

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА	Соціальний менеджмент
ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ	23 – Соціальна робота
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ	232 – Соціальне забезпечення

Форма навчання: дистанційна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему «**Розвиток медичного страхування в Україні**»

здобувача Лупащенко Григорія Володимировича

(підпис)

Науковий керівник: доктор філософії з економіки
Шандар Анна Михайлівна

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією з
атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри: доктор економічних наук, професор Лопушняк Г.С.

(підпис)

Київ 2024

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ**

**Соціальний менеджмент
23 – Соціальна робота
232 – Соціальне забезпечення**

ПОГОДЖЕНО

Керівник проектної групи (гарант) освітньо-
професійної програми

О.М. Поплавська

2023 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Г.С. Лопушняк

2023 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Лупащенко Григорію Володимировичу
дистанційної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему

«Розвиток медичного страхування в Україні»

Тему затверджено наказом ректора Університету від "___" _____ 20__ р. № ____

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах

Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг,
Національного банку України

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (назва розділу)
Розділ 2	МОНІТОРИНГ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ (назва розділу)
Розділ 3	НАПРЯМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ (назва розділу)
Об'єкт дослідження:	процес розвитку медичного страхування в Україні, який розглядається в контексті проблемної ситуації, що існує в даній галузі.
Предмет дослідження:	сукупність теоретичних та прикладних засад розвитку медичного страхування в Україні
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	аналіз системи медичного страхування в Україні для розробки рекомендацій та стратегій для покращення доступності та якості медичних послуг для населення та забезпечення фінансової стійкості цієї системи.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	— проаналізувати генезис розвитку медичного страхування; — обґрунтувати переваги та недоліки медичного страхування в контексті реалізації соціальної політики країни.
У розділі 2	— здійснити моніторинг діяльності провідних компаній України у галузі медичного страхування, визначити ключові проблеми у їх діяльності.
У розділі 3	— визначити основні напрями розвитку медичного страхування в Україні, враховуючи результати попередньо здійсненого аналізу; — запропонувати рішення, що дозволять вдосконалити управлінський процес реалізації медичного страхування.

Завдання підготував
науковий керівник

(підпис)

А.М. Шандар
(ініціали, прізвище)
« 19 » квітня 2023 р.

Завдання одержав здобувач

(підпис)

Г.В. Лупашенко
(ініціали, прізвище)
« 19 » квітня 2023 р.

Реферат

РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Робота складається з 3 розділів, в тому числі 8 підпунктів. Перший розділ висвітлює теоретичні засади медичного страхування, другий розділ є аналітичним, третій - рекомендаційним. Обсяг дипломної роботи – 83 аркуша, включаючи список використаних джерел та додатки. У дипломній роботі є 11 таблиць, 12 рисунків. Під час написання використано 70 джерел. Апробація результатів магістерської роботи відображена в опублікованих тезах конференції: Лупашенко Г. В. Зарубіжний досвід медичного страхування та можливості його імплементації в Україні. Науковий простір: аналіз, сучасний стан, тренди та перспективи: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Івано-Франківськ, 15 грудня, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 144-145.

Об'єктом дослідження є процес розвитку медичного страхування в Україні, який розглядається в контексті проблемної ситуації, що існує в даній галузі.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних та прикладних засад розвитку медичного страхування в Україні.

Метою магістерської роботи є аналіз системи медичного страхування в Україні для розробки рекомендацій та стратегій для покращення доступності та якості медичних послуг для населення та забезпечення фінансової стійкості цієї системи.

Завдання магістерської роботи:

- дослідити виникнення та сутність медичного страхування;
- визначити завдання, принципи та основні складові медичного страхування;
- охарактеризувати роль медичного страхування у контексті реалізації соціальної політики країни;

- дослідити поточний стан медичного страхування в Україні;
- провести аналіз програм медичного страхування компаній;
- виділити проблеми розвитку медичного страхування в Україні;
- запропонувати напрями та заходи розвитку медичного страхування в Україні;
- охарактеризувати впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень для вдосконалення процесу медичного страхування.

Вищезазначені завдання вирішуються за допомогою наступних **методів дослідження**: аналіз джерел, законодавства та регуляції збагачує дослідження і показує зв'язки між теорією та практикою; використання діалектики розглядає розвиток медичного страхування як динамічний процес, пов'язаний із змінами у суспільстві, економіці та законодавстві; системний підхід розглядає медичне страхування як складну систему з різними складовими; статистичний аналіз оцінює поточний стан медичного страхування на основі доступних даних; порівняльний аналіз визначає схожі та відмінні аспекти розвитку в Україні порівняно з іншими країнами; вивчення фінансових звітів страхових компаній розкриває інсайти щодо їхньої фінансової стійкості та стратегій розвитку.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у наступному: дослідження включає аналіз різних теоретичних підходів до медичного страхування, що дозволяє узагальнити ці концепції та розкрити їхні ключові аспекти та створює основу для подальших досліджень в галузі страхування та соціального забезпечення; дослідження може служити основою для розробки методичного підходу до аналізу ефективності програм та полісів медичного страхування. Цей підхід може бути використаний не лише для аналізу медичного страхування, але й для оцінки ефективності інших видів страхування та програм соціального захисту.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження надають практичні рекомендації для подальшого розвитку медичного страхування в Україні. Ці рекомендації можуть бути корисними для урядових органів, страхових компаній та інших зацікавлених сторін у вдосконаленні системи

страхування; дослідження розкриває можливості впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень у медичне страхування, що може покращити якість обслуговування страховиків та забезпечити більш ефективне адміністрування програм.

Роботу завершено та захищено у 2024 році.

Ключові слова: медичне страхування, моделі охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, страхова модель охорони здоров'я, обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування.

В і д г у к
про кваліфікаційну магістерську роботу здобувача
факультету управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Соціальний менеджмент»
Лупащенко Григорія Володимировича
на тему «Розвиток медичного страхування в Україні»

1. Актуальність теми. Медичне страхування в Україні на сучасному етапі знаходиться біля витоків свого формування. Особливої актуальності воно набуло у зв'язку із поширення пандемії COVID-19, а також загострилося в умовах розгортання воєнних дій. Без перебільшення, медичне страхування є важливим елементом соціального забезпечення країни. Ураховуючи зазначене, досліджувана проблема об'єктивно потребує розширення та поглиблення знань, як теоретичної, так і прикладної складових.

2. Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Зміст магістерської роботи поданий у чіткій і логічній послідовності, що допомагає легко сприймати представлену інформацію. Дослідження є цілісним, структурованим. Опрацьований у розділі 1 матеріал характеризується критичним зіставленням та упорядкуванням наявного наукового досвіду. У розділі 2 здійснено глибокий аналіз проблеми, підкріплений відповідною статистичною базою, що врешті дозволило обґрунтувати проблеми в галузі дослідження. Логічним завершенням роботи є розділ 3, в якому здобувач освіти окреслив напрями розвитку медичного страхування.

3. Наявність самостійних розробок автора. Дослідження містить багато авторських ілюстративних матеріалів, що підтверджує глибину, самостійність та осмислення опрацьованих інформаційних джерел. Магістерська робота має обґрунтовану наукову новизну. У тексті прослідковується авторська позиція.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій. Наукова новизна криється в узагальненні розвитку медичного страхування в Україні, що може служити базисом для визначення ефективності програм медичного страхування. Прикладна сторона дослідження пояснюється наявністю обґрунтованих пропозицій та рекомендацій щодо вдосконалення управлінських процесів забезпечення медичного страхування.

5. Наявність недоліків. У роботі відсутні недоліки, вона повною мірою відповідає встановленим вимогам до написання КМР.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК: представлена до розгляду робота є завершеним дослідженням, відповідає вимогам та може бути допущена до захисту.

Науковий керівник PhD з економіки
“15” грудня 2023 р.

Шандар А.М.

Рецензія

на кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Соціальний менеджмент»

Лунащенко Григорія Володимировича

на тему «Розвиток медичного страхування в Україні»

Тема кваліфікаційної роботи є актуальною та доцільною для розроблення. Актуальність теми представленої для розгляду магістерської роботи не викликає сумнівів, адже розкриває дослідження медичного страхування працівників, що безумовно потребує уваги в сучасних умовах розвитку суспільства України, як з боку держави, так і з боку роботодавця. Медичне страхування посідає важливе місце в системі соціального страхування будь-якої країни, слугує інструментом підвищення людського розвитку.

Магістр продемонстрував глибоке володіння темою дослідження. Здійснив логічний і послідовний аналіз теоретичного базису. Використав релевантні методи дослідження для аналізу статистичної інформації теми. Зроблені здобувачем освіти узагальнення та висновки є повною мірою аргументовані, прослідковується самостійність виконання роботи та чітка авторська позиція.

Слід відмітити рекомендації автора щодо вдосконалення управлінських процесів функціонування медичного страхування. У роботі наявна теоретична та практична цінність проведеного дослідження.

Керівник департаменту
по роботі з персоналом
та внутрішніх комунікацій
ТОВ «Фінанс-Холдинг»



Ананьєва О.О.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	7
1.1 Медичне страхування: виникнення та сутність.....	7
1.2 Завдання, принципи та основні складові медичного страхування	15
1.3 Роль медичного страхування у контексті реалізації соціальної політики країни.....	23
РОЗДІЛ 2 МОНІТОРИНГ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	30
2.1 Поточний стан медичного страхування в Україні.....	30
2.2 Аналіз програм медичного страхування компаній.....	39
2.3 Проблеми розвитку медичного страхування в Україні.....	48
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	54
3.1 Вектори та заходи розвитку медичного страхування в Україні	54
3.2 Впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень для вдосконалення процесу медичного страхування.....	63
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ.....	84

ВСТУП

Актуальність теми. Сьогодні більшість країн у світі знаходяться в процесі перегляду або впровадження конкретних реформ у галузі медичного обслуговування, спрямованих на створення оптимальної та ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Важливість медичного обслуговування полягає в соціальній, економічній та моральній відповідальності держави перед громадянами, оскільки здоров'я нації є основною умовою економічного розвитку країни і соціального благополуччя суспільства. Розвиток ринкових відносин в Україні сприяє створенню вітчизняного ринку медичного страхування. Наразі механізм медичного страхування в Україні знаходиться на ранній стадії формування, і активно функціонує лише добровільна форма медичного страхування. Загалом, медичне страхування має низький попит і є малодоступним для населення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у розвиток теоретичних і методичних підходів до вивчення медичного страхування зробили також визнані світові вчені, такі як Е. Mossyalos і Е. Trahakes та інші. Теоретичним дослідженням та практичним аспектам медичного страхування в Україні присвячено праці Базилевича В. Д., Гатаулліної Е. І., Журавки О. С., Кирилюк В.В., Прилуцького А. М., Яришко О. В., Шандар А.М. та інших. Роботи цих учених розкривають суть, важливість і особливості медичного страхування. Вони пропонують класифікацію медичного страхування та відзначають переваги обов'язкового медичного страхування. Незважаючи на значні досягнення в цьому напрямі досліджень, залишаються невирішеними питання, пов'язані з поліпшенням системи медичного захисту в Україні.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає в аналізі системи медичного страхування в Україні для розробки рекомендацій та стратегій для покращення доступності та якості медичних послуг для населення та забезпечення фінансової стійкості цієї системи.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі завдання:

- дослідити виникнення та сутність медичного страхування;
- визначити завдання, принципи та основні складові медичного страхування;
- охарактеризувати роль медичного страхування у контексті реалізації соціальної політики країни;
- дослідити поточний стан медичного страхування в Україні;
- провести аналіз програм медичного страхування компаній;
- виділити проблеми розвитку медичного страхування в Україні;
- запропонувати напрями та заходи розвитку медичного страхування в Україні;
- охарактеризувати впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень для вдосконалення процесу медичного страхування.

Об'єктом дослідження є процес розвитку медичного страхування в Україні, який розглядається в контексті проблемної ситуації, що існує в даній галузі.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних та прикладних засад розвитку медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Методологічна основа дослідження розвитку медичного страхування в Україні побудована на наступних підходах та методах. Аналіз наукових джерел, законодавчих актів та регуляторної бази дозволить збагатити дослідження інформацією та встановити зв'язки між теоретичними концепціями та практичною реалізацією. Використання діалектичного методу дозволить розглядати розвиток медичного страхування як динамічний процес, що розвивається у зв'язку з змінами у суспільстві, економіці та законодавстві – цей метод дозволить розкрити протиріччя та тенденції в розвитку медичного страхування. Використання системного підходу дозволить розглядати медичне страхування як складну систему з різними складовими, такими як страховики, медичні заклади, страхувальники та інші. Використання статистичного аналізу дозволить оцінити поточний стан медичного страхування на основі доступних

даних і статистики, включаючи рівень покриття, види послуг та витрати. Порівняльний аналіз дозволить визначити схожі та відмінні аспекти розвитку медичного страхування в Україні в порівнянні з іншими країнами або регіонами. Вивчення фінансових звітів страхових компаній дозволить отримати інсайти щодо їхньої фінансової стійкості, діяльності та стратегій розвитку. Ця методологічна основа дозволить глибоко проаналізувати розвиток медичного страхування в Україні, ідентифікувати проблеми та можливості, і надати рекомендації для подальшого вдосконалення цієї системи.

Наукова новизна, теоретична та практична значущість. Наукова новизна та теоретична значущість цього дослідження полягають в наступному:

- дослідження включає аналіз різних теоретичних підходів до медичного страхування, що дозволяє узагальнити ці концепції та розкрити їхні ключові аспекти. Це створює основу для подальших досліджень в галузі страхування та соціального забезпечення;

- дослідження може служити основою для розробки методичного підходу до аналізу ефективності програм та полісів медичного страхування. Цей підхід може бути використаний не лише для аналізу медичного страхування, але й для оцінки ефективності інших видів страхування та програм соціального захисту.

Практична значущість включає наступне:

- результати дослідження надають практичні рекомендації для подальшого розвитку медичного страхування в Україні. Ці рекомендації можуть бути корисними для урядових органів, страхових компаній та інших зацікавлених сторін у вдосконаленні системи страхування;

- дослідження розкриває можливості впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень у медичне страхування, що може покращити якість обслуговування страховиків та забезпечити більш ефективне адміністрування програм.

Характер виконання кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна магістерська робота виконана за власною ініціативою автора КМР.

Наукова апробація отриманих результатів. Апробація результатів магістерської роботи відображена в опублікованих тезах конференції: Лупащенко Г. В. Зарубіжний досвід медичного страхування та можливості його імплементації в Україні. Науковий простір: аналіз, сучасний стан, тренди та перспективи: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Івано-Франківськ, 15 грудня, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 144-145.

Інформаційна база дослідження розвитку медичного страхування в Україні може включати наступні джерела інформації: наукові публікації вітчизняних та зарубіжних науковців і практиків, що стосуються медичного страхування, історії розвитку системи, та аналізу проблем і тенденцій в цій галузі; нормативно-правові акти та законодавчі зміни, пов'язані з медичним страхуванням в Україні; статистичні дані і звіти офіційних державних органів та міністерств, що містять інформацію про рівень покриття страхування, фінансові показники і витрати на охорону здоров'я; звіти страхових компаній, які діють на ринку медичного страхування, включаючи фінансові звіти, статистику страхових виплат, інформацію про послуги та покриття; аналітичні звіти рейтингових агентств, які оцінюють фінансову стійкість та рейтинги страхових компаній в Україні; інформація з офіційних веб-сайтів страхових компаній, яка містить дані про продукти, програми і умови страхування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Медичне страхування: виникнення та сутність

Медичне страхування має довгу історію. Вже у Стародавньому Римі були об'єднання, які надавали певний вид медичної допомоги своїм членам. Однак сучасна система медичного страхування сформувалася в XIX столітті. Основна суть медичного страхування полягає в тому, щоб забезпечити фінансовий захист особам у разі випадків, пов'язаних зі здоров'ям. Це дозволяє зменшити фінансове навантаження на індивіда або сім'ю та забезпечує доступність медичних послуг без значних витрат.

Історія медичного страхування бере свій початок у 18 столітті, коли були створені товариства взаємодопомоги для надання фінансової допомоги членам, які захворіли. Ці товариства були попередниками сучасних медичних страхових компаній. Історія медичного страхування у світі довга і складна, але її можна умовно поділити на три основні етапи:

1. Ранній період (XVIII-XIX століття): у цей період медичне страхування пропонували переважно товариства взаємодопомоги. Ці організації, як правило, формувалися групами людей, які мали спільні зв'язки, такі як професія, релігія чи етнічна приналежність. Вони об'єднували свої гроші, щоб надати фінансову допомогу членам, які захворіли або отримали травми.

2. XX століття: з'явилися комерційні медичні страхові компанії. Ці компанії пропонували плани медичного страхування фізичним і юридичним особам. Зростанню комерційного медичного страхування сприяла низка чинників, серед яких зростання вартості медичної допомоги, підвищення заробітної плати та прийняття урядових постанов, які полегшили компаніям можливість пропонувати медичне страхування своїм працівникам. На початку 20-го століття медичне

страхування почало набувати більш комерційної форми. У 1929 році в Далласі, штат Техас, був створений перший план Blue Cross. Blue Cross був некомерційним планом медичного страхування, який пропонував покриття витрат на перебування в лікарні. Велика депресія 1930-х років призвела до сплеску популярності медичного страхування. Коли люди втратили роботу, вони більше не могли дозволити собі оплачувати власне медичне обслуговування. Медичне страхування пропонувало спосіб захистити себе від фінансового краху в разі хвороби.

3. XXI століття: відбулася низка змін у сфері медичного страхування. Ці зміни включають в себе зростання керованої медичної допомоги, зростаюче значення медичного страхування, що фінансується роботодавцем, і дебати про реформу охорони здоров'я.

Сьогодні медичне страхування є життєвоважливою частиною системи охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Воно допомагає забезпечити людям доступ до необхідної медичної допомоги, незалежно від їхньої платоспроможності.

В науковій літературі наразі немає єдиного визначення поняття «медичне страхування». Розглянемо деякі з них в сучасній вітчизняній науковій літературі (табл.1.1).

Таблиця 1.1. Визначення поняття «медичне страхування» в науковій літературі

№	Автор	Визначення
1	Прилуцький А. М.	«вид особистого страхування, що гарантує при виникненні страхового випадку отримання медичної допомоги, компенсації витрат на придбання медикаментів за рахунок коштів страхової компанії» [1, с.6]
2	Гатаулліна Е. І.	«вид особистого страхування, який під час виникнення страхового випадку гарантує отримання медичної допомоги та компенсації витрат на придбання медикаментів за рахунок коштів страхової компанії» [2, с.709]
3	Яришко О. В.	«форма соціального захисту, котра передбачає надання соціальних послуг і матеріального забезпечення за виникнення страхового випадку» [3, с.407]
4	Базилевич В. Д.	«форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги в разі настання страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів» [4, с.45]
5	Журавка О. С.	«особисте страхування громадян, об'єктом якого є особисті блага, пов'язані з життям і здоров'ям» [5, с.52]

Визначення медичного страхування Прилуцького А. М. [1, с.6] та Гатаулліної Е. І. [2, с.709] відображають загальну сутність цього поняття, а саме гарантію отримання медичної допомоги та компенсації витрат на придбання медикаментів в разі настання страхового випадку. Обидва визначення вказують на особистий характер страхування, що означає, що індивід або сім'я укладають страховий поліс для захисту свого здоров'я. Визначення також відображають важливу роль страхової компанії, яка зобов'язується виплатити компенсацію витрат, пов'язаних з медичною допомогою та медикаментами, в разі страхового випадку. Це означає, що страхова компанія виступає фінансовим гарантом, який покриває витрати, що виникають у зв'язку з медичними потребами страхувальника. Аналізуючи ці визначення, можна зробити висновок, що медичне страхування забезпечує фінансовий захист і доступність медичної допомоги шляхом передачі ризику на страхову компанію. Воно дозволяє людям отримати необхідну медичну допомогу, не потребуючи значних фінансових витрат, а страхова компанія відшкодовує витрати за рахунок зібраних премій та фонду страхування.

Визначення медичного страхування, запропоноване Яришко О. В. [3, с.407], розглядає його як форму соціального захисту. Воно вказує на те, що медичне страхування не лише забезпечує фінансовий захист, але і надає соціальні послуги та матеріальне забезпечення у разі страхового випадку. Це визначення відображає соціальний аспект медичного страхування, орієнтований на забезпечення певного рівня соціального захисту населення. Воно передбачає, що у разі виникнення страхового випадку, такого як хвороба чи травма, медичне страхування забезпечує не лише фінансову компенсацію, але й надає доступ до соціальних послуг, пов'язаних з медичною допомогою. Аналізуючи це визначення, можна сказати, що медичне страхування виступає інструментом соціального захисту, спрямованим на забезпечення медичної допомоги та матеріальної підтримки в разі страхового випадку. Це відображає важливість медичного страхування як соціальної послуги, що сприяє здоров'ю та добробуту населення.

Визначення медичного страхування, запропоноване Базилевичем В. Д. [4, с.45], розглядає його як форму особового страхування. Воно підкреслює, що медичне страхування є індивідуальним видом страхування, де громадяни укладають страховий поліс для забезпечення отримання медичної допомоги у разі страхової події. Визначення також вказує на гарантію отримання медичної допомоги в разі настання страхової події. Це означає, що страховий випадок, такий як хвороба, травма або інші медичні проблеми, стає підставою для активації страхового покриття, яке гарантує отримання медичної допомоги. Визначення також зазначає, що страхова компанія здійснює виплати за рахунок нагромаджених страхових фондів. Це означає, що учасники медичного страхування сплачують страхові внески, які накопичуються у фонді і використовуються для компенсації медичних витрат у разі страхового випадку. Аналізуючи це визначення, можна сказати, що медичне страхування є формою особового страхування, що забезпечує гарантований доступ до медичної допомоги у разі настання страхової події. Воно покладається на нагромаджені страхові фонди, які фінансують виплати за рахунок внесків страхувальників, забезпечуючи фінансовий захист у медичних ситуаціях.

Визначення медичного страхування, запропоноване Журавкою О. С. [5, с.52], розглядає його як особисте страхування громадян, де об'єктом страхування є особисті блага, пов'язані з життям і здоров'ям. Це визначення акцентує увагу на особистому характері медичного страхування, підкреслюючи, що воно спрямоване на захист індивідуальних благ громадян. Особисте страхування означає, що кожен громадянин має можливість самостійно укласти страховий поліс для захисту свого життя та здоров'я. Визначення також вказує на те, що медичне страхування охоплює особисті блага, пов'язані з життям і здоров'ям. Це означає, що страховий захист забезпечує доступ до медичної допомоги, лікування та інших послуг, необхідних для підтримки життя і здоров'я страхувальника. Аналізуючи це визначення, можна сказати, що медичне страхування є формою особистого страхування, спрямованого на захист особистих благ громадян, пов'язаних з життям і здоров'ям. Це підкреслює індивідуальний характер

страхового захисту та важливість забезпечення доступу до медичних послуг для збереження і покращення здоров'я населення.

Усі визначення зазначають, що медичне страхування є видом страхування, спрямованим на забезпечення медичної допомоги та компенсації витрат на медикаменти. Вони вказують на важливість медичного страхування як інструменту, що сприяє здоров'ю, соціальному захисту та добробуту населення. Шляхом укладання страхового полісу, люди забезпечують себе фінансовим захистом та можливістю отримання необхідної медичної допомоги, зменшуючи фінансове навантаження, пов'язане з медичними витратами.

На нашу думку, медичне страхування є формою страхування, яка об'єднує особистий і соціальний аспекти, маючи на меті забезпечити фінансовий захист та доступ до медичної допомоги для громадян у випадку страхових подій, включаючи компенсацію витрат на медикаменти та надання необхідних послуг для підтримки життя і здоров'я. Це визначення враховує різні аспекти медичного страхування, що дозволяє охопити широкий спектр потреб страхувальників і забезпечити їх захист. Воно відображає особистий характер страхування, де страхувальник може отримати необхідну медичну допомогу та компенсацію витрат на медикаменти, що сприяє покращенню доступності і якості медичних послуг. Подальше поєднання соціального аспекту визначення наголошує на значущості соціального захисту та підтримки для страхувальників. Це означає, що медичне страхування не лише забезпечує індивідуальний фінансовий захист, але також має на меті підтримку соціального благополуччя і забезпечення необхідних послуг тим, хто їх потребує.

Медичне страхування та страхування життя є двома важливими формами страхування, які мають велике значення для забезпечення фінансового захисту та зниження ризиків для страхувальників та їхніх бенефіціарів. Кожен з цих видів страхування має свої особливості, об'єкти страхування та цілі, а також впливає на фінансову стабільність та доступність медичних послуг або фінансовий захист у разі смерті. В табл.1.2 дослідимо основні відмінності між медичним страхуванням та страхуванням життя.

Таблиця 1.2. Основні відмінності між медичним страхуванням та страхуванням життя

Критерій	Медичне страхування	Страхування життя
Основна ціль	Забезпечити фінансовий захист і доступ до медичної допомоги у разі страхового випадку, пов'язаного зі здоров'ям.	Забезпечити фінансовий захист для бенефіціарів у разі смерті страхувальника.
Об'єкт страхування	Медичні витрати, медикаменти, медичні послуги.	Життя страхувальника, смерть.
Виплати	Компенсація медичних витрат, медикаментів, медичних послуг.	Виплата суми страхового покриття бенефіціарам у разі смерті страхувальника.
Сфера застосування	Стосується здоров'я та медичної допомоги, охоплює різні види страхових подій, пов'язаних зі здоров'ям.	Стосується ризику смерті страхувальника, зазвичай включає страхування випадку смерті та страхування на випадок непрофесійного ризику.
Вплив на страхувальника	Забезпечує фінансовий захист та доступ до медичної допомоги, знижує фінансові ризики, пов'язані зі здоров'ям.	Забезпечує фінансовий захист бенефіціарам у разі смерті страхувальника, знижує фінансові ризики, пов'язані зі смертю.
Тривалість страхування	Може бути укладений на короткий або довгостроковий період.	Зазвичай довгостроковий, може бути на увесь термін життя страхувальника.
Додаткові покриття	Залежно від полісу можуть бути включені такі покриття, як хронічні захворювання, травми, хірургічні процедури та інші.	Залежно від полісу можуть бути включені такі покриття, як інвалідність, критичні захворювання, непрофесійні ризики тощо.

Джерело: розроблено автором на основі [6-9]

Медичне страхування та страхування життя відіграють важливу роль у сучасному суспільстві, надаючи фінансовий захист та забезпечуючи доступ до медичної допомоги або фінансовий захист у разі смерті страхувальника. За допомогою табл.1.2 ми виявили, що медичне страхування орієнтоване на забезпечення фінансової підтримки в разі страхових подій, пов'язаних зі здоров'ям, тоді як страхування життя зосереджене на фінансовому захисті у разі смерті страхувальника. Обидва види страхування мають свої переваги, такі як зниження фінансових ризиків, покращення доступності медичних послуг або забезпечення фінансового благополуччя для сім'ї та бенефіціарів. Вибір між медичним страхуванням та страхуванням життя залежить від індивідуальних потреб та пріоритетів кожної особи, їхнього здоров'я та фінансових цілей.

Розглянемо також переваги медичного страхування (рис.1.1).



Рисунок 1.1. Переваги медичного страхування

Джерело: розроблено автором на основі [10-11]

Медичне страхування є важливим і ефективним засобом забезпечення фінансової безпеки та доступності якісної медичної допомоги для населення. З перелічених переваг можна зробити висновок, що медичне страхування допомагає знизити фінансові ризики, пов'язані зі здоров'ям, а також надає можливість отримати необхідну медичну допомогу та ліки без значних фінансових витрат. Фінансовий захист, який надає медичне страхування, дозволяє страхувальникам не хвилюватися про великі витрати на медичне лікування, що дуже актуально, особливо у разі несподіваних страхових подій. Такий вид страхування робить медичну допомогу доступнішою для різних верств населення та сприяє покращенню якості життя. Таким чином, медичне страхування має суттєвий позитивний вплив на суспільство, забезпечуючи фінансовий захист та покращення доступності якісної медичної допомоги.

Разом з тим, медичне страхування має ряд недоліків (рис.1.2).

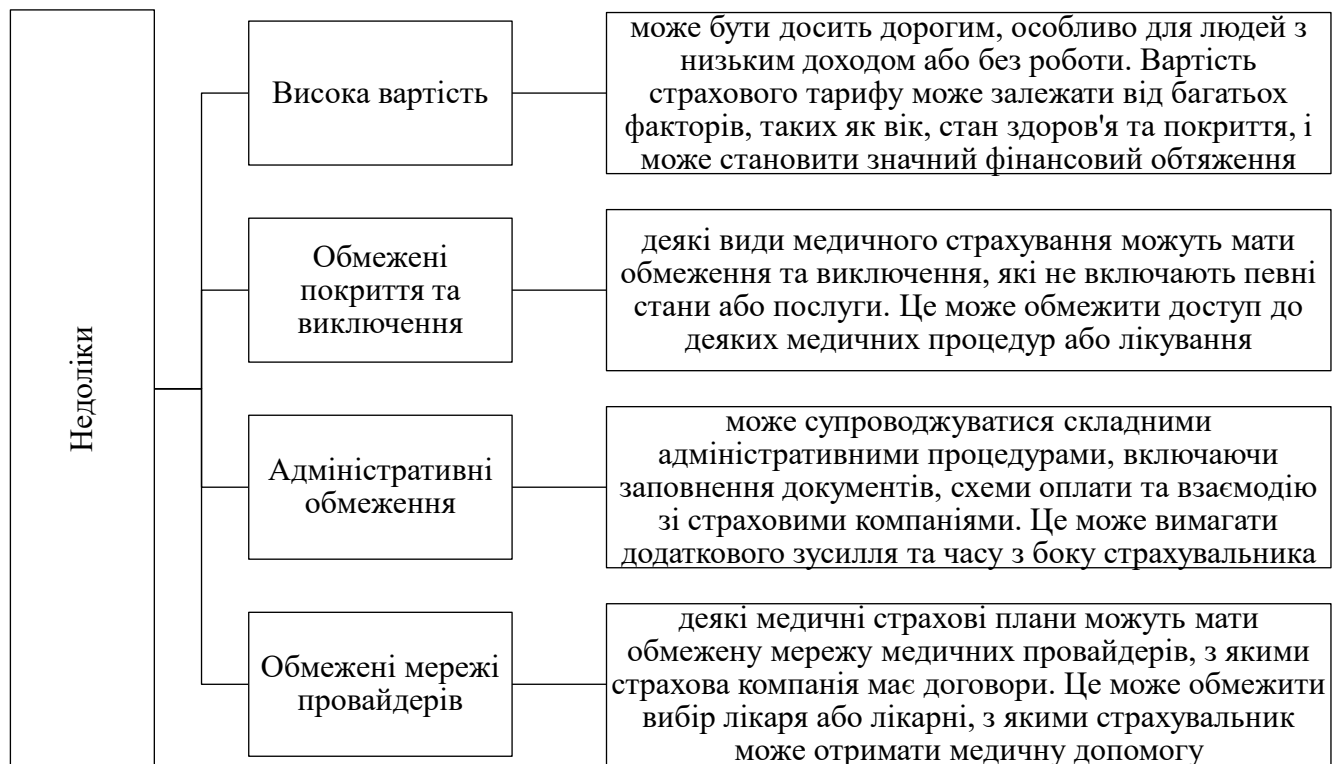


Рисунок 1.2. Недоліки медичного страхування

Джерело: розроблено автором на основі [11-12]

Висока вартість може стати фінансовим тягарем для окремих груп населення, що може обмежувати їх доступність до медичного страхування. Обмеження покриття та виключення можуть призвести до того, що деякі послуги не будуть охоплені страховим планом. Адміністративні процедури та обмежені мережі провайдерів також можуть ускладнювати процес отримання медичної допомоги та вибір провайдера за бажанням страхувальника. Це може вимагати додаткового зусилля, часу та обмежувати вибір пацієнта.

Однак, не зважаючи на ці недоліки, медичне страхування залишається важливим засобом фінансового захисту та доступу до медичної допомоги. Працюючи над зменшенням вартості, розширенням покриття та поліпшенням адміністративних процедур, можна покращити систему медичного страхування та забезпечити більш широкий доступ до якісної медичної допомоги для всього населення.

Таким чином, нами були розглянуті різні визначення поняття «медичне страхування» з наукової літератури. Кожне визначення надає певну перспективу

на цю тему, враховуючи аспекти особистого страхування, соціального захисту та фінансового забезпечення. Переважна більшість авторів підкреслює, що медичне страхування є формою страхування, що гарантує отримання медичної допомоги та компенсації витрат на здоров'я. Порівнюючи всі визначення, можна зробити висновок, що медичне страхування – це форма страхування, яка об'єднує особистий і соціальний аспекти, маючи на меті забезпечити фінансовий захист та доступ до медичної допомоги для громадян у випадку страхових подій, включаючи компенсацію витрат на медикаменти та надання необхідних послуг для підтримки життя і здоров'я. Медичне страхування має свої переваги, такі як фінансовий захист, зниження фінансових ризиків, покращення доступності медичних послуг та розширене покриття. Однак, воно також супроводжується недоліками, такими як високі вартості, обмежене покриття та виключення, адміністративні обмеження та обмежені мережі провайдерів. У кінцевому підсумку, медичне страхування є важливим інструментом забезпечення фінансового захисту та доступу до медичної допомоги. Шляхом постійного вдосконалення системи, зменшення вартості, поліпшення покриття та усунення інших недоліків, можна покращити ефективність і доступність медичного страхування для всіх громадян.

1.2 Завдання, принципи та основні складові медичного страхування

Медичне страхування – це вид страхування, який надає фінансовий захист в разі медичних витрат або витрат на медичні послуги. Основна мета медичного страхування полягає в забезпеченні фінансової підтримки при непередбачуваних медичних подіях, таких як хвороби, травми або госпіталізація.

Медичне страхування виконує наступні завдання:

- залучення додаткових фінансових коштів до охорони здоров'я, включаючи профілактичні заходи. Це допомагає покращити фінансування медичної системи та забезпечити доступ до якісних послуг;

- захист здоров'я та працездатності співробітників підприємства. Медичне страхування надає можливість отримувати необхідну медичну допомогу та лікування, що сприяє збереженню здоров'я та ефективності працівників [13, с.245];

- зниження фінансових проблем як для роботодавців, так і для співробітників, пов'язаних з організацією та наданням медичної допомоги. Медичне страхування забезпечує фінансову підтримку в разі необхідності медичного втручання, зменшуючи фінансове навантаження на обидві сторони;

- скорочення кількості днів непрацездатності співробітників шляхом надання якісної медичної допомоги та контролю за процесом одужання. Це сприяє швидкому поверненню до роботи та зменшенню втрат робочого часу [14, с.83];

- надання додаткового стимулу для співробітників зберігати своє робоче місце та підвищувати якість своєї роботи. Медичне страхування створює безпеку та впевненість у можливості отримання необхідної медичної допомоги, що сприяє стабільності на робочому місці і підвищенню продуктивності.

Медичне страхування є важливою складовою системи охорони здоров'я, яка забезпечує фінансовий захист та доступ до медичних послуг. У цьому контексті варто розглянути два основних типи медичного страхування – обов'язкове та добровільне. Обидва типи страхування мають свої особливості та принципи, які необхідно враховувати при виборі плану страхування (табл.1.3).

Обов'язкове та добровільне медичне страхування відіграють важливу роль у забезпеченні фінансового захисту та доступу до медичної допомоги. Обов'язкове медичне страхування є незаперечним правом кожного громадянина на отримання основних медичних послуг, визначених законодавством. Завдяки обов'язковому страхуванню забезпечується загальність та державний контроль за функціонуванням системи охорони здоров'я.

Таблиця 1.3. Основні відмінності між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням

Критерій	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Характер	Обов'язкове для певних категорій громадян, передбачене законодавством.	Добровільне, на основі власного вибору страхувальника.
Учасники	Всі громадяни, які підпадають під категорії, визначені законодавством.	Будь-яка фізична або юридична особа, яка виявляє бажання укласти договір страхування.
Зміст страхового захисту	Визначений законодавством та включає медичні послуги, ліки та процедури, які визначені в програмі обов'язкового медичного страхування.	Широкий спектр послуг, включаючи додаткові медичні послуги, витрати на превентивні заходи, стоматологію тощо, залежно від обраного плану страхування.
Фінансування	За рахунок обов'язкових страхових внесків, які сплачуються застрахованими особами та роботодавцями.	За рахунок внесків, які сплачує страхувальник самостійно.
Контроль	Державний орган, який здійснює контроль за збором, перерозподілом та використанням коштів фондів обов'язкового медичного страхування.	Контроль здійснюється страховою компанією та страхувальником самостійно.
Обсяг страхових покриттів	Обмежений визначеними медичними послугами та процедурами, включеними до програми обов'язкового медичного страхування.	Можливість вибору різних планів страхування з різними обсягами покриття та додатковими послугами.
Діапазон платежів	Визначаються законодавством та залежать від доходів та соціального статусу застрахованих осіб.	Залежать від обраного плану страхування, віку, стану здоров'я та інших факторів, які впливають на ризики.

Джерело: розроблено автором на основі [15-16]

З іншого боку, добровільне медичне страхування надає можливість страхувальнику вибрати план, який відповідає його індивідуальним потребам та бажанням. Воно розширює обсяг медичного покриття, дозволяючи отримати додаткові послуги та знизити фінансові ризики. Кожен із цих типів страхування має свої переваги та обмеження, і вибір між ними залежить від індивідуальних потреб та можливостей страхувальника.

Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних, культурно-історичних, демографічних і соціальних умов, а також рівня медичного обслуговування та стану здоров'я населення. Як обов'язкове, так і добровільне медичне страхування мають свої переваги та недоліки. Обов'язкове медичне страхування має значну перевагу для національних систем охорони здоров'я [17, с.39]. Ця форма страхування забезпечує постійний потік фінансування, що дозволяє планувати та забезпечувати медичну допомогу населенню. Вона сприяє стабільності фінансування, зменшенню фінансових ризиків і забезпеченню універсального доступу до медичних послуг. Добровільне медичне страхування також має свої переваги. Воно надає можливість більш гнучкого підходу до страхового покриття та індивідуального вибору послуг. Клієнти можуть обирати пакети страхового покриття, які відповідають їхнім потребам та можливостям [18, с.166].

В кожній системі медичного страхування важливо забезпечити належне фінансування, доступність медичних послуг і контроль за якістю надання медичної допомоги. Вибір між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням залежить від специфічних потреб і можливостей кожної країни, проте обидва підходи мають спільну мету – забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню.

Принципи медичного страхування можуть варіюватися в залежності від конкретних умов і правил страхової компанії, але основні складові медичного страхування зазвичай включають наступне (рис.1.3):

Медичне страхування має важливе значення для забезпечення фінансової підтримки та доступу до якісної медичної допомоги. Принципи медичного страхування, такі як добровільність, доступність, загальність, державність, некомерційний характер і обов'язковість, визначають основні засади функціонування цієї системи.

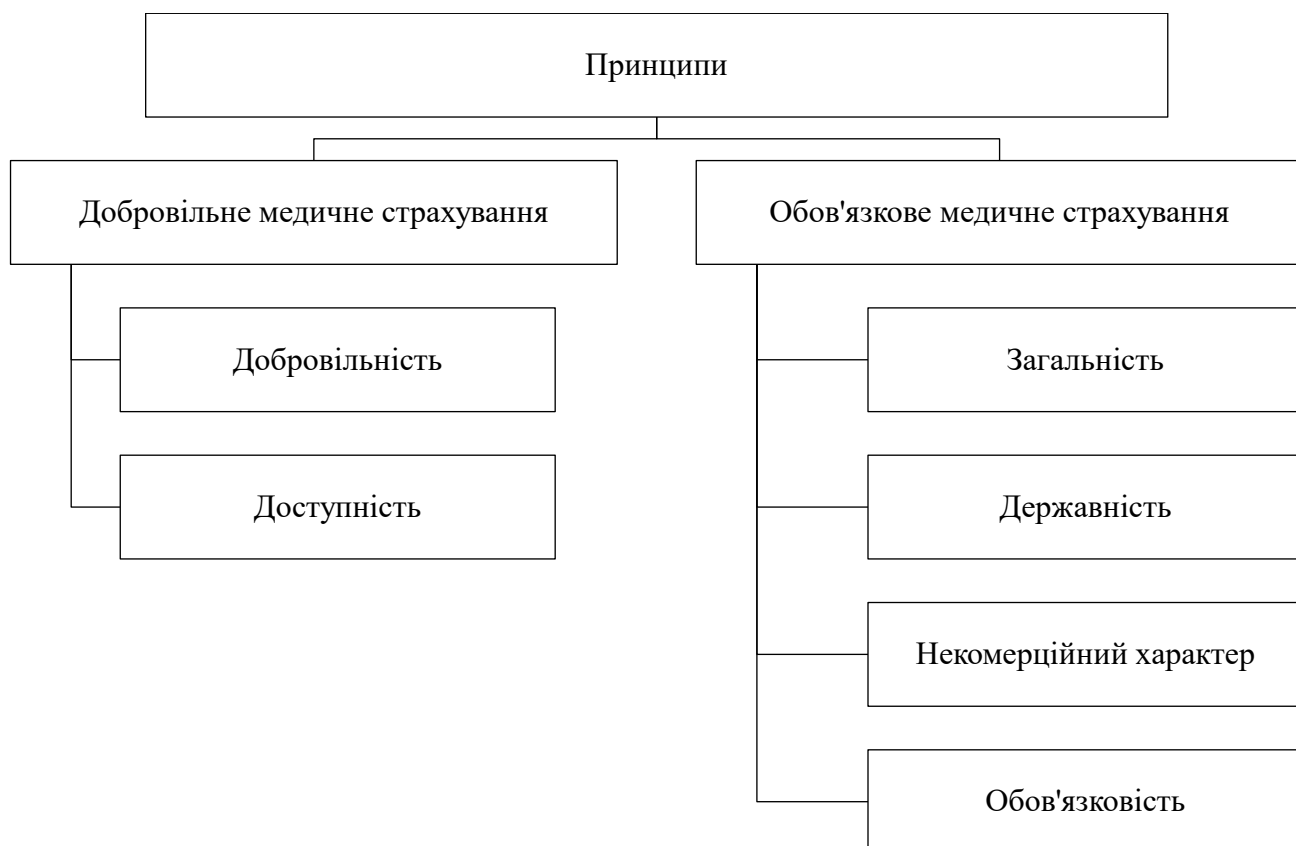


Рисунок 1.3. Принципи медичного страхування

Джерело: розроблено автором на основі

Добровільне медичне страхування дає можливість страхувальнику і клієнту самостійно вирішувати про укладання договору та нести відповідальність за його дотримання. Обов'язкове медичне страхування забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян і має державний характер, забезпечуючи фінансову стійкість та контроль за системою. Медичне страхування також сприяє зниженню фінансових проблем роботодавців і співробітників, пов'язаних з медичною допомогою, а також зменшує кількість непрацездатних днів через якісну медичну допомогу та контроль за процесом одужання. Воно стимулює співробітників зберігати робоче місце і підвищувати якість роботи. Усі ці принципи сприяють покращенню охорони здоров'я, забезпечуючи фінансову стабільність та доступ до медичних послуг для населення. Медичне страхування є важливою складовою сучасної системи охорони здоров'я і сприяє збереженню та поліпшенню загального стану здоров'я суспільства.

Об'єктом медичного страхування є захист майнових інтересів, пов'язаних з потенційними витратами на медичну допомогу та послуги, які можуть виникнути у випадку хвороби або втрати працездатності застрахованої особи [19, с.207]. Основними аспектами об'єкта медичного страхування є збереження життя та здоров'я громадян, а також забезпечення фінансової підтримки в разі потреби в медичній допомозі.

Суб'єкти медичного страхування наведені на рис.1.4.

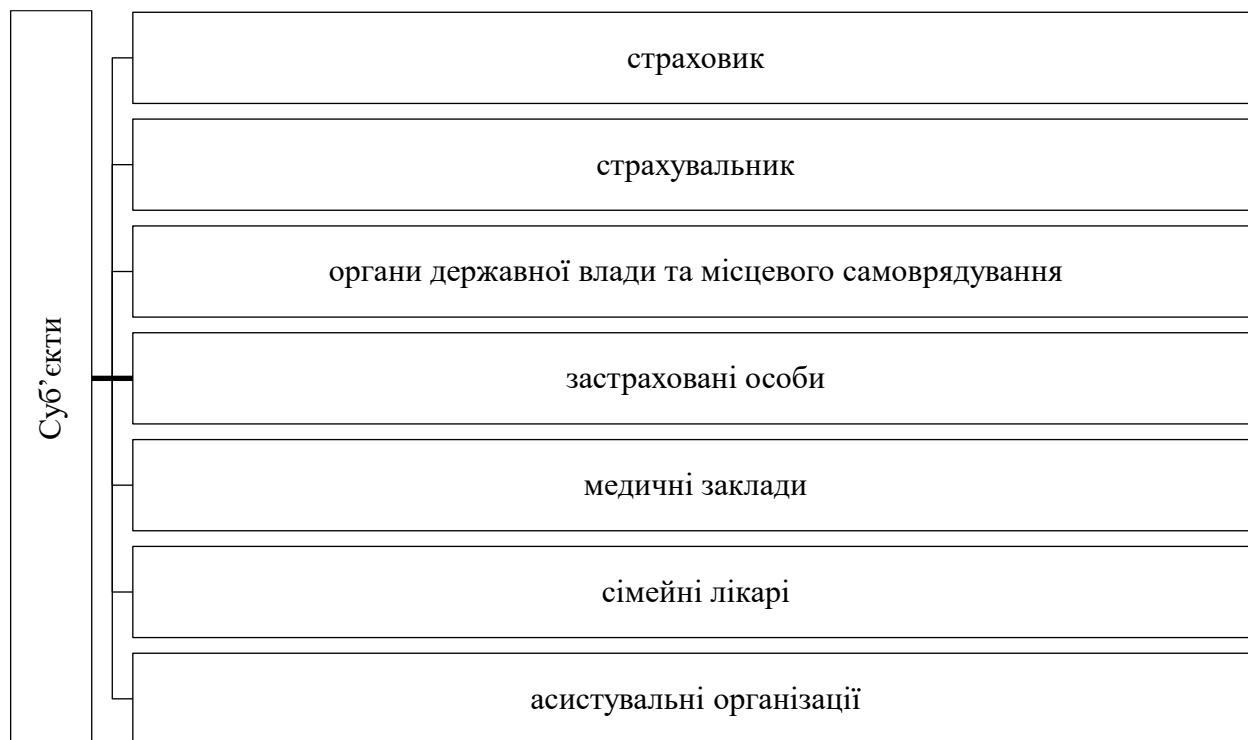


Рисунок 1.4. Суб'єкти медичного страхування

Джерело: розроблено автором на основі [20-21]

Розглянемо їх детальніше.

1. Страховик – це страхова компанія або організація, яка надає послуги зі страхування здоров'я. Страховик укладає договори страхування зі страхувальниками і зобов'язаний виплачувати відшкодування застрахованим особам в разі виникнення застрахованих подій.

2. Страхувальник – це фізична або юридична особа, яка укладає договір медичного страхування зі страховиком і сплачує страхові внески. Страхувальник

має право на отримання медичної допомоги або відшкодування витрат в разі виникнення страхових подій.

3. Органи державної влади та місцевого самоврядування – ці органи встановлюють норми та регулюють процес медичного страхування. Вони можуть визначати обов'язкові стандарти медичного покриття, контролювати діяльність страховиків та забезпечувати фінансову підтримку для забезпечення медичних послуг.

4. Застраховані особи – це особи, які мають страховий поліс і мають право на отримання медичної допомоги, включену до покриття страхового поліса. Застраховані особи можуть бути фізичними особами, їх сім'ями або співробітниками певного підприємства, якщо медичне страхування надається через роботодавця [20, с.41].

5. Медичні заклади – це лікарні, клініки, поліклініки, медичні центри та інші медичні установи, які надають медичні послуги застрахованим особам. Медичні заклади можуть мати угоди зі страховиками щодо оплати за надані послуги;

6. Сімейні лікарі – це лікарі загальної практики, які надають первинну медичну допомогу застрахованим особам. Сімейні лікарі можуть укладати угоди зі страховиками та брати участь у програмах медичного страхування.

7. Асистувальні організації – це організації, які надають послуги асистенції та підтримки застрахованим особам у процесі отримання медичної допомоги. Вони можуть надавати консультації, допомагати у виборі медичного закладу, організовувати медичні послуги та допомагати вирішувати питання щодо страхового покриття [21, с.16].

Ці суб'єкти співпрацюють між собою для забезпечення якісної медичної допомоги та фінансового покриття у рамках медичного страхування. Кожен з них виконує свої ролі та взаємодіє для забезпечення ефективного функціонування системи медичного страхування.

Медичне страхування охоплює широкий спектр страхових випадків, які включають захворювання, травми, преморбідні та патологічні стани, а також

природні фізіологічні процеси, наприклад, вагітність, пологи та інші. Ці страхові випадки можуть призвести до наступних фактів:

- отримання медичних послуг: медичне страхування покриває витрати на отримання медичних послуг, включаючи консультації лікарів, обстеження, діагностику, лікування, операції та реабілітацію;
- втрата працездатності та соціальної активності – якщо застрахована особа тимчасово або стійко втрачає працездатність або зазнає обмежень у соціальній активності через захворювання або травму, медичне страхування може забезпечити фінансову компенсацію або підтримку;
- незаплановані витрати на оздоровлення: в разі страхового випадку, страхове покриття може включати незаплановані витрати на зміну умов та способу життя з метою покращення здоров'я. Це може включати зміну місця проживання, роботи, харчування, відпочинку та інші кардинальні зміни [22, с.110].

Медичне страхування забезпечує фінансову підтримку та зменшує фінансові ризики, пов'язані з медичними витратами та втратою працездатності. Це дозволяє застрахованим особам отримувати необхідну медичну допомогу та зберігати фінансову стабільність під час важких життєвих ситуацій.

Таким чином, ми розглянули принципи та основні складові медичного страхування (об'єкти, суб'єкти, страхові випадки), а також порівняли обов'язкове та добровільне медичне страхування. Виявилось, що обидва підходи мають свої переваги та недоліки, і вибір форми медичного страхування залежить від конкретних економічних, соціальних, історичних та культурних умов країни. В кінцевому підсумку, вибір форми медичного страхування повинен враховувати специфічні потреби та контекст кожної країни. Незалежно від обраної форми, важливо забезпечити належне фінансування, доступність медичних послуг і контроль за якістю надання медичної допомоги. Медичне страхування є одним із інструментів, який допомагає забезпечити національні системи охорони здоров'я ефективною та стійкою фінансовою базою для забезпечення належної медичної допомоги населенню.

1.3 Роль медичного страхування у контексті реалізації соціальної політики країни

Медичне страхування відіграє важливу роль у забезпеченні доступності медичних послуг та стимулюванні розвитку медичної галузі. Воно є інструментом, який дозволяє людям забезпечити фінансовий захист у разі необхідності медичної допомоги та знижує фінансове навантаження на індивідів під час отримання медичних послуг.

Медичне страхування відіграє важливу роль у реалізації соціальної політики. Воно може допомогти забезпечити доступ до основних медичних послуг для всіх, незалежно від їхнього доходу чи статусу зайнятості. Це може мати низку позитивних переваг для окремих осіб, сімей та громад.

В контексті реалізації соціальної політики медичне страхування може допомогти досягти низки соціальних цілей, таких як (рис.1.5).

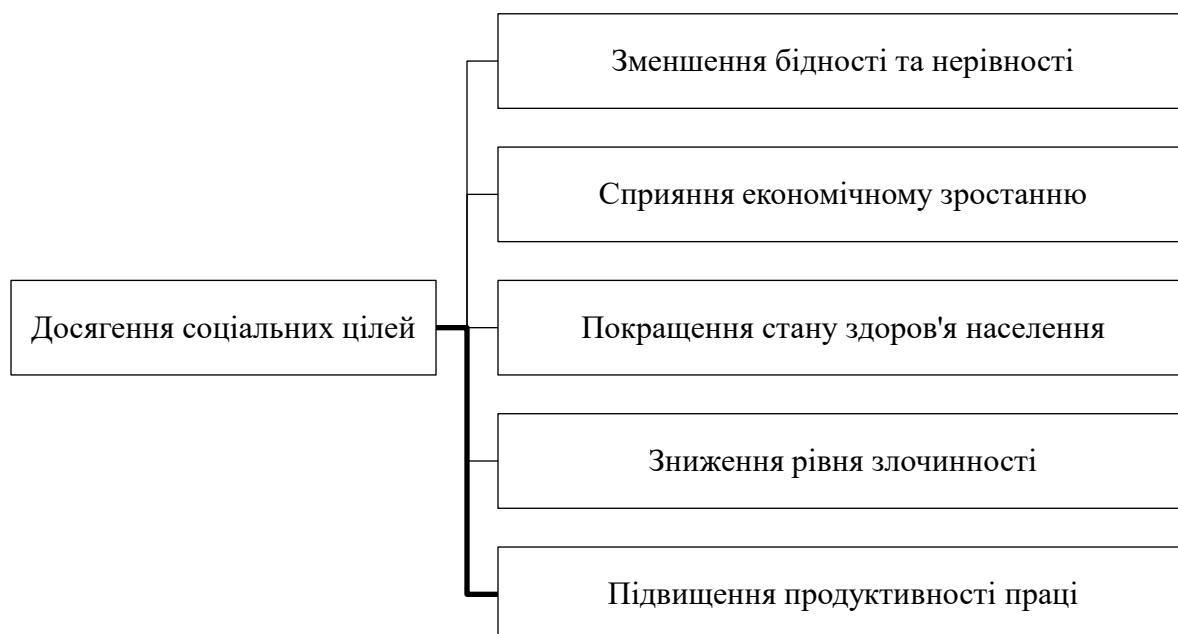


Рисунок 1.5. Роль медичного страхування у досягненні соціальних цілей

Джерело: розроблено автором на основі [26]

На основі розглянутих фактів і аналізу сучасних досліджень можна зробити висновок, що медичне страхування в контексті реалізації соціальної

політики дійсно може сприяти досягненню низки соціальних цілей. Зменшення бідності та нерівності є одним з основних соціальних завдань, і медичне страхування може забезпечити доступ до якісної медичної допомоги для всіх шарів населення, незалежно від їх доходів. Крім того, медичне страхування може сприяти економічному зростанню. Забезпечення населення медичним страхуванням сприяє збереженню здоров'я та працездатності людей, що знижує втрати в економіці внаслідок хвороби та відсутності працівників на робочому місці. Окрім цього, медичне страхування може покращити стан здоров'я населення загалом. Широкий доступ до медичних послуг дозволяє вчасно виявляти та лікувати хвороби, знижує ризик поширення захворювань та сприяє загальному здоров'ю населення. Зниження рівня злочинності також може бути досягнуто через медичне страхування. Доступ до медичних послуг допомагає зменшити фактори, що спонукають людей до злочинної діяльності, такі як відчуття безнадійності та відсутність необхідної медичної допомоги. Нарешті, медичне страхування може підвищити продуктивність праці. Забезпечення здорового стану населення та доступу до медичної допомоги дозволяє працівникам бути більш ефективними та продуктивними на робочому місці, що, у свою чергу, сприяє економічному зростанню. Отже, медичне страхування відіграє важливу роль у досягненні соціальних цілей. Це підкреслює важливість розвитку та реалізації ефективних медичних страхових систем як частини соціальної політики.

Однією з основних переваг медичного страхування є його здатність забезпечити доступність медичної допомоги. Завдяки страховому покриттю, люди можуть отримати необхідну медичну допомогу без значних фінансових труднощів. Медичне страхування покриває різні види медичних послуг, включаючи консультації лікарів, госпіталізацію, лабораторні дослідження та процедури. Це робить медичну допомогу доступною для більш широкого кола людей, незалежно від їхнього фінансового стану [23, с.105]. Також варто зазначити, що медичне страхування сприяє профілактиці та ранньому виявленню хвороб. Багато програм медичного страхування включають в себе регулярні

медичні огляди та скринінгові процедури, що допомагають виявити хвороби на ранніх стадіях, коли вони легше піддаються лікуванню. Це дозволяє знизити витрати на лікування та покращити прогнози хвороби. Розглянемо детальніше роль медичного страхування у забезпеченні доступності медичних послуг (рис.1.6).

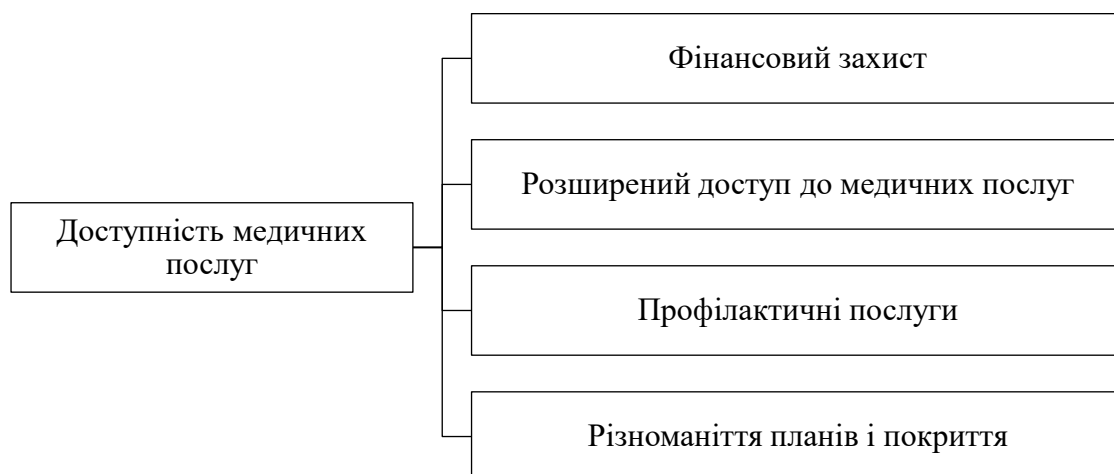


Рисунок 1.6. Роль медичного страхування у забезпеченні доступності медичних послуг

Джерело: розроблено автором на основі [24-26]

Розглянемо їх детальніше:

1. Фінансовий захист. Медичне страхування надає фінансовий захист індивідам, що дозволяє їм отримувати медичну допомогу без необхідності платити повну вартість за послуги. Воно включає в себе покриття різних медичних витрат, таких як візити до лікаря, лікарські рецепти, госпіталізація, лабораторні дослідження тощо. Це дозволяє людям отримувати потрібну медичну допомогу, незалежно від їхнього фінансового стану.

2. Розширений доступ до медичних послуг. Медичне страхування може включати мережу медичних провайдерів, з якими укладений договір, що надає знижені тарифи для страховиків та їхніх пацієнтів. Це дозволяє страховим компаніям укладати договори з медичними закладами і забезпечувати доступ до послуг за зниженими цінами для своїх підписників [24, с.220]. Такий доступ до

мережі медичних провайдерів робить медичну допомогу більш доступною та економічно вигідною для страховиків та пацієнтів.

3. Профілактичні послуги. Багато програм медичного страхування включають в себе профілактичні послуги, такі як регулярні огляди, вакцинація, скринінгові процедури тощо. Це сприяє виявленню хвороб на ранніх стадіях та допомагає попередити виникнення складних медичних станів [25, с.30]. Забезпечення доступу до таких профілактичних послуг покращує загальний стан здоров'я населення і допомагає запобігти виникненню серйозних хвороб.

4. Різноманіття планів і покриття. Медичне страхування надає людям можливість обрати план, який відповідає їхнім потребам та бюджету. Різні плани можуть мати різні рівні покриття, індивідуальні та сімейні опції, додаткові послуги та переваги [26, с.104]. Це дає людям можливість вибрати той план, який найкраще задовольняє їхні потреби та забезпечує доступ до необхідної медичної допомоги.

Отже, медичне страхування є важливим інструментом, який забезпечує доступність медичних послуг для населення. Воно зменшує фінансові бар'єри та надає фінансовий захист людям, що дозволяє їм отримувати необхідну медичну допомогу. Крім того, медичне страхування може включати розширений доступ до мережі медичних провайдерів, профілактичні послуги та різноманітні плани і покриття, що робить медичну допомогу більш доступною та придатною для населення.

Крім того, медичне страхування стимулює розвиток медичної галузі. Збільшення популярності та використання медичного страхування створює потребу в більш широкому спектрі медичних послуг. Це впливає на зростання попиту на медичних працівників, розвиток нових технологій та методів лікування, а також покращення якості медичних послуг. Медичні установи стають більш конкурентоспроможними, оскільки пацієнти мають можливість обирати між різними провайдерами медичної допомоги. Розглянемо детальніше роль медичного страхування у стимулюванні розвитку медичної галузі (рис.1.7).

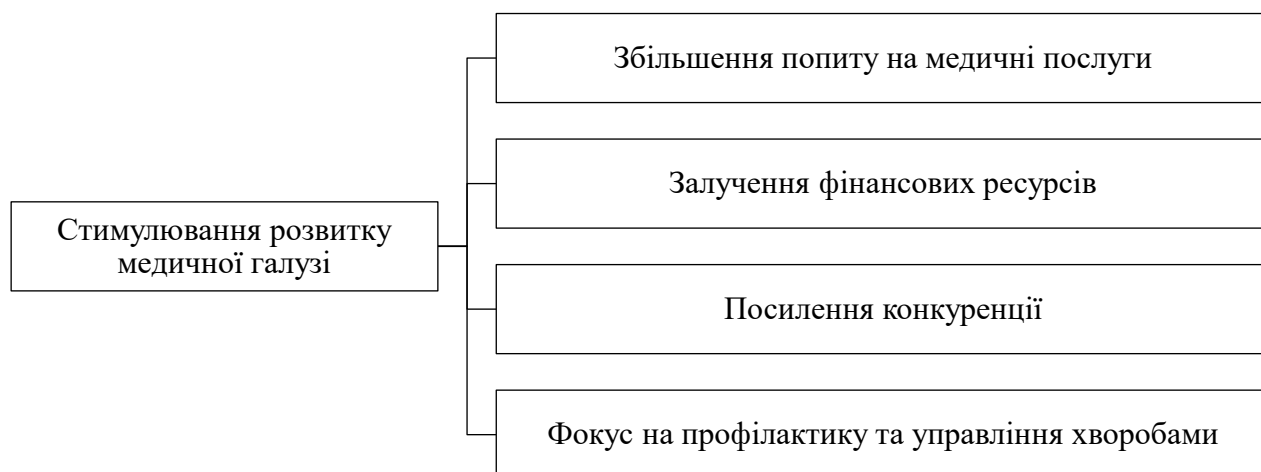


Рисунок 1.7. Роль медичного страхування у стимулюванні розвитку медичної галузі

Джерело: розроблено автором на основі [27-30]

Розглянемо їх детальніше:

1. Збільшення попиту на медичні послуги. Медичне страхування робить медичну допомогу більш доступною для широкого кола населення [27, с.80]. Це призводить до збільшення попиту на медичні послуги, оскільки більше людей можуть собі дозволити отримувати медичну допомогу. Збільшений попит стимулює розвиток медичних установ, збільшення їхньої мережі та розширення послуг.

2. Залучення фінансових ресурсів. Медичне страхування забезпечує фінансовий потік в медичну галузь. Страхові компанії вносять регулярні платежі за страхування своїх підписників, що дозволяє медичним установам мати стабільні доходи для функціонування та розвитку [28, с.9]. Ці фінансові ресурси можуть бути використані на покращення інфраструктури, закупівлю нового обладнання та технологій, навчання медичного персоналу та інші ініціативи, що сприяють розвитку галузі.

3. Посилення конкуренції. Збільшення популярності медичного страхування створює більшу конкуренцію серед медичних установ. За наявності страхового покриття, пацієнти мають можливість обирати між різними провайдерами медичної допомоги [29, с.86]. Це стимулює медичні установи до

постійного покращення якості своїх послуг, впровадження нових технологій та інновацій, щоб привернути і зберегти клієнтів. Конкуренція сприяє стимулюванню розвитку та покращенню якості медичної галузі в цілому.

4. Фокус на профілактику та управління хворобами.: Багато програм медичного страхування спрямовані на профілактику та управління хворобами. Це означає, що страхові компанії стимулюють пацієнтів до здорового способу життя, регулярних медичних оглядів та дотримання необхідних процедур для управління хронічними захворюваннями [30, с.115]. Це, в свою чергу, сприяє попередженню виникнення складних хвороб та зменшенню загального попиту на дорогі та термінові медичні послуги.

Отже, медичне страхування відіграє важливу роль у стимулюванні розвитку медичної галузі. Воно збільшує попит на медичні послуги, залучає фінансові ресурси, сприяє конкуренції та фокусується на профілактиці та управлінні хворобами. Ці фактори сприяють покращенню якості медичної допомоги, розвитку нових технологій та інновацій у галузі, що має позитивний вплив на суспільство в цілому.

Таким чином, ми розглянули роль медичного страхування у забезпеченні доступності медичних послуг та стимулюванні розвитку медичної галузі. Нами визначено, що шляхом надання фінансового захисту та зниження фінансових бар'єрів, медичне страхування дозволяє людям отримувати необхідну медичну допомогу без значних фінансових труднощів. Крім того, воно розширює доступ до мережі медичних провайдерів, включає профілактичні послуги та надає різноманітні плани і покриття, що робить медичну допомогу більш доступною та економічно вигідною. Одночасно, медичне страхування стимулює розвиток медичної галузі шляхом збільшення попиту на медичні послуги, залучення фінансових ресурсів, стимулювання конкуренції та спрямування уваги на профілактику та управління хворобами. Це сприяє розширенню мережі медичних установ, покращенню якості послуг, впровадженню нових технологій та інновацій у галузі. В цілому, медичне страхування відіграє важливу роль у забезпеченні доступності медичних послуг для населення та сприяє розвитку медичної галузі

шляхом забезпечення фінансового захисту, збільшення попиту, залучення фінансових ресурсів та стимулювання конкуренції. Це сприяє покращенню якості медичної допомоги і загальному благополуччю суспільства.

РОЗДІЛ 2

МОНІТОРИНГ РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Поточний стан медичного страхування в Україні

Україна пройшла складний шлях розвитку медичного страхування, який спостерігався в умовах формування страхового законодавства в рамках новоствореної незалежної держави. Цей період можна умовно розділити на три основних етапи, кожний з яких мав свої особливості та визначальні події. Важливими змінами стали законодавчі акти, що встановлювали регулятивні рамки для функціонування страхових компаній та визначали права громадян на медичний захист.

На першому етапі, з 1991 по 1996 рік, активно формувалися перші нормативно-правові акти для регулювання діяльності на страховому ринку. На той час особливо важливим був Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [32], який встановлював правові, професійні, економічні та організаційні засади сфери охорони здоров'я та напрямки можливої реформи медичної сфери.

Другий етап, що тривав з 1996 по 2001 рік, почався з ухвалення Закону України від 07.03.1996 року № 85/96-ВР «Про страхування» [33] та прийняття цілої низки нормативних актів, інструкцій і постанов, які націлені на функціонування страхових компаній на вітчизняному ринку. У цей період була також прийнята Конституція України [34], яка гарантувала права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Проте на початку 2000-х років Закон України «Про страхування» втратив актуальність і гальмував розвиток сфери страхування через невідповідність змінюваним реаліям. Відтак, з'явилась потреба в новій редакції Закону, яка враховувала міжнародні стандарти. Ця нова версія закону передбачала регулювання обов'язкового та добровільного

медичного страхування. Значна кількість страхових компаній стала надавати послуги добровільного медичного страхування, яке включало як постійне страхування здоров'я, так і страхування на випадок захворювання. Проте система обов'язкового медичного страхування на той момент ще не була закріплена у законодавстві, і лише з кінця 2016 року розпочалося поступове впровадження цього напрямку.

Протягом третього періоду, що розпочався у 2001 році та триває до сьогодні, були внесені зміни до основних нормативно-правових актів, а з 2017 року почався активний процес перетворення системи охорони здоров'я України на страхову модель. З 1 січня 2018 року стартувала нова медична реформа, яка впроваджує систему медичного страхування в Україні. Цей крок є значущим для поліпшення системи охорони здоров'я та є обов'язковою умовою для отримання четвертого траншу від Міжнародного валютного фонду. Одна з головних метою реформи – забезпечити фінансову стабільність в нашій країні. Також були зроблені кроки у напрямку впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування. В даний час галузь медицини характеризується недостатньою ефективністю через недостатнє фінансування медичних послуг. Таким чином, впровадження системи медичного страхування стає актуальною та перспективною стратегією для вирішення проблеми фінансування охорони здоров'я. Це важливий крок у напрямку створення стабільної системи страхової медицини, який має значення для сучасності. Варто зазначити, що Законом України від 19.11.2021 № 1909-IX «Про страхування», положення якого будуть запроваджені з 01.01.2024, передбачено скасування поділу на обов'язкові та добровільні види страхування. Він встановлює заміну видів страхування на класи страхування, визначає назви цих класів та особливості умов договорів, що можуть бути укладені для таких класів страхування [35].

Систематизуємо наведені етапи на рис.2.1.

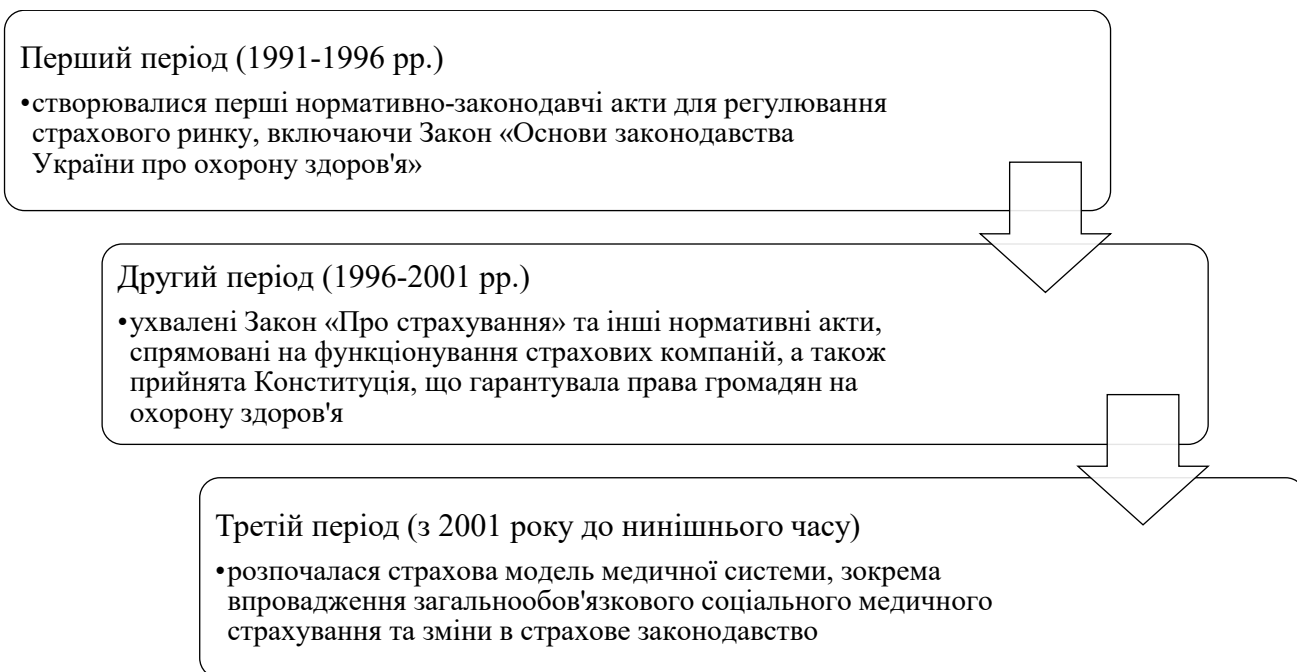


Рисунок 2.1. Етапи розвитку медичного страхування в Україні

Джерело: розроблено автором на основі [32-35]

Українська система медичного страхування пережила значні зміни та еволюцію протягом періоду з 1991 до 2023 років. Становлення страхового законодавства, активний процес реформ та набуття міжнародних стандартів були кроками до створення більш ефективної та справедливої системи медичного страхування. Особливу увагу заслуговує третій період, починаючи з 2001 року, коли активно здійснювалися реформи, націлені на перехід до страхової моделі організації медичної допомоги та впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Незважаючи на досягнуті успіхи, завершення перехідних процесів та впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування в Україні вимагає прийняття конкретних законодавчих кроків. Процес реформування медичної системи є важливим для підвищення доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян країни.

Аналіз свідчить про складний та поетапний розвиток медичного страхування в Україні. Однак важливо також проаналізувати поточний стан медичного страхування в Україні, оцінити досягнуті результати та визначити напрямки подальшого розвитку цієї сфери. Для початку проаналізуємо динаміку

кількості страхових компаній, що надають послуги медичного страхування (рис.2.2).

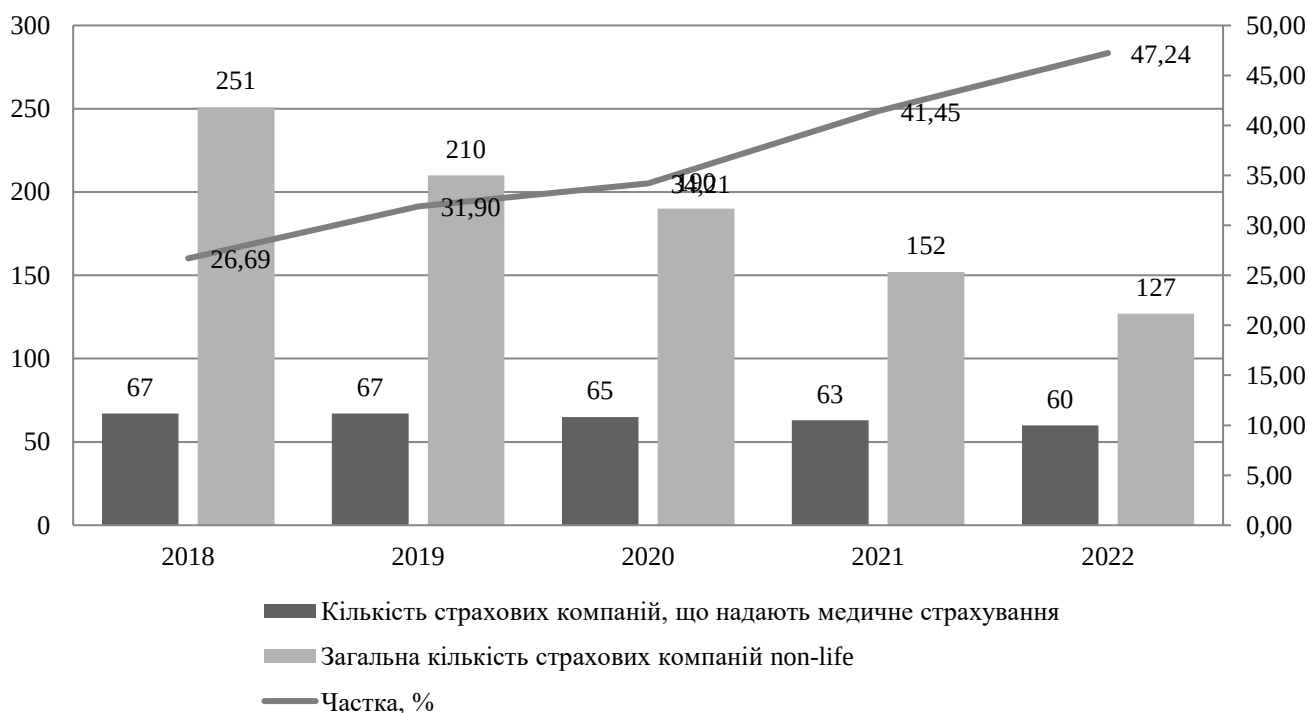


Рисунок 2.2. Динаміка кількості страхових компаній, що надають послуги медичного страхування, в Україні за 2018-2022 рр.

Джерело: розроблено автором на основі [36, 37]

За даними рис.2.2 бачимо, що в період з 2018 до 2022 року спостерігалась зміна кількості страхових компаній, які надавали послуги медичного страхування в Україні. Наведені дані свідчать про характерний тренд у зменшенні кількості таких компаній протягом цього п'ятирічного періоду. На початку аналізованого періоду, у 2018 році, було зареєстровано 67 страхових компаній, які надавали медичне страхування. У 2019 році кількість таких компаній залишилась на тому ж рівні – 67. Таким чином, відзначалась стабільність на ринку медичного страхування, незважаючи на загальне зменшення кількості страхових компаній non-life. Проте, починаючи з 2020 року, можна відмітити поступове зменшення кількості страхових компаній, що спеціалізуються на медичному страхуванні. У 2020 році ця кількість знизилась до 65 компаній, а в 2021 році – до 63 компаній. Цей тренд продовжився і в 2022 році, коли було зафіксовано 60 страхових

компаній, що надавали послуги медичного страхування. Важливо зазначити, що в той же час, загальна кількість страхових компаній non-life зменшилась упродовж цього періоду, що може вказувати на загальний процес реструктуризації ринку страхування в Україні.

Розглядаючи частку страхових компаній, що надавали медичне страхування відносно загальної кількості страхових компаній non-life, можна побачити, що ця частка зростала протягом аналізованого періоду. У 2018 році вона становила 26,69%, а вже у 2022 році – 47,24%. Цей зростаючий тренд може відображати підвищений інтерес до медичного страхування як важливого сегмента страхового ринку, незважаючи на загальне зменшення кількості страхових компаній у цьому сегменті.

Загалом, аналіз динаміки кількості страхових компаній, що надають послуги медичного страхування в Україні за розглянутий період, показує складну динаміку зменшення їх кількості, що може бути пов'язано зі змінами на страховому ринку та зміною підходів до організації медичного страхування в країні.

Також проаналізуємо динаміку валових премій (табл.2.1).

Таблиця 2.1. Динаміка валових премій медичного страхування в Україні за 2018-2022 рр.

Рік	Премії, млн грн	Ланцюговий приріст		Базисний приріст	
		абсолютний, млн грн	відносний, %	абсолютний, млн грн	відносний, %
2018	2850	-	-	-	-
2019	3624	774	27,16	774	27,16
2020	4552	928	25,61	1702	59,72
2021	5476	924	20,30	2626	92,14
2022	4345	-1131	-20,65	1495	52,46

Джерело: розроблено автором на основі [36, 37]

За даними табл.2.1 бачимо, що з 2018 по 2022 рік динаміка валових премій медичного страхування в Україні відображала зміни на страховому ринку та вплив зовнішніх факторів на цей сегмент. У 2018 році обсяг валових премій становив 2850 млн грн. Протягом наступних років спостерігався стійкий приріст

валових премій, що свідчить про підвищений інтерес до медичного страхування. Так, до 2019 року цей обсяг збільшився на 774 млн грн, або на 27,16%. Подальший приріст валових премій був відзначений і у 2020 році, коли вони склали 4552 млн грн, що на 928 млн грн, або 25,61%, більше, ніж у попередньому році. Продовжуючи позитивну динаміку, валові премії медичного страхування досягли рівня 5 476 млн грн у 2021 році, що становить збільшення на 924 млн грн, або 20,30%. Проте, 2022 рік приніс зміни в напрямку зниження обсягу валових премій. У порівнянні з попереднім роком, вони скоротилися на 1 131 млн грн, або на 20,65%. Ця зміна зумовлена зовнішніми факторами, такими як економічна і політична ситуація та зміни в попиті на страхові послуги.

Загальна динаміка демонструє, що валові премії медичного страхування зросли впродовж розглянутого періоду, але в 2022 році було зафіксоване зниження. Це може вказувати на наявність коливань у попиті на медичне страхування та вплив змін на страховому ринку, які варто детально вивчити для зрозуміння їхніх причин та подальшого впливу на цей сегмент.

Структура валових премій наведена на рис.2.3.

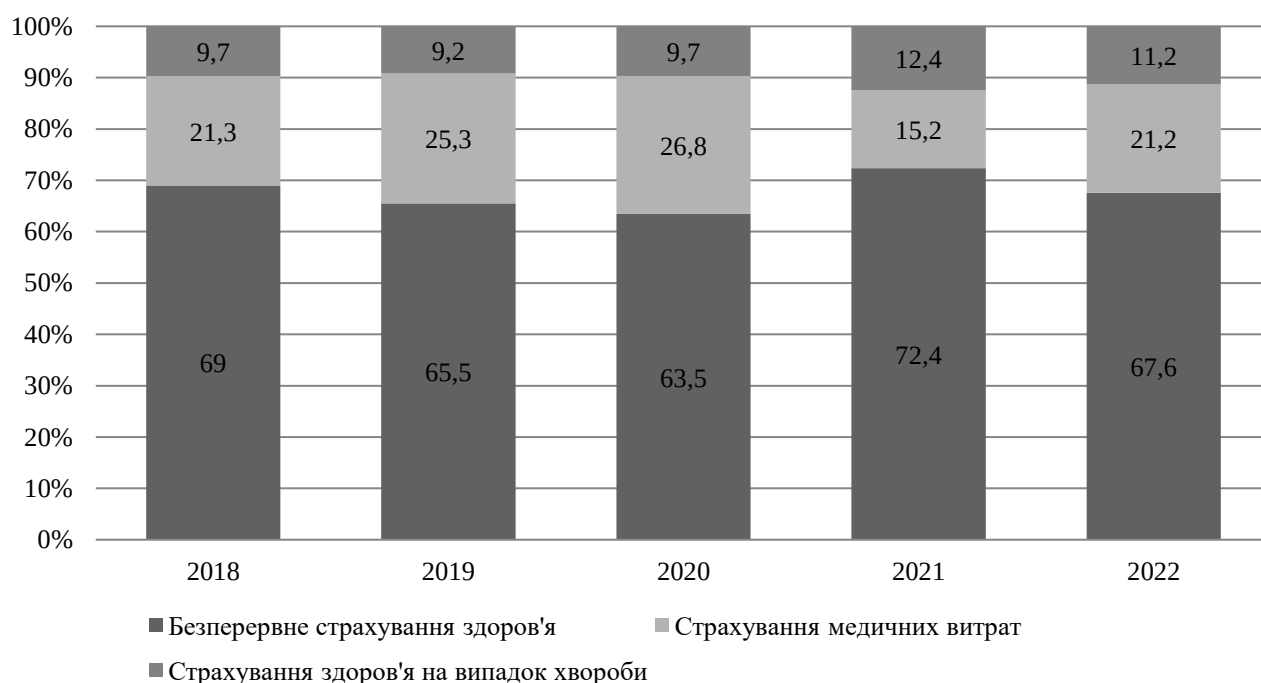


Рисунок 2.3. Структура валових премій медичного страхування в Україні за 2018-2022 рр.

Джерело: розроблено автором на основі [36, 37]

За даними рис.2.3 бачимо, що у 2018 році найбільшу частку валових премій становило безперервне страхування здоров'я – 69%. Страхування медичних витрат та страхування здоров'я на випадок хвороби склали відповідно 21,3% та 9,7% від загального обсягу премій. Протягом наступних років, у 2019-2020 роках, спостерігалась певна зміна в структурі – можна відмітити зменшення частки безперервного страхування здоров'я на користь страхування медичних витрат. Наприклад, у 2019 році безперервне страхування здоров'я склало 65,5%, а страхування медичних витрат – 25,3%. Значний розвиток структури премій спостерігався у 2021 році. Частка безперервного страхування здоров'я зросла до 72,4%, страхування медичних витрат зменшилося до 15,2%, а страхування здоров'я на випадок хвороби збільшилося до 12,4%. Ця динаміка може бути зумовлена зміною попиту на конкретні види страхування та вибором страховиками більш придатних для себе варіантів. У 2022 році знову спостерігалась деяка зміна в структурі. Частка безперервного страхування здоров'я знизилась до 67,6%, страхування медичних витрат відновило свій приріст, складаючи 21,2%, а страхування здоров'я на випадок хвороби становило 11,2%. Загалом, структура валових премій медичного страхування в Україні за розглянутий період була досить динамічною, відображаючи зміни в попиті та підходах до різних видів медичного страхування.

Також проаналізуємо динаміку валових виплат (табл.2.2).

Таблиця 2.2. Динаміка валових виплат медичного страхування в Україні за 2018-2022 рр.

Рік	Виплати, млн грн	Ланцюговий приріст		Базисний приріст	
		абсолютний, млн грн	відносний, %	абсолютний, млн грн	відносний, %
2018	1814	-	-	-	-
2019	2181	367	20,23	367	20,23
2020	2446	265	12,15	632	34,84
2021	3109	663	27,11	1295	71,39
2022	2371	-738	-23,74	557	30,71

Джерело: розроблено автором на основі [36, 37]

За даними табл.2.2 бачимо, що у 2018 році загальний обсяг валових виплат медичного страхування становив 1 814 млн грн. Протягом наступних років відбувався поступовий приріст виплат, що свідчить про зростання вартості страхових випадків. У 2019 році валові виплати зросли до 2 181 млн грн, що становить збільшення на 367 млн грн, або на 20,23%. Подальше зростання валових виплат було зафіксовано в 2020 році, коли вони склали 2 446 млн грн, збільшившись на 265 млн грн, або на 12,15%. Значне зростання валових виплат спостерігалось у 2021 році. Виплати досягли 3 109 млн грн, що відповідає приросту на 663 млн грн, або на 27,11%. Цей значний ріст може бути пов'язаний з різноманітністю страхових випадків та збільшенням обсягу медичних послуг, що страхуються. Проте, у 2022 році було зафіксоване суттєве зниження валових виплат медичного страхування. Обсяг виплат зменшився до 2 371 млн грн, що відповідає зниженню на 738 млн грн, або на 23,74%. Це зумовлено рядом факторів, таких як зміни в структурі попиту на медичне страхування, зміни в страхових умовах та зовнішніми економічними умовами.

Важливим показником для аналізу є рівень виплат (рис.2.4).

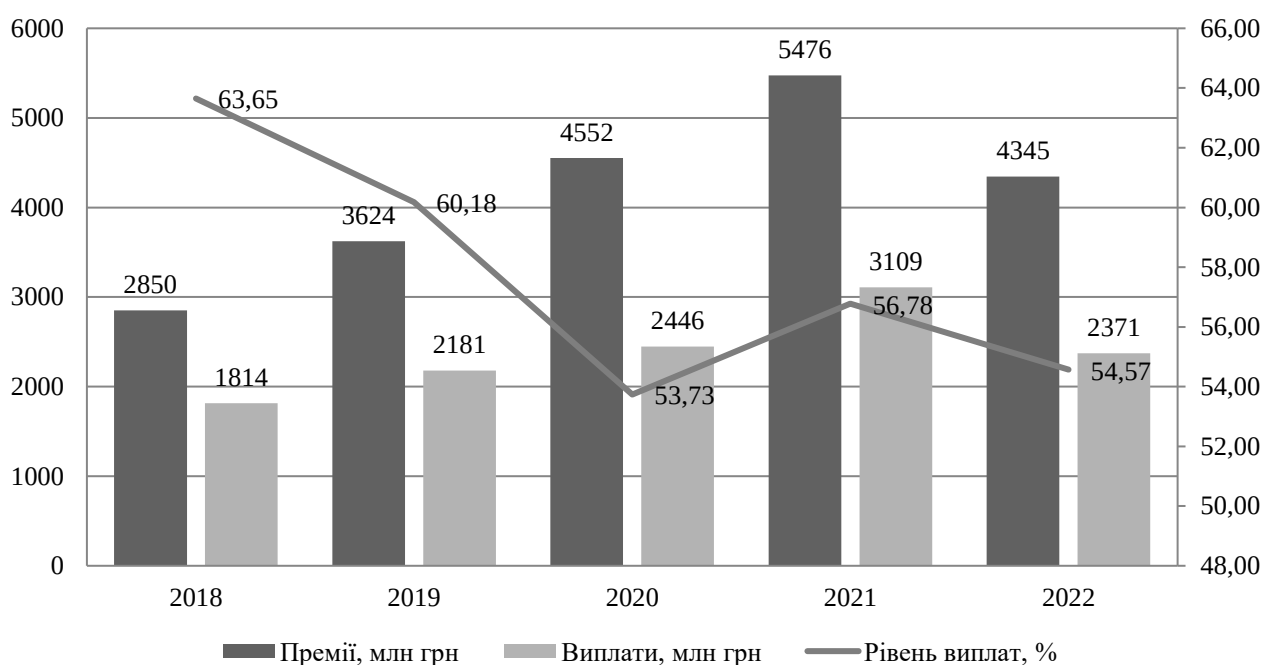


Рисунок 2.4. Динаміка рівня виплат медичного страхування в Україні за 2018-2022 рр.

Джерело: розроблено автором на основі [36, 37]

За даними рис.2.4 бачимо, що на початку розглянутого періоду, у 2018 році, рівень виплат медичного страхування склав 63,65%. Це свідчить про те, що понад 60% валових премій були виплачені у формі страхових виплат. Протягом наступних років спостерігалось зниження цього показника. У 2019 році рівень виплат зменшився до 60,18%, а в 2020 році – до 53,73%. Ця динаміка може вказувати на зміни в ефективності виплат та можливі зміни в структурі страхових випадків. У 2021 році було відзначено невелике зростання рівня виплат медичного страхування до 56,78%. Це може бути пов'язано з різноманітністю страхових випадків, а також з змінами в страхових програмах та умовах. Проте, в 2022 році рівень виплат знову знизився, до 54,57%. Ця динаміка може вказувати на зміни в структурі виплат та ефективності страхової системи в цей період. Загалом, аналіз динаміки рівня виплат медичного страхування в Україні за розглянутий період свідчить про коливання у співвідношенні валових премій та виплат, які можуть бути зумовлені різними факторами, такими як зміни в структурі страхового портфеля, рівень виплат по окремим страховим випадкам та зміни на страховому ринку загалом.

Таким чином, аналізуючи динаміку кількості страхових компаній, які надають медичне страхування, можна відзначити, що їхня кількість зменшилася з 67 компаній у 2018 році до 60 у 2022 році – це може бути пов'язано з консолідацією ринку та змінами в регулюванні страхової діяльності. Аналіз динаміки валових премій медичного страхування вказує на зростання обсягу валових премій протягом періоду з 2018 по 2021 рік, зі зниженням в 2022 році – ця динаміка відображає зміни в попиті на страхові послуги та вплив зовнішніх факторів на страховий ринок. Структура валових премій медичного страхування показала зміни у розподілі премій між різними видами страхування. Зміни у співвідношенні безперервного страхування здоров'я, страхування медичних витрат та страхування здоров'я на випадок хвороби можуть вказувати на зміни в попиті на різні види страхування та вибір страховиками більш придатних для них варіантів. Динаміка рівня виплат медичного страхування в Україні також показала коливання, що відображають зміни у співвідношенні виплат до валових премій.

Рівень виплат зменшувався з 2018 по 2020 рік, але зростав в 2021 році, знову зменшуючись в 2022 році. Загальною тенденцією можна вважати поступове зростання і розвиток медичного страхування в Україні, однак вплив змін на страховому ринку та зовнішніх факторів визначав динаміку цього процесу протягом розглянутого періоду.

2.2 Аналіз програм медичного страхування компаній

Сучасна медична система, що стикається зі зростаючими вимогами пацієнтів і складнощами лікування, вимагає належної організації та фінансової підтримки. Однією з ключових складових цієї підтримки є медичне страхування, яке забезпечує можливість доступу до необхідних медичних послуг та процедур. Система медичного страхування відіграє важливу роль у забезпеченні фінансової стабільності пацієнтів, зменшенні їх фінансового ризику та сприянні оптимізації фінансового потоку в охороні здоров'я.

Програми медичного страхування страхових компаній є важливим інструментом для забезпечення доступу до медичних послуг для широкого спектру населення. Ці програми можуть бути різноманітними за своєю структурою, обсягом покриття та вартістю. Аналіз цих програм має вирішальне значення для розуміння ефективності медичного страхування, виявлення його переваг та недоліків, а також для визначення можливостей для подальшого вдосконалення системи.

Розпочнемо аналіз з державної програми. В Україні вже шостий рік поспіль функціонує Програма медичних гарантій, яка реалізується спільно командою Національної служби здоров'я України та її партнерами. Головною метою цієї програми є забезпечення всебічного доступу населення до якісних медичних послуг, забезпечуючи кожній особі можливість отримати необхідну медичну допомогу без зазнання фінансового навантаження.

Національна служба здоров'я України, в рамках Програми медичних гарантій, укладає угоди на надання медичних послуг, за винятком тих, що вже включені до переліку платних послуг або фінансуються з інших джерел, не суперечних законодавству. Усі, хто уклав декларацію зі своїм сімейним лікарем, терапевтом або педіатром, мають право на безоплатний гарантований державою набір медичних послуг, незалежно від того, чи ці послуги надаються в комунальних, приватних чи медичних практикуючих лікарів-підприємців (ФОП). Іншими словами, у всіх цих випадках пацієнти отримують однаковий перелік медичних послуг безоплатно. Оплата за надані медичні послуги здійснюється Національною службою здоров'я України відповідно до встановлених тарифів і коригувальних коефіцієнтів. Таким чином, вимагати від пацієнтів оплати за ці послуги заборонено. Проте, Національна служба здоров'я України не компенсує витрати на медичні послуги, які надаються за направленнями на паперових формах, за винятком випадків, коли це стосується пацієнтів, які знаходяться в установах виконання покарань або слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби.

У 2023 році Програма медичних гарантій в Україні була ретельно вдосконалена, з урахуванням потреб пацієнтів та особливостей військового часу. Як і раніше, ця програма охоплює різні види медичної допомоги, такі як екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна медична допомога, реабілітація у сфері охорони здоров'я, медична допомога дітям та медична допомога під час вагітності та пологів. У 2013 році було розширено асортимент медичних послуг до 41 пакету, з яких 6 є абсолютно новими. Це поліпшує доступ до медичної допомоги для пацієнтів і враховує особливості в умовах воєнного стану.

Рейтинг страхових компаній України, що надають послуги медичного страхування, дасть можливість проаналізувати, які страхові компанії демонстрували найбільшу стабільність, якість обслуговування, а також як вони впоралися з медичними викликами, що впливали зі змін у глобальній ситуації (табл.2.3).

Таблиця 2.3. Рейтинг страхових компаній України, що надають послуги медичного страхування, за 12 місяців 2022 р.

№	Страхова компанія	Премії, млн грн	Виплати, млн грн
1	УНІКА	711	419
2	ПРОВІДНА	652	400
3	ІНГО	433	282
4	ARX	429	177
5	УСГ	318	168
6	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	260	193
7	ТАС СГ	224	103
8	УНІВЕРСАЛЬНА	192	79
9	КРАЇНА	168	118
10	ВУСО	168	75
Всього		4345	2371

Джерело: розроблено автором на основі [38]

Аналіз рейтингу страхових компаній України за 12 місяців 2022 року надає можливість краще зрозуміти динаміку та структуру ринку медичного страхування в країні, а також виділити ключові фактори, що вплинули на активність та результативність страхових компаній у даному сегменті. На перших позиціях рейтингу медичного страхування знаходимо компанії «УНІКА» та «ПРОВІДНА», які відзначилися значним обсягом премій у розмірі 711 млн та 652 млн грн відповідно. Це свідчить про їхню популярність серед клієнтів і високий рівень довіри, який вони здобули завдяки надійному покриттю та якісному обслуговуванню. Ще однією вагомою учасницею ринку є компанія «ІНГО», з обсягом премій 433 млн грн, яка також демонструє конкурентоспроможність та довіру споживачів. При оцінці результативності страхових компаній не можна не звернути увагу на виплати. Компанії «УНІКА» та «ПРОВІДНА» також лідирують у цьому показнику, виконавши виплати в розмірі 419 млн та 400 млн грн відповідно. Це вказує на їхню здатність ефективно управляти ризиками та задовольняти потреби своїх клієнтів, забезпечуючи необхідну фінансову підтримку у разі медичних випадків.

Інші страхові компанії, такі як «ARX», «УСГ», «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» та «ТАС СГ», також займають значущі позиції у рейтингу, свідчаючи про багатогранність конкурентної боротьби на ринку. Такі аспекти як

ефективність управління ризиками, широкий спектр медичних послуг та якість обслуговування набувають першочергового значення для забезпечення успішної позиції на ринку медичного страхування. Важливо зауважити, що рейтингова позиція компаній також відображає їхні зусилля у підтримці стабільності на ринку під час глобальних та місцевих викликів. Компанії «УНІВЕРСАЛЬНА», «КРАЇНА» та «ВУСО» також внесли свій внесок у забезпечення доступу до медичної допомоги та фінансової захищеності своїх клієнтів.

Загальна сума премій у розмірі 4345 млн грн та виплат у розмірі 2371 млн грн підкреслює значущість медичного страхування для українського суспільства, а також підтверджує існуючий попит на якісні послуги у цій сфері. Важливість розвитку конкуренції та постійного вдосконалення якості страхових програм надає гарантію подальшого позитивного впливу на медичну систему та покращення здоров'я громадян.

Проаналізуємо програми медичного страхування деяких з наведених в рейтингу страхових компаній.

1. Страхова компанія «УНІКА» надає 3 програми медичного страхування, основі умови яких наведено в табл.2.4.

Таблиця 2.4. Програми медичного страхування СК «УНІКА»

Програма	Стандарт	Класика	Престиж
1	2	3	4
Ціна	від 43 гривень на день	від 58 гривень на день	від 76 гривень на день
Цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс	+	+	+
Страхова сума	75 000 гривень	125 000 гривень	175 000 гривень
Обслуговування	в комерційних медичних клініках (напр. Хелсі Енд Хеппі. Медбуд, Здравица, Авесана, Альфа Віта)	в комерційних медичних клініках високої цінової. категорії (напр Віва, Хелсі Енд Хеппі)	в комерційних клініках вищої акредитації (напр. Добробут, Медіком, Борис,Оберіг)
Амбулаторно-поліклінічна допомога	+	+	+
Екстрена госпіталізація та: забезпечення медикаментами	+	+	+

Продовження табл.2.4.

1	2	3	4
Планова стаціонарна допомога, хірургія	в межах 3000 гривень	в межах 4000 гривень	не більше 5000 гривень
Екстрена стоматологія	до 500 гривень	до 1000 гривень	до 2000 гривень

Джерело: розроблено автором на основі [39]

Перш за все, розглянемо програму «Стандарт». Ця програма відзначається доступною ціною від 43 гривень на день, що робить її привабливою для широкого кола споживачів. В рамках «Стандарту» надається цілодобова підтримка лікаря-координатора служби асистанс, що є важливим аспектом у разі необхідності консультації чи допомоги. Страхова сума в розмірі 75 000 гривень забезпечує базовий рівень фінансової підтримки в разі медичних подій. У програмі «Класика» більший обсяг покриття та вартість – від 58 гривень на день. До переваг цієї програми можна віднести можливість отримання медичної допомоги в комерційних медичних клініках високої цінової категорії, таких як Віва чи Хелсі Енд Хеппі. Це розширює вибір спеціалістів та послуг, що доступні пацієнтам, збільшуючи якість обслуговування. Програма «Престиж» має найширший обсяг покриття та вартість від 76 гривень на день. Особливо важливою в ній є можливість отримання медичної допомоги в комерційних клініках вищої акредитації, таких як Добробут, Медіком. Це відкриває доступ до високоспеціалізованих медичних закладів та послуг вищого рівня. Окрім цього, програми включають різні рівні покриття амбулаторно-поліклінічної та планової стаціонарної допомоги, а також можливість екстреної стоматології залежно від обраної програми.

Загалом, програми медичного страхування СК «УНІКА» пропонують різні рівні покриття та цінові можливості, що дозволяє споживачам обирати оптимальний варіант відповідно до своїх потреб та бюджету. Вибір програми залежить від особистих пріоритетів та вимог до медичного покриття, що робить програми СК «УНІКА» варіативними та адаптованими до різних ситуацій.

2. Страхова компанія «ІНГО» також пропонує 3 програми медичного страхування (рис.2.5).

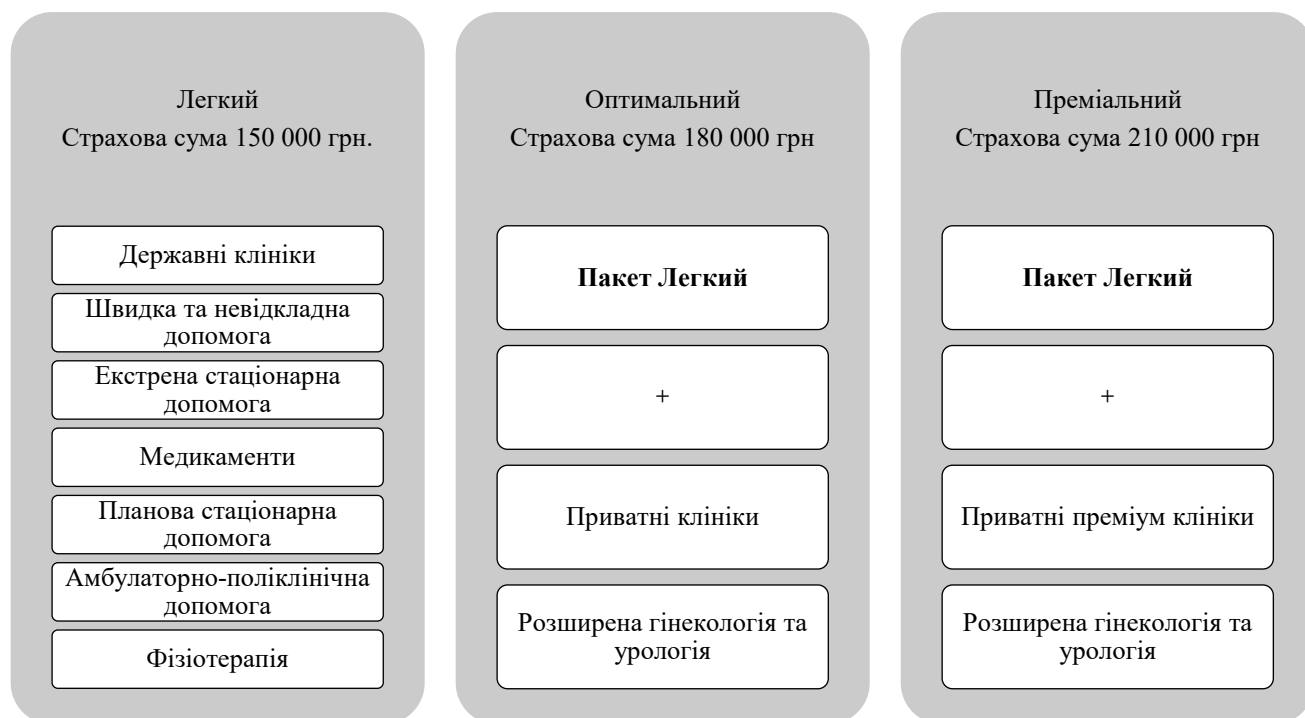


Рисунок 2.5. Програми медичного страхування СК «ІНГО»

Джерело: розроблено автором на основі [40]

Почнемо з програми «Легкий». Ця програма передбачає страхову суму у розмірі 150 000 гривень та надає покриття для таких послуг, як державні клініки, швидка та невідкладна допомога, екстрена стаціонарна допомога, медикаменти, планова стаціонарна допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога та фізіотерапія. Це варіант для тих, хто шукає базовий рівень покриття та фінансової безпеки в медичних справах. Програма «Оптимальний» включає в себе пакет послуг «Легкий», доповнюючи його можливістю отримання медичної допомоги в приватних клініках. Страхова сума за цією програмою становить 180 000 гривень. Цей варіант особливо привабливий для тих, хто бажає розширити доступ до медичних послуг і отримати підтримку від приватних клінік, а також вдосконалити покриття в гінекологічних та урологічних сферах. Остання програма «Преміальний» надає найвищий рівень покриття зі страховою сумою 210 000 гривень. Ця програма включає пакет послуг «Легкий», а також розширяє можливості на рівень приватних преміум клінік. Вона призначена для тих, хто має

високі вимоги до медичної допомоги та бажає отримати доступ до послуг в престижних медичних закладах.

Загалом, програми медичного страхування СК «ІНГО» різних рівнів (від «Легкого» до «Преміального») надають клієнтам можливість вибору відповідно до їхніх потреб, фінансових можливостей та вимог до якості медичних послуг. Кожна програма дозволяє підвищити впевненість та спокій у забезпеченні надійного медичної захисту.

3. ARX пропонує послугу ARXiMed, що також включає 3 програми (табл.2.5). В умовах постійного росту важливості медичного страхування, страхова компанія «ARX» пропонує різні програми, спрямовані на задоволення потреб клієнтів у якісних медичних послугах та захисті від непередбачених витрат.

Таблиця 2.5. Програми медичного страхування СК «ARX»

Програма	BRONZE	SILVER	GOLD
Страховий платіж	від 1080 грн	від 3456 грн	від 6096 грн
Страхове покриття	100 000 грн	200 000 грн	500 000 грн
Медичний консьєрж	+	+	+
Дистанційні консультації лікаря	+	+	+
Швидка медична допомога (5 разів на рік)	+	+	+
Екстрена стаціонарна допомога	+	+	+
ПЛР-тести за наявності медичних показів до госпіталізації	+	+	+
Консультації лікаря в поліклініці	-	+	+
Лабораторні дослідження	-	+	+
Малі інструментальні дослідження, крім КТ/МРТ, досліджень з анестезією та контрастом	-	+	+
ПЛР-тести 2 рази на рік при медичних показах в умовах поліклініки (застосовується франшиза)	-	-	+
Відкладене стаціонарне лікування (застосовується франшиза)	-	-	+

Джерело: розроблено автором на основі [41]

Програма «BRONZE» відзначається страховим платежем від 1080 гривень. Вона забезпечує страхове покриття на рівні 100 000 гривень та включає такі послуги як медичний консьєрж, дистанційні консультації лікаря, швидка медична допомога, екстрена стаціонарна допомога та проведення ПЛР-тестів при медичних показах. Програма «BRONZE» надає базовий рівень фінансового

захисту та можливість отримання невідкладної допомоги. Програма «SILVER» передбачає страховий платіж від 3456 гривень і страхове покриття в розмірі 200 000 гривень. До переваг «SILVER» належить розширений перелік послуг, який включає додаткові можливості, такі як консультації лікаря в поліклініці, лабораторні дослідження та малі інструментальні дослідження. Ця програма спрямована на тих, хто шукає збалансовану комбінацію покриття та цінової доступності. Програма «GOLD» має страховий платіж від 6096 гривень та найширший обсяг покриття - 500 000 гривень. Додаткові переваги цієї програми включають проведення ПЛР-тестів двічі на рік при медичних показах в умовах поліклініки та можливість відкладеного стаціонарного лікування. Програма «GOLD» призначена для тих, хто бажає найвищого рівня покриття та доступу до розширених медичних послуг.

Загалом, програми медичного страхування СК «ARX» варіюються за страховим покриттям та вартістю, надаючи клієнтам можливість вибору відповідно до їхніх потреб та фінансових можливостей. Кожна програма пропонує певний набір послуг, який доповнюється залежно від обраної категорії, що дозволяє забезпечити надійний захист та допомогу в різних медичних ситуаціях.

4. СК «ТАС СГ» також пропонує 3 програми медичного страхування (табл.2.6).

Таблиця 2.6. Програми медичного страхування СК «ТАС СГ»

Програма	Мінімальний	Оптимальний	Максимальний
Страховий платіж, грн	300	750	2 500
Страхове покриття, грн	50 000	70 000	120 000
Критичне захворювання	-	-	+
Гостра хвороба	-	+	+
Смерть внаслідок хвороби або нещасного випадку	+	+	+

Джерело: розроблено автором на основі [41]

Програма «Мінімальний» відрізняється страховим платежем в розмірі 300 гривень та надає страхове покриття на рівні 50 000 гривень. Вона пропонує певний рівень захисту, включаючи виплату в разі смерті внаслідок хвороби або нещасного випадку. Програма «Мінімальний» може бути привабливою для тих,

хто шукає базовий рівень фінансової підтримки та страхового захисту. Програма «Оптимальний» вже має більший страховий платіж - 750 гривень, та вище страхове покриття в розмірі 70 000 гривень. До переваг цієї програми входить покриття випадків гострої хвороби та смерті внаслідок хвороби або нещасного випадку. Програма «Оптимальний» призначена для тих, хто важливою вважає захист від непередбачених медичних подій. Програма «Максимальний» відрізняється великим страховим платежем - 2 500 гривень, та найвищим страховим покриттям у розмірі 120 000 гривень. Однак, особливою перевагою «Максимальний» є покриття критичних захворювань, що відображає великий захист у важких ситуаціях. Ця програма підходить для тих, хто має підвищені вимоги до страхового захисту та бажає більш широкого покриття.

Загалом, програми медичного страхування СК «ТАС СГ» надають різні рівні страхового захисту, які відповідають потребам різних клієнтів. Вибір програми залежить від особистих пріоритетів та бюджетних обмежень, що робить цей вибір гнучким та адаптованим до індивідуальних потреб.

Таким чином, медичне страхування є важливою складовою сучасного життя, спрямованою на забезпечення фінансового захисту та доступу до якісних медичних послуг. Проведений порівняльний аналіз програм медичного страхування від різних страхових компаній – «УНІКА», «ІНГО», «ARX», «ТАС СГ», дозволив виявити різноманітність пропозицій, а також спільні тенденції, які варто враховувати при виборі найбільш відповідної програми. Компанія «УНІКА» пропонує програми з різними рівнями покриття та вартістю, що дозволяє клієнтам обрати оптимальний варіант з урахуванням їхніх потреб та бюджету. СК «ІНГО» зосереджує увагу на страхуванні відмінних від новоутворень хвороб, пропонуючи різні програми з розширеним медичним покриттям. «ARX» відрізняється великим страховим покриттям у програмі «GOLD» та важливим акцентом на покриття важливих медичних подій. Залежно від індивідуальних потреб, фінансових можливостей та переваг, споживачі можуть обирати оптимальну програму медичного страхування. Вибір страхової компанії та програми медичного страхування варто робити з урахуванням власних пріоритетів, забезпечивши себе

надійним захистом та можливістю отримання вчасної та якісної медичної допомоги.

2.3 Проблеми розвитку медичного страхування в Україні

В сучасних умовах, коли охорона здоров'я є однією з найактуальніших соціальних та економічних проблем, медичне страхування набуває все більшої ваги як ефективний інструмент забезпечення населення доступом до якісних медичних послуг. Україна, як і багато інших країн, стикається з численними викликами та проблемами у розвитку системи медичного страхування. Деякі з цих проблем обумовлені економічними, соціальними та політичними аспектами країни, тоді як інші впливають з особливостей організації медичної сфери та її взаємодії зі страховими компаніями. У цьому контексті, дослідження проблем розвитку медичного страхування в Україні є надзвичайно важливим завданням, спрямованим на покращення доступності та якості медичних послуг для всього суспільства.

Впровадження медичного страхування в Україні відкриває нові перспективи для покращення системи охорони здоров'я та забезпечення фінансової стабільності. Однак, разом з цим, ця ініціатива також винесла на поверхню ряд проблем і викликів, які потребують комплексного підходу та розв'язання. Розгляд таких проблем розвитку медичного страхування є важливим для налагодження ефективної та стабільної системи здоров'я в країні. У цьому контексті, розглянемо деякі з найактуальніших викликів, що виникають на шляху до успішної імплементації медичного страхування та його подолання. На рис.2.6 систематизуємо основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні.

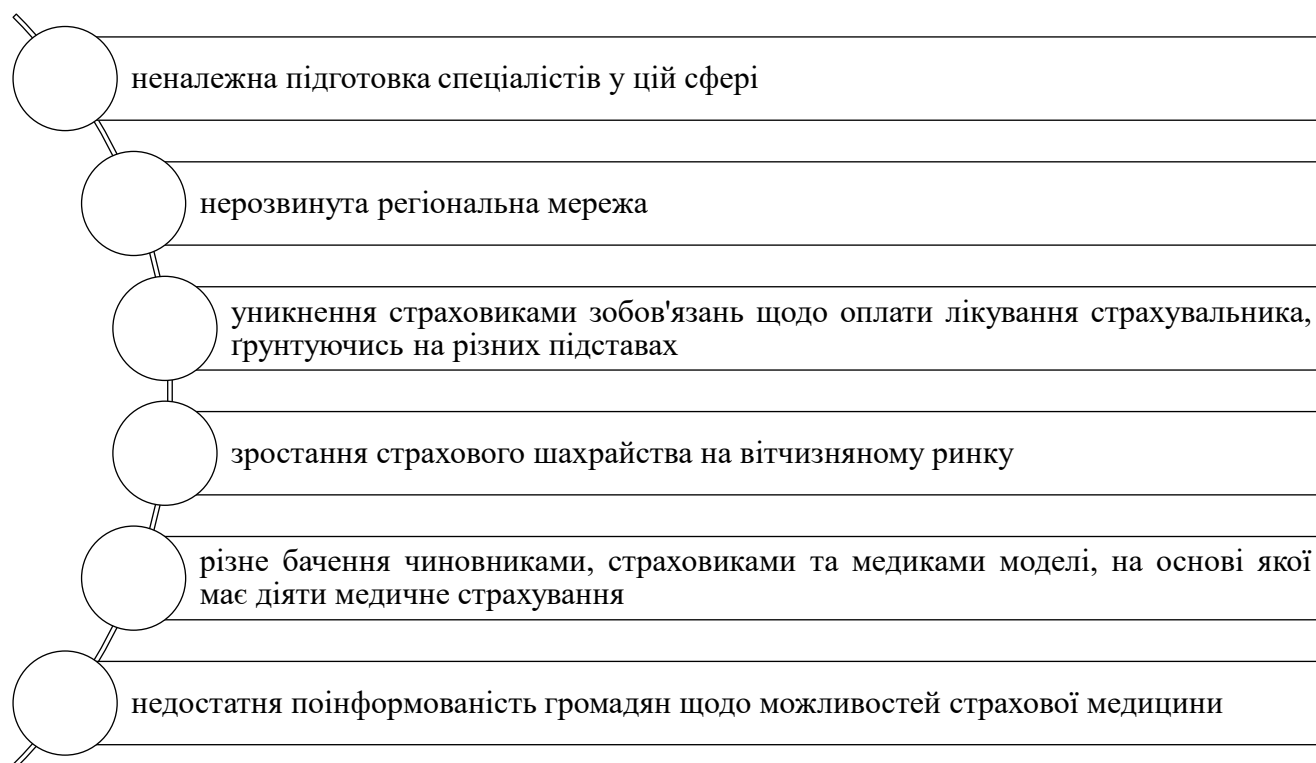


Рисунок 2.6. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні

Джерело: розроблено автором на основі [43-47]

Розглянемо кожну з проблем детальніше.

1. Проблема неналежної підготовки спеціалістів у сфері медичного страхування в Україні впливає на якість надання страхових послуг, а також на загальну ефективність та довіру до системи страхування. Однією з головних причин цієї проблеми є недостатня кількість спеціалізованих навчальних програм та курсів, що готують фахівців для роботи у цій галузі [43, с.94]. Багато спеціалістів, які займаються медичним страхуванням, не мають достатньої кваліфікації та розуміння складних аспектів страхового бізнесу та медичних послуг. Це може призвести до некоректної оцінки ризиків, помилкового розрахунку страхових тарифів, нездатності вчасно виявити потенційні проблеми та здійснити їх прогнозування. Такі недоліки у навичках та знаннях спеціалістів можуть призвести до негативних наслідків для обох сторін: як для страхувальників, так і для страхових компаній. Додатковою складністю є швидка зміна умов та правил страхування в зв'язку з медичними і технологічними інноваціями. Сучасна медицина швидко розвивається, і спеціалісти у сфері

медичного страхування повинні бути завжди в курсі останніх тенденцій та нововведень. Недостатня підготовка у цьому плані може призвести до неправильного оцінювання ризиків та втрат страховиками.

2. Проблема нерозвинутої регіональної мережі в медичному страхуванні в Україні відображає труднощі у створенні та підтримці ефективної структури та доступності медичних страхових послуг на всій території країни. Однією з основних причин цієї проблеми є нерівномірність розвитку інфраструктури та медичної допомоги між різними регіонами України. На сьогоднішній день більшість медичних страхових програм та послуг сконцентровані у великих містах та обласних центрах [44, с.114]. Це створює дисбаланс у доступності якісної медичної допомоги для жителів менших населених пунктів, а також для людей, які проживають у віддалених або важкодоступних районах. Брак розвинутої регіональної мережі призводить до того, що багато людей не мають змоги отримати страхову допомогу без великих труднощів та додаткових витрат на подорожі до ближчого медичного закладу. Крім того, нерозвинута регіональна мережа може впливати на ефективність страхових програм. Відсутність медичних закладів та лікарів у певних районах може обмежити можливість страховика вчасно та якісно надавати медичну допомогу своїм клієнтам.

3. Проблема уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника, ґрунтуючись на різних підставах, відображає питання недостатньої довіри між страхувальниками та страховими компаніями, а також можливістю надмірного втручання страховиків у процес медичного лікування та прийняття рішень щодо оплати [45, с.140]. Ця проблема може виникати з декількох причин. По-перше, страхові компанії можуть використовувати різні правила та критерії для визначення, чи потрібно покривати витрати на лікування страхувальника. Це може призвести до ситуацій, коли підстави відмови у страховій виплаті можуть бути невинновдано розширеними або незрозумілими для пацієнтів. По-друге, інколи страхові компанії можуть намагатися зменшити свої витрати, уникнувши оплати за лікування, яке вони вважають зайвим або перебільшеним. Це може призвести до ситуацій, коли лікарі та пацієнти

вступають у конфлікт із страховиками через різницю у поглядах на необхідність медичного втручання. Крім того, існують випадки, коли страхові компанії можуть використовувати недостатньо прозорі та чіткі умови у договорах страхування, що дозволяє їм інтерпретувати їх на свою користь у випадках спорів щодо оплати.

4. Проблема зростання страхового шахрайства на вітчизняному ринку медичного страхування в Україні відображає зростаючу тенденцію до недобросовісної діяльності та обману в процесі оформлення та здійснення страхових виплат [46, с.85]. Ця проблема має серйозний вплив на фінансову стійкість страхових компаній, вартість страхових послуг для чесних страхувальників та загальний рівень довіри до системи медичного страхування. Страхове шахрайство може набувати різних форм, включаючи надмірне подавання страхових заявок, подачу фальшивих медичних документів, спроби отримання компенсації за вигадані або невідомі страхові випадки. Це може створювати фінансові втрати для страхових компаній та призводити до зростання вартості страхових полісів для всіх клієнтів. Крім того, страхове шахрайство може негативно впливати на якість та доступність страхової допомоги для тих, хто дійсно потребує медичної підтримки. Проблему страхового шахрайства важко вирішити, оскільки вона вимагає спільних зусиль з боку страхових компаній, державних органів та суспільства загалом.

5. Проблема різного бачення моделі функціонування медичного страхування з боку чиновників, страховиків та медиків в Україні відображає розбіжності в уявленнях та підходах до того, як повинна діяти система медичного страхування, які цілі вона повинна відповідати та які механізми мають бути впроваджені. Чиновники можуть прагнути до створення системи медичного страхування, яка би відповідала конкретним політичним або економічним цілям. Наприклад, для забезпечення доступності медичної допомоги всім шарам населення чи для зменшення фінансового навантаження на державний бюджет [47, с.115]. Це може призводити до зміни структури та механізмів медичного страхування з урахуванням цих цілей. Страхові компанії можуть підходити до медичного страхування з орієнтацією на власні фінансові інтереси. Вони можуть

намагатися мінімізувати ризики та витрати, встановлюючи високі страхові премії та обмежуючи обсяги покриття медичних послуг – це може призводити до того, що деякі потреби пацієнтів залишаються незадоволеними через обмежену доступність медичної допомоги. Медичні фахівці, у свою чергу, можуть бачити медичне страхування з позиції забезпечення якісної та ефективної медичної допомоги для кожного пацієнта. Вони можуть прагнути, щоб медичне страхування сприяло доступності сучасних методів діагностики та лікування, а також забезпеченню найвищого рівня медичної допомоги для всіх без винятку. Ці різні підходи можуть призводити до конфліктів та розбіжностей у визначенні стратегій розвитку медичного страхування.

6. Проблема недостатньої поінформованості громадян щодо можливостей страхової медицини в Україні відображає низьку свідомість населення про переваги та можливості, які надає медичне страхування. Ця проблема може впливати на вибір страхових продуктів, відмову від страхування або невірні очікування від цієї послуги. Громадяни можуть не знати про різні типи страхових полісів, можливі обсяги медичного покриття, переваги страхування, які вони можуть отримати. Це може обмежувати їх можливість обирати страховий продукт, який найкраще відповідає їхнім потребам і фінансовим можливостям. Також низька поінформованість може призвести до непорозумінь та невірних очікувань щодо умов оплати медичних послуг. Громадяни можуть не розуміти, які процедури покриваються страховою компанією, а які – ні, та внаслідок цього понести неочікувані фінансові витрати.

Підсумовуючи аналіз стану медичного страхування в Україні, важко не визнати, що система стикається зі значними та різноплановими труднощами. Наведені проблеми негативно впливають на ефективність та доступність медичного страхування для населення. Брак належної підготовки фахівців у галузі, обмежена регіональна мережа, відсутність чітких механізмів контролю за виконанням зобов'язань страховиками, страхове шахрайство та розбіжності в уявленнях про модель функціонування системи – все це створює незавершений та неефективний стан медичного страхування. Проте, ці проблеми не є

непереборними, і можливі шляхи подолання цього стану. Важливо розглядати ці труднощі як виклики, що вимагають комплексного підходу та спільних зусиль з боку держави, страхових компаній, медичної спільноти та громадян.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Вектори та заходи розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування в Україні є однією з актуальних тем, що потребує глибокого аналізу та вивчення для забезпечення належного рівня доступності та якості медичних послуг для населення. Забезпечення ефективної системи медичного страхування відіграє ключову роль у розвитку охорони здоров'я, покращенні життєвого стандарту громадян та забезпеченні сталого росту країни. У зв'язку зі змінами в економічному та демографічному середовищі, а також з урахуванням накопиченого міжнародного досвіду, важливо розглянути різні напрями розвитку медичного страхування та впровадження зарубіжного досвіду в цій сфері. Вдосконалення медичного страхування в Україні є актуальним завданням, яке відображає стрімкий розвиток сучасної системи охорони здоров'я та прагнення забезпечити доступність та якість медичних послуг для всього населення. Останні роки супроводжуються реформами у сфері охорони здоров'я, зокрема впровадження елементів обов'язкового та добровільного медичного страхування. Ці кроки покликані забезпечити стабільне фінансування системи, зменшити фінансовий тягар населення та покращити якість надання медичних послуг.

Світові практики в області фінансування охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування можуть надати цінні ідеї для вдосконалення української системи. Впровадження обов'язкового медичного страхування може стати як додатковим, так і основним джерелом фінансування охорони здоров'я. У відношенні організації фондів обов'язкового медичного страхування можна розглядати різні альтернативи. Це може бути спільний фонд для всього суспільства, окремі фонди для регіонів або декілька фондів, які діють у межах

одного регіону і не конкурують між собою. Україні необхідно провести реформу охорони здоров'я, і деякі складові цієї реформи вже розроблені фахівцями Всесвітньої організації охорони здоров'я (табл.3.1).

Таблиця 3.1. Ключові складові реформи охорони здоров'я в Україні

Складова	Сутність	Роль
1	Створення обов'язкового пакету медичних послуг на державному рівні для всього населення.	Забезпечить рівний доступ до медичної допомоги незалежно від регіону проживання та платіжних можливостей громадян.
2	Зведення до однієї агенції-замовника на державному рівні з регіональними представництвами.	Дозволить забезпечити централізований закуп послуг в медичних закладах на умовах контракту.
3	Оплата медичних послуг згідно з нормативами на громадянина для кожного регіону та платні за спеціалізовану допомогу.	Сприятиме раціональному розподілу коштів та забезпеченню більш ефективного використання ресурсів.
4	Самостійне функціонування медичних закладів.	Сприятиме підвищенню їхньої ефективності та відповідальності за надану медичну допомогу.

Джерело: розроблено автором на основі [55-56]

Першою важливою складовою реформи є створення обов'язкового пакета медичних послуг на державному рівні для всього населення. Це означає, що кожен громадянин має право на однаковий обсяг медичної допомоги, незалежно від місця проживання, стану здоров'я чи платіжної здатності. Другою складовою є зведення до однієї агенції-замовника на державному рівні (Національна агенція з фінансування охорони здоров'я) з регіональними представництвами. Ця агенція закуповує єдиний гарантований пакет послуг у медичних закладах на умовах контракту. Третя складова передбачає оплату медичних послуг згідно з нормативами на громадянина для кожного регіону та платні за спеціалізовану допомогу. Четвертою складовою є незалежна діяльність медичних закладів. Ці зміни спрямовані на поліпшення системи охорони здоров'я в Україні та забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для всього населення.

Впровадження нової моделі фінансування у сфері охорони здоров'я в Україні передбачає не зростання фінансування, а зміну підходу до ресурсного управління для забезпечення більш ефективного їх використання. На поточному

етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні потрібно розробити та впровадити фінансові та організаційні механізми для поліпшення доступу населення до медичної допомоги, враховуючи фінансові, територіальні та структурні обмеження. Створення таких механізмів буде сприяти накопиченню соціального капіталу в країні. Основні кроки впровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування як єдиної системи включають оптимізацію страхових тарифів, розрахунків на основі актуарних даних, обґрунтування розміру страхових внесків, впровадження ефективних методів відшкодування витрат, встановлення податкових пільг для страхувальників та страховиків, регулювання тарифів для різних груп населення та уникнення дублювання платежів за медичні послуги, а також стандартизацію та регламентацію надання медичної допомоги в медичних закладах.

Таким чином, нами розглянуті та порівняні різні моделі організації та фінансування систем охорони здоров'я в різних країнах: Естонії, Нідерландах та США. Кожна з цих систем має свої переваги та недоліки. Естонська система охорони здоров'я базується на обов'язковому медичному страхуванні та ефективному використанні електронних технологій, проте має проблеми з доступом до медичної допомоги. Нідерландська система характеризується централізованим управлінням та обов'язковим медичним страхуванням, але може виникнути конфлікт інтересів між різними страховими фондами. В американській системі спостерігається різноманітність страхових компаній та програм, але багато громадян залишаються без належного медичного страхування. У висновку можна сказати, що в Україні необхідне реформування системи охорони здоров'я з метою поліпшення доступу до якісної медичної допомоги для всього населення. При цьому, запровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування може стати перспективним кроком, який забезпечить стабільність фінансування та більш ефективне використання ресурсів у сфері охорони здоров'я. Важливо врахувати досвід інших країн, адаптувавши їхні найкращі практики до специфіки українського суспільства та медичної системи.

В даному контексті, важливим є дослідження та розгляд заходів, спрямованих на вдосконалення медичного страхування в Україні з метою досягнення оптимальної організації та фінансування системи охорони здоров'я, а також поліпшення доступу до медичної допомоги для всього населення.

Заходи вдосконалення медичного страхування в Україні розглянемо в розрізі виділених проблем.

1. Для розв'язання проблеми недостатньої підготовки спеціалістів у сфері медичного страхування в Україні, можна розглянути наступні заходи вдосконалення:

- розробка та впровадження спеціалізованих освітніх програм та курсів з медичного страхування на різних рівнях, включаючи вищу освіту, післядипломну підготовку та тренінги для вже працюючих фахівців. Це допоможе підвищити рівень знань та навичок спеціалістів і підготувати їх до ефективної роботи у галузі;

- формування професійних асоціацій спеціалістів медичного страхування сприятиме об'єднанню фахівців, обміну досвідом та розвитку стандартів галузі [57, с.6]. Це також сприятиме підвищенню якості та впровадженню інновацій у сфері медичного страхування;

- партнерство з університетами та бізнесом до спільного розроблення програм навчання, стажування та практик для студентів. Такий підхід дозволить забезпечити актуальність знань та навичок, які вимагає сучасний ринок медичного страхування;

- встановлення вищих вимог до кваліфікації фахівців, які працюють у галузі медичного страхування, може позитивно вплинути на якість надання послуг. Застосування сертифікаційних іспитів та реєстрації може забезпечити вищий рівень професійної компетентності;

- організація стажувань та практик для студентів та випускників може допомогти їм здобути практичний досвід та адаптуватися до робочого процесу в галузі медичного страхування [58, с.96];

- використання сучасних технологій та платформ для онлайн-навчання може забезпечити доступ до освіти та підвищення кваліфікації для більш широкого кола спеціалістів у галузі медичного страхування.

Заходи в цих напрямках можуть сприяти підвищенню професійного рівня фахівців у сфері медичного страхування, що в свою чергу позитивно вплине на якість та ефективність функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

2. Для подолання проблеми нерозвинутої регіональної мережі в медичному страхуванні в Україні можна розглянути наступні заходи вдосконалення:

- встановлення програм підтримки та стимулювання розвитку медичних закладів у менш розвинених регіонах. Це може включати надання фінансових допомог, податкових пільг, а також надання підтримки в реалізації інфраструктурних проєктів;

- створення мережі медичних центрів, які надають широкий спектр медичних послуг, може забезпечити доступність якісної страхової медичної допомоги в різних регіонах. Це дозволить знизити навантаження на медичні заклади великих міст;

- розробка та впровадження спеціальних регіональних страхових програм може сприяти забезпеченню населення менш розвинених регіонів доступом до медичних послуг за вигідними умовами [59, с.160]. Це може стимулювати популярність страхового покриття у таких регіонах;

- впровадження телемедицини та дистанційного доступу до медичних консультацій може зменшити проблему доступності медичних послуг у віддалених регіонах. Люди зможуть отримувати консультації та діагнози від лікарів, навіть якщо вони знаходяться далеко від медичних закладів;

- держава може залучати фінансову підтримку для страхових компаній, які працюють в менш розвинених регіонах та надають медичне страхування. Це допоможе зберегти конкурентоспроможність страхових послуг у таких областях.

Ці заходи допоможуть покращити регіональну мережу медичного страхування в Україні та забезпечити більший доступ населення до якісних медичних послуг, незалежно від їхнього місця проживання.

3. Для подолання проблеми уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника та забезпечення більшого довіри між страхувальниками та страховими компаніями можна розглянути наступні заходи вдосконалення:

- розроблення і впровадження чітких умов та обов'язків для обох сторін – страхувальників та страхових компаній. Це може включати деталізацію покриття, правил використання медичних послуг, обмежень та винятків;

- розробка та впровадження медичних протоколів та стандартів для різних видів лікування може обмежити можливість надмірного втручання страховиків у процес медичного лікування. Це допоможе забезпечити об'єктивну та науково обґрунтовану оцінку необхідності лікування;

- впровадження незалежної оцінки медичних послуг може допомогти уникнути недостовірної інформації та конфліктів між сторонами. Третя нейтральна сторона може провести оцінку медичної необхідності та правильності оплати;

- створення механізмів транспарентності в роботі страхових компаній може збільшити довіру страхувальників. Інформація про умови покриття, процедури оплати та обробки заявок повинна бути доступною та зрозумілою [60, с.1097];

- залучення медичних експертів до процесу розгляду питань щодо оплати та покриття може допомогти уникнути втручання страховиків у медичне призначення та лікування.

Ці заходи сприятимуть вирішенню проблеми уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування та забезпечать більший рівень довіри між страхувальниками та страховими компаніями.

4. Для подолання проблеми зростання страхового шахрайства на вітчизняному ринку медичного страхування в Україні можна розглянути наступні заходи вдосконалення:

- впровадження системи перевірки та валідації даних страхувальників може допомогти виявити недостовірну інформацію та уникнути намагань спотворити факти стосовно страхових виплат;
- використання сучасних технологій, таких як штучний інтелект та аналітичні системи, допоможе виявити незвичайні або підозрілі патерни в заявках та даних страхувальників;
- застосування біометричних технологій або двофакторної ідентифікації може зменшити можливість підробки особистих даних та підвищити безпеку процесу оформлення страховки;
- розроблення систем виявлення та захисту від зловживань, включаючи страхове шахрайство, може покращити ефективність роботи страхових компаній;
- запровадження суворих адміністративних та кримінальних санкцій для осіб, замішаних у страховому шахрайстві, може зменшити його розповсюдження;
- співпраця з правоохоронними органами та обмін інформацією може сприяти розкриттю та припиненню діяльності організованих груп, які займаються страховим шахрайством.

Ці заходи сприятимуть зменшенню страхового шахрайства та покращенню довіри до системи медичного страхування в Україні.

5. Для подолання проблеми різного бачення моделі функціонування медичного страхування з боку різних груп зацікавлених сторін в Україні можна розглянути наступні заходи вдосконалення:

- організація регулярних зустрічей, семінарів та конференцій для представників чиновників, страховиків та медиків дозволить відкрити діалог, обмінятися думками та поглядами щодо ефективного функціонування медичного страхування;
- спільна робота над стратегічними документами, які б відображали потреби та погляди усіх зацікавлених сторін, допоможе узгодити цілі та підходи до розвитку медичного страхування [61, с.722];

- забезпечення прозорості інформаційної політики щодо моделі функціонування медичного страхування допоможе всім сторонам зрозуміти принципи та мету системи, а також роль кожної групи у її розвитку;

- залучення представників чиновників, страховиків та медиків до процесу прийняття рішень щодо реформування та удосконалення системи медичного страхування дозволить забезпечити врахування різних поглядів та інтересів;

- залучення незалежних експертів для аналізу та оцінки різних варіантів моделі функціонування медичного страхування може допомогти виробити об'єктивні та науково обґрунтовані рішення.

Ці заходи сприятимуть узгодженню поглядів та підходів різних груп зацікавлених сторін щодо моделі функціонування медичного страхування та сприятимуть розвитку ефективної та прозорої системи.

6. Для подолання проблеми недостатньої поінформованості громадян щодо можливостей страхової медицини в Україні можна розглянути наступні напрями вдосконалення:

- проведення широкомасштабних інформаційних кампаній, які будуть наголошувати на перевагах та можливостях, які надає медичне страхування, а також пояснювати основні принципи його функціонування;

- організація семінарів, лекцій та навчальних заходів для громадян з питань медичного страхування допоможе підвищити їхню освіченість та розуміння цінності даної послуги;

- створення спеціалізованих веб-сайтів та платформ з інформацією про медичне страхування, які будуть доступні для всіх бажаючих і допоможуть знайти відповіді на основні питання [62, с.95];

- розробка легкозрозумілих брошур, пам'яток та інших інформаційних матеріалів, які можна буде розповсюджувати у медичних закладах та урядових органах;

- встановлення партнерства зі засобами масової інформації для розміщення інформаційних матеріалів та статей про медичне страхування в медіа;

– запровадження телефонних гарячих ліній, де громадяни можуть отримати консультації та відповіді на питання щодо медичного страхування.

Ці напрями сприятимуть підвищенню освіченості населення щодо переваг та можливостей медичного страхування, що в свою чергу сприятиме більш свідомому вибору та залученню громадян до даної послуги.

У сучасному світі важливим аспектом соціально-економічного розвитку є покращення системи медичного страхування. В Україні існують численні виклики, пов'язані з функціонуванням медичного страхування, і вирішення цих питань стає ключовим завданням для забезпечення доступності та якості медичних послуг для населення. Для цього важливо розглянути сформульовані проблеми і запропонувати конкретні напрями для вдосконалення системи медичного страхування в Україні (рис.3.1).

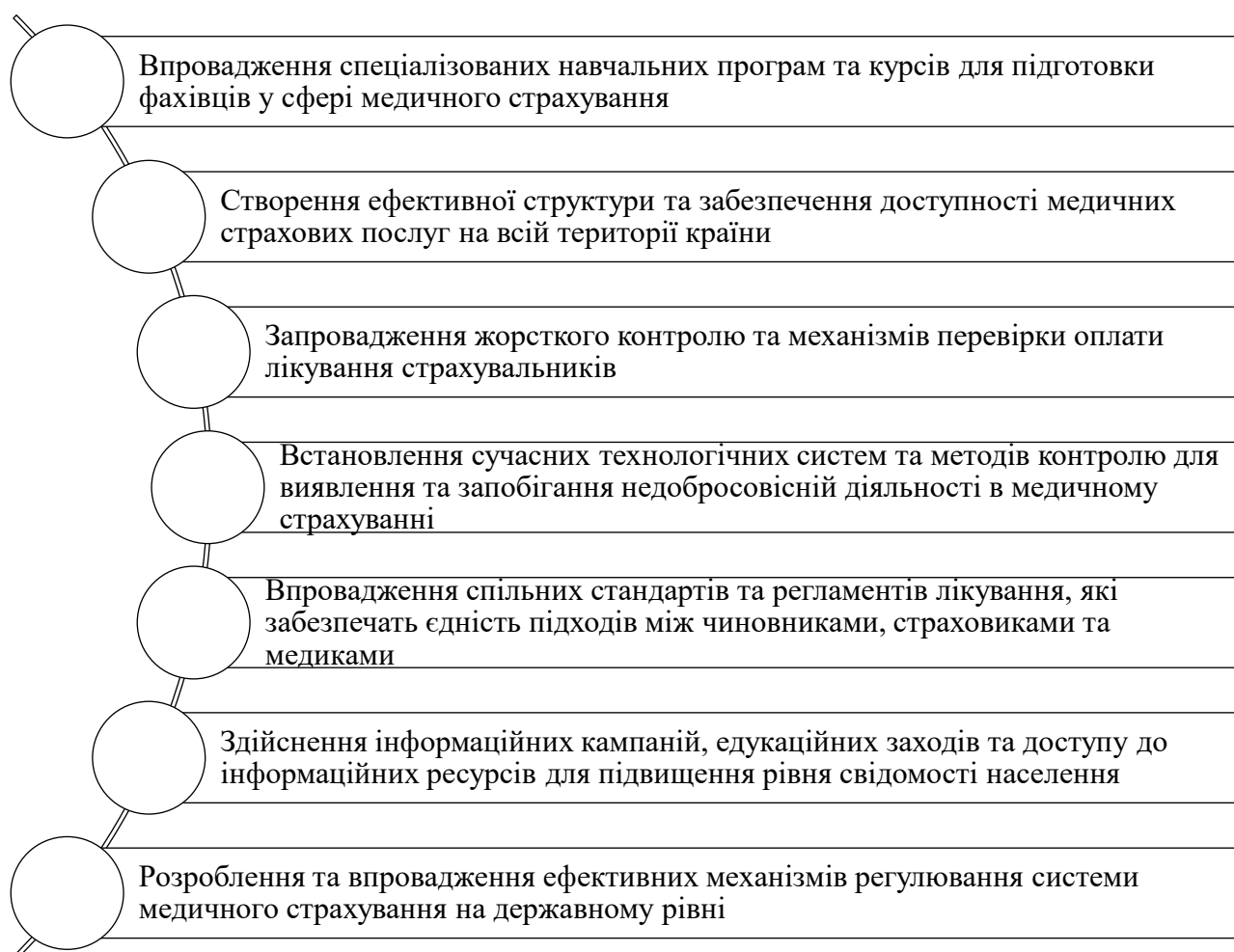


Рисунок 3.1. Заходи вдосконалення медичного страхування в Україні

Джерело: розроблено автором на основі [60-62]

Забезпечення ефективної та доступної системи медичного страхування в Україні вимагає комплексного підходу та систематичних заходів. Враховуючи вищезазначені напрями вдосконалення, уряд та соціальні організації мають можливість створити механізми, які забезпечать якість медичних послуг, довіру громадян до системи страхування та загальний соціальний розвиток країни.

Таким чином, заходи вдосконалення медичного страхування в Україні, які були розглянуті, свідчать про нагальну потребу у реформуванні та удосконаленні цієї сфери. Система медичного страхування в країні має ряд викликів, які вимагають цілеспрямованих заходів для забезпечення ефективної та доступної медичної допомоги для всього населення. Запропоновані напрями вирішення, такі як покращення навчання фахівців, розвиток регіональної мережі страхування, забезпечення довіри та чесності в системі, а також підвищення свідомості громадян, є ключовими для досягнення позитивних змін. У висновку слід підкреслити, що ефективне медичне страхування є важливим кроком на шляху до покращення охорони здоров'я в Україні. Досягнення цієї мети вимагатиме спільних зусиль усіх зацікавлених сторін – уряду, страхових компаній, медичних закладів та громадян. Необхідно враховувати досвід та практику інших країн, а також вивчати сучасні тенденції в галузі медичного страхування, щоб створити оптимальну та прозору систему, спроможну забезпечити якість та доступність медичної допомоги для кожного громадянина України.

3.2 Впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень для вдосконалення процесу медичного страхування

В сучасному світі інноваційні технології та цифрові рішення перетворили майже всі сфери нашого життя, і медичне страхування не є винятком. Зростаюча складність медичного обслуговування та зростаючі вимоги до якості та доступності послуг вимагають нових підходів до організації та управління

медичним страхуванням. Інноваційні технології та цифрові рішення відкривають безліч можливостей для вдосконалення цього процесу, забезпечуючи ефективніше управління ризиками, зниження витрат та покращення задоволення клієнтів. У цьому контексті впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень стає ключовим завданням для сучасних страхових компаній та медичних установ. Розглянемо можливості та переваги використання таких технологій для оптимізації медичного страхування, а також розглянемо приклади їх успішного впровадження на практиці.

Систематизуємо напрямки впровадження інновацій у цій сфері в табл.3.2.

Таблиця 3.2. Напрямки впровадження інновацій у сфері медичного страхування

Напрямок	Сутність	Роль
Телемедицина	галузь медицини, яка використовує інформаційні та комунікаційні технології для надання медичних послуг та консультацій на відстані;	забезпечують можливість отримання якісної медичної допомоги у будь-який час та у віддалених регіонах, що сприяє зниженню витрат та покращенню доступності медичної асистенції;
Аналітика даних та штучний інтелект	комп'ютерні технології та програмне забезпечення, які здатні аналізувати великі обсяги даних, розпізнавати закономірності, виявляти залежності та робити висновки на основі цієї інформації	допомагають страховим компаніям аналізувати великі обсяги даних, виявляти залежності та тренди в медичних виплатах, а також прогнозувати майбутні витрати та ризики;
Мобільні додатки	програми, які розроблені для використання на мобільних пристроях, таких як смартфони і планшети;	надають клієнтам можливість швидко та зручно подавати заявки на страхування, відстежувати статус заявок, переглядати медичну інформацію та отримувати персоналізовані рекомендації щодо здоров'я;
Блокчейн	розподілена технологія для збереження і передачі даних, яка використовується для створення цифрового реєстру подій, транзакцій та інших записів;	використовується для створення безпечних та недоторканих цифрових записів медичної інформації; дозволяє забезпечити високий рівень конфіденційності, цілісності та доступності даних, полегшуючи обмін інформацією між різними учасниками медичної системи;
Чат-боти та автоматизовані системи	програми та технології, призначені для автоматизації взаємодії з користувачами через текстові або голосові повідомлення;	зменшують навантаження на співробітників страхової компанії і прискорюють обслуговування клієнтів.

Джерело: розроблено автором на основі [63-64]

Розглянемо кожен з напрямків детальніше та наведемо приклади.

1. Телемедицина. Головна ідея телемедицини полягає у тому, щоб лікарі та пацієнти могли взаємодіяти та отримувати медичну допомогу, не знаходячись фізично в одному місці.

Однією з ключових функцій телемедицини є надання можливості віддалених консультацій, що дозволяє лікарям проводити медичні консультації з пацієнтами за допомогою відео-дзвінків або спеціальних платформ. Це значно збільшує доступність медичних порад та діагнозів, особливо для тих, хто має обмежену можливість фізичного відвідування лікарів. Крім того, телемедицина дозволяє віддалено відслідковувати стан пацієнтів за допомогою спеціальних медичних пристроїв та датчиків, які вимірюють різні показники здоров'я. Це надає лікарям можливість слідкувати за змінами у стані пацієнта та реагувати на них вчасно. Телемедицина також сприяє поліпшенню доступу до медичної інформації для пацієнтів [63]. Онлайн платформи та мобільні додатки надають можливість пацієнтам переглядати свою медичну інформацію, результати обстежень та історію захворювань, що сприяє більшій самосвідомості та контролю над власним здоров'ям. Крім того, телемедицина покращує координацію медичної допомоги, дозволяючи різним спеціалістам спільно працювати над лікуванням пацієнта та обмінюватися інформацією. Це може сприяти більш ефективному та інтегрованому лікуванню.

Застосування телемедицини в медичному страхуванні стало актуальним інноваційним підходом для поліпшення доступності та якості медичних послуг для страховиків і пацієнтів. Декілька провідних страхових компаній вже успішно впровадили цей підхід, спираючись на передові технології та телемедичні платформи. До прикладу, UnitedHealthcare, одна з найбільших страхових компаній у Сполучених Штатах, надає своїм клієнтам можливість отримувати віддалені консультації лікарів через телемедичні платформи. Це робить доступ до медичних консультацій більш зручним і доступним для страховиків. Aetna, яка входить до складу CVS Health, також використовує телемедицину для покращення доступності медичних послуг. Вони дозволяють своїм страховикам

отримувати консультації від лікарів віддалено через телемедичні платформи, що спрощує процес отримання медичної допомоги. Signa, яка є глобальною страховою компанією, також впровадила телемедицину для своїх клієнтів. Ця компанія надає можливість віддалених візитів до лікаря через інтернет, що дозволяє отримувати консультації та медичну допомогу в зручний для страховиків спосіб [64].

Загалом, телемедицина відкриває нові можливості для покращення доступності та якості медичної допомоги. Використання інформаційних технологій у медицині може сприяти розвитку сучасної медицини та збереженню більше людських життів, особливо в ситуаціях, коли фізичний доступ до лікарні є обмеженим.

2. Аналітика даних та штучний інтелект. Однією з ключових можливостей даного напрямку є аналіз великих обсягів медичних даних. Аналітичні системи можуть обробляти великі масиви медичних записів, діагностичних даних, результатів тестів та інших клінічних даних, що дозволяє проводити детальний аналіз та виділяти важливі залежності та тенденції. Застосування аналізу даних та штучного інтелекту також спрямоване на виявлення тенденцій і патернів у медичних даних, що допомагає страховим компаніям та медичним установам виявляти фактори ризику, що можуть впливати на страховий портфель та стан здоров'я пацієнтів [65]. Крім того, аналітичні системи можуть розробляти прогнози щодо ризиків і витрат на медичну допомогу на основі аналізу історичних даних та поточного стану страхового портфелю – це дозволяє страховим компаніям здійснювати більш точне управління ресурсами та розробляти стратегії страхування. За допомогою штучного інтелекту також можливе виявлення шахрайства та недобросовісної поведінки в медичних заявках. Системи можуть автоматично виділяти незвичайні патерни, що свідчать про можливі випадки шахрайства або недостовірних відомостей.

У сфері медичного страхування компанія HeartShield (Відень, Австрія) розробила інноваційну платформу з використанням штучного інтелекту та хмарних технологій, спрямовану на медичних працівників і медичну

промисловість. Ця платформа використовує дані пацієнтів для визначення факторів ризику та оцінки можливості серцевого нападу або серцевої недостатності. Вона дозволяє комп'ютерам автоматично виявляти та передбачати ризик серцевих проблем, використовуючи дані з різних пристроїв, таких як смартфони, смарт-годинники [63]. Технологія, що лежить в основі HeartShield, перевершує найкращі методи виявлення серцевих захворювань за допомогою аналізу серцевого ритму і є більш надійною, ніж оцінки ризику, що базуються на аналізі крові для визначення коронарної артерії. Завдяки покращеній комунікації та новаторським технологіям, ця платформа сприяє покращенню процесу ухвалення рішень, збереженню життів і зниженню витрат на лікування, одночасно підвищуючи якість обслуговування клієнтів.

Загалом, використання аналітичних систем та штучного інтелекту у медичному страхуванні відкриває нові можливості для підвищення ефективності, точності та ефективності цієї галузі. Воно допомагає знизити ризики та витрати, а також забезпечує більшу точність в прийнятті управлінських рішень, що врешті-решт сприяє покращенню обслуговування клієнтів та якості медичних послуг.

3. Мобільні додатки. Мобільні додатки в медичному страхуванні грають суттєву та багатогранну роль, спрямовану на поліпшення доступності та ефективності медичних послуг для страховиків і пацієнтів. Зокрема, мобільні додатки дозволяють страховикам подавати заявки на страхування безпосередньо зі своїх смартфонів чи планшетів [66]. Це спрощує та прискорює процес оформлення страхових полісів та дозволяє клієнтам бути більш інтерактивними у виборі страхових продуктів. Пацієнти можуть отримувати доступ до своєї медичної інформації, результатів обстежень, історії захворювань та рецептів через мобільні додатки – це дозволяє їм бути більш обізнаними щодо свого стану здоров'я та звітувати перед лікарями та страховиками. Разом з тим, мобільні додатки дозволяють страховикам відслідковувати статус страхових полісів, оплачувати внески та вимагати страхові виплати в разі потреби – це робить процес взаємодії між страховиками та клієнтами більш зручним та ефективним.

До прикладу, UnitedHealthcare розробила мобільний додаток під назвою «Health4Me», який надає клієнтам доступ до їхньої медичної інформації, можливість перевіряти статус страхових полісів, шукати лікарів та багато іншого. Цей додаток спрощує процес отримання медичних послуг та допомагає клієнтам бути більш обізнаними щодо їхнього стану здоров'я. Aetna впровадила додаток «Aetna Mobile» для своїх клієнтів. Цей додаток дозволяє пацієнтам перевіряти покриття, розраховувати витрати на медичну допомогу, записувати зустрічі з лікарем та перевіряти медичні рецепти. Він також включає інструменти для здорового способу життя, які допомагають клієнтам слідкувати за фізичною активністю та харчуванням [64]. Вура, міжнародна страхова компанія зі штаб-квартирою у Великобританії, випустила додаток «Вура Global» для своїх міжнародних клієнтів. Цей додаток дозволяє пацієнтам швидко знайти медичних фахівців та лікарень у різних країнах, перевірити стан свого страхового поліса, а також отримувати консультації від лікарів через відеодзвінки [67]. Це особливо корисно для міжнародних пацієнтів, які шукають якісну медичну допомогу поза межами своєї країни.

Ці приклади свідчать про те, як мобільні додатки стають важливим інструментом для страхових компаній у покращенні обслуговування клієнтів та спрощенні процесів у медичному страхуванні.

4. Блокчейн. Блокчейн та його роль в медичному страхуванні представляють важливий крок у вдосконаленні інфраструктури та процесів у цій галузі. Зокрема, блокчейн відомий високим рівнем безпеки та захищеності даних. У медичному страхуванні, де обмін конфіденційною медичною інформацією є важливою складовою, блокчейн може забезпечити захист від несанкціонованого доступу та модифікації даних. Кожен блок даних підтверджується та захищається криптографією, що робить його майже неможливим для зламу [68]. Разом з тим, технологія блокчейн може полегшити обмін медичною інформацією між різними учасниками системи медичного страхування, такими як лікарі, страхові компанії, лабораторії та пацієнти, що спрощує та прискорює вирішення страхових питань і зменшує можливі помилки у процесі обміну інформацією. Завдяки блокчейну

можливий більший автоматизований обмін даними та стандартизація процесів. Це дозволяє страховим компаніям швидше та ефективніше вирішувати заявки, зменшувати витрати та надавати кращий обслуговуючий сервіс своїм клієнтам.

До прикладу, Aetna стала однією з перших страхових компаній, яка випробувала блокчейн для управління медичною інформацією та страховими даними. Вони співпрацювали зі стартапом Factom, щоб створити безпечну систему збереження медичних даних пацієнтів. Це дозволило пацієнтам мати більше контролю над своєю медичною інформацією та ділитися необхідними даними зі страховими компаніями без обов'язкового використання посередників. B3i (Blockchain Insurance Industry Initiative) – це глобальний консорціум страхових компаній, який використовує блокчейн для поліпшення процесів у медичному страхуванні та інших галузях страхування. Вони створили платформу, яка дозволяє страховим компаніям спільно обмінюватися даними, вирішувати спори та встановлювати стандарти для операцій у страховій галузі. Ця ініціатива дозволяє покращити ефективність та надійність медичного страхування. MetLife, одна зі світових лідерів у сфері страхування життя та здоров'я, також досліджує можливості блокчейну для оптимізації своїх страхових послуг. Вони досліджують використання цієї технології для покращення обміну даними між страховими агентами, клієнтами та провайдерами медичних послуг [69]. Це дозволяє швидше та точніше обробляти страхові заявки та знижувати витрати на адміністрування.

У підсумку, блокчейн відіграє ключову роль у сучасному медичному страхуванні, забезпечуючи безпеку даних, підвищення ефективності та прозорість у галузі. Ця технологія може покращити управління страховими послугами та сприяти покращенню обслуговування пацієнтів і клієнтів.

5. Чат-боти та автоматизовані системи. Чат-боти та автоматизовані системи грають значущу роль у сфері медичного страхування, відіграючи важливу функцію в поліпшенні обслуговування клієнтів, оптимізації процесів та зменшенні витрат. Зокрема, чат-боти можуть служити як інтерактивні інтерфейси для клієнтів, допомагаючи їм отримувати швидкі та зрозумілі відповіді на запитання про страхові поліси, процедури страхування та іншу корисну

інформацію – це полегшує доступ до необхідної інформації та знижує навантаження на службу підтримки клієнтів [66]. Разом з тим, автоматизовані системи можуть швидко та точно обробляти заявки на страхування та виплати. Вони використовують алгоритми для перевірки інформації та прийняття рішень про виплату, що дозволяє прискорити процес і знизити ризики помилок. Автоматизовані системи можуть стежити за активністю клієнтів та провайдерів медичних послуг, а також аналізувати дані для виявлення незвичайних патернів, що можуть свідчити про шахрайство або недобросовісну поведінку – це допомагає знизити ризики та збільшити точність оцінок ризиків. Автоматизація процесів у медичному страхуванні дозволяє страховим компаніям зменшити витрати на адміністрування, оптимізувати ресурси та підвищити ефективність – це може призвести до зниження вартості страхових полісів для клієнтів.

До прикладу, Oscar Health є страховою компанією, яка відома своєю активною роботою у використанні технологій для поліпшення медичного страхування. Вони розробили власного чат-бота під назвою «Oscar» для спілкування з клієнтами. Цей чат-бот допомагає клієнтам з різними запитами, надає інформацію про поліси, допомагає з подачею заявок та навіть надає поради щодо здоров'я. Ping An Insurance є однією з найбільших страхових компаній у Китаї. Вони використовують штучний інтелект та чат-ботів для обробки страхових заявок та виплат. Їхні системи автоматизованої обробки допомагають клієнтам отримати відповіді на запитання та отримати страхові послуги швидко та зручно [70]. Вура використовує чат-ботів для покращення комунікації з клієнтами. Їхній чат-бот допомагає клієнтам з питаннями про страхові поліси, пропонує рекомендації щодо здоров'я та може навіть надавати основні медичні поради [67].

У підсумку, чат-боти та автоматизовані системи грають важливу роль у поліпшенні якості обслуговування клієнтів, зниженні витрат та підвищенні ефективності у медичному страхуванні. Вони сприяють оптимізації процесів та полегшенню доступу до страхових послуг для пацієнтів та клієнтів.

У висновку слід підкреслити, що впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень у сферу медичного страхування має потенціал суттєво поліпшити якість послуг для пацієнтів та ефективність операцій для страхових компаній. Ці інновації дозволяють забезпечити більший доступ до медичної допомоги, спростити процеси страхування та розрахунків, а також зменшити ризики та витрати. Успішні приклади впровадження технологій, такі як телемедицина, аналітика даних, мобільні додатки та інші, свідчать про важливість поєднання медицини та технологій для досягнення кращих результатів в галузі медичного страхування. Завдяки цифровим рішенням, медичне страхування стає більш доступним та зручним для всіх учасників системи, а також сприяє покращенню якості медичної допомоги та забезпеченню більшої безпеки даних. Отже, інновації в цій сфері варто розглядати як ключовий інструмент для покращення якості та доступності медичного страхування у сучасному світі.

ВИСНОВКИ

Дослідження, мета якого полягає в глибокому аналізі та розумінні системи медичного страхування в Україні для розробки рекомендацій та стратегій для покращення доступності та якості медичних послуг для населення та забезпечення фінансової стійкості цієї системи, дозволяє зробити наступні висновки.

1. Дослідивши виникнення та сутність медичного страхування, можемо зробити висновок, що медичне страхування може бути розглянуте з різних точок зору, але в основному воно визначається як форма страхування, яка гарантує медичну допомогу та компенсацію витрат на здоров'я, об'єднуючи особистий і соціальний аспекти. Воно спрямоване на забезпечення фінансового захисту та доступу до медичних послуг у випадку страхових подій, таких як хвороби і травми. Медичне страхування має свої переваги, такі як зниження фінансових ризиків та покращення доступності медичних послуг, але воно також супроводжується недоліками, включаючи високу вартість і та обмежене покриття. Зростання ефективності і доступності медичного страхування вимагає постійних зусиль у поліпшенні системи та зменшенні вартостей, щоб забезпечити фінансовий захист для всіх громадян.

2. Визначивши завдання, принципи та основні складові медичного страхування, бачимо, що ця система відіграє важливу роль у забезпеченні фінансової стабільності та доступу до якісних медичних послуг. В кожній системі медичного страхування важливо забезпечити належне фінансування, доступність медичних послуг і контроль за якістю надання медичної допомоги. Вибір між обов'язковим і добровільним медичним страхуванням залежить від специфічних потреб і можливостей кожної країни, проте обидва підходи мають спільну мету – забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню. Принципи, такі як добровільність, доступність, загальність, державність, некомерційний характер і обов'язковість, визначають основи функціонування цієї системи, і їх

впровадження допомагає забезпечити належну охорону здоров'я громадян та фінансову стабільність системи охорони здоров'я. Усі ці аспекти підкреслюють важливість медичного страхування у сучасному суспільстві і підкреслюють необхідність подальшого розвитку та удосконалення цієї системи з метою забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення.

3. Охарактеризувавши роль медичного страхування у контексті реалізації соціальної політики країни, робимо висновок, що через забезпечення фінансового захисту та зменшення фінансових бар'єрів, медичне страхування сприяє доступності медичних послуг без значних фінансових труднощів. Воно також розширює доступ до медичних провайдерів, включає профілактичні послуги та надає різноманітні плани та покриття, роблячи медичну допомогу більш доступною та економічно вигідною. Одночасно, медичне страхування стимулює розвиток медичної галузі через збільшення попиту на медичні послуги, залучення фінансових ресурсів, стимулювання конкуренції та підтримку профілактики і управління хворобами. Це сприяє розширенню мережі медичних установ, покращенню якості послуг, впровадженню нових технологій та інновацій у галузі. В цілому, медичне страхування грає важливу роль у забезпеченні доступності медичних послуг для населення та сприяє розвитку медичної галузі, забезпечуючи фінансовий захист та підвищення якості медичної допомоги.

4. Дослідивши поточний стан медичного страхування в Україні, бачимо, що загальною тенденцією можна вважати поступове зростання і розвиток медичного страхування, однак вплив змін на страховому ринку та зовнішніх факторів визначав динаміку цього процесу протягом розглянутого періоду. Аналізуючи динаміку кількості страхових компаній, які надають медичне страхування, можна відзначити, що їхня кількість зменшилася з 67 компаній у 2018 році до 60 у 2022 році – це пов'язано з консолідацією ринку та змінами в регулюванні страхової діяльності. Аналіз динаміки валових премій медичного страхування вказує на зростання обсягу валових премій протягом періоду з 2018 по 2021 рік, зі зниженням в 2022 році – ця динаміка відображає зміни в попиті на страхові послуги та вплив зовнішніх факторів на страховий ринок. Структура

валових премій медичного страхування показала зміни у розподілі премій між різними видами страхування. Зміни у співвідношенні безперервного страхування здоров'я, страхування медичних витрат та страхування здоров'я на випадок хвороби можуть вказувати на зміни в попиті на різні види страхування та вибір страховиками більш придатних для них варіантів. Динаміка рівня виплат медичного страхування в Україні також показала коливання, що відображають зміни у співвідношенні виплат до валових премій. Рівень виплат зменшувався з 2018 по 2020 рік, але зростав в 2021 році, знову зменшуючись в 2022 році.

5. Аналіз програм медичного страхування компаній показав, що медичне страхування є важливою складовою сучасного життя, спрямованою на забезпечення фінансового захисту та доступу до якісних медичних послуг. Проведений порівняльний аналіз програм медичного страхування від різних страхових компаній – «УНІКА», «ІНГО», «ARX», «ТАС СГ», дозволив виявити різноманітність пропозицій, а також спільні тенденції, які варто враховувати при виборі найбільш відповідної програми. Компанія «УНІКА» пропонує програми з різними рівнями покриття та вартістю, що дозволяє клієнтам обрати оптимальний варіант з урахуванням їхніх потреб та бюджету. СК «ІНГО» зосереджує увагу на страхуванні відмінних від новоутворень хвороб, пропонуючи різні програми з розширеним медичним покриттям. «ARX» відрізняється великим страховим покриттям у програмі «GOLD» та важливим акцентом на покриття важливих медичних подій. Залежно від індивідуальних потреб, фінансових можливостей та переваг, споживачі можуть обирати оптимальну програму медичного страхування. Вибір страхової компанії та програми медичного страхування варто робити з урахуванням власних пріоритетів, забезпечивши себе надійним захистом та можливістю отримання вчасної та якісної медичної допомоги.

6. Виділивши проблеми розвитку медичного страхування в Україні, бачимо, що система стикається зі значними та різноплановими труднощами. Наведені проблеми негативно впливають на ефективність та доступність медичного страхування для населення. Брак належної підготовки фахівців у галузі, обмежена регіональна мережа, відсутність чітких механізмів контролю за

виконанням зобов'язань страховиками, страхове шахрайство та розбіжності в уявленнях про модель функціонування системи – все це створює незавершений та неефективний стан медичного страхування. Проте, ці проблеми не є непереборними, і можливі шляхи подолання цього стану. Важливо розглядати ці труднощі як виклики, що вимагають комплексного підходу та спільних зусиль з боку держави, страхових компаній, медичної спільноти та громадян.

7. Запропоновані заходи щодо поліпшення медичного страхування в Україні відзначають термінову необхідність реформування та удосконалення цієї галузі. Система медичного страхування в Україні стикається з рядом викликів, які потребують цілеспрямованих заходів, щоб забезпечити ефективну та доступну медичну допомогу всьому населенню. Запропоновані напрями вирішення, такі як покращення підготовки фахівців, розширення регіональної мережі страхування, забезпечення довіри та чесності в системі, а також підвищення свідомості громадян, є ключовими для досягнення позитивних змін. Важливо підкреслити, що ефективне медичне страхування є важливим кроком у напрямку покращення охорони здоров'я в Україні. Досягнення цієї мети вимагатиме спільних зусиль всіх зацікавлених сторін – уряду, страхових компаній, медичних закладів та громадян. Необхідно враховувати досвід та практику інших країн, а також вивчати сучасні тенденції в галузі медичного страхування, щоб створити оптимальну та прозору систему, спроможну забезпечити якість та доступність медичної допомоги для кожного громадянина України.

8. Охарактеризувавши впровадження інноваційних технологій та цифрових рішень для вдосконалення процесу медичного страхування, робимо висновок, що це впровадження несе значний потенціал для покращення послуг для пацієнтів та підвищення ефективності операцій для страхових компаній. Ці інновації спрощують процеси страхування та розрахунків, забезпечують більший доступ до медичної допомоги та сприяють зменшенню ризиків та витрат. Приклади успішного впровадження технологій, таких як телемедицина, аналітика даних, мобільні додатки та інші, свідчать про важливість поєднання медицини і технологій для досягнення кращих результатів у галузі медичного страхування.

Завдяки цифровим рішенням, медичне страхування стає більш доступним та зручним для всіх учасників системи, а також сприяє покращенню якості медичної допомоги та забезпеченню більшої безпеки даних. Таким чином, інновації в цій сфері слід розглядати як ключовий інструмент для покращення якості та доступності медичного страхування у сучасному світі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Прилуцький А. М. Стан та перспективи добровільного медичного страхування в Україні. *Ефективна економіка*. 2019. № 12. 8 с.
2. Гатаулліна Е.І. Основні аспекти розвитку ринку медичного страхування в Україні. *Економіка та суспільство*. 2018. №18. С.708-713.
3. Яришко О. В. Особливості функціонування моделі медичного страхування в Польщі. *Інфраструктура ринку*. 2020. № 43. С. 406-411.
4. Базилевич В. та ін. Страхування : підручник. Київ : Знання, 2008. 1019 с.
5. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету*. 2022. № 2. С. 50-58.
6. Мисак З. С. Добровільне медичне страхування в Україні: стан та перспективи розвитку. *Acta medica Leopoliensia*. 2021. № 1-2. С. 70-75.
7. Рудакова Л. О. Доктринальна характеристика корпоративного страхування як різновиду соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 2. С. 53-60.
8. Баранник Л. Б. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення. *Економічний вісник університету*. 2023. № 56. С. 155-162.
9. Лемеха Р. І. Роль медичного страхування у фінансовому забезпеченні розвитку системи охорони здоров'я. *Приватне та публічне право*. 2022. № 2. С. 14-19.
10. Клепікова О. А. Інформаційно-аналітична модель процесу прийняття рішень для розвитку програм медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. № 1. С. 119-133.
11. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава*. 2021. № 4. С. 87-91.

- 12.Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1. С. 55-60.
- 13.Кондратенко Д. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. № 4. С. 243-249.
- 14.Михайлюк М. В. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. *Галицький економічний вісник*. 2021. № 3. С. 79-88.
- 15.Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України*. 2020. № 53. С. 104-114.
- 16.Климук Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов COVID-19. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3. С. 47-50.
- 17.Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки університету "КРОК"*. 2021. № 4. С. 36-46.
- 18.Маргасова В. Г. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2021. № 1. С. 165-170.
- 19.Щур Р. І. Особливості розвитку та впровадження медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2021. № 17(1). С. 204-215.
- 20.Соловей А. О. Актуальне питання запровадження в Україні медичного страхування: теоретико-правовий аспект. *Наше право*. 2019. № 2. С. 39-42.
- 21.Цвілій Ю. А. Витрати стаціонарної допомоги при добровільному медичному страхуванні. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2018. № 4. - С. 14-18.
- 22.Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 5-6. С. 109-114.

- 23.Кожемяченко О. О. Проблеми формування системи медичного страхування в Україні. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2020. № 5. С. 104-111.
- 24.Самошкіна І. Д. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2020. № 54. С. 218-223.
- 25.Заросило В. О. Організаційно-правові засади впровадження системи медичного страхування в Україні. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*. 2015. № 813. С. 28-32.
- 26.Смірнова В. Л. Аналіз моделей медичного страхування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 103-105.
- 27.Тимошенко І. В. Особливості медичного страхування на некомерційній основі: міжнародний аспект. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2018. № 18(3). С. 77-81.
- 28.Кнейслер О. В. Оптимізація ціноутворення на ринку добровільного медичного страхування. *Світ фінансів*. 2017. № 3. С. 7-18.
- 29.Шупа Л. З. Аналіз медичного страхування як джерела фінансування охорони здоров'я в Україні. *Фінансовий простір*. 2016. № 2. С. 84-90.
- 30.Лісовська О. О. Діяльність страхових компаній на ринку медичних страхових послуг в Україні. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія"*. 2019. № 15. С. 113-119.
- 31.Чабан О. П. Розмежування понять "медична послуга" та "медична допомога" як складових страхової медицини. *Лікарська справа*. 2017. № 5-6. С. 167-174.
- 32.Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1993 р. № 2801-12. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 09.08.2023).
- 33.Про страхування: Закон України від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр> (дата звернення 09.08.2023).
- 34.Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 09.08.2023).

35. Про страхування: Закон України від 18 листопада 2021 року № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення 09.08.2023).
36. Інформація про стан і розвиток страхового ринку. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua/ua/Ohliad-strakhovoho-rynku.html> (дата звернення 09.08.2023).
37. Офіційний сайт Національного банку України. URL: <https://bank.gov.ua/> (дата звернення 12.08.2023).
38. Рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2022 р. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/22/12/45> (дата звернення 12.08.2023).
39. СК «УНІКА». Програми медичного страхування. URL: <https://unika.ua/private/life/zdorove/> (дата звернення 19.08.2023).
40. СК «ІНГО». Програми медичного страхування. URL: <https://online.ingo.ua/health-insurance> (дата звернення 19.08.2023).
41. СК «ARX». Програми медичного страхування. URL: <https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya-arximed> (дата звернення 19.08.2023).
42. СК «ТАС СГ». Програми медичного страхування. URL: <https://sgtas.ua/health-protection/medychna-strahovka/> (дата звернення 19.08.2023).
43. Кириченко А. В. Медична реформа та запровадження обов'язкового медичного страхування. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2018. № 284. С. 92-97.
44. Федорова Н. О. Посилення ролі громадськості в управлінні наданням послуг медичного страхування в Україні. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. 2018. № 2. С. 113-119.
45. Садовенко М. М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вісник Одеського національного університету*. 2018. № 4. С. 139-142.
46. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки університету "КРОК"*. 2018. № 49. С. 80-92.

- 47.Бас-Юрчишин М. А. Організаційно-фінансовий механізм функціонування медичного страхування в системі охорони здоров'я України. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2017. № 6. С. 113-117.
- 48.Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. № 19. С. 1139–1145.
- 49.Касьянова Н. В. До проблеми медичного страхування в Україні. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2017. № 3. С. 114-119.
- 50.Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. *Економічний вісник*. 2019. № 3. С. 171-179.
- 51.Козачун К. І. Аналіз напрямів розвитку медичного страхування в Україні на основі світового досвіду. *Економіка. Фінанси. Право*. 2016. № 4(2). С. 21-24.
- 52.Лісовська О. О. Прогнозування основних показників діяльності на ринку медичних страхових послуг в Україні. *Бізнес Інформ*. 2019. № 5. С. 117-122.
- 53.Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43-47.
- 54.Фрич А. О. Особливості сучасного стану медичного страхування в Україні та перспективи його розвитку. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2015. № 6. С. 237-241.
- 55.Вороніна О. О. Історичний досвід та особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2015. № 15(1). С. 81-84.
- 56.Шевчук Ю. В. Державні програми як засіб фінансового стимулювання розвитку системи медичного страхування. *Економіка та держава*. 2018. № 1. С. 101-106.
- 57.Вареник В. М. Удосконалення послуги медичного страхування в Україні: рейтинг компаній та нові продукти. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2017. № 1. С. 5-12.

- 58.Шевчук Ю. В. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні: фінансовий аспект. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. № 27(3). С. 94-97.
- 59.Онишко С. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Інтелект ХХІ*. 2016. № 5. С. 158-162.
- 60.Чумаченко І. Л. Аналіз системи медичного страхування в Україні. *Молодий вчений*. 2017. № 10. С. 1096-1100.
- 61.Костенко Т. А. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. *Молодий вчений*. 2018. № 5(2). С. 721-725.
- 62.Бойко О. О. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. *Причорноморські економічні студії*. 2018. № 27(2). С. 93-97.
- 63.Technology and innovation in the insurance sector. 2017. URL: <https://www.oecd.org/finance/Technology-and-innovation-in-the-insurance-sector.pdf> (дата звернення 05.10.2023).
- 64.Innovation and universal health coverage. 2019. URL: <https://unitaid.org/assets/Special-Report-Innovation-in-universal-health-coverage.pdf> (дата звернення 05.10.2023).
- 65.Touré L. Innovations in mutuality: challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. 2022. URL: https://gh.bmj.com/content/7/Suppl_9/e011055 (дата звернення 05.10.2023).
- 66.17 Innovations in Health - Health Research Projects 2023. URL: <https://in-part.com/blog/17-top-healthcare-innovations-2023-identified-by-the-global-rd-community/> (дата звернення 05.10.2023).
- 67.Lanfranchi D. Examining insurance companies' use of technology for innovation. 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8593633/> (дата звернення 05.10.2023).

68. Health Insurance Stores and Health Hubs. 2022. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2532022?redirect=true> (дата звернення 05.10.2023).
69. Partnering with benefits brokers to present new and innovative options to their clients. URL: <https://innovativehia.com/> (дата звернення 05.10.2023).
70. Olson A. Value Innovations by Employers: Examples Beyond Cost Sharing. 2018. URL: https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2019-11/value_innovations_by_employers_examples_beyond_cost_sharing.pdf (дата звернення 05.10.2023).
71. Лупашенко Г. В. Зарубіжний досвід медичного страхування та можливості його імплементації в Україні. *Науковий простір: аналіз, сучасний стан, тренди та перспективи*: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Івано-Франківськ, 15 грудня, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 144-145.
72. Шандар А.М., Кирилюк В.В. Медичне страхування в системі соціального забезпечення України. *Галицький економічний вісник*. 2023. Том 85. №6. С. 148–154. URL: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2023.06.148



Ім'я користувача:
Соціоекономіки та управління персоналом Кицак Та...

ID перевірки:
1016107631

Дата перевірки:
14.02.2024 10:49:26 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
14.02.2024 11:04:25 EET

ID користувача:
100005733

Назва документа: КМР_Лупащенко_керівник_Шандар

Кількість сторінок: 75 Кількість слів: 17282 Кількість символів: 136158 Розмір файлу: 340.33 KB ID файлу: 1015831276

4.98% Схожість

Найбільша схожість: 0.35% з Інтернет-джерелом (<https://uniqa.ua/private/life/zdorove>)

3.01% Джерела з Інтернету

239

Сторінка 77

3.91% Джерела з Бібліотеки

579

Сторінка 79

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнено

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнено

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

МАТЕРІАЛИ

IV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ

КОНФЕРЕНЦІЇ

15 ГРУДНЯ 2023 РІК • М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬК, УКРАЇНА

НАУКОВИЙ ПРОСТІР:
АНАЛІЗ, СУЧАСНИЙ СТАН,
ТРЕНДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ISBN 978-617-8126-73-5
DOI 10.36074/liga-ukr-15.12.2023



ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ Попряга А.П., Науковий керівник: Філіппов В.Ю.	131
РОЗВИТОК ЛІДЕРСТВА: ЦІЛІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ Вознюк Я.Д., Науковий керівник: Щетініна Л.В.	134
ТРАНСФОРМАЦІЯ КОРПОРАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ КОМПАНІЇ Кривак А.В., Науковий керівник: Щетініна Л.В.	136
ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА ЗА УМОВ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТА ЗАГРОЗ Третяк С.В.	139
ПІЛЯХИ АКТИВІЗАЦІЇ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ Хамбур К.О., Науковий керівник: Солідор Н.А.	142

СЕКЦІЯ 6.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В УКРАЇНІ Луцащенко Г.В., Науковий керівник: Шандар А.М.	144
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОУЧИНГУ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ Фенюк Т.В., Науковий керівник: Петренко Т.В.	146
СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЦЕНТРАМИ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ Биндюженко А.О.	148
СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ Комзюк О.І., Науковий керівник: Мартинюк Я.М.	150

СЕКЦІЯ 7.

МІЖНАРОДНІ ВІДНОСИНИ

РОЛЬ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ МІТНОГО РЕГУЛЮВАННЯ В ЕКОНОМІЦІ КРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ Сомова Є.В., Маринченко О.В., Науковий керівник: Пашко П.В.	153
--	-----

СЕКЦІЯ 8.

ПРАВО ТА МІЖНАРОДНЕ ПРАВО

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ОСКАРЖЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ Коваль Є.О., Науковий керівник: Максимова М.К.	156
--	-----

СЕКЦІЯ 6.

СОЦІАЛЬНА РОБОТА ТА СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Лунащенко Григорій Володимирович, здобувачів на другому (магістерському) рівні вищої освіти освітньо-професійної програми «Соціальний менеджмент» спеціальності 232 - «Соціальне забезпечення»

Київський національний економічний університет ім. В. Гетьмана, Україна

Науковий керівник: Шандар Анна Михайлівна, д-р. екон. наук, доцент, доцент кафедри соціоекономіки та управління персоналом

Київський національний економічний університет ім. В. Гетьмана, Україна

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Медичне страхування є важливим компонентом забезпечення доступності та якості медичної допомоги для населення. У світовій практиці існують різні моделі та підходи до організації медичного страхування, які дозволяють гарантувати фінансову безпеку та доступність медичних послуг для громадян. Зарубіжний досвід у цій галузі може слугувати важливим джерелом інформації для України, де система медичного страхування ще розвивається та вдосконалюється.

Враховуючи вищезазначене, актуальним є дослідження зарубіжного досвіду реалізації медичного страхування. Зокрема, проведемо аналіз моделей фінансування систем охорони здоров'я. Державна система охорони здоров'я гарантує доступність медичної допомоги за рахунок державного бюджету для всього населення. Соціальна система охорони здоров'я використовує принцип соціальної солідарності для розподілу фінансування між верствами населення. Платна система охорони здоров'я дозволяє громадянам обирати страхові плани відповідно до своїх потреб, але може призвести до нерівності в доступі до медичної допомоги, особливо для менше забезпечених верств населення [1, с.1140]. Вивчення зарубіжного досвіду допомагає виявити переваги та недоліки різних моделей фінансування, а також взяти найкраще з кожної для адаптації у внутрішніх умовах України. Оптимальний вибір моделі медичного страхування важливий для забезпечення ефективної, доступної та справедливої системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам населення та сприяє підвищенню загального рівня здоров'я та добробуту.

Розглянемо по представнику кожної системи охорони здоров'я, а саме Естонію, Нідерланди та США.

В 1992 році Естонія впровадила обов'язкову медичну страхову систему, що покриває різні види медичних послуг і компенсує втрати доходу через тимчасову непрацездатність. Система фінансується через соціальний податок і надає безкоштовну медичну страховку для певних категорій населення, таких як діти, студенти, пенсіонери тощо [2, с.115]. Роботодавці сплачують внески за своїх працівників, а загальна ставка складає 33%. За останні роки, ця система призвела до

зростання середньої тривалості життя в країні та зниження витрат на медицину відносно ВВП [3, с.175]. Проте, система також має свої недоліки, такі як довгі очікування на прийом до лікаря та фінансова вразливість. Зміни в попиті на медичні послуги та старіння населення можуть поставити під сумнів стабільність системи в майбутньому.

Впровадження медичного страхування в Нідерландах пройшло кілька етапів, від розфрагментованої системи до універсального обов'язкового медичного страхування. Реформи, відомі як «План Декера», на початку 1990-х років, об'єднали страхові програми в систему з централізованим фінансуванням та регулюванням [4, с.23]. Діяльність страхових організацій контролюється Центральною Радою страхових фондів, що включає представників різних груп. Система фінансується через однакові внески від прибутку та забезпечує вибірковий підхід до фінансування [5, с.119]. Недоліки включають довгі черги на прийом до лікаря та можливу нерівність доступу через комерціалізацію. Перехід до вибіркового страхового полісів може створити фінансову нестабільність.

Система медичного страхування в США базується на співпраці між центральним фондом і місцевими страховими компаніями. Державні програми медичної допомоги охоплюють 20% населення, групове страхування через роботодавця – 58%, добровільне медичне страхування – 2%. Приблизно 15% громадян залишаються без медичного страхування [6, с.45]. Наявність роботи не гарантує страхування, і втрата роботи призводить до припинення страхування. Система відзначається різноманітністю та вибором, але також має проблеми, такі як обмежений доступ для незастрахованих осіб та високі витрати. Забезпечення доступної та якісної медичної допомоги вимагає реформ та збалансованого підходу.

Світові практики в області фінансування охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування можуть надати цінні ідеї для вдосконалення української системи. Впровадження обов'язкового медичного страхування може стати як додатковим джерелом фінансування охорони здоров'я. У відношенні організації фондів обов'язкового медичного страхування можна розглядати різні альтернативи. Це може бути спільний фонд для всього суспільства, окремі фонди для регіонів або декілька фондів, які діють у межах одного регіону і не конкурують між собою. Загальний висновок полягає в тому, що Україна має можливість вдосконалити свою систему медичного страхування, враховуючи вдалі аспекти зарубіжного досвіду. Проте, це вимагає уважного аналізу та адаптації до місцевих реалій, а також реформування системи, щоб забезпечити доступну та якісну медичну допомогу для всього населення.

Список використаних джерел:

1. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. Економіка і суспільство. 2018. № 19. С. 1139–1145.
2. Касьянова Н. В. До проблеми медичного страхування в Україні. Проблеми системного підходу в економіці. 2017. № 3. С. 114–119.
3. Оннішко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. Економічний вісник. 2019. № 3. С. 171–179.
4. Козачун К. І. Аналіз напрямів розвитку медичного страхування в Україні на основі світового досвіду. Економіка. Фінанси. Право. 2016. № 4(2). С. 21–24.
5. Лісовська О. О. Прогнозування основних показників діяльності на ринку медичних страхових послуг в Україні. Бізнес Інформ. 2019. № 5. С. 117–122.
6. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 12. С. 43–47.