

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет економіки та управління

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(П.І.Б.)

(підпис)

«___» _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: « Управління системою розробки та реалізації страхових
продуктів медичного страхування»

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ

.....

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Галузь знань:

Спеціальність:

Кваліфікація:

Виконав

студент групи Моб1-21-4.Од

Першко Іван Андрійович

(підпис)

Науковий керівник

Яковенко Ігор Валентинович

(науковий ступінь, вчене звання)

(П.І.Б.)

(підпис)

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	7
1.1. Сутність, принципи та функції медичного страхування в сучасних умовах	7
1.2. Нормативно-правове регулювання медичного страхування в Україні...	9
1.3. Міжнародний досвід організації та управління медичним страхуванням та можливості його адаптації в Україні.....	13
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО РОЗРОБКИ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	19
2.1. Аналіз стану ринку медичного страхування та аналіз діяльності УПСК в цьому напрямі.....	19
2.2. Проблеми та перспективи управління розвитком та реалізацією страхових продуктів у страхуванні стоматологічних послуг	22
2.3. Розробка оптимальної моделі страхової програми для управління системою розробки та реалізації страхових продуктів медичного страхування для стоматологічної клініки	26
ВИСНОВКИ	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	33

ВСТУП

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я характеризується активним впровадженням ринкових механізмів, серед яких особливе місце посідає медичне страхування. В умовах обмеженості державних ресурсів та зростаючих потреб населення у якісних медичних послугах, медичне страхування постає як ефективний інструмент фінансування галузі охорони здоров'я, що здатний забезпечити доступність та належну якість медичної допомоги.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю вдосконалення існуючих та розробки нових методологічних підходів до організації медичного страхування в умовах трансформації системи охорони здоров'я. Питання ефективного функціонування системи медичного страхування набуває особливої гостроти у контексті зростання вартості медичних послуг, розширення спектру медичних технологій та демографічних змін, що призводять до збільшення навантаження на систему охорони здоров'я. Крім того, глобальні виклики, такі як пандемія COVID-19, продемонстрували важливість розвитку гнучких та стійких механізмів фінансування медичної допомоги, здатних адаптуватися до кризових ситуацій.

Аналіз сучасного стану дослідження проблематики медичного страхування свідчить про значний внесок вітчизняних та зарубіжних науковців у розвиток теоретико-методологічних засад та практичних аспектів функціонування цієї сфери. Зокрема, фундаментальні принципи страхової медицини досліджували Баєва О.В., Богуславський Є.І., Виноградов О.В., Кондрат І.Ю. Питання формування організаційно-економічного механізму медичного страхування висвітлені у працях Костюченко О.Є., Мниха М.В., Окунського А.Р. Значний внесок у розробку моделей медичного страхування зробили Рудень В.В., Третяк Д.Д., Шатковський Я.М. Важливими для розуміння міжнародного досвіду є праці закордонних дослідників, зокрема Фільда Р.І., Кутцина М., Річардсона Е., Сейла Р. Водночас, незважаючи на

значний науковий доробок, залишається низка недостатньо досліджених аспектів, пов'язаних із методологією організації медичного страхування в сучасних умовах, що обумовлює необхідність подальших розробок у цьому напрямі.

Проблема дослідження полягає у невідповідності існуючих методологічних підходів до організації медичного страхування сучасним викликам та потребам системи охорони здоров'я, що зумовлює необхідність їх удосконалення та розробки нових концептуальних засад розвитку цієї сфери.

Метою дослідження є опрацювання теоретичних положень та підготовка практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління та організації медичного страхування в сучасних умовах.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення таких завдань:

систематизувати теоретичні підходи до визначення сутності та особливостей медичного страхування;

дослідити еволюцію моделей організації медичного страхування та визначити їх характерні риси;

проаналізувати досвід розробки та реалізації страхових продуктів медичного страхування;

розробити рекомендації щодо впровадження інноваційних механізмів управління розробкою та реалізацією страхових продуктів медичного страхування.

Об'єктом дослідження є процеси організації та функціонування системи медичного страхування.

Предметом дослідження є управління системою розробки та реалізації страхових продуктів медичного страхування.

Практична значущість дослідження визначається можливістю використання його результатів для вдосконалення механізмів функціонування системи медичного страхування, підвищення ефективності страхових

програм, оптимізації взаємодії між суб'єктами страхових відносин у сфері охорони здоров'я.

У процесі дослідження використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: системний аналіз та синтез — для дослідження сутності та особливостей медичного страхування; історичний метод — для аналізу еволюції моделей медичного страхування; статистичний аналіз — для оцінки сучасного стану ринку медичного страхування; порівняльний аналіз — для вивчення міжнародного досвіду організації медичного страхування; економіко-математичне моделювання — для розробки рекомендацій щодо оптимізації механізмів медичного страхування; соціологічний метод — для вивчення потреб та очікувань споживачів страхових послуг.

Структура дослідження обумовлена його метою та завданнями і включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність, принципи та функції медичного страхування в сучасних умовах

Медичне страхування являє собою особливу форму соціально-економічних відносин, що виникають у процесі надання та споживання медичних послуг, спрямованих на захист майнових інтересів фізичних осіб при настанні визначених страхових випадків за рахунок грошових фондів, сформованих шляхом сплати страхових внесків.

У науковій літературі існують різні підходи до визначення сутності медичного страхування. На думку Базилевича В.Д., медичне страхування є формою соціального захисту інтересів населення у сфері охорони здоров'я, що проявляється у гарантуванні оплати медичної допомоги при виникненні страхової події за рахунок накопичених страховиком коштів [1, с.45]. Виноградов О.В. розглядає медичне страхування як систему відносин між страхувальником та страховиком, за якої страхувальник сплачує страхові внески, а страховик бере на себе зобов'язання повністю або частково покрити витрати на медичну допомогу застрахованій особі при настанні страхового випадку [2, с.22].

Комплексне розуміння сутності медичного страхування потребує виокремлення його основних принципів. До ключових принципів медичного страхування належать: солідарність (перерозподіл коштів від здорових до хворих, від молодих до літніх, від забезпечених до малозабезпечених); обов'язковість (законодавчо встановлений обов'язок громадян брати участь у системі медичного страхування); некомерційний характер (відсутність мети отримання прибутку при здійсненні обов'язкового медичного страхування);

державне регулювання (контроль з боку держави за діяльністю суб'єктів медичного страхування); загальність (охоплення всіх верств населення); рівноправність (рівний доступ до медичної допомоги незалежно від соціального статусу, місця проживання тощо) [5, с.78].

Функціональна спрямованість медичного страхування визначається його роллю у системі охорони здоров'я та соціального захисту населення. Основними функціями медичного страхування є: ризикова (перерозподіл ризику, пов'язаного з витратами на медичну допомогу, між учасниками страхування); фінансова (акумуляування та розподіл фінансових ресурсів для забезпечення медичної допомоги); соціальна (забезпечення доступності медичної допомоги незалежно від матеріального становища); превентивна (фінансування заходів, спрямованих на профілактику захворювань та зниження ризику їх виникнення); інвестиційна (використання тимчасово вільних коштів страхових фондів для інвестування); контрольна (контроль за цільовим та ефективним використанням коштів) [4, с.114].

У сучасних умовах медичне страхування набуває особливого значення як інструмент фінансування охорони здоров'я, що дозволяє забезпечити баланс між державними гарантіями та ринковими механізмами надання медичних послуг. Як зазначає Костюченко О.Є., в умовах обмеженості державних ресурсів медичне страхування стає важливим додатковим джерелом фінансування галузі охорони здоров'я, що сприяє підвищенню якості та доступності медичної допомоги [7, с.35].

Залежно від форми організації медичне страхування поділяється на обов'язкове та добровільне. Обов'язкове медичне страхування (ОМС) є складовою соціального страхування, що базується на принципі суспільної солідарності та забезпечує всім громадянам рівні можливості в отриманні медичної допомоги за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі та на умовах, встановлених відповідними програмами. Добровільне медичне страхування (ДМС) здійснюється на основі договору між страхувальником та страховиком і забезпечує застрахованим особам додаткові

медичні послуги понад ті, що передбачені програмами обов'язкового медичного страхування [8, с.112].

Важливо зазначити, що в сучасних умовах спостерігається тенденція до інтеграції різних форм медичного страхування та формування комплексних програм, що поєднують елементи обов'язкового та добровільного страхування. Це дозволяє забезпечити оптимальний баланс між соціальними гарантіями та індивідуальними потребами застрахованих осіб у сфері охорони здоров'я.

Згідно з нещодавно прийнятим Законом України "Про страхування медичних витрат" від 15.02.2025 р. № 1289-IX, медичне страхування визначається як "вид страхування, за яким предметом договору страхування є майнові інтереси, пов'язані з витратами на отримання медичної та фармацевтичної допомоги внаслідок захворювання або нещасного випадку" [3, с.5]. Закон встановлює чіткі правила формування страхових тарифів та резервів, визначає порядок відшкодування медичних витрат, а також встановлює вимоги до страхових компаній, які здійснюють діяльність у сфері медичного страхування. Цей законодавчий акт створює правове підґрунтя для розвитку системи медичного страхування в Україні та сприяє розширенню доступу населення до якісних медичних послуг.

1.2. Нормативно-правове регулювання медичного страхування в Україні

Нормативно-правове регулювання медичного страхування в Україні здійснюється на основі системи законодавчих та підзаконних актів, які визначають правові, організаційні та економічні засади функціонування страхової медицини. Базовим законодавчим актом, що регулює страхову діяльність в Україні, є Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР, який визначає медичне страхування як окремий вид страхування та встановлює загальні вимоги до здійснення страхової діяльності. Відповідно до статті 6 цього Закону, медичне страхування поділяється на медичне

страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат [6, с.8].

Правові основи охорони здоров'я в Україні визначаються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII, який передбачає можливість фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів медичного страхування. Стаття 18 цього Закону визначає, що фінансування охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

Важливе значення для регулювання медичного страхування має Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.07.2001 р. № 2664-III, який встановлює загальні правила надання фінансових послуг, до яких належить і страхування. Цей закон регулює відносини, що виникають при здійсненні нагляду за діяльністю страхових компаній, які займаються медичним страхуванням.

Значним кроком у розвитку системи охорони здоров'я та медичного страхування стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII, який запровадив нову модель фінансування системи охорони здоров'я. Цей закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Хоча цей закон безпосередньо не регулює медичне страхування, він створює передумови для його розвитку шляхом визначення базового пакету медичних послуг, що гарантується державою, та відкриває можливості для розвитку добровільного медичного страхування в сегменті послуг, не покритих програмою медичних гарантій [7, с.10].

Важливими підзаконними актами, що регулюють ринок медичного страхування, є нормативні документи Національного банку України, який з 1 липня 2020 року став регулятором ринку страхових послуг. Зокрема, це

Положення про ліцензування та реєстрацію надавачів фінансових послуг та умови провадження ними діяльності з надання фінансових послуг, затверджене Постановою Правління Національного банку України від 24.12.2021 р. № 153, яке встановлює вимоги до страхових компаній, що здійснюють медичне страхування [8, с.45].

Необхідно детальніше розглянути теоретичні аспекти медичного страхування. Відповідно до теорії страхової справи, медичне страхування базується на принципах еквівалентності, випадковості, імовірності та замкнутої розкладки збитків. Принцип еквівалентності передбачає відповідність між страховими внесками та страховими виплатами в межах страхової спільноти. Принцип випадковості полягає в тому, що страховий випадок (захворювання або травма) має непередбачуваний характер щодо часу настання, сили прояву та особи застрахованого. Принцип імовірності означає, що вартість страхових внесків розраховується на основі ймовірнісних оцінок настання страхових випадків. Принцип замкнутої розкладки збитків передбачає, що компенсація збитків здійснюється за рахунок коштів, акумульованих у страховому фонді [9, с.31].

З точки зору економічної теорії, медичне страхування розглядається як механізм перерозподілу ризиків, пов'язаних із витратами на медичну допомогу. При цьому відбувається об'єднання ризиків (risk pooling), що дозволяє знизити фінансовий тягар для окремих осіб при настанні страхових випадків. Це особливо важливо у контексті медичних послуг, вартість яких може бути значною та непередбачуваною.

З точки зору теорії суспільного добробуту, медичне страхування розглядається як механізм забезпечення соціальної справедливості та зменшення нерівності в доступі до медичної допомоги. При цьому обов'язкове медичне страхування базується на принципі солідарності та передбачає перерозподіл ресурсів від більш забезпечених до менш забезпечених категорій населення, від здорових до хворих, від молодих до літніх. Добровільне медичне страхування натомість базується на принципі індивідуальної

відповідальності та передбачає, що розмір страхових внесків відповідає індивідуальному ризику застрахованої особи.

Теоретичне обґрунтування медичного страхування також пов'язане з концепцією асиметрії інформації на ринку медичних послуг. Асиметрія інформації проявляється у тому, що пацієнти не мають достатніх знань для оцінки якості та необхідності медичних послуг, а лікарі мають більше інформації про стан здоров'я пацієнта та можливі варіанти лікування. Це може призводити до проблем несприятливого відбору (*adverse selection*) та морального ризику (*moral hazard*) на ринку медичного страхування. Несприятливий відбір виникає, коли особи з високим ризиком захворюваності більш схильні до придбання страхових полісів, що призводить до підвищення страхових тарифів та виходу з ринку осіб з низьким ризиком. Моральний ризик проявляється у збільшенні споживання медичних послуг застрахованими особами, які не несуть безпосередніх витрат на їх оплату [10, с.65].

Теоретичні підходи до медичного страхування також включають концепцію управління якістю медичної допомоги. У цьому контексті страхові компанії розглядаються як агенти пацієнтів, які здійснюють контроль за якістю медичних послуг, що надаються застрахованим особам. Це відбувається через механізми акредитації медичних закладів, експертизи якості медичної допомоги, впровадження стандартів лікування та клінічних протоколів.

Крім того, теоретичні основи медичного страхування включають концепцію стратегічної купівлі медичних послуг (*strategic purchasing*). На відміну від пасивної купівлі, яка передбачає просто оплату наданих послуг за встановленими тарифами, стратегічна купівля включає активну оцінку потреб населення у медичній допомозі, визначення пріоритетних напрямів, вибір найбільш ефективних постачальників медичних послуг, використання різних механізмів оплати для стимулювання якості та ефективності [11, с.113].

1.3. Міжнародний досвід організації медичного страхування та можливості його адаптації в Україні

Аналіз міжнародного досвіду організації медичного страхування дозволяє виділити три основні моделі фінансування охорони здоров'я, що базуються на різних підходах до організації та фінансування медичного страхування: бісмарківська (соціальна, солідарна); беверіджська (державна, бюджетна); приватна (ринкова, американська). Кожна з цих моделей має свої переваги та недоліки, а також особливості реалізації в різних країнах світу [10, с.22].

Бісмарківська модель, що була вперше запроваджена в Німеччині в кінці XIX століття, базується на принципах соціального страхування і характеризується обов'язковою участю громадян у страхових фондах, які формуються за рахунок внесків роботодавців та працівників. Управління цими фондами здійснюється на паритетних засадах представниками застрахованих осіб та роботодавців під контролем держави. Ця модель успішно функціонує в Німеччині, Франції, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Люксембурзі, Швейцарії. Основними перевагами бісмарківської моделі є висока солідарність у розподілі ризиків, цільовий характер внесків, прозорість фінансових потоків, незалежність від державного бюджету, конкуренція між страховиками. До недоліків можна віднести високий рівень адміністративних витрат, складність управління, залежність від демографічної ситуації та стану ринку праці.

Беверіджська модель, що була сформована в 40-х роках XX століття у Великій Британії, передбачає фінансування охорони здоров'я переважно за рахунок державного бюджету через систему податків. Ця модель характеризується сильним державним регулюванням, центральним плануванням, високим рівнем соціальних гарантій. Беверіджська модель реалізована в таких країнах, як Велика Британія, Ірландія, Данія, Швеція, Фінляндія, Італія, Іспанія, Португалія, Греція. Перевагами цієї моделі є загальний доступ до медичної допомоги, низькі адміністративні витрати,

можливість контролю за загальними витратами на охорону здоров'я. Недоліками є висока залежність від економічної ситуації в країні, можливість недофінансування, наявність черг на отримання медичної допомоги, обмежений вибір для пацієнтів [11, с.45].

Приватна модель, яка найбільш яскраво представлена в США, базується на ринкових принципах з домінуванням приватних страхових компаній та незначною роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно за рахунок добровільного медичного страхування, що придбавається роботодавцями для своїх працівників або самими громадянами. Держава забезпечує медичне страхування лише для окремих категорій населення (програми Medicare, Medicaid). Перевагами цієї моделі є висока якість медичних послуг, швидкий доступ до медичної допомоги, стимулювання інновацій та розвитку медичних технологій. Недоліками є висока вартість медичних послуг, нерівний доступ до медичної допомоги, значна кількість незастрахованих громадян, високі адміністративні витрати.

У більшості розвинених країн функціонують змішані моделі медичного страхування, що поєднують елементи різних систем. Наприклад, у Франції основу системи складає обов'язкове медичне страхування за бісмарківською моделлю, але існує також добре розвинений сектор добровільного медичного страхування, який доповнює базові гарантії. У Нідерландах після реформи 2006 року було запроваджено систему регульованої конкуренції, що поєднує обов'язкове страхування з ринковими механізмами [12, с.78].

Таким чином, міжнародний досвід організації медичного страхування є важливим джерелом інформації для формування ефективної системи медичного страхування в Україні. При цьому необхідно враховувати специфіку нашої країни та адаптувати найкращі світові практики до українських реалій.

1.4. Економічна ефективність впровадження програм стоматологічного страхування на прикладі СК "УПСК"

Оцінка економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування є важливим аспектом розвитку цього сегменту страхового ринку. На прикладі діяльності ПрАТ "Українська пожежно-страхова компанія" (ПрАТ "УПСК") можна провести комплексний аналіз економічної ефективності та визначити ключові фактори успіху у цій сфері.

Для проведення аналізу економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК" використано дані за період 2021-2023 років, які охоплюють основні фінансові та операційні показники діяльності компанії у сфері стоматологічного страхування.

Першим етапом аналізу є оцінка динаміки основних фінансових показників. За досліджуваний період спостерігається стабільне зростання обсягу валових страхових премій зі стоматологічного страхування: з 42,3 млн грн у 2021 році до 58,2 млн грн у 2023 році, що становить приріст на 37,6%. Це свідчить про зростання попиту на страхові програми у сфері стоматології та ефективність маркетингової політики компанії.

Одночасно зі зростанням страхових премій спостерігається збільшення обсягу страхових виплат: з 28,4 млн грн у 2021 році до 39,4 млн грн у 2023 році (приріст на 38,7%). При цьому рівень страхових виплат (відношення страхових виплат до страхових премій) залишається відносно стабільним – на рівні 67-68%, що свідчить про збалансованість страхового портфеля та ефективність тарифної політики компанії.

Важливим показником економічної ефективності є рентабельність страхових операцій, яка розраховується як відношення прибутку від страхової діяльності до обсягу страхових премій. За досліджуваний період рентабельність стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК" становила близько 15%, що є достатньо високим показником порівняно з іншими видами

медичного страхування (середня рентабельність у сфері добровільного медичного страхування в Україні становить близько 10%).

Для більш детального аналізу економічної ефективності доцільно розглянути структуру доходів та витрат компанії у сфері стоматологічного страхування. Основну частину доходів становлять страхові премії (близько 95%), решта припадає на інвестиційний дохід від розміщення страхових резервів та інші доходи. У структурі витрат найбільшу частку займають страхові виплати (67-68%), значну частину становлять аквізиційні витрати (комісійні винагороди агентам, витрати на рекламу та просування страхових продуктів) – близько 15%, витрати на ведення справи (адміністративні витрати, заробітна плата працівників, оренда приміщень тощо) – близько 10%, відрахування до страхових резервів – близько 5%.

Аналіз структури страхового портфеля ПрАТ "УПСК" у сфері стоматологічного страхування показує, що найбільшу частку (близько 70%) становлять корпоративні клієнти, які укладають договори страхування для своїх працівників. Це пояснюється кількома факторами: по-перше, корпоративне страхування дозволяє формувати більш збалансований страховий портфель за рахунок залучення значної кількості застрахованих осіб з різним рівнем ризику; по-друге, корпоративні клієнти забезпечують стабільний грошовий потік та високий рівень пролонгації договорів страхування; по-третє, витрати на залучення та обслуговування корпоративних клієнтів у розрахунку на одну застраховану особу є значно нижчими порівняно з індивідуальними клієнтами.

Важливим аспектом економічної ефективності є оптимізація витрат на врегулювання страхових випадків. У ПрАТ "УПСК" впроваджено систему управління стоматологічними ризиками, яка включає попередній стоматологічний огляд застрахованих осіб, експертизу страхових випадків, моніторинг вартості стоматологічних послуг, аналіз статистики звернень. Це дозволяє виявляти необґрунтовані звернення, запобігати страховому шахрайству, оптимізувати витрати на страхові виплати.

Для оцінки ефективності впровадження програм стоматологічного страхування важливо також проаналізувати показники задоволеності клієнтів, які визначають рівень лояльності та ймовірність продовження договорів страхування. За результатами опитування, проведеного маркетинговим відділом ПрАТ "УПСК", рівень задоволеності клієнтів програмами стоматологічного страхування становить 82%, що є високим показником порівняно з іншими видами страхування. Рівень пролонгації договорів стоматологічного страхування становить близько 75% для корпоративних клієнтів та 60% для індивідуальних клієнтів.

Для оцінки економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування доцільно також розрахувати показник комбінованого коефіцієнта збитковості, який враховує не лише страхові виплати, а й витрати на ведення справи. Цей показник розраховується як сума коефіцієнта збитковості (відношення страхових виплат до зароблених страхових премій) та коефіцієнта витрат (відношення витрат на ведення справи до зароблених страхових премій). Комбінований коефіцієнт збитковості стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК" за досліджуваний період становив близько 92-93%, що є достатньо хорошим показником (значення менше 100% свідчить про прибутковість страхових операцій).

Важливим аспектом економічної ефективності є також оптимізація інвестиційної діяльності, пов'язаної з розміщенням страхових резервів. ПрАТ "УПСК" використовує консервативну стратегію інвестування, розміщуючи кошти переважно у банківські депозити та державні цінні папери, що забезпечує стабільний інвестиційний дохід на рівні 8-10% річних. Це дозволяє компанії отримувати додатковий дохід та компенсувати можливі збитки від страхової діяльності.

Аналіз економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК" дозволяє виділити ключові фактори успіху у цій сфері: диференційований підхід до формування страхових програм, який дозволяє задовольнити потреби різних категорій

клієнтів; обґрунтована тарифна політика, яка забезпечує баланс між доступністю страхових премій для клієнтів та фінансовою стійкістю страхових програм; ефективна система управління стоматологічними ризиками, яка дозволяє оптимізувати витрати на страхові виплати; розвинена мережа партнерських стоматологічних клінік, що забезпечує доступність та високу якість стоматологічних послуг для застрахованих осіб; ефективна система обслуговування клієнтів, яка забезпечує високий рівень задоволеності та лояльності.

На основі проведеного аналізу можна сформулювати рекомендації щодо підвищення економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування: розвиток сегменту індивідуального стоматологічного страхування шляхом розробки доступних страхових продуктів та впровадження інноваційних каналів продажів; впровадження програм профілактичної стоматології, які дозволяють знизити частоту звернень за дороговартісними видами стоматологічної допомоги; розвиток інформаційних технологій у сфері стоматологічного страхування, що дозволить оптимізувати адміністративні витрати та підвищити якість обслуговування клієнтів; вдосконалення системи управління стоматологічними ризиками шляхом впровадження сучасних методів аналізу даних та прогнозування; розвиток співпраці з стоматологічними клініками на засадах партнерства, що дозволить оптимізувати витрати на страхові виплати та забезпечити високу якість стоматологічних послуг для застрахованих осіб.

Таким чином, аналіз економічної ефективності впровадження програм стоматологічного страхування на прикладі ПрАТ "УПСК" свідчить про перспективність цього сегменту страхового ринку та можливість досягнення високих фінансових результатів за умови правильної організації страхової діяльності, ефективного управління ризиками та орієнтації на потреби клієнтів.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДХОДІВ ЩОДО РОЗРОБКИ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Аналіз стану ринку медичного страхування та аналіз діяльності УПСК в цьому напрямі

Медичне страхування у сфері стоматології має низку характерних особливостей, які суттєво відрізняють його від інших видів медичного страхування. По-перше, стоматологічні послуги характеризуються високою вартістю як матеріалів, так і роботи спеціалістів, що безпосередньо впливає на формування тарифної політики страхових компаній. По-друге, стоматологічні захворювання мають високу поширеність серед населення та часто потребують планового, а не екстреного лікування, що зумовлює необхідність розробки специфічних механізмів страхового захисту.

Страхові послуги у сфері стоматології можуть надаватися як у формі добровільного медичного страхування (ДМС), так і в рамках обов'язкового медичного страхування (ОМС), якщо таке передбачене законодавством. В Україні стоматологічне страхування реалізується переважно через програми ДМС, оскільки система ОМС знаходиться на етапі формування. Як зазначає Мних М.В., "стоматологічне страхування в рамках ДМС надає можливість застрахованим особам отримувати якісну стоматологічну допомогу при настанні страхового випадку, що особливо актуально в умовах високої вартості стоматологічних послуг" [15, с.115].

Специфічною рисою стоматологічного страхування є необхідність формування різнорівневих програм страхування, які відповідають різним потребам та фінансовим можливостям клієнтів. Програми стоматологічного страхування можуть включати різні комбінації послуг: від базових (профілактичний огляд, діагностика, лікування неускладненого карієсу) до розширених (ендодонтичне лікування, протезування, імплантація,

ортодонтичне лікування). Відповідно до обсягу покриття формується цінова політика страхових компаній [13, с.87].

Особливістю стоматологічного страхування є також високий рівень передбачуваності ризиків. На відміну від інших видів медичного страхування, де захворювання часто мають випадковий характер, стоматологічні проблеми часто можна передбачити на основі попереднього огляду стану ротової порожнини пацієнта. Це дозволяє більш точно оцінити ризики та визначити вартість страхового полісу, але також створює проблему несприятливого відбору, коли люди з поганим станом зубів більш зацікавлені у придбанні страхового полісу.

Для мінімізації ризиків несприятливого відбору страхові компанії застосовують кілька стратегій: проведення обов'язкового стоматологічного огляду перед укладанням договору страхування; встановлення періоду очікування (3-6 місяців) для певних видів стоматологічних послуг; введення франшизи; виключення з покриття попередніх стоматологічних захворювань; диференціація страхових тарифів залежно від результатів стоматологічного огляду [14, с.42].

Важливою особливістю стоматологічного страхування є функціонування франшизи та лімітів відповідальності. Франшиза у стоматологічному страхуванні - це частина вартості стоматологічних послуг, яку застрахована особа оплачує самостійно. Вона може бути безумовною (застосовується до кожного страхового випадку) або умовною (застосовується, якщо вартість послуг не перевищує встановлену суму). Ліміти відповідальності можуть встановлюватися як на окремі види стоматологічних послуг, так і на річний обсяг послуг загалом. Це дозволяє контролювати витрати страхової компанії та запобігати надмірному споживанню стоматологічних послуг [15, с.118].

Розвиток стоматологічного страхування в Україні стикається з низкою проблем. Однією з головних є відсутність єдиних стандартів надання стоматологічної допомоги та єдиного прейскуранта цін, що ускладнює

розрахунок страхових тарифів та створює передумови для конфліктів між страховиками та стоматологічними клініками. Інша проблема - низький рівень страхової культури населення та недостатня поінформованість про переваги стоматологічного страхування, що обмежує попит на такі послуги [16, с.54].

Незважаючи на проблеми, стоматологічне страхування має значний потенціал розвитку в Україні. Перспективними напрямками є розвиток корпоративного стоматологічного страхування (як частини соціального пакету для працівників), впровадження інноваційних страхових продуктів (наприклад, програм профілактичної стоматології), розвиток технологій дистанційного обслуговування клієнтів, інтеграція стоматологічного страхування з іншими видами медичного страхування [17, с.30].

Успішний розвиток стоматологічного страхування потребує розробки інноваційних підходів до формування страхових програм. Перспективними напрямками є впровадження програм профілактичної стоматології, які стимулюють застрахованих осіб до регулярних профілактичних оглядів та гігієнічних процедур, а також використання технологій телемедицини для дистанційних консультацій та моніторингу стану стоматологічного здоров'я.

Аналіз особливостей надання страхових послуг у сфері стоматології дозволяє виокремити основні параметри програм стоматологічного страхування, які наведені в Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Основні параметри програм стоматологічного страхування

Параметр	Характеристика	Особливості реалізації
Обсяг страхового покриття	Визначає види стоматологічних послуг, що покриваються страховкою	Може включати терапевтичну, хірургічну, ортопедичну стоматологію
Страхова сума	Максимальний розмір страхових виплат за програмою	Зазвичай встановлюється ліміт на окремі види послуг
Франшиза	Частина витрат, що не відшкодовується страховиком	Може бути умовною або безумовною
Термін дії договору	Період, протягом якого діє страховий захист	Зазвичай від 6 місяців до 1 року
Періодичність внесків	Визначає графік сплати страхових премій	Одноразово, щоквартально, щомісячно

Наявність періоду очікування	Період від початку дії договору, протягом якого послуги не покриваються	Застосовується для зниження ризику антиселекції
Мережа стоматологічних закладів	Клініки, в яких застрахована особа може отримати послуги	Фіксована або з можливістю вибору
Механізм відшкодування	Спосіб оплати наданих послуг	Безготівковий розрахунок або компенсація витрат

Таким чином, надання страхових послуг у сфері стоматології характеризується специфічними рисами, які потребують розробки особливих підходів до організації страхового захисту, формування тарифної політики та взаємодії зі стоматологічними закладами. Врахування цих особливостей дозволяє страховим компаніям розробляти ефективні програми стоматологічного страхування, що відповідають потребам клієнтів та забезпечують належний рівень страхового захисту.

2.2. Проблеми та перспективи управління розвитком та реалізацією страхових продуктів у страхуванні стоматологічних послуг

Ринок стоматологічного страхування в Україні знаходиться на етапі активного формування та розвитку. За оцінками експертів, частка стоматологічних послуг у загальному обсязі ринку добровільного медичного страхування складає близько 15-20%. При цьому спостерігається тенденція до поступового зростання цього показника, що свідчить про підвищення попиту на страхові програми у сфері стоматології.

Аналіз структури ринку стоматологічного страхування показує, що основними споживачами таких послуг є корпоративні клієнти, які включають стоматологічне страхування до соціальних пакетів для своїх працівників. За даними дослідження, проведеного Асоціацією страховиків України, близько 70% договорів стоматологічного страхування укладаються з юридичними особами, і лише 30% – з фізичними особами. Така ситуація пояснюється кількома факторами: по-перше, відносно високою вартістю індивідуальних

страхових програм; по-друге, недостатнім рівнем страхової культури населення; по-третє, орієнтацією страхових компаній на роботу з корпоративними клієнтами.

На ринку стоматологічного страхування України діють близько 20 страхових компаній, які пропонують різноманітні програми страхового захисту. Серед них значне місце посідає Приватне акціонерне товариство "Українська пожежно-страхова компанія" (ПрАТ "УПСК"), яке має багаторічний досвід роботи на страховому ринку та пропонує широкий спектр страхових продуктів, у тому числі й у сфері стоматології.

ПрАТ "УПСК" було засноване у 1993 році та є одним із лідерів страхового ринку України. За даними, наведеними в інформаційних матеріалах компанії, ПрАТ "УПСК" має ліцензії на здійснення добровільного та обов'язкового страхування, що дозволяє їй активно розвивати різні напрями страхової діяльності. Компанія здійснює свою діяльність через розгалужену мережу відокремлених підрозділів, що забезпечує доступність страхових послуг для клієнтів у різних регіонах України.

Аналіз діяльності ПрАТ "УПСК" у сфері стоматологічного страхування показує, що компанія пропонує кілька програм страхового захисту, які відрізняються за обсягом покриття, переліком стоматологічних послуг та вартістю. Основними програмами є "Базова стоматологія", "Стандартна стоматологія" та "Преміум стоматологія". Кожна з програм має свої особливості та орієнтована на різні категорії клієнтів.

Програма "Базова стоматологія" включає терапевтичне лікування, екстрене хірургічне втручання та професійну гігієну ротової порожнини. Програма "Стандартна стоматологія", крім зазначених послуг, передбачає також планове хірургічне лікування та частково покриває ортопедичні послуги. Найбільш комплексною є програма "Преміум стоматологія", яка додатково включає ортодонтичні послуги та імплантацію.

Важливим аспектом діяльності ПрАТ "УПСК" у сфері стоматологічного страхування є співпраця з мережею акредитованих стоматологічних клінік. За

інформацією, наведеною на офіційному вебсайті компанії, ПрАТ "УПСК" співпрацює з понад 100 стоматологічними закладами по всій території України. Це дозволяє забезпечити доступність стоматологічних послуг для застрахованих осіб та контролювати якість надання таких послуг. [17]

Аналіз динаміки розвитку стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК" за останні роки свідчить про поступове зростання обсягів страхових премій та кількості укладених договорів. Особливо активно розвивається корпоративне стоматологічне страхування, що пояснюється збільшенням зацікавленості роботодавців у забезпеченні комплексного медичного захисту для своїх працівників.

Порівняльний аналіз діяльності ПрАТ "УПСК" та інших страхових компаній на ринку стоматологічного страхування дозволяє виявити певні конкурентні переваги компанії. Зокрема, це гнучкість у формуванні страхових програм, оперативність у врегулюванні страхових випадків, наявність розгалуженої мережі партнерських стоматологічних клінік, а також використання сучасних технологій у обслуговуванні клієнтів.

Для оцінки ефективності діяльності ПрАТ "УПСК" у сфері стоматологічного страхування важливо проаналізувати основні фінансові показники. У Таблиці 2.2 наведено дані щодо динаміки основних показників діяльності компанії у сфері стоматологічного страхування.

Таблиця 2.2

Основні показники діяльності ПрАТ "УПСК" у сфері стоматологічного страхування за 2021-2023 роки

Показник	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Темп приросту 2023/2021, %
Кількість діючих договорів стоматологічного страхування, шт.	3240	3580	4120	27,2
Сума страхових премій, млн грн	42,3	48,6	58,2	37,6
Кількість страхових випадків, шт.	5860	6420	7180	22,5
Сума страхових виплат, млн грн	28,4	32,8	39,4	38,7
Рівень страхових виплат, %	67,1	67,5	67,7	0,9
Частка стоматологічного страхування в портфелі ДМС, %	12,4	14,2	15,8	27,4

Середній розмір страхової премії на один договір, тис. грн	13,1	13,6	14,1	7,6
Середній розмір страхової виплати, тис. грн	4,8	5,1	5,5	14,6

Аналіз наведених даних свідчить про позитивну динаміку розвитку стоматологічного страхування в ПрАТ "УПСК". За період 2021-2023 рр. кількість діючих договорів стоматологічного страхування зросла на 27,2%, а сума страхових премій – на 37,6%. При цьому спостерігається також зростання кількості страхових випадків та суми страхових виплат, що свідчить про активне використання застрахованими особами можливостей страхового захисту. [18]

Важливим показником є рівень страхових виплат, який за аналізований період стабільно утримується на рівні близько 67%. Це свідчить про збалансованість тарифної політики компанії та відповідність страхових програм потребам клієнтів. Зростання частки стоматологічного страхування в загальному портфелі добровільного медичного страхування з 12,4% у 2021 році до 15,8% у 2023 році підтверджує перспективність цього напрямку для ПрАТ "УПСК".

Аналіз структури страхових виплат за видами стоматологічних послуг показує, що найбільша частка виплат припадає на терапевтичне лікування (близько 45%), далі йдуть хірургічні послуги (близько 25%), ортопедичні послуги (близько 20%) та профілактичні заходи (близько 10%). Така структура відповідає загальним тенденціям захворюваності та потреб у стоматологічній допомозі.

Таким чином, аналіз стану ринку стоматологічного страхування та діяльності ПрАТ "УПСК" у цій сфері свідчить про наявність значного потенціалу для подальшого розвитку. Компанія демонструє позитивну динаміку основних показників та має конкурентні переваги, які дозволяють їй посідати значне місце на ринку стоматологічного страхування України.

2.3. Розробка оптимальної моделі страхової програми для управління системою розробки та реалізації страхових продуктів медичного страхування для стоматологічної клініки

Розробка оптимальної моделі страхової програми для стоматологічної клініки є важливим аспектом розвитку системи медичного страхування в стоматології. Така модель повинна враховувати інтереси всіх учасників страхових відносин: страхової компанії, стоматологічної клініки та пацієнтів, а також забезпечувати ефективність функціонування системи в цілому.

На основі проведеного дослідження можна визначити ключові принципи, на яких повинна базуватися оптимальна модель страхової програми: збалансованість інтересів всіх учасників страхових відносин; економічна обґрунтованість; диференційований підхід; прозорість; гнучкість; орієнтація на профілактику; контроль якості.

Процес розробки оптимальної моделі страхової програми для стоматологічної клініки включає кілька етапів. На першому етапі здійснюється аналіз потреб цільової аудиторії та визначення основних параметрів страхової програми. Для цього проводиться маркетингове дослідження, яке включає опитування потенційних клієнтів, аналіз конкурентного середовища, вивчення статистичних даних щодо поширеності стоматологічних захворювань у регіоні. На основі отриманої інформації визначаються пріоритетні види стоматологічних послуг, які повинні бути включені до страхової програми, оптимальний рівень страхового покриття, прийнятна вартість страхового полісу.

На другому етапі формується структура страхової програми, яка включає визначення переліку стоматологічних послуг, що покриваються страховкою, встановлення лімітів відповідальності за різними видами послуг, визначення умов надання послуг (наявність періоду очікування, франшизи, обмежень), розробку механізмів контролю якості.

На третьому етапі розраховуються страхові тарифи з використанням актуарних методів. При цьому враховуються статистичні дані щодо частоти звернень за різними видами стоматологічних послуг, середньої вартості послуг, прогнозованої збитковості, адміністративних витрат, планового прибутку. Для забезпечення конкурентоспроможності страхової програми важливо оптимізувати тарифну політику, знаходячи баланс між доступністю страхових премій для клієнтів та фінансовою стійкістю програми.

На четвертому етапі розробляється організаційно-економічний механізм реалізації страхової програми, який включає визначення порядку укладання договорів страхування, механізмів обслуговування застрахованих осіб, процедур врегулювання страхових випадків, системи взаєморозрахунків між страховою компанією та стоматологічною клінікою.

На п'ятому етапі формується система моніторингу та оцінки ефективності страхової програми, яка дозволяє оперативно виявляти проблеми та коригувати параметри програми для забезпечення її ефективності.

На основі проведеного дослідження можна запропонувати оптимальну модель страхової програми для стоматологічної клініки, яка включає три рівні страхового покриття: "Базовий", "Стандарт" та "Преміум", що дозволяє задовольнити потреби різних категорій клієнтів.

Програма "Базовий" орієнтована на клієнтів з обмеженими фінансовими можливостями та включає переважно профілактичні послуги (регулярні огляди, професійну чистку зубів), а також базові терапевтичні послуги (лікування неускладненого карієсу, пульпіту, періодонтиту). Програма передбачає наявність безумовної франшизи у розмірі 20% від вартості послуг, що дозволяє знизити страховий тариф та мінімізувати ризик необґрунтованих звернень. Ліміт відповідальності страховика встановлюється на рівні 10000 грн на рік.

Програма "Стандарт" розрахована на клієнтів із середнім рівнем доходу та включає, крім послуг, передбачених програмою "Базовий", також

розширений перелік терапевтичних послуг (лікування ускладненого карієсу, реставрація зубів), хірургічні послуги (видалення зубів, резекція верхівки кореня), частково – ортопедичні послуги (знімне протезування). Програма передбачає наявність безумовної франшизи у розмірі 10% від вартості послуг. Ліміт відповідальності страховика встановлюється на рівні 25000 грн на рік.

Програма "Преміум" орієнтована на клієнтів з високим рівнем доходу та включає максимально широкий перелік стоматологічних послуг, включаючи всі види терапевтичного, хірургічного, ортопедичного лікування, а також частково – ортодонтичні послуги та імплантацію. Програма передбачає мінімальну франшизу (5%) або її відсутність. Ліміт відповідальності страховика встановлюється на рівні 50000 грн на рік.

Важливим елементом оптимальної моделі страхової програми є механізм стимулювання профілактичних заходів. Для цього до програми включається система бонусів для клієнтів, які регулярно проходять профілактичні огляди та дотримуються рекомендацій лікаря-стоматолога щодо гігієни ротової порожнини. Такі клієнти отримують знижку на страховий тариф при продовженні договору страхування або додаткові послуги без додаткової оплати.

Іншим важливим елементом є система контролю якості стоматологічних послуг, яка включає експертизу страхових випадків, моніторинг відгуків клієнтів, регулярний аудит роботи стоматологічної клініки. Це дозволяє забезпечити належну якість обслуговування застрахованих осіб та оптимізувати витрати на страхові виплати.

Для забезпечення ефективності взаємодії між страховою компанією та стоматологічною клінікою розробляється система електронного документообігу, яка забезпечує оперативний обмін інформацією, спрощує процедуру погодження лікування та здійснення страхових виплат. Це дозволяє мінімізувати адміністративні витрати та підвищити якість обслуговування клієнтів.

Оптимальна модель страхової програми повинна також передбачати механізми управління ризиками, які дозволяють мінімізувати ймовірність настання страхових випадків та оптимізувати страхові виплати. Це досягається шляхом впровадження програм профілактики стоматологічних захворювань, раннього виявлення патологій, стимулювання клієнтів до дотримання рекомендацій лікаря-стоматолога.

Економічна ефективність оптимальної моделі страхової програми забезпечується шляхом балансування доходів (страхові премії) та витрат (страхові виплати, адміністративні витрати), а також формування достатніх страхових резервів для забезпечення фінансової стійкості програми.

Таким чином, розробка оптимальної моделі страхової програми для стоматологічної клініки є складним процесом, який потребує врахування інтересів всіх учасників страхових відносин, а також забезпечення економічної ефективності та стійкості програми в довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження методологічних аспектів організації медичного страхування було розроблено теоретичні положення та практичні рекомендації, спрямовані на вдосконалення функціонування системи медичного страхування в сучасних умовах. Отримані результати дозволяють сформулювати наступні висновки.

Дослідження теоретичних засад медичного страхування дало можливість визначити його як систему економічних відносин, що виникають у процесі надання та використання страхових послуг для захисту інтересів фізичних осіб при настанні страхових випадків за рахунок грошових фондів, сформованих із страхових внесків. Медичне страхування є не лише механізмом компенсації витрат на медичну допомогу, але й важливим інструментом фінансування системи охорони здоров'я, що сприяє забезпеченню доступності та якості медичних послуг.

Проведений аналіз еволюції моделей організації медичного страхування дозволив виявити ключові закономірності їх розвитку та сформулювати класифікацію існуючих моделей за різними критеріями. Встановлено, що вибір конкретної моделі медичного страхування залежить від соціально-економічних умов, історичних традицій, політичних факторів та особливостей організації системи охорони здоров'я в країні. При цьому найбільш поширеними є бісмарківська (соціальна), беверіджська (державна) та приватна моделі, а також їх різноманітні комбінації.

Аналіз сучасного стану та тенденцій розвитку медичного страхування свідчить про зростання його ролі як інструменту фінансування охорони здоров'я в умовах обмеженості державних ресурсів та підвищення вартості медичних послуг. Встановлено, що ринок медичного страхування характеризується зростанням обсягів страхових премій, розширенням спектру страхових програм та підвищенням рівня конкуренції. Водночас, виявлено низку проблем, пов'язаних із недосконалістю нормативно-правової бази,

недостатнім рівнем страхової культури населення, нерівномірним розвитком інфраструктури ринку медичного страхування, асиметрією інформації між суб'єктами страхових відносин.

У ході дослідження було визначено ключові перешкоди на шляху ефективного функціонування системи медичного страхування, серед яких: недосконалість методологічних підходів до оцінки страхових ризиків у сфері охорони здоров'я; складність процедур андерайтингу; проблеми у взаємодії між страховими компаніями, медичними закладами та пацієнтами; відсутність єдиних стандартів якості медичної допомоги; недостатня розвиненість інформаційних технологій у сфері медичного страхування.

Обґрунтовано концептуальні засади вдосконалення методологічних підходів до організації медичного страхування, які базуються на принципах соціальної справедливості, солідарного фінансування, економічної ефективності, доступності та якості медичної допомоги. Запропоновано інтегровану модель медичного страхування, яка поєднує елементи обов'язкового та добровільного страхування і дозволяє забезпечити баланс між соціальними гарантіями та ринковими механізмами у сфері охорони здоров'я.

Розроблено рекомендації щодо впровадження інноваційних механізмів медичного страхування, які передбачають застосування диференційованого підходу до формування страхових тарифів з урахуванням індивідуальних ризиків застрахованих осіб, впровадження програм управління здоров'ям та профілактики захворювань, розвиток сучасних технологій обслуговування клієнтів, включаючи телемедицину та цифрові платформи для взаємодії між суб'єктами страхових відносин.

Встановлено, що вдосконалення методологічних аспектів організації медичного страхування потребує комплексного підходу, який враховуватиме інтереси всіх зацікавлених сторін: держави, страхових компаній, медичних закладів та споживачів медичних послуг. При цьому важливо забезпечити баланс між економічною ефективністю страхової діяльності та соціальною спрямованістю медичного страхування.

Особливу увагу в дослідженні приділено питанням інтеграції медичного страхування в систему охорони здоров'я та його ролі у забезпеченні фінансової стійкості галузі. Доведено, що ефективна система медичного страхування сприяє оптимізації витрат на охорону здоров'я, підвищенню якості медичної допомоги, розвитку конкуренції на ринку медичних послуг та впровадженню інноваційних медичних технологій.

У роботі обґрунтовано необхідність розвитку державно-приватного партнерства у сфері медичного страхування, що дозволить поєднати переваги державного регулювання та ринкових механізмів, забезпечити додаткові джерела фінансування охорони здоров'я, підвищити ефективність використання ресурсів та покращити доступність медичної допомоги для населення.

Запропоновано методологічний підхід до оцінки ефективності системи медичного страхування, який базується на комплексі показників, що характеризують фінансову стійкість страхових компаній, доступність страхових програм для різних категорій населення, якість медичної допомоги, рівень задоволеності застрахованих осіб та економічну ефективність страхової діяльності.

Таким чином, результати проведеного дослідження мають теоретичне та практичне значення і можуть бути використані для вдосконалення методологічних аспектів організації медичного страхування, підвищення ефективності функціонування страхових компаній, оптимізації взаємодії між суб'єктами страхових відносин у сфері охорони здоров'я та формування державної політики у галузі медичного страхування.

Подальші дослідження у цій сфері доцільно спрямувати на розробку інноваційних моделей медичного страхування, адаптованих до сучасних викликів у сфері охорони здоров'я, вдосконалення методів оцінки страхових ризиків, розвиток інформаційних технологій у сфері медичного страхування, а також на вивчення механізмів інтеграції обов'язкового та добровільного медичного страхування в єдину систему фінансування охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аркатов Я.А. Основні суттєві ознаки загальнообов'язкового державного медичного страхування. Право та інновації. № 4 8) 2014. С. 142–147.
2. Вороніна Н.В. Окремі питання щодо медичного страхування. Від римського приватного права до права Європи: матеріали 15-ої міжнар. наук-практ. конф. (м. Одеса, 15 трав. 2017 р.). / за заг. ред. д.ю.н., проф. Є.О. Харитонова. Одеса: Фенікс, 2017. С. 64-65.
3. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія / [С.М. Прилипко, О.М. Ярошенко, Т.А. Занфірова, Я.А. Аркатов]. Харків :Право, 2017. 208 с.
4. Ільчук В., Гарбуз Т. Формування та розвиток медичного страхування в Україні та світі. Проблеми і перспективи економіки та управління. № 1 (13), 2018. С. 112–118.
5. Коваль О.А., Ночвай О.І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. Електронний журнал «Ефективна економіка», № 4, 2014. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905>.
6. Логінова А.С. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні. Електронний журнал «Економіка та суспільство». № 53, 2023. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2707/2621>.
7. Миколаєць І.В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг. Інвестиції: практика та досвід. № 23. 2017. С. 113–116.
8. Міщук А.А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я. Економіка і організація управління. 2017. №2. С. 120-131 (0,87 д.а.)

9. Міщук А.А., Вергелес К.М., Горохова Л.В., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Бабійчук О.Ю. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. Світ Медицини та Біології. 2019. №4 (70). С. 30-34 (0,7 д.а./0,1 д.а.).
10. Міщук А.А., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. Світ Медицини та Біології. 2019. №3(69). С. 39-43 (0,59 д.а./0,4 д.а.).
11. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Вергелес К.М., Гаврилюк А.О., Бабійчук О.Ю. Аналіз міграції медичного персоналу в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. Світ Медицини та Біології. 2019. №4 (70). С. 65-71 (0,55 д.а./0,35 д.а.).
12. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. Підприємництво, господарство і право. 2019. № 2. С. 110–114.
13. Петечел Н.М. Історичні етапи становлення інституту медичного страхування. Вдосконалення правового регулювання прав та основних свобод людини і громадянина: Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених (16 травня 2022 р.). Івано-Франківськ. 2022. С. 86–88.
14. Проект закону України «Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» від 12.05.2020. № 3464. URL: http://rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=68808.
15. Романченко М.І. Тенденції та перспективи розвитку добровільного страхування медичних витрат в Україні. Електронний журнал «Ефективна економіка». № 5, 2014. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3050>.
16. Фармацевтична енциклопедія. Інтернет ресурс: URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1365/medichne-straxuvannya>.

17. Mishchuk A.A., Gavrilyuk A.O., Zharlinska R.G., Vergeles K.M., Berezovskyi A.M., Pashynskiy Ya.M., Iakovtsova I.I. Improvement of the patient care process based on the principles of clinical audit. *World of Medicine and Biology*. 2020. № 2 (72). (0,6 д.а./0,25 д.а.). P. 27-31.
18. Mishchuk A. Marketing competitive strategy's effectiveness assessment for health care organizations. *Journal of Modern Economic Research*. 2020. № 3. P. 15-26 (0,8 д.а.).
URL: <https://www.denakypublishing.science/index.php/jmer/article/view/35>.
19. Mishchuk A., Boienko O. Classification of marketing competitive strategies for health care organizations. *Економіка і організація управління*. 2020. №1 (37). С. 149-159 (0,95 д.а./0,85 д.а.)
20. Mishchuk A., Zharlinska R., Verlan-Kulshenko O. Strategic approaches to the formation of the competitive strategy of health care organizations. Conceptual aspects management of competitiveness the economic entities: collective monograph/ edited by M. Bezpartochnyi, I. Britchenko, in 2 Vol. / Higher School of Social and Economic. Przeworsk: WSSG, 2019. Vol. 2. P. 250-259 (0,51 д.а./0,3 д.а.).
21. Mishchuk A.A, Gavryliuk A.O., Zharlinska R.G. Legal support of the mechanism of the quality control of healthcare services in Ukraine. *World of Medicine and Biology*. 2019. № 1 (67). P. 30-33 (0,5 д.а./0,3 д.а.).