аспектах вашої діяльності.

Співпраця з медіа: Підтримуйте відкрту та корисну співпрацю з медіа та журналістами.

Співпраця зі спеціалістами з PR та репутаційного менеджменту: Залучайте професіоналів, які спеціалізуються на PR та репутаційному менеджменті, для розробки та впровадження стратегій покращення репутації.

Відкритість до фідбеку: Слухайте фідбек від клієнтів і вживайте заходів для вдосконалення вашої діяльності на основі отриманої інформації.

Позитивна культура компанії: Створюйте позитивну корпоративну культуру, в якій ваш персонал буде відданий цілям покращення репутації.

Покращення репутації є довгостроковим завданням, і воно вимагає постійних зусиль та акуратного стеження за відгуками та реакцією нашої аудиторії.

Важливо відзначити, що конкретні зміни та результати будуть залежати від самого впровадження рекомендацій, а також від змін у зовнішньому середовищі та конкурентній обстановці на ринку медичного страхування. Реалізація рекомендацій має бути супроводжена стеженням та оцінкою їхніх результатів для постійного вдосконалення діяльності АТ СГ «ТАС».

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було отримано наукові результати теоретичного, практичного та аналітичного характеру:

- надано сутнісну характеристику медичного страхування, яка являє собою сукупність добровільного медичного страхування (ДМС) – заснованого на особистих внесках громадян, розмір яких залежить від рівня стану здоров'я конкретного застрахованого та обов'язкового медичного страхування (ОМС) базується на суспільних принципах фінансування, де кошти системи страхування формуються за рахунок обов'язкових внесків, що залежать від рівня доходів (а не ризику) і не входять до складу бюджету;
- виявлено фактори, що впливають на добровільне медичне страхування, а саме економічні, соціальні, управлінські, загальні та причини їх виникнення. Сформовано та охарактеризовано етапи формування кредитного портфеля. Дана характеристика існуючим моделям медичного страхування в світі. Розглянуто міжнародний досвід у сфері розвитку медичного страхування;
- охарактеризовано оцінка якості медичного страхування та виявлено позитивні та негативні сторони їх використання. Запропоновано основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу: оптимізація тарифів, оптимальна величина страхових внесків, розробка нових методів відшкодування, мотивування населення, встановлення податкових пільг, гнучкі страхові тарифи та стандарти лікування;
- проведено аналіз ринку медичного страхування в Україні, який продемонстрував перемінні тенденції. Загальна кількість укладених договорів медичного страхування протягом досліджуваного періоду знизилась, це пояснюється епідемією COVID–19 та повномасштабним вторгненням РФ;
- проведений аналіз медичного страхування АТ СГ «ТАС», дозволила сформувати висновок, що кількість укладених договорів

медичного страхування протягом досліджуваного періоду також знизилась, це пояснюється епідемією COVID–19 та повномасштабним вторгненням РФ;

- розроблено концепцію щодо підвищення якості медичного страхування, яка дозволяють системно підійти до питання забезпечення безперервності і заохоченню населення до укладання договорів медичного страхування. Реалізація концепції дасть можливість отримати максимальний прибуток від страхових премій та сприятиме втриманню конкурентних позицій страхової компанії, що особливо гостро відчувається в умовах мінливого економічного середовища України;

- надано рекомендації та описані очікувані зміни щодо медичного страхування в умовах мінливого економічного середовища та виділено пріоритетні напрями розвитку, які можуть призвести до оптимізації програми страхування та збільшення потенційних клієнтів для страхової компанії АТ СГ «ТАС». Розроблені напрями будуть ефективними для: збільшення кількості укладених договорів страхування; зростання кількості зароблених страхових премій АТ СГ «ТАС»; покращенню загального стану охорони здоров'я та забезпеченню більшого числа громадян доступною і якісною медичною допомогою; підвищення репутації АТ СГ «ТАС».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-ВР. URL: [http:// zakon3.rada.gov.ua/laws/show/85/96–вр](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/85/96-vr) (дата звернення: 19.03.2023)
2. Сайт Національного банку України. Показники діяльності учасників ринку небанківських фінансових послуг. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision–statist> (дата звернення: 16.07.2023)
3. Сайт Державної служби статистики України URL: <http://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 22.07.2023)
4. Звіт про прямі збитки інфраструктури від руйнувань внаслідок військової агресії росії проти України за рік від початку повномасштабного вторгнення. URL: <https://bit.ly/3nrw6ZX> (дата звернення: 04.03.2023)
5. Страхова група «ТАС». Фінансові показники. URL: <https://sgtas.ua/finance–of–company/finansovi–pokazniki/> (дата звернення: 05.08.2023)
6. Бідник Н. Б., Ільчук О. О., Розвиток Добровільного медичного страхування в Україні. Вісник Соціальні економічні проблеми сучасного періоду України. Львів, 2014. № 5. С. 364–372. (дата звернення: 10.03.2023)
7. Білик О. І., Напрями вдосконалення соціального страхування з тимчасової втрати працездатності в Україні: регіональний аспект. Вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Глобальні та національні проблеми економіки. Миколаїв, 2014. № 2. С. 1025–1029. (дата звернення: 10.03.2023)
8. Говорушко Т. А., Страхування: навчальний посібник. Львів: Видавництво «Магнолія 2006», 2014. 328 с. (дата звернення: 10.03.2023)
9. Гринчишин Я. М., Прокопюк А.В., Стан та перспективи розвитку страхового ринку України Вісник Львівського національного університету імені Івана Франка. Молодий вчений № 3, 2017. С. 622–626. (дата звернення: 02.04.2023)

10. Огляд страхового ринку України за I півріччя 2022 року. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/oglyad-strahovogo-rinku-ukrayini-za-i-pivrichchya-2022-roku> (дата звернення: 16.07.2023)
11. Журнал Insurance TOP #7(91)2022. Український науково-дослідний інститут "Права і економічних досліджень". URL: <https://forinsurer.com/files/file00739.pdf> (дата звернення: 29.07.2023)
12. Страховий ринок України в 2019 році. Основні тренди у страхуванні. URL: <https://insa.com.ua/blog/shho-chekaye-na-strahovuj-rynok-ukrayiny-v-2019-rotsi-osnovni-trendy/> (дата звернення: 08.07.2023)
13. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 02.03.2023)
14. Комплексна програма розвитку фінансового сектору України до 2020 року (Постанова Правління Національного банку України від 18.06.2015 року № 391). URL: <http://www.bank.gov.ua/doccatalog/document?id=18563297> (дата звернення: 18.03.2023)
15. Сова Ю. О., Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Вісник Вчені записки Університету Крок, 2018. №49. С. 80 – 92. (дата звернення: 09.09.2023)
16. Ліга страхових організацій України. Звіт засідання Комітету з питань медичного страхування. URL: <http://uainsur.com/our-news/55447> (дата звернення: 22.07.2023)
17. Маліновська А. Медичне страхування в Україні: скільки коштує і навіщо. URL: <https://medstat.kiev.ua/medichne-straxuvannya-v-ukra%D1%97ni-skilki-koshtuye-i-navishho-potribno/> (дата звернення: 09.09.2023)
18. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 18.03.2023)

19. Онишко С. В., Шевчук Ю. В., Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Електроний Інтелект XXI. № 5. 2016. С.158–162. URL: <http://intellect21.nuft.org.ua/index.php/5-2016> (дата звернення: 30.09.2023)

20. Перспективи впровадження медичного соціального страхування в Україні. URL: <http://fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/sotsialnestrakhuvannya-i-pensijne-zabezpechennya/12661-perspektivi-vprovadzhennya-medichnogotsialnogo-strakhuvannya-v-ukrajini> (дата звернення: 01.04.2023)

21. Прилипко С. М., Ярошенко О. М., Занфірова Т. А., Аркатов Я. А., Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія. Харків: Право, 2017. С.208. (дата звернення: 18.11.2023)

22. Пташка К. Медичне страхування українців: чого чекати. URL: <https://uain.press/articles/medychne-strahuvannya-ukrayintivchogo-chekaty-587997> (дата звернення: 30.07.2023)

23. Сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/jak-pracjuvatime-nacionalna-sluzhba-zdorovja-ukrajini> (дата звернення: 24.09.2023)

24. Сайт «МінФін». Рейтинг страхових компаній: медичне страхування URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/rating/medicine/2017-06-30/> (дата звернення: 22.03.2023)

25. Сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfr.gov.ua> (дата звернення: 15.07.2023)

26. Снегірьов П. Глобальні парадигми охорони здоров'я: цінні уроки для України. URL: <https://www.apteka.ua/article/397891> (дата звернення: 23.09.2023)

27. Федорович І. М., Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного

гуманітарного університету. Одеса, 2017. №23(2). С. 76–80. (дата звернення: 16.07.2023)

28. Філіпенко А. В., Ольвінська Ю. О., Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу. Одеса: ОНЕУ, 2015. С. 91–97. (дата звернення: 16.09.2023)

29. Шевчук О. Нездорова ситуація: чи має обов'язкове медичне страхування шанси в Україні. URL: <https://voxukraine.org/uk/obovyazkove-medichne-strahuvannya-ua> (дата звернення: 06.05.2023)

30. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині. URL: <https://www.apteka.ua/article/40027> (дата звернення: 22.07.2023)

31. General insurance in Japan. Annual Report 2016. URL: <https://www.sonpo.or.jp/en/publication/pdf/fb2016e.pdf> (дата звернення: 16.09.2023)

32. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку рівня економічної безпеки України: наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 29 жовтня 2013 р. № 1277. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1277731-13>. (дата звернення: 10.09.2023)

33. Онишко С., Шевчук Ю. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Інтелект XXI. 2016. № 5. С. 158–162. (дата звернення: 26.11.2023)

34. Сайт Insurance Europe. Annual Report 2020–2021. URL: <https://reports.insuranceeurope.eu/annual-report-2020-2021/s/8/investment-resilience> (дата звернення: 10.09.2023)

35. Череп А.В., Практичний іноземний досвід медичного страхування. Міжнародний науково-виробничий журнал. Хмельницький, 2013. №2(191). С. 17–23. (дата звернення: 21.10.2023)

36. Кропельницька С.О., Гринів Л.В., Гринів Н.В., Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціально-політичного становища України на шляху до євроінтеграції. Журнал Актуальні проблеми розвитку

економіки регіону. Івано – Франківськ, 2014. №10. С. 180–190. (дата звернення: 28.10.2023)

37. Внукова Н. М., Кузьминчук Н. В., Соціальне страхування. Київ. 2006. – 352с. (дата звернення: 19.03.2023)

38. Рубцова Н.М., Чкан І.О., Сучасний стан ринку медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи розвитку. Міжнародний науково – практичний журнал Фінансовий простір. Черкаси, 2015. №4(20). С.167–172. (дата звернення: 26.03.2023)

39. Базилевич В. Д. Страхування: підручник. Київ: Знання, 2012. С.1019. (дата звернення: 25.03.2023)

40. Вовчак О. Д., Страхування: Навч. Посібник. Львів, 2006. 480 с. (дата звернення: 25.03.2023)

41. Осадець С. С., Страхування: Підручник. Київ, 2002. 599 с. (дата звернення: 25.03.2023)

42. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні в сучасних умовах. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Тернопіль, 2021. № 1. С. 55–60. (дата звернення: 26.03.2023)