

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет економіки та управління
Кафедра фінансів

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри фінансів
д.е.н, професор
_____ Рамський А.Ю.
(підпис)
« ____ » _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Стан та перспективи розвитку медичного страхування в
Україні»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ

072.00.01 «Фінанси і кредит»

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Галузь знань: 07 Управління та адміністрування
Спеціальність: 072 Фінанси, банківська справа та страхування
Кваліфікація: Бакалавр фінансів, банківської справи та страхування

Виконала
студентка групи ФіКб-1-21-4.0д
Ющук Яна Русланівна

(підпис)

Науковий керівник
к.е.н., доцент кафедри фінансів
Нечипоренко Аліна Володимирівна

(підпис)

Київ – 2025

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет економіки та управління
Кафедра фінансів

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри фінансів,
д.е.н., професор

_____ Рамський А.Ю

ЗАВДАННЯ НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
студентки групи ФіКб-1-21-4.0д
(шифр групи)

Ющук Яни Русланівни
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи «Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні»

1. Вихідні дані: наукові праці, інтернет-джерела, нормативно-правові акти щодо медичного страхування та системи охорони здоров'я; статистичні дані щодо діяльності страхових компаній, фінансова звітність страхових компаній.
2. Основні завдання: розкриття сутності, принципів та основних завдань медичного страхування, аналіз динаміки розвитку медичного страхування, оцінка світового досвіду в медичному страхуванні та розробка рекомендацій щодо вдосконалення медичного страхування в Україні.
3. Пояснювальна записка: кваліфікаційна робота містить вступ, основну частину, яка містить три розділи, висновки, список використаних джерел та додатки.
4. Графічні матеріали: 8 рисунків, 16 таблиць.
5. Додатки: «Порівняння послуг провідних страхових компаній у медичному страхуванні».
6. Строк подання роботи на кафедру « ____ » _____ 20 __ р

Науковий керівник
к.е.н., доцент кафедри фінансів
_____ А.В. Нечипоренко

Завдання прийняв до виконання
« ____ » _____ 20 __ р.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

студентки групи ФіКб-1-21-4.0д

Ющук Яни Русланівни
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи «Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні»

№ зп	Види роботи, завдань, заходів	Термін виконання	Відмітка про виконання
1	Постановка задачі. Предмет, мета, завдання		
2	Робота з джерелами за темою роботи		
3	Визначення змісту кваліфікаційної роботи		
4	Теоретико-методологічний розділ:		
	- теоретичні аспекти досліджуваного питання		
	- літературний огляд та аналіз історичного досвіду		
	- методичні підходи до вивчення проблеми		
5	Дослідницько-аналітичний розділ:		
	- опис основних параметрів та характеристик предмета дослідження		
	- ґрунтовний аналіз предмета дослідження		
	- механізми, методики, моделі й рекомендації для вдосконалення проблеми		
6	Проектно-рекомендаційний розділ:		
	- аналіз результатів дослідження та механізм (або методичне забезпечення) рішення проблеми дослідження		
	- визначення напрямків удосконалення або розвитку сфери фінансово-кредитних відносин, що є предметом аналізу		
	- конкретні науково обґрунтовані пропозиції щодо поліпшення предмета дослідження		
7	Висновки		
8	Оформлення кваліфікаційної роботи		
9	Подання роботи на відзив		
10	Рецензування		
11	Підготовка до захисту		
12	Захист кваліфікаційної роботи		

«Затверджую»

Науковий керівник

(підпис)

« ____ » _____ 20__ р.

Індивідуальний план

склав

(підпис студента)

« ____ » _____ 20__ р.

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота: 71 с., 8 рис., 16 табл., 35 посилань.

Актуальність теми полягає в необхідності створення ефективної системи медичного страхування в Україні як важливого механізму забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг. В умовах обмеженого державного фінансування та зростаючого навантаження на систему охорони здоров'я, медичне страхування стає ключовим інструментом залучення додаткових ресурсів. Сучасна система потребує вдосконалення через недосконалість нормативної бази, низький рівень довіри до страхових компаній та нерівномірний доступ до медичної допомоги. Новітні виклики, зокрема війна, цифровізація медицини та реформа медичної галузі, підсилюють потребу в комплексному аналізі та пошуку практичних рішень щодо розвитку медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є система медичного страхування в Україні.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні.

Мета роботи – оцінити стан медичного страхування в Україні, проаналізувати його проблеми та перспективи розвитку, а також розробити рекомендації щодо вдосконалення існуючої системи медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки національної економіки.

Відповідно до поставленої мети в роботі передбачено вирішення таких основних завдань:

- розкрити сутність, принципи та основні завдання медичного страхування;
- визначити види та класифікацію медичного страхування;
- розглянути нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні;
- проаналізувати динаміку розвитку медичного страхування в Україні;

- провести аналіз діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування;
- з'ясувати особливості медичного страхування на прикладі страхової компанії «ARX»;
- визначити основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні;
- оцінити світовий досвід медичного страхування, вивчити можливості впровадження найбільш ефективних практик в Україні;
- розробити рекомендації щодо вдосконалення медичного страхування в Україні.

У першому розділі з'ясовується сутність, принципи та основні завдання медичного страхування; розглядаються види та класифікація медичного страхування; досліджується нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні. У другому розділі визначено сучасний стан медичного страхування в Україні. Проведено дослідження динаміки його розвитку та проведено аналіз розвитку медичного страхування в Україні. Також розглянуто основні послуги, що надаються провідними страховими компаніями та на прикладі страхової компанії «ARX». У третьому розділі розглянуто світовий досвід медичного страхування та можливості його впровадження в Україні. Визначені шляхи вдосконалення медичного страхування в Україні.

Практична значущість отриманих результатів полягає у тому, що матеріали дослідження можуть бути використані для вдосконалення медичного страхування в Україні.

Ключові слова: медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування, система охорони здоров'я, страхова послуга, страхова компанія.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	10
1.1. Сутність, принципи та основні завдання медичного страхування	10
1.2. Види та класифікація медичного страхування	15
1.3. Нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні	20
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	25
2.1. Динаміка розвитку медичного страхування в Україні	25
2.2. Аналіз діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування	32
2.3. Особливості медичного страхування на прикладі страхової компанії «ARX»	39
Висновки до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	48
3.1. Основні проблеми розвитку медичного страхування	48
3.2. Світовий досвід медичного страхування та можливості його впровадження в Україні	53
3.3. Перспективи вдосконалення медичного страхування в Україні	58
Висновки до розділу 3	61
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
ДОДАТКИ	69

ВСТУП

Актуальність роботи, орієнтованої на розвиток медичного страхування в Україні, обумовлена значною роллю цього виду страхування у забезпеченні доступу населення до якісних медичних послуг. В умовах сучасних економічних викликів, де державні ресурси обмежені, а навантаження на систему охорони здоров'я зростає, медичне страхування стає інструментом для покращення фінансування медичних послуг та забезпечення належного рівня охорони здоров'я для громадян. Україна потребує ефективної моделі медичного страхування, яка враховувала потреби різних соціальних груп та регіонів, забезпечувала прозорість і доступність послуг, а також сприяла розвитку інноваційних медичних технологій та підвищенню якості медичних послуг.

Однак, на сьогоднішній день система медичного страхування в Україні все ще потребує поліпшення, зокрема через недосконалість законодавчої бази, низький рівень довіри до страхових компаній та нерівномірний доступ до медичних послуг залежно від регіону. Враховуючи це актуальним є дослідження проблем медичного страхування в Україні та пошук шляхів їх вирішення, що зробить можливою реалізацію ефективної та доступної системи медичного страхування для всіх громадян країни.

Питання щодо розвитку медичного страхування в Україні висвітлені у наукових доробках таких авторів, як Базилевич В.Д., Васильчак С.В., Гриньова В. М., Журавка О. С., Пахненко О.М., Климук Н.Я., Кравченко В.І., Садовенко М. М., які аналізували питання організації фінансування системи охорони здоров'я, моделі обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також роль держави у регулюванні цієї сфери. Проте, попри наявні дослідження, деякі із них не враховують новітні виклики, зокрема вплив війни, демографічні зміни, реформу вторинної ланки охорони здоров'я, а також розвиток цифрової медицини. У зв'язку з цим, постає необхідність поглибленого аналізу стану медичного страхування в Україні.

Мета дослідження – оцінити стан медичного страхування в Україні, проаналізувати його проблеми та перспективи розвитку, а також розробити рекомендації щодо вдосконалення існуючої системи медичного страхування з урахуванням міжнародного досвіду та специфіки національної економіки.

Завдання дослідження :

- розкрити сутність, принципи та основні завдання медичного страхування;
- визначити види та класифікацію медичного страхування;
- розглянути нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні;
- проаналізувати динаміку розвитку медичного страхування в Україні;
- провести аналіз діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування;
- з’ясувати особливості медичного страхування на прикладі страхової компанії «ARX»;
- визначити основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні;
- оцінити світовий досвід медичного страхування, вивчити можливості впровадження найбільш ефективних практик в Україні;
- розробити рекомендації щодо вдосконалення медичного страхування в Україні.

Об’єкт дослідження – система медичного страхування в Україні.

Предмет дослідження – теоретичні та практичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. У процесі підготовки кваліфікаційної роботи були використані різноманітні наукові методи дослідження, що забезпечили комплексний підхід до вивчення проблематики медичного страхування в Україні. Методологічну основу дослідження становили поєднання загальнонаукових і спеціальних методів. На початковому етапі дослідження було застосовано метод аналізу та синтезу наукової літератури, нормативно-

правових актів, статистичних даних, звітів страхових компаній. Аналітичний підхід дав змогу структурувати великий обсяг інформації. Метод системного аналізу був використаний для дослідження взаємозв'язків між елементами системи охорони здоров'я та медичного страхування. У роботі також широко застосовувалися методи порівняльного аналізу та узагальнення. Крім того, для дослідження практичного аспекту функціонування медичного страхування в Україні використовувався емпіричний метод – зокрема аналіз статистичних даних Національного банку України та фінансової звітності страхової компанії «ARX».

Практичне значення одержаних результатів виявляється у формулюванні рекомендацій щодо вдосконалення медичного страхування в Україні, зокрема щодо покращення нормативно-правового забезпечення, розвитку приватного та державного медичного страхування та оптимізації механізмів взаємодії між страховими компаніями та медичними установами. Результати роботи можуть бути використані для розробки практичних стратегій, спрямованих на покращення доступу до медичних послуг, підвищення якості медичного обслуговування та забезпечення більш ефективного використання фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження є сукупність нормативно-правових актів, офіційної статистики, звітів, аналітичних матеріалів, наукових праць вітчизняних і зарубіжних учених, де відображено сучасний стан та тенденції розвитку системи медичного страхування в Україні та світі.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел та додатків. Зміст кваліфікаційної роботи розміщено на 60 сторінках основного тексту. Робота нараховує 16 таблиць і 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність, принципи та основні завдання медичного страхування

Медичне страхування є важливою складовою системою охорони здоров'я, яке забезпечує фінансовий захист від витрат на лікування та медичні послуги, які можуть виникнути внаслідок захворювання або травми. Це система, в рамках якої особи або організації сплачують страхові внески, і в разі потреби підтримують компенсацію витрат на медичне обслуговування. Основним аспектом медичного страхування є забезпечення доступу до медичних послуг, покращення здоров'я населення, а також підтримка економічної стабільності в умовах постійних трансформацій у сфері охорони здоров'я [1]. В медичному страхуванні страховими ризиками є захворювання застрахованого, а страховими випадками — його звернення в медичну установу та надання застрахованому лікувальних послуг [2, с. 46].

Сутність медичного страхування полягає в тому, що воно створює фінансовий резерв для покриття витрат на медичне обслуговування. Страхові компанії, отримуючи страхові внески від клієнтів, забезпечують виплату коштів на лікування у виникненні потреби. Завдяки такій системі люди можуть бути впевненими в тому, що можна отримати необхідне медичне обслуговування без значного фінансового навантаження. Важливою рисою медичного страхування є його здатність покривати як планові медичні витрати (наприклад, на профілактичні огляди), так і неочікувані витрати у разі захворювання чи нещасного випадку. При цьому система медичного страхування може бути реалізована через різні механізми, зокрема через обов'язкове або добровільне страхування. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, особливостей демографічних і соціальних

показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування [3, с. 244].

У науковій літературі існує ціла низка підходів до визначення поняття «медичне страхування». Систематизація підходів до визначення сутності медичного страхування представлена в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Підходи до визначення сутності медичного страхування

Автор	Визначення	Ключовий акцент
В. Д. Базилевич [4, с. 163]	«Медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів»	Гарантований доступ
О. С. Журавка, А. Г. Бухтіарова, О. М. Пахненко [5, с. 149]	«Медичне страхування – страхування на випадок утрати здоров'я через будь-яку причину, зокрема хворобу та нещасний випадок»	Фінансовий аспект
С. В. Васильчак [6, с. 27]	«Медичне страхування – це форма соціального захисту інтересів населення у випадку втрати здоров'я з будь-якої причини. Медичне страхування пов'язане з компенсацією видатків громадян, що обумовлені отриманням медичної допомоги, а також інших видатків, які пов'язані з підтриманням здоров'я».	Соціальна безпека
Н. Я. Климук [7, с. 55-56]	«Вид особистого страхування, який передбачає, згідно із законом або договором, обов'язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та профілактичної допомоги, наданої застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади і громадян»	Економіко-правовий аспект

Джерело: систематизовано автором

Таким чином, попри різницю у формулюваннях, спільними ознаками більшості визначень є такі характеристики: по-перше, наявність фінансового механізму страхування; по-друге, участь трьох основних суб'єктів — страхувальника, застрахованої особи та постачальника медичних послуг; по-третє, наявність договору страхування, який закріплює зобов'язання сторін; і,

нарешті, компенсаційна функція, що реалізується у випадку настання страхового випадку.

Сутність медичного страхування тісно пов'язана з його базовими принципами, які формують засади функціонування цієї системи. До них, як правило, відносять принцип солідарності, за яким здорові та економічно активні особи забезпечують фінансування медичних витрат хворих та малозабезпечених, що означає розподіл фінансового навантаження між усіма учасниками системи; принцип еквівалентності, який проявляється у добровільному медичному страхуванні, коли обсяг послуг прямо залежить від суми внесків; принцип доступності, що передбачає рівний доступ до медичних послуг для всіх категорій громадян, і це досягається через систему страхових вкладів, які справляються в залежності від доходу особи чи організації; принцип адресності, який забезпечує спрямування ресурсів на покриття конкретних потреб кожної застрахованої особи [4; 5]. Перелічені принципи представлено на рисунку 1.1.

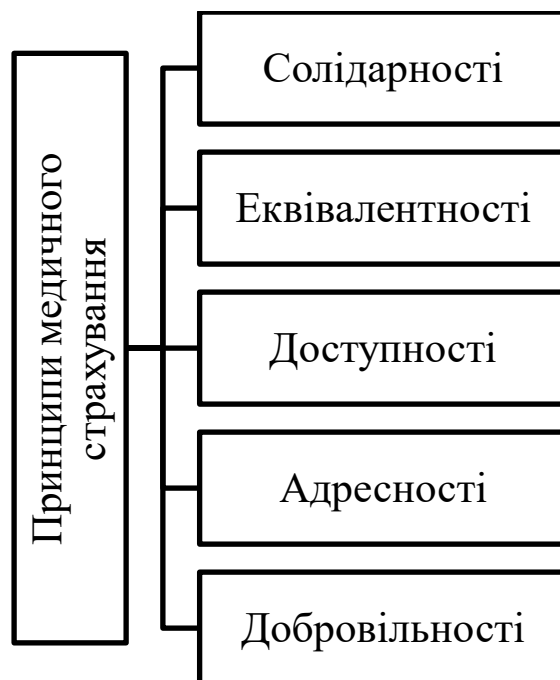


Рис. 1.1. Основні принципи медичного страхування

Джерело: систематизовано автором

Крім того, принципи законності, неперервності страхового покриття, а також прозорості діяльності страховиків і контролю за якістю медичних послуг є необхідними умовами побудови ефективної системи медичного страхування. Усі ці принципи відображають не лише економічну суть страхування, але й соціальну місію — забезпечення гарантій для громадян у разі хвороби.

Одним із важливих принципів медичного страхування є принцип добровільності. У багатьох країнах, зокрема в Україні, медичне страхування розвивається на основі добровільних вкладень, що дозволяє кожному громадянину самостійно обирати оптимальний для себе план страхування, залежно від фінансових можливостей та медичних потреб. Однак, разом із тим, у ряді країн використовується модель обов'язкового медичного страхування, коли кожен громадянин зобов'язаний бути застрахованим у державній або приватній страховій компанії. Ця модель дозволяє забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення та зменшити нерівність у наданні медичних послуг. Важливою є й інституційна складова, крім державних органів, які повинні здійснювати моніторинг та контроль за діяльністю страхових компаній, щоб уникнути можливих зловживань або маніпуляцій з боку приватних компаній.

Медичне страхування виконує низку завдань, серед яких ключовими є: забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я; розширення доступу до якісної медичної допомоги; зниження тіньових витрат пацієнтів на лікування; підвищення ефективності розподілу ресурсів та забезпечення контролю за витратами; стимулювання розвитку приватного сектору в медицині та покращення конкуренції серед існуючих надавачів медичних послуг [5].

Основні завдання медичного страхування охорони включають забезпечення фінансової стійкості системи здоров'я, покращення доступу до медичних послуг, а також підвищення якості лікування та профілактики. Медичне страхування дозволяє зменшити фінансові ризики, пов'язані з

оплатою медичних послуг, та забезпечити більшу ефективність використання ресурсів у сфері охорони здоров'я. Крім того, воно зменшує навантаження на державний бюджет, інша частина витрат на медичні послуги покривається через систему страхових вкладів. Усі ці завдання сприяють не лише покращенню здоров'я нації, а й розвитку соціальних і економічних аспектів, що забезпечує стабільність та прогрес у медичній сфері країни.

Медичне страхування також є інструментом для розвитку інноваційних медичних технологій і забезпечення доступу до новітніх методів лікування. Крім того, страхові компанії можуть сприяти розвитку наукових досліджень у медичній сфері, інвестуючи в нові методи діагностики та лікування, що з часом підвищить загальний рівень медицини в країні. Однією з особливостей медичного страхування є й адаптивність до змін у соціально-економічних умовах, що дозволяє ефективно реагувати на потреби громадян у доступі до медичних послуг та забезпечити їх фінансове забезпечення в умовах кризи. Мінливість страхових медичних послуг означає, що страховик намагається якнайкраще пристосувати послугу до потреб страхувальника [8, с. 168].

Таким чином, медичне страхування є продуктом соціального захисту населення, який не лише гарантує доступність медичних послуг, а й стимулює розвиток національної економіки. Успішне функціонування цієї системи здатне значною мірою покращити якість життя громадян, забезпечити їх право на здоров'я та мінімізувати фінансові витрати на лікування. Однак для досягнення цієї мети необхідно постійно удосконалювати механізми медичного страхування, враховуючи світовий досвід та внутрішні потреби економіки України.

Медичне страхування є важливою складовою системою соціального забезпечення, що забезпечує фінансовий захист громадян у випадку виникнення медичних потреб, таких як лікування, діагностика чи реабілітація. Однак, для ефективного функціонування медичного страхування, необхідні не тільки основні принципи його діяльності, але й специфіка розвитку національної системи охорони здоров'я, економічні та

соціальні умови країни, а також особливості поведінки споживачів медичних послуг. Основна його мета полягає в максимальній доступності медичних послуг для широкого кола населення і тенденції до повної компенсації витрат страхувальників [9, с. 234]. Завдяки цьому забезпечується фінансова стабільність як для потреб, так і для медичних установ, що дає змогу зменшити соціальну напругу та підвищити рівень здоров'я населення в цілому.

Отже, система медичного страхування є важливою складовою частиною національної системи охорони здоров'я, що потребує постійного вдосконалення. Вона має бути орієнтована на забезпечення доступу до медичних послуг для всіх верств населення, зокрема для тих, хто не має можливості фінансувати лікування за власні кошти. Разом із розвитком цієї системи повинні змінюватися і самі медичні стандарти, а також підвищуватися рівень кваліфікації медичних працівників, оскільки лише в таких випадках медичне страхування може бути ефективним інструментом для покращення здоров'я нації.

1.2. Види та класифікація медичного страхування

Медичне страхування є однією з основних складових систем соціального забезпечення, яка забезпечує фінансову підтримку особам у разі необхідності отримання медичних послуг. Відповідно медичне страхування виступає як елемент соціального захисту громадян країни [10, с. 34]. Види та класифікація медичного страхування мають велике значення для розуміння різних механізмів його організації та функціонування. Класифікація медичного страхування дозволить систематизувати існуючі форми цього виду страхування, виокремлюючи їх за стандартами, як такі форми страхування, категорії осіб, а також типи медичних послуг.

Однією з основних класифікацій медичного страхування є поділ на обов'язкове та добровільне страхування, які можна побачити на рисунку 1.2.

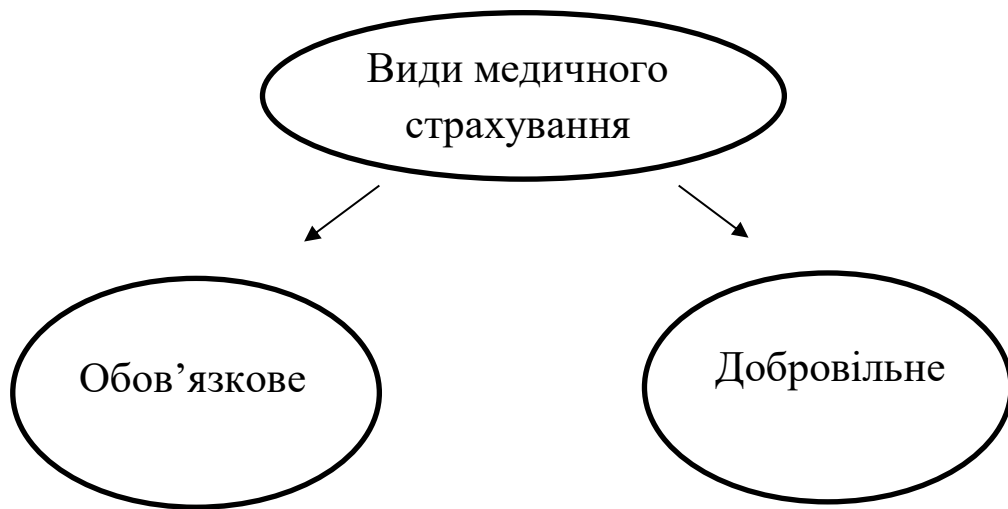


Рис. 1.2. Види медичного страхування

Джерело: систематизовано автором

Обов'язкове медичне страхування є обов'язковим для всіх громадян країни і, як правило, забезпечується через державні органи або через спеціалізовані державні установи, що відповідають за організацію страхових внесків та виплат. У деяких країнах, таких як Німеччина, Франція та Канада, система обов'язкового медичного страхування є основною формою медичного страхування, і вона забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежних від їхнього доходу чи соціального статусу [11].

В Україні система обов'язкового медичного страхування є не повністю реалізованою, а питання медичного страхування залишається актуальним через потребу в розширенні доступу до медичних послуг для населення. Проте окремі категорії громадян, зокрема пенсіонери та безробітні, мають право на безкоштовне медичне обслуговування через державну медичну систему, що дещо наближається до моделі обов'язкового медичного страхування [7]. Згідно прогнозів, упровадження системи медичного страхування уможливить вирішення проблеми дефіциту ресурсів на

функціонування охорони здоров'я, гарантованості медичних послуг й залучить до галузі фінансування задля модернізації обладнання і підвищення в цілому якості медичної допомоги [12, с. 18].

У свою чергу, добровільне медичне страхування передбачає, що кожна особа або компанія має право самостійно обирати, чи хоче вона страхувати себе або своїх працівників на випадок медичних витрат. У цьому випадку громадяни можуть вибирати між більшими страховими компаніями та планами, орієнтуючись на свої фінансові можливості та індивідуальні потреби. Добровільне медичне страхування дозволяє людям отримувати додаткові послуги, які не покриваються стандартною програмою медичного обслуговування, такі як приватні лікарні, додаткового обстеження або лікування за кордоном [5]. Цей вид страхування є дуже популярним серед осіб із середнім та високим рівнем доходу, оскільки дозволяє значно розширити доступ до медичних послуг.

В Україні, з огляду на відсутність повноцінної системи обов'язкового медичного страхування, переважає добровільне страхування, що реалізується приватними страховими компаніями. Найчастіше використовуються колективні форми добровільного медичного страхування (ДМС), які включають корпоративні програми для працівників великих компаній. При цьому індивідуальні програми мають нижчий попит через відсутність податкових стимулів та недостатню поінформованість населення. Узагальнюючи, слід зазначити, що класифікація видів медичного страхування дозволяє чітко визначити роль кожного формату страхування в системі охорони здоров'я, а також сприяє кращому розумінню напрямів, у яких має розвиватися система медичного страхування в Україні. Застосування класифікаційного підходу є важливим інструментом для формування державної політики у цій сфері та розробки ефективних страхових продуктів відповідно до потреб населення.

У світовій практиці найефективнішою вважається модель, що поєднує елементи обох форм: обов'язкове страхування забезпечує базові медичні

послуги для всіх, а добровільне — розширює спектр медичної допомоги за бажанням і можливостями конкретної особи.

Іншим методом класифікації медичного страхування є його поділ на індивідуальне та корпоративне (табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Порівняння індивідуального та корпоративного медичного страхування

Критерій	Індивідуальне страхування	Корпоративне страхування
Суб'єкт договору	Фізична особа (сам застрахований)	Юридична особа (роботодавець)
Ціль	Особистий захист у разі хвороби	Мотивація, соціальний пакет для персоналу
Кількість застрахованих осіб	Один або сім'я	Група працівників
Оплата страхових внесків	Особисті кошти	Кошти підприємства
Умови договору	Стандартизовані	Індивідуально узгоджені
Обсяг покриття	Базовий, з обмеженнями	Розширений
Тариф	Вищий	Знижений (груповий тариф)
Медичні установи	Обмежений перелік	Ширший перелік партнерів
Мотиваційна функція	Відсутня	Частина HR-стратегії
Податкові пільги	Рідко або частково	Можливі згідно законодавства

Джерело: складено автором на основі [4; 5]

Порівняльний аналіз показує, що індивідуальне та корпоративне медичне страхування суттєво відрізняються як за механізмом укладання договорів, так і за умовами покриття та фінансування. Індивідуальне страхування надає більше свободи вибору, однак вимагає вищих особистих витрат, тоді як корпоративне — є частиною соціального пакету роботодавця, забезпечує ширше покриття за зниженим тарифом, але прив'язане до місця роботи. Обидві форми відіграють важливу роль у підвищенні фінансової

доступності медичних послуг і можуть взаємно доповнювати одна одну в системі охорони здоров'я.

Що стосується медичного страхування для груп населення, то тут також можна виділити кілька підкатегорій. Перше з них – це медичне страхування для пенсіонерів. Пенсіонери, як правило, мають високий ризик захворювань, і тому потребують більшого доступного та повного медичного обслуговування. У багатьох країнах для пенсіонерів передбачено спеціальні програми медичного страхування, які можуть частково або повністю покривати витрати на медичні послуги. В Україні пенсіонери можуть отримати систему медичної допомоги через державну охорону здоров'я, але покриття деяких послуг може бути недостатнім, що стимулює розвиток приватного медичного страхування для цієї категорії громадян.

Медичне страхування може також класифікуватися за типами послуг, які покриваються страховими полісами. Одним із таких підходів є розподіл на страхування, яке покриває первинну медичну допомогу, вторинну медичну допомогу, спеціалізовану допомогу, а також страхування, що покриває екстрену медичну допомогу. Програму медичного страхування можна адаптувати до потреб різних груп населення залежно від віку, соціального статусу, роду діяльності та інших факторів [13]. В Україні державні страхові компанії надають різноманітні пакети послуг для кожної категорії населення, але основний акцент робити на лікуванні в межах клінік, з якими укладено контракт, що робить доступність деяких послуг обмеженою.

Також варто відзначити важливість розвитку додаткових видів медичного страхування, зокрема страхування від онкозахворювань, серцево-судинних захворювань, невідкладних ситуацій та інших програм, які враховують специфічні потреби населення. Це дозволяє громадянам мати доступ до спеціалізованих медичних послуг, зменшуючи фінансові навантаження на сімейний бюджет у разі серйозних захворювань. І хоча таке страхування не є широко розширеним в Україні, вони стають все більш

популярними, особливо серед тих, хто має високий дохід і бажає отримати швидкий доступ до медичної допомоги в приватних клініках.

Завдяки зростанню чисельності населення, що потребує страхового захисту, з'являється потреба в нових типах страхових полісів, що забезпечують гнучкість у закритих медичних витратах. Вже зараз в Україні починають впроваджувати спеціалізовані програми, орієнтовані на конкретні категорії населення, такі як пенсіонери, вагітні жінки, люди з інвалідністю та інші групи, що забезпечують більш точне задоволення їхніх медичних потреб [14]. Крім того, ряд великих страхових компаній вже успішно використовує технології для розвитку персоналізованих страхових продуктів, які дозволяють клієнтам самостійно вибирати рівень страхового покриття відповідно до своїх медичних потреб.

1.3. Нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні

Нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні є елементом, який визначає правила та умови функціонування цієї системи в країні. Законодавча база, що регулює медичне страхування, в Україні перебуває на етапі розвитку, і її формування та вдосконалення є одним із основних завдань для забезпечення ефективної роботи цієї галузі. Основними актами, які регулюють медичне страхування, є Конституція України [15], Закони України «Про страхування» [16] та «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [17], а також низка підзаконних актів та постанов Кабінету Міністрів України. Вони визначають правовий статус страхових компаній, механізм надання медичних послуг, права та обов'язки учасників ринку медичного страхування, а також порядок взаємодії між ними.

Найбільш значущим нормативним документом в сфері страхування є Закон України «Про страхування» (оновлений ЗУ «Про страхування» вступив в силу з 01.01.2024 р.), який визначає загальні принципи страхування в країні, а також зокрема медичного страхування. Закон встановлює ці основні принципи діяльності страхових компаній, серед яких – добровільність і обов’язковість страхування, загальні умови надання страхових послуг та правові засади страхового ринку. Водночас він потребує вдосконалення в частині, що стосується забезпечення обов’язкового медичного страхування, оскільки цей аспект не був достатньо розвинений в оригінальній редакції. З 2017 року були внесені зміни до цього законодавчого акту, які вплинули на розвиток медичного страхування, зокрема через зниження рівня бюрократичних бар’єрів та створення більш зручних умов для страхових компаній. Поряд з цим, у 2017 році був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який суттєво змінив підхід до організації медичного страхування в Україні, встановлюючи єдині принципи та механізми фінансування медичних послуг. Цей закон є основою для запровадження медичної реформи в Україні та забезпечує можливість формування системи медичного страхування на основі загального державного фінансування для всіх громадян. Мета цього закону передбачає забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їх соціального статусу чи доходів [18].

На сьогодні важливою частиною нормативно-правового забезпечення медичного страхування є також Постанова Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2022 р. № 1467 [19], яка визначає порядок страхових виплат, умови укладання договорів між страховими компаніями та медичними установами, а також взаємодію державних і приватних страхових компаній. Ці нормативні акти встановлюють правила для всіх учасників медичного страхування, зокрема в частині стандартизації медичних послуг, що сприяє забезпеченню їх доступності та якості. Вони також рекомендують умови для

діяльності медичних установ, які мають угоди зі страховими компаніями, що дозволяють налагодити співпрацю між комерційними та державними медичними закладами.

Особливу увагу варто звернути на законодавче забезпечення обов'язкового медичного страхування. На сьогодні в Україні обговорюють необхідність введення обов'язкового медичного страхування для всіх громадян, щоб це дозволило забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від їхнього економічного становища. З огляду на досвід інших країн, таких як Німеччина чи Франція, запровадження обов'язкового медичного страхування дозволяє значно зменшити витрати на медичну допомогу для держави та підвищити ефективність медичної допомоги [11].

Водночас нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні функціонує поруч із проблемами, зокрема із застарілими нормативними актами, які потребують перегляду в контексті швидких змін у сфері медичних послуг та розвитку нових форм страхування. І шляхом вирішення цієї проблеми є створення адаптивної правової бази, яка буде здатна оперативно реагувати на зміни в умовах страхової сфери послуг і в медичному загалом ринку. Ще одним аспектом є активізація діяльності органів нагляду за страховим ринком, що дозволить покращити контроль за діяльністю страхових компаній та забезпечити більш високий рівень правового захисту громадян. Через те, що на ринку медичного страхування діє велика кількість страхових компаній, необхідно вдосконалити механізм нагляду, щоб уникнути шахрайства та невиконання зобов'язань перед клієнтами на ринку, забезпечивши прозорість у цій сфері.

Таким чином, нормативно-правова база медичного страхування в Україні перебуває на етапі становлення та реформування, і її подальший розвиток має бути орієнтований на вдосконалення існуючих законодавчих ініціатив, прийняття нових законів, що покращують доступність медичних

послуг для населення, та зміцнення правових основ для розвитку інноваційних форм медичного страхування.

Важливим напрямком розвитку нормативно-правової системи медичного страхування є інтеграція українського ринку медичного страхування в загальноекономічні та правові структури, що вимагає розвитку законодавчих норм, які б відповідали європейським вимогам до захисту прав споживачів і страхових компаній. Інтеграція в міжнародні економічні структури відкриває нові можливості для розвитку медичного страхування в Україні, зокрема через співпрацю з європейськими страховими компаніями та міжнародними організаціями, які використовують впровадження новітніх ринкових стандартів медичного страхування.

Значною проблемою залишається недостатній правовий захист громадян, які використовують послуги медичного страхування. На сьогодні є багато випадків, коли пацієнти не можуть отримати медичну допомогу через порушення умов договору між страховими компаніями та медичними установами. Враховуючи це, необхідно здійснити вдосконалення законодавства, яке б чітко визначало умови та терміни надання медичних послуг, а також механізми юридичного захисту прав споживачів медичних послуг у випадках неналежного виконання зобов'язань зі сторони страховиків чи медичних установ.

Таким чином, нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні перебуває на перехідному етапі. Сучасні виклики, пов'язані з реформою охорони здоров'я, цифровізацією послуг та євроінтеграцією, вимагають перегляду існуючих нормативних актів, розробки нових правових механізмів та активізації діалогу між державою, страховими компаніями та громадськістю.

Висновки до розділу 1

У результаті розгляду теоретичних аспектів медичного страхування з'ясовано, що ця форма соціального захисту населення є важливим механізмом фінансування системи охорони здоров'я, що поєднує економічні, правові та соціальні елементи. Визначення сутності медичного страхування у науковій літературі демонструє широкий спектр підходів, де домінують фінансово-правова та соціально-економічна інтерпретації, що підкреслює його багатфункціональність. У межах даного дослідження чітко окреслено основні принципи медичного страхування, серед яких провідними є солідарність, еквівалентність, доступність, адресність та законність. Вони забезпечують концептуальну основу для побудови ефективної та справедливої системи медичного страхування.

Важливим є також розмежування та класифікація видів медичного страхування на обов'язкове та добровільне, кожне з яких має свою структуру, джерела фінансування, правові основи та соціальну спрямованість. Добровільне медичне страхування домінує в українських реаліях, тоді як обов'язкове перебуває на етапі законодавчих дискусій і майбутнього впровадження. Класифікація страхових продуктів дозволяє глибше зрозуміти роль кожного з них у загальній архітектурі надання медичних послуг і вказує на потенціал адаптації європейських моделей в українському контексті.

Нормативно-правове забезпечення медичного страхування в Україні наразі перебуває на стадії становлення. Основу становлять Конституція України, Закони України «Про страхування», «Про основи законодавства України про охорону здоров'я». Попри це, чинне законодавство потребує суттєвого вдосконалення, зокрема в частині запровадження обов'язкового медичного страхування, унормування електронного страхування, посилення контролю за страховими компаніями та захисту прав клієнтів.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СТАНУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

2.1. Динаміка розвитку медичного страхування в Україні

Підрозділ присвячено дослідженню динаміки розвитку медичного страхування в Україні, де розглянуто статистичні показники, зміни в обсягах страхових премій та виплат, активність страховиків у даному сегменті. Такий аналіз дозволяє окреслити реальний стан ринку, його сильні і слабкі сторони, а також підґрунтя для подальших досліджень і практичних рекомендацій.

Особисте страхування в Україні традиційно займає важливу частину на страховому ринку. Воно включає такі види, як страхування життя, медичне страхування та страхування від нещасних випадків.

Після початку війни у 2022 році ринок страхування України зіткнувся з величезними викликами. Зростання невизначеності, вимушена міграція, руйнування інфраструктури та активні бойові дії вплинули на діяльність страхових компаній. Одночасно з цим ринок зазнав певного шоку через масове скасування страховок, пов'язаних з ризиками майнових втрат, а також складності з відшкодуванням збитків у період воєнного стану.

Водночас багато страхових компаній адаптувалися до нових реалій і почали активно працювати з новими продуктами страхування, що відображало військові ризики, зокрема, страхування життя і майна, що постраждало від бойових дій. Водночас у цей період відбулося зростання частки добровільного медичного страхування. Це було пов'язано із забезпеченням термінової медичної допомоги та підтримкою національних програм здоров'я. Також страховики почали пропонувати спеціалізовані продукти для внутрішньо переміщених осіб і військових. Медичне страхування відрізняється від страхування життя, адже не передбачає ризик смерті або дожиття до певного віку чи до закінчення терміну дії договору страхування й відповідно є ризиковим видом страхування [20, с. 121]. З

початком повномасштабної війни більшість провідних страховиків почали брати на себе відповідальність за травми та хвороби отримані в результаті пасивної участі в бойових діях цивільних осіб – пасивні військові ризики, хоча вони є прямими винятками стандартної форми договору усіх страхових компаній по всьому світу [21].

Для повноцінного розуміння ситуації, в якій знаходиться медичне страхування на страховому ринку України, варто розглянути структуру страхового портфелю за 3 роки, та частку, яку займає страхування здоров'я в ній на рис.2.1., 2.2. та 2.3.

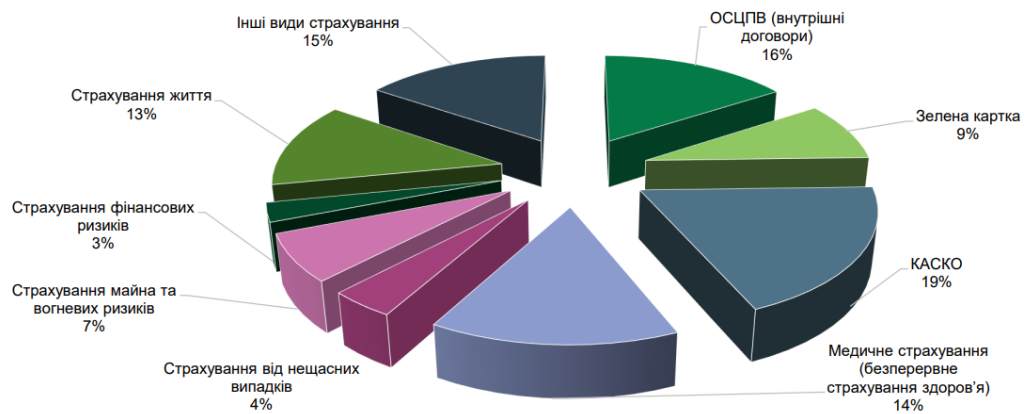


Рис. 2.1. Страховий портфель 2022 року за видами страхування

Джерело: [22].

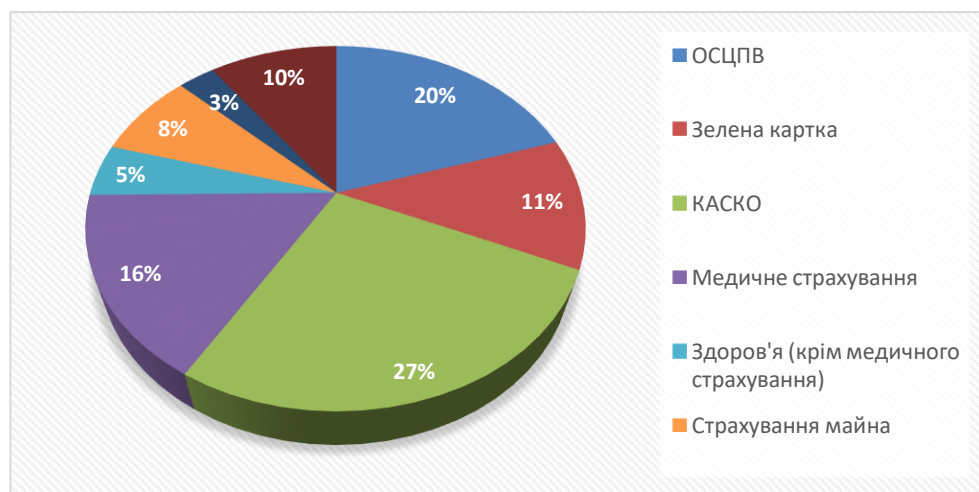


Рис. 2.2. Страховий портфель на початку 2024 року за видами страхування

Джерело: складено автором на основі [23].

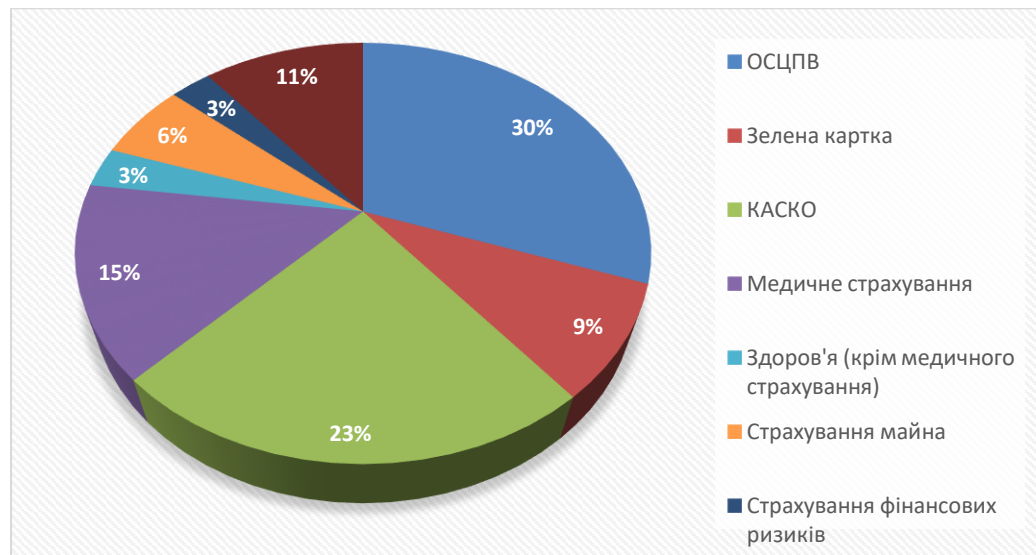


Рис. 2.3. Страховий портфель на початку 2025 року за видами страхування

Джерело: складено автором на основі [23].

Таким чином, маючи наочні матеріали у вигляді трьох рисунків, складених на основі офіційних даних, можемо проаналізувати динаміку змін по відношенню до медичного страхування у страховому портфелі. У період з 2022 до початку 2025 року спостерігається поступове, але досить стійке зростання ролі медичного страхування у структурі страхового портфеля. У 2022 році, згідно з рис. 2.1, частка медичного страхування становила 14%. Попри складну соціально-економічну ситуацію, характерну для цього періоду, дана частка демонструє досить високий рівень, враховуючи конкуренцію з боку інших видів страхування, таких як КАСКО, ОСЦПВ та страхування життя.

На початку 2024 року, як показано на рис. 2.2, частка медичного страхування зросла до 16%. Це зростання на 2 відсоткові пункти свідчить про зростаючу потребу населення у страхуванні здоров'я, що може бути зумовлено як підвищенням обізнаності громадян про важливість захисту свого здоров'я, так і тиском із боку зовнішніх чинників, зокрема війни, пандемічних наслідків, або змін у державній політиці щодо охорони здоров'я. Такий приріст також може свідчити про успішну діяльність

страхових компаній у просуванні цього продукту, а також про адаптацію пропозицій до потреб споживача.

На початку 2025 року, відповідно до рис. 2.3, частка медичного страхування склала 15%. У порівнянні з попереднім роком це означає незначне зниження на 1 відсотковий пункт. Однак у довгостроковій динаміці, порівняно з 2022 роком, маємо загальне зростання на 1 пункт. Це може свідчити про певне насичення ринку або тимчасове зниження попиту, наприклад, у зв'язку з економічними труднощами населення чи зміщенням акценту на інші види страхування (як-от ОСЦПВ, який значно виріс до 30%). Загалом динаміка змін частки медичного страхування демонструє стійку тенденцію до посилення його ролі у страховому портфелі.

Також можна проаналізувати окремо структуру портфелю на кінець 2024 року у таблиці 2.1, а результати медичного страхування на страховому ринку за 2024 рік простежити в таблиці 2.2.

Таблиця 2.1.

Структура страхового портфелю на кінець 2024 року за видами страхування

Вид страхування	Страхові премії, млн. грн
ОСЦПВ	10 325,2
КАСКО	13 268,9
Медичне страхування	6 909,1
Зелена картка	5 525,2
Страхування майна	2 918,0
Страхування здоров'я (крім медичного страхування)	1 826,6
Фінансові ризики	954,3
Інші види страхування	4 767,6

Джерело: складено автором на основі [23].

Таблиця 2.2.

Результати медичного страхування на страховому ринку за 2024 рік

Страхові премії, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Підписані договори
6 909 121,3	4 301 266,9	801 910

Джерело: складено автором на основі [23].

На основі даних на кінець 2024 року, можна сказати, що загальний обсяг страхових премій у сфері медичного страхування за рік становив понад 6,9 мільярдів гривень. Це доволі значний показник, який вказує на високий рівень зацікавленості споживачів у добровільному медичному страхуванні, особливо в умовах нестабільної медичної інфраструктури або обмеженого доступу до якісної медицини. Водночас, виплати сягнули понад 4,3 мільярда гривень, тобто більше 62% зібраних коштів було повернуто клієнтам у вигляді компенсацій за медичні послуги. Це досить високий рівень виплат, що свідчить про активне використання страхових програм і фактичну потребу населення в таких послугах, а також про те, що страховики не накопичують надлишкові прибутки, а працюють за моделлю взаємовигідного розподілу ризиків.

Кількість укладених договорів перевищила 800 тисяч, що також є показником широкого охоплення населення і бізнесу, який забезпечує медичне страхування для своїх працівників. Висока кількість договорів дозволяє говорити про певну стандартизацію та автоматизацію страхових процесів, а також про зростання довіри до страхових продуктів у сфері охорони здоров'я.

Отже, аналізуючи ринок медичного страхування в Україні за 2024 рік, можна зробити висновок, що він характеризується високою активністю, зростанням попиту та стабільним рівнем довіри клієнтів. Водночас ринок є досить концентрованим, із чіткими лідерами та значною часткою страхових премій і виплат у руках кількох компаній.

Щоб повніше зрозуміти динаміку ринку медичного страхування, важливо не лише аналізувати обсяги премій і виплат, а й звернути увагу на механізми, через які ці страхові продукти доходять до споживача. Ефективність та охоплення каналів продажів відіграють ключову роль у доступності страхування, його популярності серед населення та загальному зростанні ринку. Саме структура та вплив основних каналів продажу дозволяють оцінити, як компанії будують свою комунікацію з клієнтом — напряду чи через посередників, чи переважає класичне агентське середовище, чи розвиваються цифрові інструменти. Тому наступний етап аналізу — розгляд основних каналів продажів страхових продуктів — дає змогу глибше оцінити, хто і як формує попит на медичне страхування в Україні, який можна переглянути у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Основні канали продажів страхових продуктів за 2024 рік

.	Клас	Агентська мере- жа	Прямі про- дажі	Банк	Онлайн агре- гатори	Бро- кер	Авто- салон	Інші
.	Життя	78%	2%	16%	0%	3%	0%	0%
.	Здоров'я	47%	20%	15%	0%	18%	0%	0%
.	Зелена картка	72%	6%	4%	16%	1%	0%	1%
.	ОСЦПВ	71%	8%	9%	11%	0%	1%	0%
.	КАСКО	54%	14%	20%	0%	2%	10%	0%

Джерело: [24]

З таблиці 2.3 помітно, що у більшості страхових продуктів провідну роль відіграє агентська мережа. Найвищий рівень залежності від цього каналу спостерігається у страхуванні життя (78%), «Зеленої картки» (72%) та ОСЦПВ (71%), що свідчить про стабільну роль особистого контакту з клієнтом при укладанні таких договорів. Водночас клас медичного страхування показує цікаве поєднання каналів: агентська мережа охоплює 47% продажів, але значну роль відіграють прямі продажі (20%) і банк (15%), що може свідчити про поширеність корпоративного страхування через

фінансові установи та певний рівень діджиталізації. Присутність онлайн-агрегаторів на рівні 16% у медичному страхуванні є найвищою серед усіх класів, що демонструє адаптивність цього продукту до цифрових каналів та зміну поведінки споживачів.

Для повного розуміння економічної доцільності страхових продуктів та ефективності діяльності страхових компаній недостатньо лише знати, які канали продажу домінують або які класи користуються попитом. Не менш важливим є аналіз витратної частини страхового бізнесу, зокрема — обсягів виплат у співвідношенні до отриманих премій. Саме тут ключову роль відіграє коефіцієнт нетто-збитковості, який дозволяє оцінити фінансову збалансованість та ризиковість окремих класів страхування. Цей показник дає змогу зрозуміти, наскільки ефективно страховики оцінюють ризики, формують тарифи та забезпечують стійкість страхових портфелів. Нижче представлена таблиця 2.4 з коефіцієнтами нетто-збитковості за основними класами страхування у 2024 році, що дозволяє зробити висновки щодо їх прибутковості та операційної стабільності.

Таблиця 2.4.

Коефіцієнт нетто-збитковості за класами страхування за 2024 рік

Клас страхування	Коефіцієнт нетто-збитковості
Зелена картка	57,6%
Здоров'я	66,8%
ОСЦПВ	55,4%
КАСКО	47,1%

Джерело: [24].

У таблиці 2.4 відображено коефіцієнти нетто-збитковості за основними класами страхування, що дозволяє оцінити ефективність андеррайтингу та прибутковість продуктів. Найвищий коефіцієнт зафіксовано у класі «Здоров'я» — 66,8%, що свідчить про високий рівень витрат на страхові виплати у цьому сегменті. Це характерно для медичного страхування, де звернень багато, а середня вартість виплат часто висока. Проте цей рівень ще

не перевищує критичну межу в 100%, отже, продукт все ще може бути прибутковим за умов контролю витрат. У цілому, з даних таблиці можна узагальнити, що найбільш «ризикованим» з точки зору збитковості класом є медичне страхування.

2.2. Аналіз діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування

Даний підрозділ присвячений аналізу діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування, що передбачає дослідження їх ринкових позицій, рівня конкуренції, спектру послуг, ефективності використання фінансових ресурсів, а також оцінку тенденцій розвитку даного сегменту страхового ринку. Такий аналіз є важливим для виявлення проблемних аспектів, формування рекомендацій щодо підвищення ефективності функціонування страхових компаній та вдосконалення механізмів медичного страхування в Україні.

Станом на 1 січня 2025 року на страховому ринку України працювали 55 страховиків non-life (було 57), 10 life-страховиків (було 11), один страховик зі спеціальним статусом та 44 страхових брокери (було 43) [24]. Для кращого наочного сприйняття представимо дані за 2022-2024 рр. у вигляді графіка (рис. 2.4).

На рисунку 2.4, що ілюструє кількість учасників страхового ринку України за 2022–2024 роки, простежуються чіткі тенденції змін у структурі ринку. Найбільш численною категорією залишаються компанії, що працюють у сфері страхування, крім життя (non-life), проте за період з 2022 по 2024 рік їх кількість помітно зменшилась. Якщо у 2022 році таких компаній було понад 130, то вже у 2023 році їх кількість скоротилася до 95, а в 2024 році — до 65. Така динаміка свідчить про посилення конкуренції,

злиття компаній, припинення діяльності окремих гравців та зміну регуляторних вимог, які спричинили вихід частини учасників з ринку.

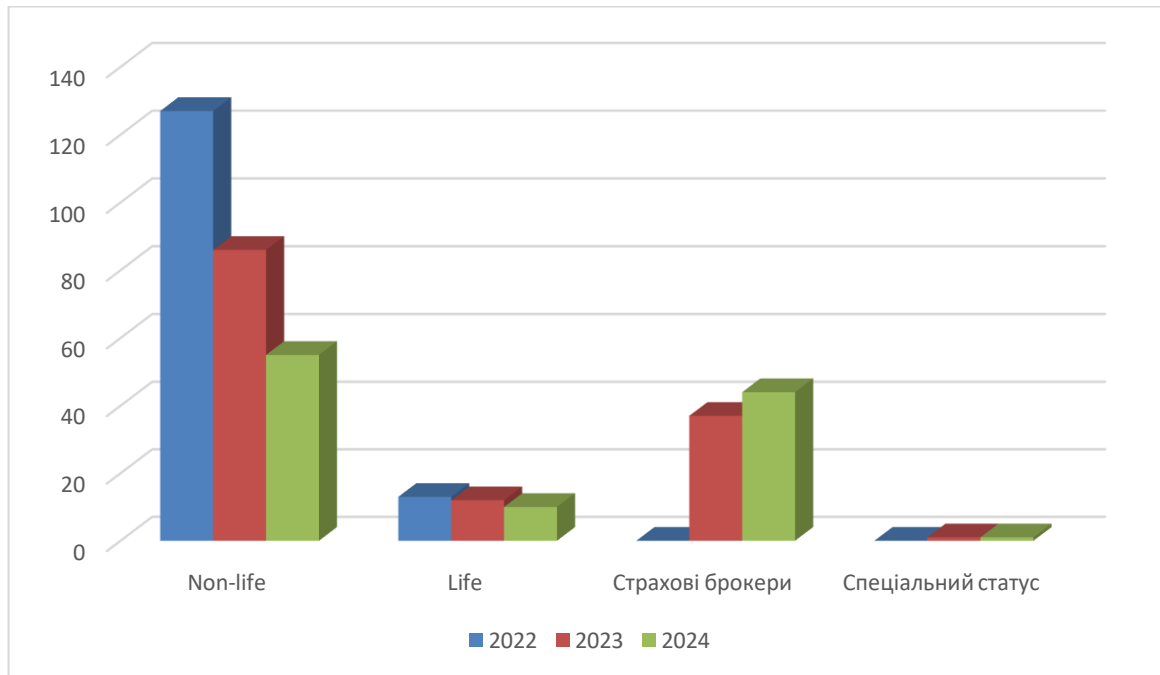


Рис. 2.4. Кількість учасників страхового ринку за 2022-2024 роки

Джерело: складено автором на основі [22; 24].

Натомість сегмент страхування життя (life) демонструє відносну стабільність із незначним зменшенням кількості компаній. У 2022 році їх було 13, а у 2024 році цей показник знизився до 10. Це може свідчити про консервативний характер цього сегмента, а також про меншу чутливість до зовнішніх змін порівняно з non-life страхуванням.

Найдинамічніше зростання демонструє сегмент страхових брокерів. У 2022 році кількість таких учасників була практично нульовою, але вже у 2023 році їх стало близько 35, а у 2024 — приблизно 45. Такий ріст вказує на зміну ринкової структури в бік посилення ролі професійного посередництва. Це може бути пов'язано з розвитком цифрових платформ, активізацією маркетингових стратегій компаній або зростанням попиту з боку споживачів на більш гнучкі та персоналізовані страхові продукти.

Узагальнюючи, можна зазначити, що ринок страхування в Україні перебуває у фазі структурних змін: спостерігається зменшення кількості

традиційних страхових компаній та активне зростання ролі страхових брокерів. Така трансформація є важливим сигналом для аналізу ефективності та перспектив розвитку окремих сегментів страхового ринку.

Звертаючи увагу на медичне страхування, то в цьому сегменті можна розглянути рейтинг найбільш успішних страхових компаній в динаміці за три роки в таблицях 2.5., 2.6, 2.7.

Таблиця 2.5.

Рейтинг страхових компаній на ринку медичного страхування за 2022 р.

№	Назва компанії	Страхові премії, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	Уніка	711 366	418 655	58,85
2	Провідна	652 442	400 243	61,35
3	ІНГО	432 943	282 217	65,19
4	ARX	428 972	176 649	41,18
5	УСГ	317 919	168 326	52,95

Джерело: складено автором на основі [25].

Таблиця 2.6.

Рейтинг страхових компаній на ринку медичного страхування за 2023 р.

№	Назва компанії	Страхові премії, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	Уніка	1 069 341	573 174	53,6
2	ІНГО	658 480	450 669	68,44
3	Універсальна	571 966	271 316	47,44
4	ARX	524 209	265 448	50,64
5	Вусо	492 170	279 140	56,72

Джерело: складено автором на основі [25].

Таблиця 2.7.

Рейтинг страхових компаній на ринку медичного страхування за 2024 р.

№	Назва компанії	Страхові премії, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
1	Уніка	1 262 968	770 890	61,04
2	Універсальна	731 101	417 459	57,1
3	ІНГО	714 136	491 469	68,82
4	Вусо	685 865	436 291	63,61
5	«ТАС»	511 776	293 625	57,37

Джерело: складено автором на основі [25].

На основі таблиць 2.5, 2.6 і 2.7, що відображають рейтинг страхових компаній на ринку медичного страхування України за 2022-2024 роки, можна простежити загальну динаміку змін у діяльності провідних учасників ринку. Аналізуючи дані за три роки, найбільш стабільним і потужним гравцем на ринку медичного страхування є страхова компанія «Уніка». Вона незмінно посідала перше місце впродовж усього досліджуваного періоду, демонструючи не лише зростання страхових премій, а й суттєве збільшення обсягу страхових виплат. Так, у 2022 році її обсяг премій становив понад 711 млн грн, а в 2024 вже перевищував 1,26 млрд грн. Страхові виплати за цей же період зросли з приблизно 418 млн грн до 770 млн грн, а рівень виплат варіювався — у 2022 він складав 58,85%, у 2023 трохи знизився до 53,6%, однак у 2024 знову зріс до 61,04%. Це свідчить про адаптивність компанії до ринкових умов і збереження клієнтоорієнтованості.

Ще одним вагомим гравцем є страхова компанія «ІНГО», яка посідала третє місце у 2022 та 2024 роках і друге місце у 2023. Особливістю цієї компанії є стабільно високий рівень виплат, що протягом усього періоду залишався на рівні понад 65%, досягнувши максимуму у 2024 році — 68,82%. Такий показник свідчить про високий рівень виконання зобов'язань перед застрахованими особами. При цьому обсяг страхових премій компанії

зростав щороку: з 432 млн грн у 2022 до 714 млн грн у 2024, а страхові виплати — з 282 млн грн до 491 млн грн відповідно. Ці результати дозволяють вважати «ІНГО» одним з найнадійніших і динамічніших представників ринку.

Цікавою є динаміка компанії «Універсальна», яка не входила до п'ятірки лідерів у 2022 році, проте з 2023 року почала активно набирати оберти. У 2023 вона посіла третє місце, а в 2024 вже вийшла на друге. Протягом цього періоду компанія суттєво наростила обсяг премій — з 571 млн грн у 2023 до 731 млн грн у 2024, а також збільшила виплати — з 271 до 417 млн грн. Рівень виплат також зростав: з 47,44% до 57,1%, що вказує на покращення фінансової стійкості та підвищення довіри клієнтів. Така динаміка свідчить про успішну зміну стратегії компанії або розширення її частки на ринку.

Страхова компанія «ARX», яка ще у 2022 та 2023 роках стабільно перебувала у топ-5, а у 2024 році вже не потрапила до рейтингу, що може свідчити про зменшення обсягів діяльності або втрату позицій у медичному страхуванні на фоні посилення конкуренції. У 2022 її рівень виплат становив лише 41,18%, а у 2023 він зріс до 50,64%, що хоча й було позитивним сигналом, але, вочевидь, не забезпечило необхідного зростання премій та клієнтської бази. Аналогічна ситуація спостерігається з компанією «УСГ», яка у 2022 займала п'яте місце, але в наступні роки зникла з рейтингу.

Натомість у 2023 і особливо в 2024 році з'являються нові компанії, що потіснили попередніх лідерів. Так, компанія «ВУСО», яка у 2022 була відсутня в рейтингу, з 2023 року почала активно розвиватися. Її обсяг премій зріс з 492 млн грн у 2023 до 685 млн грн у 2024, а страхові виплати — з 279 млн грн до 436 млн грн відповідно. Рівень виплат у 2024 році досяг 63,61%, що є дуже позитивним результатом. Це дозволило компанії піднятися з п'ятого на четверте місце в рейтингу. У 2024 році до рейтингу також увійшла компанія «ТАС», яка одразу посіла п'яте місце з преміями у понад 511 млн грн і виплатами у майже 294 млн грн. Рівень виплат склав 57,37%, що є добрим результатом для новачка рейтингу.

У цілому, аналіз показує, що ринок медичного страхування в Україні є динамічним і конкурентним. Окремі страхові компанії з року в рік посилюють свої позиції завдяки активному залученню клієнтів, ефективній фінансовій політиці та високому рівню виплат, у той час як інші втрачають частку ринку або повністю вибувають з числа лідерів. Однозначним лідером у всіх аспектах — преміях, виплатах і ринковій присутності — є компанія «Уніка», однак активна конкуренція з боку таких гравців, як «ІНГО», «Універсальна» та «ВУСО», створює передумови для можливих змін у структурі лідерів у найближчі роки.

Щоб глибше зрозуміти діяльність страхових компаній та послуги, які вони пропонують можна взяти до прикладу провідні компанії за 2022-2024 аналізовані роки та порівняти їх у додатку А, а саме таблиця А.1.

Таким чином, можна побачити, що сучасний ринок медичного страхування в Україні характеризується високою конкуренцією серед провідних страхових компаній, таких як УНІКА, ІНГО, Універсальна, ВУСО та ARX. Аналіз їхніх страхових програм демонструє виразну тенденцію до розширення спектру послуг, персоналізації страхових пакетів та інтеграції цифрових сервісів у традиційні формати медичного страхування.

Усі страхові компанії включають у свої пакети добровільного медичного страхування базові послуги, такі як амбулаторне лікування, стаціонар, діагностика, лабораторні дослідження, виклик швидкої допомоги та забезпечення медикаментами. Такий базовий функціонал є обов'язковим стандартом і свідчить про прагнення відповідати очікуванням широкого кола клієнтів, які хочуть мати гарантії покриття основних медичних потреб.

Особливістю майже всіх страхових компаній є розширення базового покриття спеціалізованими програмами. Наприклад, УНІКА, ІНГО, ВУСО та Універсальна активно розробляють продукти, спрямовані на покриття критичних захворювань, зокрема онкології, інфарктів та інсультів. Це відображає зростаючий попит на фінансову безпеку в умовах зростання кількості складних діагнозів та вартості лікування. Програма «Подаруй собі

життя» від ВУСО та «Future!» від Універсальної в цьому контексті є показовими прикладами — вони пропонують лікування не лише в Україні, а й за кордоном, включаючи повний організаційний супровід.

Корпоративний напрямок також активно розвивається. Компанії, такі як Універсальна та ІНГО, пропонують індивідуальні рішення для бізнесу, що охоплюють не лише медичне обслуговування працівників, а й психологічну підтримку, телемедицину, організацію медичних оглядів прямо на території підприємств. Це свідчить про усвідомлення бізнесом важливості інвестування в здоров'я працівників як частини стратегії корпоративної відповідальності та підвищення продуктивності.

Суттєвим трендом є активне використання цифрових технологій у наданні послуг. УНІКА інтегрувала онлайн-консультації через застосунок myUNIQA та інтелектуального помічника для перевірки симптомів, що свідчить про перехід до диджиталізації клієнтського досвіду. VUSO і Універсальна також забезпечують комунікацію через месенджери, чат-боти, що забезпечує клієнтам зручність та оперативність у взаємодії зі страховиком.

Окремим вектором розвитку є пропозиції для дітей, спортсменів, а також для іноземців, які тимчасово проживають в Україні. Наприклад, УНІКА та Універсальна мають окремі програми для дітей, що включають страхування на випадок травм під час навчання чи дозвілля. ВУСО охоплює іноземців, надаючи послуги відповідно до законодавства України, що є актуальним у контексті зростання кількості тимчасово переміщених осіб та трудових мігрантів.

Ще однією спільною рисою є надання стоматологічної допомоги у разі невідкладної ситуації, з чіткими лімітами покриття. ІНГО, наприклад, вказує суми від 1 500 до 2 500 грн, що дозволяє клієнту краще орієнтуватися у можливостях пакету. Також популярною послугою стає стандартне та розширене обстеження СHECK-UP, яке пропонує ІНГО, що свідчить про зростання попиту на профілактичні медичні практики.

Незважаючи на велику кількість схожих елементів, кожна компанія намагається вирізнитися або через рівень покриття, або через гнучкість тарифів (як у ARX із тарифами Bronze/Silver/Gold), або через додаткові сервіси, як-от медичний консьерж від ВУСО чи телемедицина на базі мобільних додатків.

У підсумку можна сказати, що українські страхові компанії активно трансформують свої медичні продукти у бік комплексних рішень, які враховують не лише лікування, а й профілактику, реабілітацію, психологічну допомогу та цифрову підтримку. Їхня діяльність відображає як потреби населення, так і загальносвітові тренди в медичному страхуванні.

2.3. Особливості медичного страхування на прикладі страхової компанії «ARX»

Розглянемо особливості медичного страхування на прикладі страхової компанії «ARX». Динаміку діяльності компанії «ARX» у сфері медичного страхування за останні роки можна простежити в таблиці 2.8, де наведено ключові показники за видами страхування, що включають ДМС.

Таблиця 2.8.

Основні показники діяльності СК «ARX» у сфері медичного страхування за 2022–2024 рр.

Рік	Страхові премії з ДМС, тис. грн	Страхові виплати, тис. грн	Рівень виплат, %
2022	428 972	176 649	41,18
2023	524 209	265 448	50,64
2024	441 584	307 335	69,6

Джерело: складено автором на основі [25].

Для більшої наочності представимо динаміку страхових премій та виплат на рис. 2.5.

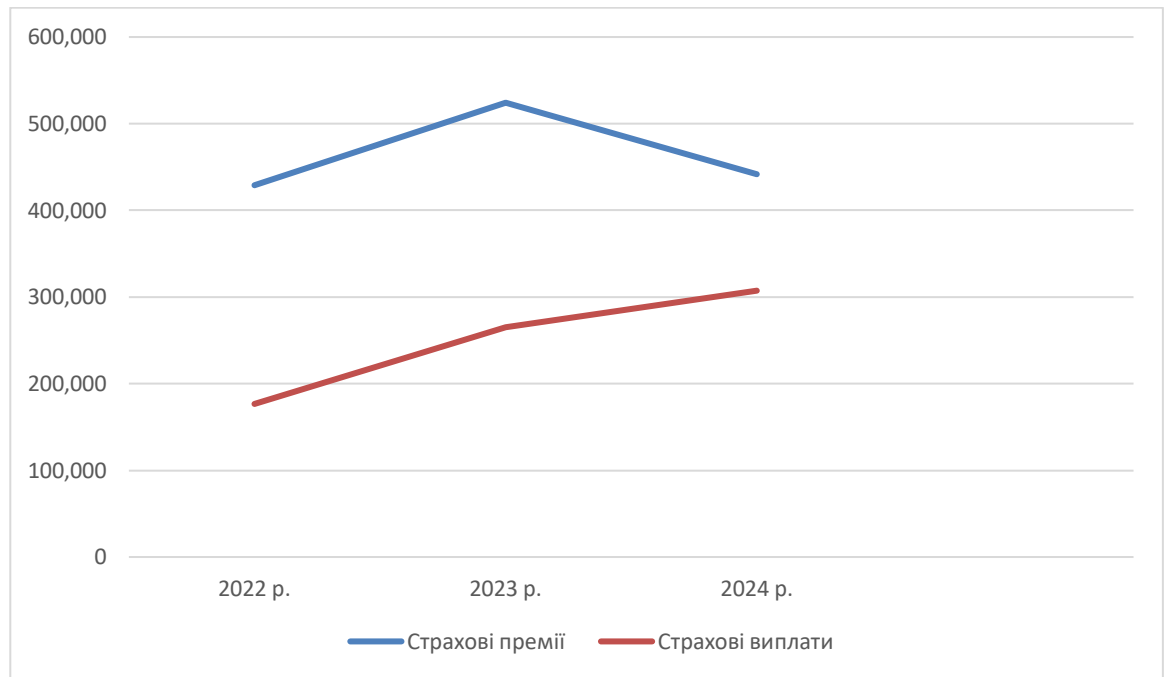


Рис. 2.5. Динаміка основних показників діяльності СК "ARX" у медичному страхуванні за 2022-2024 роки

Джерело: систематизовано автором на основі табл. 2.8

Представлена таблиця 2.8 та рис. 2.5 ілюструють основні фінансові показники діяльності страхової компанії ARX у сфері добровільного медичного страхування за період з 2022 по 2024 роки. У 2022 році компанія зібрала 428 972 тис. грн страхових премій із ДМС, тоді як обсяг страхових виплат становив 176 649 тис. грн. Рівень виплат складав 41,18%, що є типовим показником для ринку ДМС у мирний період або у фазі стабільного розвитку. Втім, враховуючи виклики 2022 року — різке погіршення безпекової ситуації, релокацію населення, зниження доступності медичних послуг у низці регіонів — можна припустити, що відносно низький рівень виплат обумовлений саме цими обставинами. Зокрема, значна частина застрахованих осіб втратила можливість фізично скористатися послугами, передбаченими договорами ДМС (наприклад, плановими обстеженнями, консультаціями чи амбулаторною допомогою). Також у 2022 році компанії сфокусувалися на стабілізації операційної діяльності та забезпеченні

найнеобхідніших напрямків допомоги, що також могло обмежити кількість врегульованих випадків.

У 2023 році спостерігається помітне зростання страхових премій до 524 209 тис. грн (+22% порівняно з 2022 роком), що свідчить про часткове відновлення економічної активності, адаптацію бізнесу до нових реалій і збільшення попиту на медичне страхування. Люди стали більше дбати про здоров'я, а корпоративні клієнти — про захист працівників. Страхові виплати зросли ще істотніше — до 265 448 тис. грн (+50% до 2022 року), що підняло рівень виплат до 50,64%. Це може свідчити про розширення доступу до медичних послуг, відкриття нових партнерських клінік навіть у прифронтових регіонах, адаптацію бізнес-процесів ARX до умов війни (наприклад, перехід на телемедицину) і більшу соціальну відповідальність компанії у вигляді лояльнішого врегулювання страхових подій.

У 2024 році відбувається зниження страхових премій до 441 584 тис. грн, що може бути зумовлено кількома факторами: економічним виснаженням, зниженням доходів домогосподарств, еміграцією, а також перенесенням частини страхових обов'язків на державу або гуманітарні програми. Водночас, страхові виплати продовжили зростати до 307 335 тис. грн, що свідчить про зростаючу кількість звернень або про збільшення вартості медичних послуг. Рівень виплат підвищився до 69,6% — надзвичайно високий показник для ринку ДМС, який говорить про орієнтацію компанії на реальне задоволення потреб клієнтів навіть попри складну економічну кон'юнктуру. Зростання рівня виплат на тлі падіння надходжень може створювати певний тиск на фінансову стабільність страховика, однак з іншого боку — формує довіру серед споживачів і підвищує репутацію компанії як надійного партнера у кризовий час.

Таким чином, фінансові показники страхової компанії ARX у 2022–2024 роках відображають не лише внутрішню трансформацію компанії, але й глибокий вплив зовнішніх обставин, зокрема війни.

Страхова компанія «ARX» пропонує своїм клієнтам широкий спектр медичних програм, до яких входять стаціонарне лікування, амбулаторні послуги, спеціалізовані медичні дослідження та діагностика. Такий підхід дозволяє максимально врахувати індивідуальні потреби кожного клієнта. Детальний перелік доступних програм і послуг представлено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

**Порівняльна характеристика медичних програм страхування від
страхової компанії «ARX»**

Характеристика	Медицина без меж	ARXiMed	Лікар в дорозі
Цільова аудиторія	Пацієнти з важкими діагнозами (онкологія, інфаркт, інсульт)	Особи віком від 1 до 75 років	Люди, які часто подорожують або перебувають у відрядженнях
Основна мета	Організація лікування критичних станів, у т.ч. за кордоном	Доступ до широкого спектру медичних послуг на території України	Надання медичної допомоги під час перебування поза домом
Покриття	Повне покриття витрат на лікування тяжких хвороб, діагностика, логістика	Амбулаторне, стаціонарне лікування, медикаменти, телемедицина	Консультації, амбулаторне лікування, госпіталізація, медикаменти
Географія послуг	Україна та закордон	Україна	Україна
Особливості	Координація лікування, переклад, комунікація з клініками	Гнучкий вибір пакету, медичний консьєрж, онлайн-консультації	Цілодобовий асистанс, координація, підбір медичних закладів
Додаткові послуги	Діагностика, контроль якості, доступ до закордонних клінік	Швидка допомога, COVID-сервіс, лабораторія, франшиза	Доставка медикаментів, індивідуальний підхід
Обмеження	Не вказано	Франшиза (10–40%), період очікування 14 днів	Виключення: косметика, трансплантація, імпланти, протези
Строк дії	Залежить від програми	1 рік з пролонгацією	Не вказано (зазвичай річна програма)

Джерело: складено автором на основі [13].

Серед трьох розглянутих програм медичного страхування від СК «ARX» кожна має свою чітко окреслену цільову аудиторію та унікальні переваги. Програма «Медицина без меж» є ідеальним варіантом для тих, хто стикається з надзвичайно складними діагнозами, потребує лікування за кордоном та повної організаційної підтримки. ARXiMed — це універсальний продукт для широкої аудиторії, особливо цінний у поточних умовах в Україні завдяки широкому покриттю, гнучкості та телемедичним можливостям.

Програма «Лікар в дорозі» є найбільш релевантною для активних людей, які часто перебувають поза домом, і потребують надійного захисту в дорозі. З практичної точки зору, найбільш частим вибором є ARXiMed через її адаптивність, різноманіття пакетів, співвідношення ціни до покриття та високий рівень цифрового сервісу.

Водночас «Медицина без меж» є критично важливою для окремої категорії клієнтів із важкими станами. Таким чином, вибір програми залежить від специфіки потреб клієнта, однак з огляду на масовість, гнучкість і відповідність поточному контексту, ARXiMed вважається найдоцільнішою для широкого використання.

В контексті українського ринку страхова компанія «ARX» працює в умовах певної політичної нестабільності, яка може вплинути на розвиток економіки та страхового сектору. Одним із головних аспектів є зміни в законодавстві, особливо в частині регулювання страхування та фінансового сектору. Законодавчі ініціативи, такі як введення нових нормативних актів або зміни в податковій політиці, можуть мати безпосередній вплив на операційну діяльність компанії. Проте український ринок страхування зазначає поступові зміни в бік європейської інтеграції, що стимулює розвиток таких компаній, як «ARX», у сучасних стандартах обслуговування клієнтів і прозорості бізнесу. Таким чином, можемо виконати PEST-аналіз страхової компанії ARX у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10.

PEST-аналіз «ARX»

Фактори	Опис	Вплив на компанію
Політичні	Стабільність політичної ситуації в Україні, у змінах законодавства, регулювання страхового ринку, державна політика щодо фінансових установ.	Політична нестабільність та зміни в законодавстві можуть вплинути на процеси регулювання страхових компаній, вимагаючи адаптації до нових вимог. Регулювання в частині захисту прав споживачів створює можливості для підвищення довіри до компанії.
Економічні	Ситуація в економіці країни: рівень інфляції, валютний курс, платоспроможність населення.	Коливання економічних показників, таких як інфляція та валютний курс, можуть призвести до зміни платоспроможності населення, що впливає на попит на страхові послуги. Високий рівень доходів може стимулювати попит на додаткові страхові продукти.
Соціальні	Зміни в демографії, поведінкові тенденції споживачів (зростання потреби у здоров'ї, пенсійному страхуванні).	Старіння населення та зростаючий інтерес до продуктів, як медичне страхування, створюють запит на нові страхові рішення. Водночас, низька фінансова грамотність залишається проблемою для розвитку галузі.
Технологічні	Впровадження новітніх технологій, цифровізація бізнес-процесів, розвиток онлайн-каналів продажу та обслуговування.	Використання цифрових технологій дозволяє знизити витрати, автоматизувати процеси та підвищити доступність послуг для клієнтів. Мобільні додатки та онлайн-платформи покращують взаємодію з користувачами та збільшують зручність покупок.

Джерело: складено автором на основі [1; 13].

Наведені у таблиці 2.10 дані представляють собою PEST-аналіз страхової компанії «ARX», де розглядаються чотири зовнішні фактори, що впливають на діяльність страхової компанії. З політичної точки зору, акцент зроблено на нестабільності в державі та зміни законодавчого поля, що дійсно характерно для України останніми роками. Це створює високий рівень регуляторних ризиків для страхових компаній, які змушені швидко

адаптуватися до нових нормативів. З іншого боку, розвиток політики захисту прав споживачів є позитивним сигналом: це може сприяти зростанню довіри клієнтів до приватного страхування, зокрема медичного. В економічному аспекті вказано, що інфляція, валютні коливання та загальний рівень доходів населення безпосередньо впливають на страхову галузь. У кризовий час попит на добровільні продукти може знижуватись, але водночас страхування здоров'я може набувати стратегічного значення для певних груп населення, які бояться залишитися без медичної підтримки. У соціальному контексті помічено важливі тенденції: старіння населення, зростання потреби в охороні здоров'я та недостатня фінансова обізнаність. Це накладає як ризики, так і перспективи. Наприклад, старше покоління має більший попит на медичні послуги, а отже, і на медичне страхування, що створює перспективний сегмент для ARX. Водночас низький рівень знань населення про переваги страхування ускладнює розширення клієнтської бази без активної просвітницької роботи.

Таким чином, PEST-аналіз демонструє, що компанія ARX діє в умовах нестабільного, але перспективного середовища, де загрози часто поєднуються з можливостями. Основними викликами залишаються законодавча нестабільність, економічні коливання та низький рівень доходу у населення, яке потребує медичного страхування найбільше.

Наступним етапом буде SWOT-аналіз компанії, де розглядатимуться проблеми та можливості компанії в сучасних умовах в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

SWOT-аналіз «ARX»

Фактори	Опис	Вплив на компанію
Сильні сторони	Тривала історія на ринку, партнерство з міжнародною групою AXA, широкий портфель страхових продуктів для фізичних і осіб.	Довгострокова присутність на ринку та зв'язки з міжнародним брендом підвищують довіру клієнтів. Наявність різноманітних продуктів дозволяє охоплювати більшу аудиторію.

Продовження табл. 2.11

Слабкі сторони	Висока конкуренція на ринку, низька фінансова грамотність споживачів, потреба в модернізації внутрішніх процесів.	Низька довіра до страхових компаній і необхідність постійної модернізації бізнес-процесів для підтримки конкурентоспроможності.
Можливості	Розширення через розробку населення нових продуктів, використання технологій для покращення клієнтського досвіду, зростання фінансової грамотності.	Запуск нових страхових продуктів та технологічна адаптація дозволить привернути нових клієнтів. Розвиток онлайн-продажу відкриває нові можливості для залучення аудиторії.
Загрози	Нестабільність економіки, зміни в законодавстві, поява нових конкурентів із використанням інноваційних технологій.	Загроза від зовнішніх економічних факторів та конкуренції змушує компанію постійно адаптуватися до змін і впроваджувати нові стратегії для збереження конкурентних переваг.

Джерело: складено автором на основі [13].

SWOT-аналіз показує, що страхова компанія «ARX» має сильні позиції завдяки своєму досвіду та партнерству з міжнародною групою. Однак компанії слідують конкурентні загрози та економічна нестабільність. Для подальшого успішного розвитку важливо фокусуватися на інноваціях і покращенні клієнтського досвіду через технології.

PEST- та SWOT-аналізи показують, що страхова компанія «ARX» має значний потенціал для подальшого розвитку, однак вона повинна адаптуватися до змін, які відбуваються на ринку страхування. Політичні та економічні чинники вимагають важливого моніторингу та готовності до змін, а використання технологічних інновацій дозволяє компанії зберегти конкурентні переваги. Залучення нових клієнтів через розробку також нових продуктів і послуг, а вдосконалення внутрішніх процесів і технологій може допомогти страховій компанії зберегти лідерські позиції на ринку страхових послуг України.

Висновки до розділу 2

У другому розділі проаналізовано сучасний стан та динаміку розвитку медичного страхування в Україні. Незважаючи на економічну нестабільність і війну, цей сегмент демонструє поступове зростання — як з боку зацікавленості населення та бізнесу, так і з точки зору фінансових показників. У 2022–2024 роках відзначено збільшення кількості договорів, обсягів премій та виплат, що свідчить про підвищення довіри до послуги та її соціальної значущості.

Водночас високий коефіцієнт нетто-збитковості вимагає від страхових компаній ефективного управління ризиками та витратами для збереження фінансової стійкості. Ринок залишається динамічним: відбувається поступове зменшення частки традиційних страховиків та зростання ролі страхових брокерів, що сприяє конкуренції та підвищенню якості сервісу.

Серед лідерів медичного страхування — страхові компанії УНІКА, ІНГО, Універсальна, ВУСО та ТАС. Вони нарощують обсяги премій і виплат, впроваджують персоналізовані страхові продукти, які включають не лише базову медичну допомогу, а й телемедицину, профілактичні послуги та покриття критичних захворювань.

Страхова компанія «ARX» є прикладом ефективної адаптації до ринкових викликів. Проведені SWOT- і PEST-аналізи показали сильні сторони компанії — міжнародну підтримку, досвід та технологічну модернізацію — попри зовнішні загрози, такі як законодавчі зміни та конкуренція. Найбільш універсальною та популярною програмою компанії є ARXiMed, що охоплює різні категорії споживачів.

У підсумку, медичне страхування в Україні перебуває на етапі активного становлення. Попри виклики, галузь демонструє адаптацію, впровадження інновацій та зростання значущості для суспільства. Подальші реформи та розвиток цифрових сервісів можуть істотно покращити доступність і якість медичних послуг для громадян.

РОЗДІЛ 3.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Основні проблеми розвитку медичного страхування

Розвиток медичного страхування в Україні стикається з численними проблемами, які значною мірою впливають на його ефективність і доступність для широких верств населення. Однією з головних перепон є низький рівень довіри громадян до медичного страхування, що формувався роками через недостатню інформованість, негативний досвід співпраці з окремими страховими компаніями, а також загальний скепсис до страхових продуктів у сфері охорони здоров'я. Суспільна думка про те, що медичне страхування не виправдовує вкладених коштів, глибоко вкоренилася і перешкоджає поширенню позитивних практик. Значна частина населення фінансово неспроможна забезпечити собі якісне лікування, а держава не може забезпечити всім хворим, які потребують лікування, госпіталізацію та безоплатне надання послуг, а тому одним з рішень є обов'язкове медичне страхування [26, с. 155].

Однією з важливих проблем є незадовільний рівень інформованості населення про медичне страхування, його переваги та можливості. Значна частина громадян не розуміє механізмів дії страхових програм, не знає, як обрати відповідну страхову компанію або на які умови слід звертати увагу при укладенні договору. Відсутність зрозумілих і доступних джерел інформації створює бар'єри для прийняття свідомого рішення щодо страхування. Недостатнє усвідомлення переваг медичного страхування обмежує розвиток цього сегмента ринку і призводить до збереження високого рівня фінансової вразливості при виникненні потреби у медичному обслуговуванні [14, с. 76].

Ще однією важливою проблемою є відсутність ефективної державної інформаційної політики, що сприяє домінуванню неформальних методів лікування або повної залежності населення від державної системи охорони здоров'я. Така ситуація формує паралельну медичну реальність, у якій страхування не є необхідною складовою доступу до послуг, а рішення про лікування ухвалюються спонтанно, без довгострокового планування чи фінансової підготовки.

Проблеми також стосуються низького рівня якості послуг, які надаються страховими компаніями. Багато компаній орієнтовані на масові продукти для широкої аудиторії, не пропонуючи індивідуальні чи спеціалізовані пакети, які відповідали б потребам окремих категорій населення. Відсутність гнучкості та персоналізованого підходу лише поглиблює проблему недовіри до системи страхування і знижує конкурентоспроможність ринку.

Значну роль у стримуванні розвитку відіграє обмежене використання інноваційних технологій. Через слабку цифровізацію неможливо забезпечити високу якість послуг, оперативність обробки страхових випадків та точність розрахунків. Відсутність електронного документообігу, злагоджених автоматизованих систем та онлайн-сервісів створює додаткові труднощі для клієнтів. Водночас цифрові технології у страхуванні уможливлюють автоматизацію багатьох процесів, таких як обробка заявок, оцінка ризиків та виплати страхових відшкодувань, що призводить до скорочення часу на обробку інформації, зменшення людських помилок та підвищення загальної продуктивності страхових компаній [27, с. 105].

Відсутність технічного оснащення у медичних закладах і низький рівень підготовки персоналу для роботи з електронними системами посилює проблему. Багато лікарів і працівників не мають відповідних навичок для ефективного використання сучасних технологій, що негативно впливає на швидкість і якість надання послуг у межах страхових програм.

Також споживачі не мають доступу до повної, чіткої інформації про зміст страхових пакетів, що часто призводить до непорозумінь і розчарувань

при отриманні медичних послуг. Відсутність прозорих умов і незрозумілі формулювання в договорах ускладнюють орієнтацію клієнтів у правах і обов'язках, що провокує конфлікти між пацієнтами та страховими компаніями.

Ще однією суттєвою проблемою є високий рівень адміністративного навантаження та бюрократизація процесів. Через складні процедури оформлення страхових полісів, подачі заявок на компенсації, численні довідки та перевірки пацієнти стикаються зі значними часовими та фінансовими витратами. Часто пацієнтам доводиться проходити декілька інстанцій, щоб підтвердити право на отримання компенсації. Страхові компанії іноді не можуть оперативно обробити заяви через складну документацію або тривалі процеси перевірки.

У системі також відсутній ефективний механізм незалежного контролю та оцінки якості медичних послуг, які надаються через страхування. Відсутність чітких стандартів та прозорих індикаторів оцінки змушує пацієнтів покладатися на випадок, а не на гарантовану якість. Крім того, відсутність регулярного моніторингу та аудиту з боку держави або незалежних органів сприяє поширенню недобросовісних практик у сфері страхування.

До цього додаються кадрові проблеми — нестача кваліфікованого персоналу, низький рівень підготовки кадрів у сфері страхування в медицині та невисока заробітна плата. Через ці фактори система страждає від великої плінності кадрів, що ускладнює забезпечення безперервності процесів і втримання досвідчених фахівців.

Наступною важливою проблемою є нерівномірність доступу до медичних послуг залежно від регіону. У великих містах страховий ринок більш розвинений, тоді як у сільській місцевості — майже відсутній. Це створює соціальну нерівність і поглиблює регіональні дисбаланси, адже мешканці сіл часто не мають доступу не лише до страхування, а й до необхідних медичних установ.

Крім того, проблемою є обмеження у покритті медичних послуг, що надаються через страхування. Часто страхові компанії включають у свої програми лише базові процедури, ігноруючи високоспеціалізоване лікування чи інноваційні методи. Наприклад, лікування рідкісних захворювань або сучасна діагностика часто не покривається страховими полісами, що змушує пацієнтів звертатися за дорогими послугами самостійно [14].

Додатково варто згадати про недостатню ефективність системи страхових виплат. Часті випадки необґрунтованих відмов, складні умови договорів і низькі суми компенсацій підривають довіру населення до системи. Пацієнти змушені не лише доводити факт настання страхового випадку, але й обґрунтовувати право на компенсацію, що створює додаткове психологічне та матеріальне навантаження [14].

Ще однією серйозною проблемою є відсутність чіткої тарифної політики. Страхові компанії часто встановлюють тарифи, які не відповідають реальним витратам на лікування, що ставить під загрозу стабільність як для страхових компаній, так і для медичних закладів. Це призводить до фінансових дисбалансів, затримок у виплатах і зниження якості медичних послуг.

Проблеми також виникають у взаємодії між державним і приватним секторами. Відсутність узгодженості, дублювання функцій, суперечності у підходах до надання послуг унеможливають створення єдиної ефективної системи медичного страхування. Наявність розрізнених стратегій і політик створює певні суперечності [28].

Важливим також є питання доступності медичного страхування для всіх категорій населення. Сьогодні значна частина громадян, особливо з малозабезпечених верств чи сільських територій, не мають змоги скористатися добровільним страхуванням, а державне страхування не охоплює всі потреби. Це сприяє поглибленню соціального розшарування та зростанню кількості осіб, які залишаються поза системою захисту [29].

В Україні також відсутня повноцінна державна програма медичного страхування, яка б забезпечувала загальний доступ до медичних послуг незалежно від соціального статусу. Наявність такої програми могла б стати основою для створення ефективної, справедливої та стабільної системи охорони здоров'я, однак її відсутність створює розрив у рівні медичного обслуговування та обмежує можливості вразливих груп населення.

Таким чином, найсуттєвіші проблеми можна узагальнити й наочно представити на рисунку 3.1.



Рис. 3.1 Найсуттєвіші проблеми, з якими стикається медичне страхування

Джерело: систематизовано автором

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що система медичного страхування в Україні перебуває на етапі становлення та стикається з численними структурними, організаційними й соціальними викликами. Лише за умови цілеспрямованих реформ можливо забезпечити довіру громадян, рівний доступ до якісного медичного обслуговування та сталий розвиток страхового ринку.

3.2. Світовий досвід медичного страхування та можливості його впровадження в Україні

Світовий досвід медичного страхування дає важливі аспекти для розвитку цієї системи в Україні, зокрема щодо організації та фінансування медичних послуг, доступу до лікування та підвищення якості медичного обслуговування. Різні країни мають свої моделі медичного страхування, що відповідають соціально-економічним умовам, культурним традиціям та політичним системам, однак є багато спільних принципів, які можуть бути адаптовані в Україні.

Щоб краще зрозуміти особливості організації медичного страхування у світі, нижче представлено порівняльну таблицю 3.1., яка висвітлює ключові характеристики систем охорони здоров'я в різних країнах. У ній зосереджено увагу на таких аспектах, як джерела фінансування, типи страхування, доступність послуг і рівень державного регулювання.

Таблиця 3.1.

Порівняльна характеристика моделей медичного страхування в різних країнах

Країна	Тип системи	Джерела фінансування	Характеристики системи	Можливості для України
Німеччина	Обов'язкове та приватне	Внески роботодавців і працівників, приватне	Вибір між державними та приватними страховими компаніями; рівний доступ до послуг	Створення універсальної системи з вибором страхових компаній; нагляд за якістю
Канада	Державне медичне страхування	Податки	Безкоштовні послуги для всіх громадян; немає прямих оплат	Збільшення державного фінансування; удосконалення інфраструктури
Австралія	Змішана (державна + приватна)	Податки, приватні внески	Універсальний доступ, можливість купівлі додаткових послуг; субсидії для вразливих груп	Поєднання фінансування з різних джерел; субсидії для соціально незахищених

Продовження таблиці 3.1

Японія	Обов'язкове страхування	Внески через роботодавців та державу	Покриття широкого спектра послуг; ефективне управління якістю	Розвиток співпраці з бізнесом; контроль витрат, охоплення всіх громадян
Франція	Гібридна модель	Податки та додаткове приватне страхування	Універсальний доступ; державне покриття частини витрат, решта — через приватні плани	Використання комбінованого фінансування; контроль над витратами; розвиток добровільного страхування
Швеція	Державне страхування	Місцеві бюджети, податки	Високий рівень стандартів, доступність у всіх регіонах, відповідальність на місцевому рівні	Залучення місцевої влади; ефективне використання бюджетних коштів

Джерело: складено автором на основі [11].

Однією з найбільш розвинених моделей є система медичного страхування в Німеччині. Тут діє обов'язкове медичне страхування для всіх громадян, що забезпечує рівний доступ до медичних послуг незалежно від соціального статусу. Воно включає внески роботодавця, інших установ соціального забезпечення та членів медичних страхових компаній, а також федеральну субсидію [30, с. 28]. Німецька система охорони здоров'я базується на поєднанні державного та приватного страхування, що дозволяє громадянам обирати між різними страховими компаніями залежно від їхніх потреб і фінансових можливостей. Такий підхід забезпечує баланс між високою якістю медичних послуг і їхньою доступністю для всіх верств населення. В Україні такий підхід може бути корисним для реалізації стратегії універсального медичного страхування, при цьому необхідно забезпечити належне фінансування через ефективні механізми управління та контролю.

Система медичного страхування в Канаді є однією з найпрогресивніших у світі. Вона базується на державному фінансуванні через податки, що

дозволяє всім громадянам отримувати медичні послуги без прямої оплати. Канадський досвід може бути корисним для України в контексті вдосконалення системи фінансування охорони здоров'я. Однак для впровадження подібної моделі необхідно суттєво збільшити обсяг державних інвестицій та модернізувати медичну інфраструктуру. Попри універсальний доступ, канадська система стикається з викликами, такими як перевантаження закладів та потреба в оновленні стандартів. Для України важливо врахувати цей досвід у створенні збалансованої моделі, що поєднує державні та приватні ресурси, забезпечуючи ефективність і доступність медичних послуг.

Австралійський досвід демонструє, як важливо підключати різні рівні фінансування для забезпечення ефективного доступу до медичних послуг для всіх верств населення, а також дає уроки про те, як впроваджувати системи субсидування для вразливих груп. Медичне страхування в Австралії часто оформлюється у вигляді додаткових (допоміжних) полісів, які компенсують ті витрати, що не покриваються державним Medicare. Державна політика також стимулює населення до придбання приватного медичного страхування через субсидії та податкові пільги. Медичне обслуговування в Австралії знаходиться на високому рівні, але залежить від місця розташування. В містах є добре розвинена мережа лікарень і лікарів. Для глибинки існує «Королівська літаюча служба лікарів», яка працює по всій країні [31].

Система медичного страхування в Японії є прикладом ефективного поєднання державного регулювання та соціальної відповідальності. Обов'язкове страхування охоплює все населення та забезпечує широкий спектр медичних послуг. Фінансування здійснюється за комбінованою моделлю — через внески роботодавців і державних установ, що дозволяє знизити фінансове навантаження на громадян і підтримувати високий рівень доступності медичної допомоги. Водночас система передбачає механізми контролю витрат і якості лікування, хоча й стикається з певними викликами, зокрема високими затратами та перевантаженням медичних закладів. Для

України японський досвід може бути корисним у впровадженні моделей співпраці між державою та бізнесом, зокрема через залучення приватних підприємств до фінансування страхування працівників. Це сприятиме розвитку сталого медичного страхування, яке відповідатиме національним економічним умовам і забезпечуватиме базовий рівень медичних послуг для всіх громадян.

Франція демонструє ефективну модель медичного страхування, яка поєднує елементи державного та приватного фінансування. Система охоплює все населення, забезпечуючи широкий доступ до медичних послуг завдяки базовому державному страхуванню, що фінансується з податків. При цьому додаткові витрати покриваються за рахунок добровільних страхових планів, які пропонують приватні компанії. Такий гібридний підхід дозволяє уряду зберігати контроль над витратами через встановлені тарифні сітки, водночас гарантувавши рівний доступ до лікування. Цей досвід може бути корисним для України, особливо у впровадженні приватних доповнюючих страхових програм і вдосконаленні системи фінансування охорони здоров'я на основі податкових механізмів.

Цінним є й досвід Швеції, де на основі принципу колективної відповідальності за здоров'я населення було сформовано уніфіковану медичну систему з державним фінансуванням і елементами страхування. Основне фінансове навантаження лягає на місцеві органи влади, які безпосередньо відповідають за організацію та надання медичних послуг. Шведська система поєднує доступність для всіх громадян із високими стандартами якості обслуговування та ефективним контролем витрат. Для України варто розглянути можливість активнішого залучення місцевої влади до фінансування охорони здоров'я, що сприятиме раціональному використанню бюджетних ресурсів і покращенню доступу до медичних послуг, особливо в сільських і віддалених регіонах.

Вивчення світового досвіду медичного страхування дає можливість зробити кілька важливих висновків, які можуть бути корисними для адаптації

та вдосконалення системи медичного страхування в Україні. У таблиці 3.2. можна переглянути, в яких саме аспектах ринок медичного страхування України може бути адаптований під країни ЄС та ін.

Таблиця 3.2.

Основні виклики та можливості адаптації світового досвіду в Україні в рамках медичного страхування

Аспект	Потенційне рішення на основі світового досвіду
Недостатнє фінансування	Залучення приватного сектору; підвищення частки ВВП на охорону здоров'я (як у Франції чи Канаді)
Обмежений доступ до послуг	Створення універсального обов'язкового страхування (як у Німеччині або Японії)
Низька якість послуг	Встановлення єдиних стандартів і контроль якості (досвід Німеччини, Японії, Швеції)
Нерівномірне охоплення	Створення субсидій та спеціальних програм для сільських районів (як в Австралії та Швеції)
Низька участь бізнесу	Законодавче стимулювання роботодавців до участі у страхуванні працівників (модель Японії)
Відсутність добровільного страхування	Розвиток додаткових приватних планів для охочих покращити рівень медичних послуг (досвід Франції)

Джерело: складено автором на основі [11].

Таким чином, досвід інших країн показує, що для розвитку медичного страхування в Україні необхідно забезпечити підключення державного та приватного фінансування, а також створити ефективну систему контролю за якістю медичних послуг. Запровадження адаптованих моделей, з урахуванням українських реалій, дозволить підвищити доступність медичних послуг та підвищити рівень медичного обслуговування для всіх громадян. Важливими аспектами є вдосконалення нормативно-правової бази, збільшення фінансування охорони здоров'я та створення стимулів для залучення приватних інвестицій у сферу медичних послуг.

3.3. Перспективи вдосконалення медичного страхування в Україні

Медичне страхування в Україні потребує докорінного перегляду з огляду на фінансові проблеми, нерівний доступ до медичної допомоги, перевантаження системи охорони здоров'я та низький рівень довіри громадян. Поточна модель базується на принципі державного солідарного фінансування: основне навантаження несе державний бюджет, адміністрування здійснюється через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Ця модель забезпечує гарантований пакет медичних послуг для громадян, включно з безоплатною первинною медичною допомогою, частково — спеціалізованою, а також супроводжується використанням електронної системи направлень і цифрового обліку. Однак ця система має суттєві обмеження, що стримують її ефективність.

Ключова проблема — обмеженість бюджетного фінансування. Реальна потреба в коштах перевищує закладені в бюджеті обсяги, через що відбувається дефіцит фінансування на рівні лікарень, брак медичних кадрів, низька якість послуг, зношеність обладнання, а також відсутність мотивації до підвищення якості обслуговування. Нерівномірність доступу до медичних послуг між регіонами, особливо між великими містами та сільською місцевістю, також є системною проблемою. Це проявляється в скороченні сільських амбулаторій, відсутності спеціалістів, поганому технічному оснащенні та довгих логістичних ланцюгах для пацієнтів.

Усі ці виклики свідчать про необхідність переходу до змішаної моделі медичного страхування, що поєднує державне базове покриття з можливістю добровільного та частково обов'язкового страхування через приватні компанії. Такий підхід ефективно функціонує в Німеччині, Франції, Японії, Нідерландах. У цих країнах держава гарантує базовий рівень медичних послуг, тоді як розширені пакети покриваються через приватне страхування або участь роботодавців. Наприклад, у Японії існує обов'язкове соціальне

страхування, до якого залучені як працівники, так і роботодавці, а держава покриває витрати для соціально вразливих категорій населення.

В Україні доречно запровадити механізм обов'язкового медичного страхування (ОМС) для економічно активного населення з розподілом фінансового навантаження між працівником і роботодавцем. Наприклад, працівник сплачує 2–3% від доходу, а роботодавець — ще 2–3%. Така модель може забезпечити стабільні надходження до страхових фондів і зменшити залежність системи охорони здоров'я від коливань державного бюджету. При цьому малозабезпечені громадяни, пенсіонери, діти, особи з інвалідністю повинні бути покриті за рахунок бюджетного субсидування.

Не менш важливим є залучення приватних страхових компаній, які за умови чіткого регулювання можуть забезпечити конкурентоспроможні продукти, підвищити якість послуг і зменшити корупційні ризики. Щоб уникнути комерціалізації системи, необхідно встановити суворі стандарти ліцензування, прозорі механізми тарифоутворення та створити незалежний орган нагляду за ринком медичного страхування. Страхові компанії мають діяти в межах єдиної інформаційної системи, бути зобов'язані надавати чіткі звіти, забезпечувати оперативну обробку заяв пацієнтів і покриття витрат за визначеним переліком послуг.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні наразі перебуває в початковому стані розвитку. Він охоплює лише вузьке коло працівників великих компаній і майже недоступний для більшості населення через високу вартість полісів. Щоб розширити це охоплення, держава повинна стимулювати роботодавців надавати працівникам медичне страхування як частину соціального пакета. Це можна зробити через надання податкових пільг, наприклад: витрати на страхування працівника не включаються до оподаткованого доходу підприємства, або дозволяється відшкодування частини витрат через систему пільгового оподаткування.

Окрема проблема — обмежений спектр послуг, які покриваються в межах чинного гарантованого пакета. В Україні практично не фінансуються

стоматологічні послуги (за винятком невідкладної допомоги), профілактика хронічних захворювань, реабілітація після операцій чи інфарктів, а також паліативна допомога. Це не лише знижує якість життя пацієнтів, а й створює довгострокове навантаження на систему через відсутність раннього втручання. Інтеграція профілактичних, реабілітаційних і паліативних послуг до страхових програм — це стратегічний крок, який дозволить скоротити витрати на лікування ускладнень та підвищити тривалість і якість життя. Наприклад, профілактика гіпертонії коштує в десятки разів дешевше, ніж лікування інсульту.

Крім того, потрібно системно підвищувати фінансову грамотність населення. Більшість громадян не знають, як працює медичне страхування, які вони мають права, які послуги їм гарантовані, як скористатися правом на добровільне страхування або оскаржити відмову в наданні послуг. Інформаційні кампанії, спеціальні роз'яснювальні програми через ЗМІ, навчальні ініціативи у школах, на підприємствах і в медичних установах мають стати частиною державної політики. Необхідно створити єдину онлайн-платформу, де громадяни можуть ознайомитися з переліком гарантованих послуг, перевірити статус свого страхового полісу, обрати страхову компанію, подати скаргу або отримати консультацію.

На законодавчому рівні потрібно ухвалити повноцінний закон «Про медичне страхування», який має чітко визначити:

- модель фінансування (державне, обов'язкове та добровільне страхування),
- суб'єктів системи (державна, страхові компанії, пацієнти, роботодавці),
- механізми врегулювання конфліктів,
- стандарти якості послуг,
- права застрахованих осіб,
- порядок формування тарифів та компенсацій.

Тільки за наявності законодавчої бази можна забезпечити прозорість, юридичний захист і відповідальність учасників системи. Також доцільно

створити незалежний наглядовий орган (аналог німецького Bundesamt für Soziale Sicherung або британського NHS England), який буде здійснювати аудит страхових фондів, контролювати якість медичних послуг та публічно звітувати про результати.

У підсумку, ефективна система медичного страхування має відповідати трьом критеріям: доступність, якість і фінансова стійкість. Її впровадження можливе лише за умови комплексного підходу: структурних змін у фінансуванні, інтеграції державного та приватного секторів, цифровізації процесів, прозорості, активної участі громадян і законодавчого регулювання. Така модель дозволить не тільки гарантувати медичну допомогу всім, а й підвищити тривалість життя, знизити захворюваність, зменшити тіньові платежі та зміцнити людський капітал — основу сталого соціально-економічного розвитку України.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було детально відзначено основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні, а також світовий досвід і можливості його адаптації до вітчизняних умов. оскільки на численні досягнення в реформуванні системи медичного страхування, Україна стикається з низькою складністю проблем, таких як недостатня фінансова забезпеченість, низька доступність медичних послуг для окремих категорій громадян, а також обмежена кількість приватних страхових компаній, які надають якісні медичні програми. Вивчення міжнародного досвіду дозволяє зрозуміти, як країни з розвиненими системами медичного страхування вирішують подібні проблеми, і дає можливість запропонувати рекомендації для вдосконалення української системи. У результаті аналізу світового досвіду стало очевидним, що комбінація державного та приватного фінансування є найбільш

ефективною моделлю забезпечення універсального доступу до медичних послуг. У більшості розвинених країн, таких як Німеччина, Франція та Японія, ефективно функціонують гібридні моделі медичного страхування, де державне фінансування поєднується з приватними внесками. Для України це вказує на необхідність ґрунтовного реформування існуючих підходів до медичного страхування, зокрема шляхом підвищення рівня державної підтримки та активного розвитку приватного страхового сектору.

Майбутнє вдосконалення системи медичного страхування в Україні залежить від оновлення законодавчої бази, створення привабливого інвестиційного клімату в медичній галузі, а також від налагодження ефективного контролю за якістю медичних послуг. Крім того, слід забезпечити рівний доступ до страхування для всіх соціальних груп, підвищити прозорість страхових процедур і сприяти покращенню рівня медичного обслуговування в сільській місцевості та віддалених регіонах.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження було відзначено різноманітні аспекти розвитку та функціонування медичного страхування в Україні. Вивчення теоретичних аспектів медичного страхування дозволило виявити, що цей інструмент є необхідною складовою системи охорони здоров'я, яка дозволяє забезпечити доступ до медичних послуг для населення та зменшити фінансові навантаження на державний бюджет. Сутність медичного страхування відбувається у створенні фінансового механізму, що забезпечує покриття витрат на медичні послуги, які можуть виникнути в результаті захворювань чи нещасних випадків. Основні принципи медичного страхування включають взаємодію між страховими компаніями, державними органами та споживачами медичних послуг, що забезпечує ефективний розподіл ресурсів.

Аналіз сучасного стану медичного страхування в Україні продемонстрував суттєві проблеми, пов'язані з низьким рівнем проникнення медичного страхування серед населення, недосконалістю нормативно-правового забезпечення та недостатньою фінансовою стабільністю системи. Водночас, помітна позитивна динаміка розвитку медичного страхування, зокрема за рахунок приватних страхових компаній, які розширюють доступ до медичних послуг та вдосконалюють механізми обслуговування клієнтів.

Динаміка ринку медичного страхування демонструє поступове зростання інтересу з боку населення й бізнесу, а також позитивну динаміку фінансових показників. Збільшення кількості договорів, премій і виплат свідчить про зростання довіри до послуги, хоча високий коефіцієнт збитковості вимагає від компаній ефективного управління ризиками. Ринок трансформується: зростає роль страхових брокерів і персоналізованих продуктів, що включають телемедицину та профілактику. Проведений аналіз СК «ARX» підтвердив її здатність адаптуватися до викликів завдяки міжнародній підтримці й технологічним рішенням. Загалом, медичне

страхування в Україні перебуває на етапі активного становлення з потенціалом до подальшого розвитку через реформи та цифровізацію.

Вивчення світового досвіду дозволяє зрозуміти, як країни з розвиненими системами медичного страхування вирішують подібні проблеми, і дає можливість запропонувати рекомендації для вдосконалення української системи. У результаті аналізу світового досвіду стало очевидним, що комбінація державного та приватного фінансування є найбільш ефективною моделлю забезпечення універсального доступу до медичних послуг. Більшість успішних країн, таких як Німеччина, Франція та Японія, вимагає гібридних моделей, де державне фінансування доповнюється приватними внесками. Для України це означає повне вдосконалення існуючих механізмів підвищення медичного страхування, що включає рівень державного фінансування, а також стимулювання розвитку приватних медичних страхових компаній.

Перспективи вдосконалення медичного страхування в Україні пов'язані з розвитком нормативно-правової бази, створенням сприятливих умов для залучення інвестицій у медичну сферу, а також удосконаленням механізмів контролю за якістю наданих медичних послуг. Крім того, важливо забезпечити доступ до медичного страхування для всіх верств населення, розробити механізми для більшої прозорості страхових процесів та підвищити рівень медичних послуг у віддалених регіонах країни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 № 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80?utm_source=#Text
2. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43–47.
3. Кондратенко Д. В., Громакова В. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. №4. С. 243–249.
4. Базилевич В. Д. Страхування. Київ : Знання, 2008. 1019 с.
5. Журавка О. С., Бухтіарова А.Г., Пахненко О.М. Страхування : навч. посіб. Суми : Сумський державний університет, 2020. 350 с.
6. Васильчак С.В. Розвиток регіонального ринку медичного страхування в контексті соціальної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 1. С. 24–29.
7. Климук Н.Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1 (87). С. 55–60.
8. Маргасова В. Г., Гарафонова О. І., Ткаленко Н. В. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки*. 2021. № 1. С. 165–170.
9. Святошнюк А. Л. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО*. 2023. Вип. 79: частина 1. С. 232–236.

10. Брежнєва-Єрмоленко О. В., Байдуж А. О. Медичне страхування в Україні: аналіз та перспективи розвитку. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2019. № 6 (46). С. 33–38.
11. Страхувальний ринок України – новини, аналітика, рейтинг. URL: <https://insurancetop.com/markets>
12. Борис В. Необхідність та передумови розвитку медичного страхування в Україні. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/49336/1/Borys.pdf>
13. ARX: Медичне страхування. URL: <https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya>
14. Михайлюк М. В., Роман Т.Я., Танчак Я.А. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. *Галицький економічний вісник*. Т. : ТНТУ, 2021. Том 70. № 3. С. 79–88.
15. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
16. Про страхування : Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text>
17. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
19. Про затвердження Порядку здійснення страхових виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності: Постанова КМУ від 30.12.2022 № 1467. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-zdiisnennia-strakhovykh-vyplat-za-zahalnooboviazkovym-derzhavnym-s1467-301222>

20. Василевська Н.С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120–127.
21. Медичне страхування під час війни: зміни, тенденції, перспективи. URL: <https://finance.ua/ua/insurance/medyczne-strahuvannia-pid-chas-vijny>
22. Огляд стану страхового ринку України – 2022. *Національний банк України*. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%83-%D0%BD%D0%B0%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4_pr_2022-09-23.pdf?v=7
23. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). URL: <https://nasu.com.ua/#top>
24. Страхові компанії в умовах війни: динаміка ринку добровільного медичного страхування. URL: <https://forinsurer.com/news/25/01/10/44550>
25. Рейтинг медичного страхування в Україні. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/rating/medicine/2022-12-31/>
26. Філіпова Н. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2021. №1(25). С.151–158.
27. Євтушенко Н.М., Кривенко Ю.В., Стеценко Д.І. Цифрові технології у страхуванні. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2024. № 43. С. 105–144. URL: <https://archives.journal-grail.science/index.php/2710-3056/article/view/255/261>
28. Садовенко М. М., Чепа А.О. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вісник Одеського національного університету. Серія : Економіка*. 2018. Т. 23, Вип. 4. С. 139–142.

29. Шишкін В. С. Оцінка доступності медичних послуг як складової якості життя населення. *Економіка та суспільство*. 2024. №66. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-135>
30. Німецька система охорони здоров'я. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/210x280_BMG_Das-deutsche-Gesundheitssystem_2022_UK_Broschuere_barr.pdf
31. Як працює медичне страхування в Австралії? URL: <https://fold.volia.cx.ua/ukraincyam/yak-pracyuie-medichne-strakhuvannya-v-avstralii.html>.
32. UNIQA: Програми медичного страхування. URL: <https://uniqa.ua/private/life/zdorove/>
33. Універсальна: Медичне страхування. URL: <https://universalna.com/health-insurance/>
34. ВУСО: Медичне страхування. URL: <https://vuso.ua/insurance-products/priami/health>
35. ІНГО: Медичне страхування. URL: <https://ingo.ua/services/medichne-strahuvannya/medichne-strahuvannya>

ДОДАТКИ

Додаток А.

Таблиця А.1.

Порівняння послуг провідних страхових компаній у медичному страхуванні

Назва компанії	Особливості послуг
УНІКА	• Забезпечення цілодобовою підтримкою своїх клієнтів, організовуючи лікування в партнерських клініках по всій Україні, виклик бригади швидкої медичної допомоги та лікаря додому. • Програми медичного страхування, включаючи "Базову", "Розширену", "Оптимальну" та "Преміум". Наприклад, програма "Моє здоров'я преміум" передбачає лікування до 175 000 гривень. • Програми страхування для дітей, такі як "Моя турбота про дитину", які охоплюють різні ситуації, включаючи перебування в школі, дитячому садочку або участь у змаганнях. • Онлайн-консультації з лікарями через застосунок myUNIQА. • Інтелектуальний помічник для перевірки симптомів, який аналізує стан здоров'я користувача та надає рекомендації. • Деякі програми страхування включають покриття невідкладної стоматологічної допомоги, такої як огляд, рентген, анестезія.
ІНГО	• Програми Комфорт, Комфорт+, Преміум – різняться рівнем покриття, мережею клінік, страховими сумами (до 335 000 грн). • Консультації лікарів, лабораторні дослідження, діагностика. • Госпіталізація, лікування в лікарні, операції, виклик швидкої, екстрене лікування, транспорт до лікарні. • Ліміти 1 500–2 500 грн на невідкладну допомогу в стоматології. • Стандартне та розширене CHECK-UP обстеження. • Покриття діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом • До 10 процедур на рік профілактичного масажу. • За програмою «Невідкладна допомога» реанімаційні заходи, медикаменти, швидка допомога, ліміт 70 000 грн (діти) / 50 000 грн (дорослі), госпіталізація у разі гострого стану.

Продовження таблиці А.1

Універсальна	• ДМС. Надає захист у разі захворювань або нещасних випадків: включає амбулаторне та стаціонарне лікування, виклик швидкої допомоги, діагностику, лабораторні дослідження, покриття вартості ліків, стоматологічну допомогу, профілактичні заходи (вакцинація, обстеження), а також лікування критичних захворювань, таких як онкологія чи інфаркт. • Програма «Future!». Окрема страхова програма для покриття вартості лікування тяжких хвороб (онкологія, інсульт, інфаркт, трансплантації) в Україні та за кордоном, з повним організаційним супроводом: від діагностики до післяопераційної реабілітації, включаючи медичний менеджмент і контроль якості. • Корпоративне медичне страхування розробляється індивідуально для підприємств і включає медичне обслуговування працівників: профілактичні огляди, повний спектр стоматології, консультації з психологами, лікування травм та реабілітацію після операцій, а також організацію прийому лікарів на території компанії, телемедицину та підтримку мобілізованих співробітників. • Страхування дітей під час перебування у школі (покриваються травматичні ушкодження та інвалідність), у таборі (покривається екстрений стаціонар, амбулаторія, стоматологічна допомога), або під час змагань (покриваються травматичні ушкодження та інвалідність). • Страхування спортсменів. «Безпечні змагання» строком на 10 днів, де договір передбачає страхові виплати в разі травм, отриманих під час змагань та «Спортивний захист» строком на 1 рік, де забезпечено цілодобовий страховий захист для спортсменів, які займаються спортом на аматорському рівні, у тому числі під час тренувань, змагань та спортивних зборів. • Компанія забезпечує якісну підтримку клієнтів 24/7 через call-центр, месенджери, електронну пошту та гарячу лінію.
--------------	--

Продовження таблиці А.1

ВУСО	• ДМС. Програма забезпечує фінансовий захист у разі захворювань або нещасних випадків. Вона включає амбулаторне та стаціонарне лікування, невідкладну медичну допомогу, діагностику, лабораторні дослідження, покриття вартості ліків. • Програма «Подаруй собі життя», спрямована на підтримку при онкологічних захворюваннях. Вона передбачає фінансову допомогу на лікування в Україні та за кордоном, включаючи організацію медичних послуг, транспортування, проживання та переклад для застрахованого та супроводжуючих осіб. • Медичний консьерж. Страховим випадком є отримання Застрахованою особою медичної допомоги та послуг в Медичному закладі за направленням Страховика в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхового продукту та Договором, у зв'язку з настанням страхових ризиків, які відбулися протягом строку дії Договору, а саме: гостре захворювання; загострення хронічного захворювання; розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку. • Страхування іноземців, які тимчасово проживають на території України (медичне страхування та на випадок примусового видворення (депортації) згідно з Законом України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства»).
ARX	• «Медицина без меж» - страхування на випадок онкології та інших важких захворювань. • Медичне страхування ARXiMed – класичне страхування з різними його тарифами, такими як «Bronze», «Silver» та «Gold». • «Лікар в дорозі» - страхування здоров'я та працездатності.

Джерело: складено автором на основі [13; 32; 33; 34; 35].