

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра менеджменту, економіки, статистики та цифрових технологій

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: **«Розвиток добровільного медичного
страхування в системі послуг закладу охорони здоров'я»**

*(на матеріалах КП «Хмельницький міський центр медико-
санітарної допомоги №1»)*

Виконала: студентка магістратури
за спеціальністю 073 Менеджмент зі спеціалізацією
Організація і управління охороною здоров'я
Тетяна КОСТИК

Керівник: к.е.н. доцентка, завідувачка кафедри
фінансів, банківської справи, страхування та
фондового ринку Алла КРУШИНСЬКА

Рецензент: Директор КП "ХМЦПМСД №1"
Валентина ГЕСАЛЬ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	8
1.1 Сутність, принципи та передумови розвитку добровільного медичного страхування.....	8
1.2. Місце, роль та алгоритм реалізації добровільного медичного страхування на страховому ринку України.....	15
РОЗДІЛ II. ОЦІНКА ПОТЕНЦІАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	22
2.1. Аналіз медичної ефективності КП «Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1» як передумови розвитку добровільного медичного страхування.....	22
2.2. Розвиток програм добровільного медичного страхування СК «Гардіан» у системі послуг закладу охорони здоров'я.....	37
РОЗДІЛ III. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	45
3.1. Удосконалення системи андеррайтингу добровільних страхових медичних програм.....	45
3.2. Розвиток програм корпоративного медичного страхування.....	52
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	67

Анотація

КостикТ. М. «Розвиток добровільного медичного страхування в системі послуг закладу охорони здоров'я». Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 073 Менеджмент зі спеціалізацією Організація і управління охороною здоров'я— Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, Хмельницький, 2023. – 66 с.

В роботі розглянуто та узагальнено зміст понять «страхування», «добровільне медичне страхування». Визначено принципи та передумови розвитку добровільного медичного страхування. Систематизовано етапи розвитку добровільного медичного страхування в Україні за період з ХІХст. до сьогодення. Визначено роль та алгоритм реалізації добровільного медичного страхування на страховому ринку України, впорядковано систему медичного страхування громадян. Проведено аналіз медичної ефективності КП «Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1» на основі ряду економічних та медичних показників. Виявлено сприятливі передумови для розвитку добровільного медичного страхування на базі зазначеного закладу.

Визначено місце добровільного медичного страхування у структурі послуг страхової компанії, встановлено, що цьому виду страхування в СК «Гардіан» приділяється недостатньо уваги, компанія не входить до високих рейтингів страховиків по добровільному медичному страхуванню. Вивчено розвиток програм добровільного медичного страхування СК «Гардіан» в умовах пандемії, з'ясовано, що компанія пропонує страхування населення шляхом укладання пакету індивідуального або корпоративного договору. Встановлено, що попит на цей вид страхування в сучасних умовах зростає.

Розроблено напрямки розвитку добровільного медичного страхування медичного закладу шляхом удосконалення системи андеррайтингу, це дозволить зробити страховий портфель збалансованим та прибутковішим та забезпечить кращий фінансовий результат. Можна застосувати розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності під час

виплати страхової суми, що допоможе отримати більше прибутку. Надано, також, пропозиції щодо розвитку корпоративного добровільного медичного страхування у партнерстві з медичним закладом, встановлено, що страхування на основі корпоративних страхових пакетів є вигіднішим порівняно з індивідуальним страхуванням, що позитивно відобразиться на загальних показниках ефективності діяльності компанії.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, страхування, договір страхування, програма страхування, розвиток добровільного медичного страхування, система андерайтингу, страхова сума, страховий пакет, корпоративне добровільне медичне страхування.

Abstract

Kostyk T. M. "Development of voluntary health insurance in the system of services of a health care facility." Qualifying scientific work on manuscript rights. Master's thesis for obtaining a master's degree in the specialty 073 Management with a specialization in organization and management of health care - Khmelnytskyi University of Management and Law named after Leonid Yuzkov, Khmelnytskyi, 2023. - 66 p.

The work examines and summarizes the meaning of the concepts of "insurance", "voluntary health insurance". The principles and prerequisites for the development of voluntary health insurance are determined. The stages of development of voluntary health insurance in Ukraine for the period from the 19th century are systematized. to the present day. The role and algorithm of implementation of voluntary medical insurance on the insurance market of Ukraine have been determined, the system of medical insurance of citizens has been streamlined. An analysis of the medical efficiency of the KP "Khmelnytskyi City Center of Primary Health Care No. 1" was conducted based on a number of economic and medical indicators. Favorable prerequisites for the development of voluntary health insurance on the basis of the specified institution have been identified.

The place of voluntary health insurance in the structure of the insurance company's services was determined, it was established that insufficient attention is paid to this type of insurance in SC "Guardian", the company is not among the high ratings of voluntary health insurance insurers. The development of the voluntary health insurance programs of SC "Guardian" in the conditions of the pandemic was studied, it was found that the company offers insurance to the population by concluding a package of individual or corporate contracts. It has been established that the demand for this type of insurance is growing in modern conditions.

The directions for the development of voluntary medical insurance of a medical institution by improving the underwriting system have been developed, this will make the insurance portfolio more balanced and profitable and will ensure a better financial result. It is possible to apply the sizes of corrective coefficients in case of increased risk of illness during the payment of the insured amount, which will help to get more profit. Proposals for the development of corporate voluntary health insurance in partnership with a medical institution were also provided, it was established that insurance based on corporate insurance packages is more profitable compared to individual insurance, which will positively reflect on the overall performance indicators of the company.

Key words: voluntary health insurance, insurance, contractual insurance, insurance program, development of voluntary health insurance, underwriting system, sum insured, insurance package, corporate voluntary health insurance.

ВСТУП

Актуальність теми. У процесі реформування вітчизняної економіки перед страховим ринком України та державою постала низка завдань щодо створення сприятливих умов функціонування системи добровільного медичного страхування та його збалансованого розвитку. Це обумовило потребу в нових підходах до його фінансового забезпечення.

Проблеми, які склалися на сучасному страховому ринку України, до кінця не вирішені. Відсутність достатньої законодавчої бази, яка б свідчила про проведення державою активної структурної політики на ринку страхових послуг і порівняно невеликий фінансовий потенціал українських страховиків і низький рівень платоспроможності страхувальників, недостатній податковий стимул і низька страхова культура населення стали актуальною проблемою сучасності, яка вимагає негайного вирішення. Разом з тим, економічні умови розвитку ринку добровільного медичного страхування коригуються із розвитком економіки, зміною рівня життя громадян, появою на ринку добровільного медичного страхування нових гравців і тому потребують адекватної оцінки та теоретичного осмислення сучасних основних проблем та перспектив поширення даного виду страхування, що головним чином визначені вітчизняними реаліями.

Дослідженню аспектів організації і розвитку системи медичного страхування присвячені праці вітчизняних і зарубіжних вчених-економістів. Так, зокрема, питанням теорії і практики страхування у секторі охорони здоров'я присвятили свої праці вчені: Баєва О.В.[3], Воблий К. Г.[9], Журавльова Т.О.[11], Лехан В.М.[35], Михайленко О.Г.[39], Мрачковська Н.К.[41], Нагайчук Н.Г.[42], Осадець С.С.[43], Плиса В.Й.[46], Ткаченко Н.В.[50] та інші. Проте питання розвитку ДМС у співпраці з державними та комунальними медичними закладами потребує досліджень та розкриття можливостей реалізації.

Об'єктом дослідження є процеси формування та розвитку добровільного медичного страхування в системі послуг закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є особливості розвитку та складові програм добровільного медичного страхування у системі послуг Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1.

Метою магістерської роботи є аналіз сучасного стану та шляхів поліпшення добровільного медичного страхування, дослідження елементів, що формують програми медичного страхування й перспектив їх розвитку у системі послуг закладу охорони здоров'я.

Для реалізації мети дослідження в ході виконання магістерської роботи необхідно виконати наступні завдання:

- визначити сутність, принципи та передумови розвитку добровільного медичного страхування;
- розглянути роль та алгоритм реалізації добровільного медичного страхування на страховому ринку України;
- охарактеризувати місце добровільного медичного страхування у структурі послуг страхової компанії;
- вивчити розвиток програм добровільного медичного страхування у системі послуг медичного закладу;
- виявити недоліки та розробити напрямки розвитку добровільного медичного страхування у системі послуг Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1 у партнерстві з СК «Гардіан» шляхом удосконалення системи андеррайтингу;
- надати пропозиції щодо розвитку корпоративного медичного страхування у партнерстві з СК «Гардіан».

Методи дослідження. У процесі дослідження застосовувалися такі методи: спостереження, порівняльний, системний аналіз, структурно-типологічний, економіко-статистичний, аналізу й синтезу.

Практична значущість одержаних результатів полягає в обґрунтуванні шляхів розвитку добровільного медичного страхування у системі послуг Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1.

Відповідно до мети та завдань дослідження робота складається зі вступу,

3 розділів, 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел із 55 найменувань. Загальний обсяг роботи 69 сторінок.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Сутність, принципи та передумови розвитку добровільного медичного страхування

Термін "страхування", на думку західних філологів, має латинське походження. В основі його -- слова "securus" і "sinecura", які означають "безтурботний". Отже, страхування відбиває ідею застереження, захисту та безпеки. У багатьох слов'янських мовах, у тому числі й в українській, виникнення терміна "страхування" пов'язують зі словом "страх".

У фаховій літературі етимології слова "страхування" також приділено значну увагу. Проте єдиної думки з цього питання не існує. Аналіз опублікованих визначень поняття "страхування" показує, що кожне з них уточнює або доповнює попередні, залишаючи без змін їх основу.

Завдяки страхуванню акумулюються великі кошти, які до настання страхових випадків використовують передусім як джерело кредитних ресурсів. Страхові поліси можуть бути гарантіями повернення позик. Матеріальні цінності, що їх у разі кредитування банки приймають як заставу, мають бути застраховані. Отже, існує тісний взаємозв'язок між страхуванням і кредитом. Але це не дає підстав для ототожнення специфічних економічних відносин, що становлять зміст страхування, з поняттям кредиту [35, с.84].

Страхування є, насамперед, системою економічних відносин між конкретними суб'єктами господарювання, де, з одного боку, діють страхувальники, а з іншого -- страховики. Важливою передумовою застосування страхування є майнова самостійність суб'єктів господарювання і їхня зацікавленість у переданні відповідальності за наслідки ризику спеціалізованим установам та організаціям. Чим ця зацікавленість більша, тим і потреба особи у страхуванні вища. Саме в такій площині страхування розглядається у працях учених багатьох країн ринкової орієнтації. Поняття

страхування є неповним і тоді, коли воно не передбачає надійності і превентивного спрямування захисту.

Розглянемо детальніше підходи авторів до трактування поняття страхування, які наведено у Додатку А.

Узагальнивши вищевикладене можна зробити висновок, що в економічній літературі страхування – це одна з форм охорони майнових й особистих інтересів застрахованих, які сплачують внески (премії) до страхових компаній і дістають відшкодування втрат, що виникають у наслідок стихійного лиха і нещасних випадків (страхування від недуг, страхування від вогню (пожеж), крадіжок, страхування життя, страхування майна та ін.).

Медичне страхування може бути обов'язковим і добровільним. Обов'язкове страхування регламентується законодавством щодо сфери його застосування, механізму встановлення страхової суми, процедури надходження та напрямків використання страхових фондів. В Україні ще не прийнято закону про медичне страхування, хоча в Законі України "Про страхування" воно назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. Очікується, що обов'язкове медичне страхування в Україні отримає ознаки соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі "багатий платить за бідного, здоровий — за хворого" [39, с.115].

Розглянемо більш детально добровільне медичне страхування (далі ДМС).

Підпунктом 14.1.52 прим. 1 п. 14.1 ст.14 ПКУ визначено, що договір добровільного медичного страхування – це договір страхування, який передбачає страхову виплату, що здійснюється закладам охорони здоров'я у разі настання страхового випадку, пов'язаного із хворобою застрахованої особи або нещасним випадком. Такий договір має також передбачати мінімальний строк його дії один рік та повернення страхових платежів виключно страхувальнику при достроковому розірванні договору.

Добровільне медичне страхування має свою мету та види, наведені на рисунку 1.1.

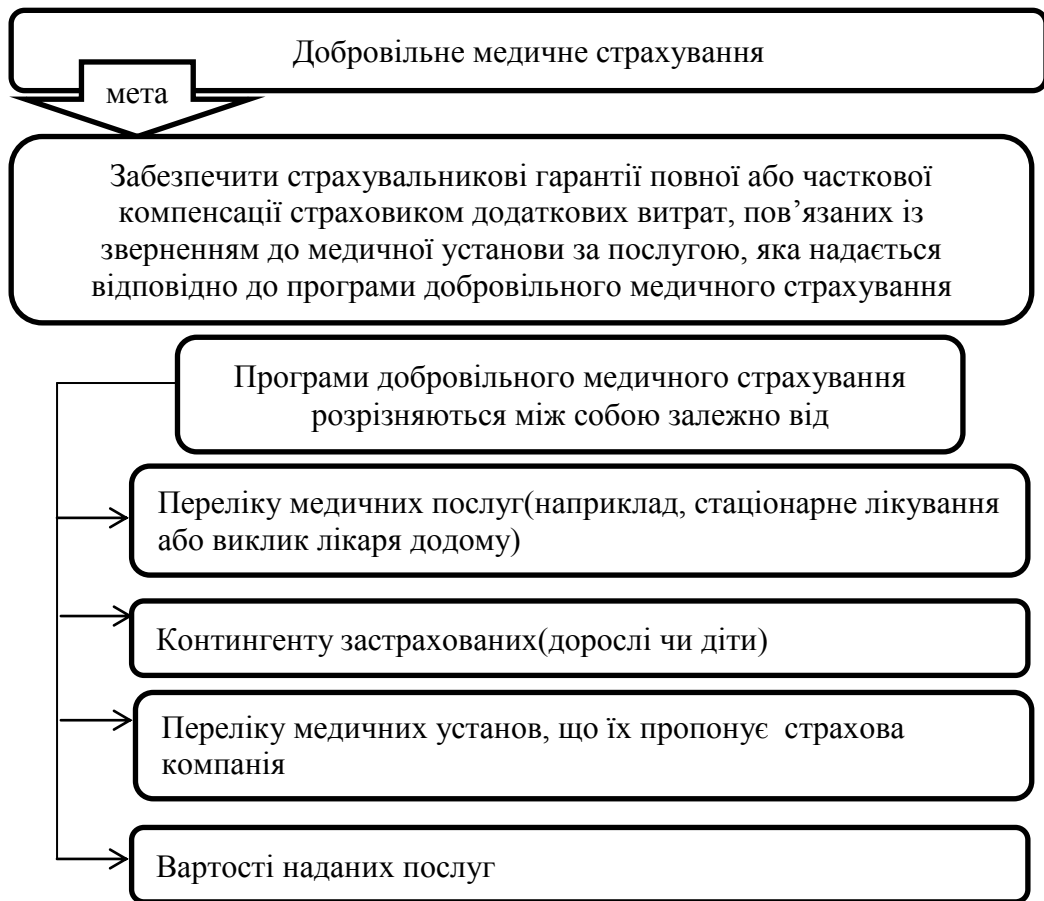


Рисунок 1.1. - Мета та види добровільного медичного страхування

Примітка Складено автором за джерелом [45, с.54]

За своїм призначенням медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянам витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я:

- відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;
- придбанням медикаментів;
- лікуванням у стаціонарі;
- отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням;
- проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

- страхувальники — окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди;
- страховики — страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;

– медичні установи, що надають допомогу і також мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності.

Страхові фонди ДМС утворюються за рахунок:

- добровільних страхових внесків підприємств та організацій;
- добровільних страхових внесків різних груп населення;
- добровільних внесків окремих громадян.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками, як правило, є окремі громадяни, які укладають договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок особистих коштів. При колективному страхуванні страхувальником, як правило, виступає підприємство, організація чи установа, яка укладає цей договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб за рахунок їх грошових засобів. Порядок проведення добровільного медичного страхування працівників наведено на рисунку 1.2.

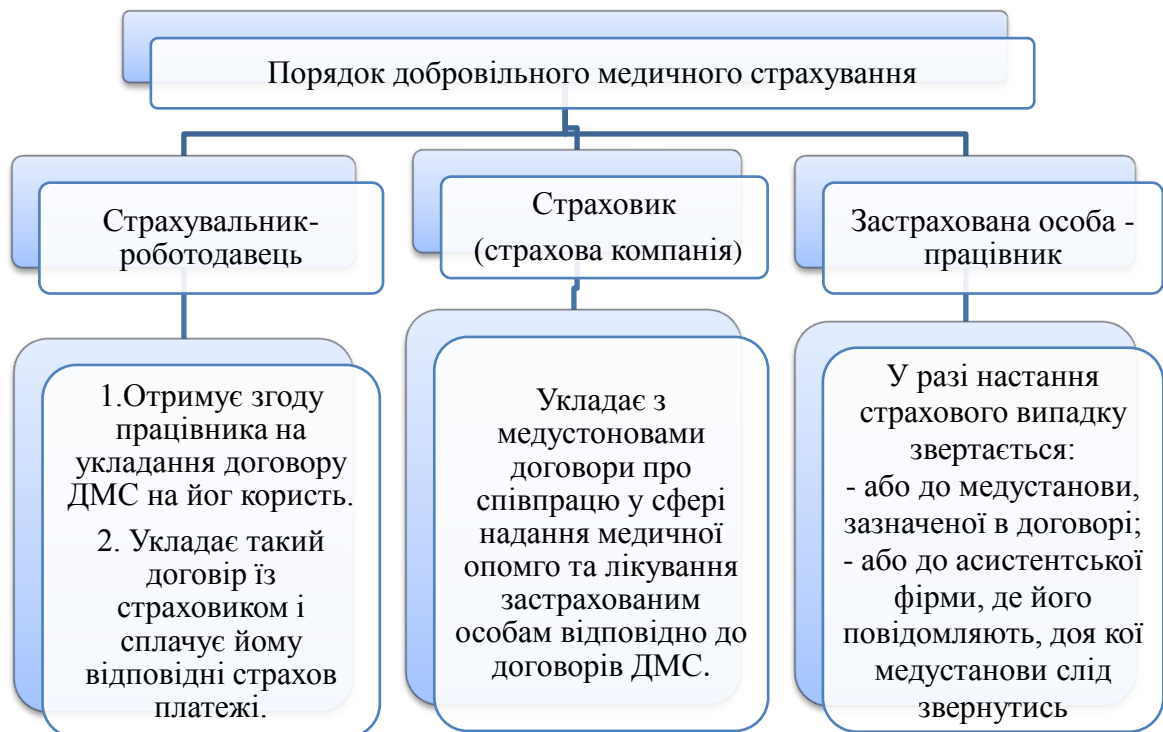


Рисунок 1.2 – порядок добровільного медичного страхування

Примітка. Складено автором за джерелом [3, с.364]

Страховий поліс з добровільного медичного страхування включає обсяг надання медичних послуг, можливість вибрати умови отримання медичної допомоги. Програми добровільного медичного страхування дають більше можливостей і покращують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної чи реабілітаційної допомоги.

Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим клієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;
- покращення умов утримання особи в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;
- подовження тривалості післялікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- розвиток системи сімейно медицини;
- страхування виплат з тимчасової непрацездатності особи, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат;
- участь у цільовому фінансуванні технічного переозброєння й нового будівництва лікувально-профілактичних установ, підприємств з виробництва медичного устаткування, ліків з правом першочергового отримання послуг або продукції (протези, ліки, діагностика і т. ін.) цих підприємств та організацій.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страхової компанії і медичної установи, що обслуговує осіб які застраховані.

На договірній основі страхувальника і страховика встановлюються розміри страхових внесків з урахуванням оцінки ймовірності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо.

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування діють понад 50 страхових компаній. Серед них СК «Провідна», СК «Уніка», СК «ІНГО», СК «ARX», «Альфа страхування», «УСГ», «ТАС СГ», «NGS», «Країна», «PZU Україна», СК «Гардіан» та ін.[53].

Мета ДМС — гарантування громадянам (застрахованим особам) при настанні страхового випадку оплати вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів та фінансування профілактичних заходів.

Головні завдання ДМС:

- забезпечення охорони здоров'я населення;
- забезпечення відтворення населення;
- розвиток медичного обслуговування;
- фінансування системи охорони здоров'я;
- перерозподіл коштів, що використовуються на оплату медичних послуг, між різними верствами населення.

Особливості ДМС визначаються його місцем в системі соціально-економічних гарантій громадян і полягають у такому:

- ДМС є однією із форм особистого страхування;
- воно є важливим ринковим компонентом, що доповнює системи обов'язкового загальнодержавного медичного страхування і забезпечення;
- програми ДМС обираються за бажанням страхувальника і залежать від його платоспроможності;
- ДМС ґрунтується на принципі страхової солідарності, перевищення вартості медичних послуг над внесками страхувальника є можливим завдяки тому, що частина застрахованих, які внесли премії до страхової компанії, не потрапляють у страхову ситуацію і не користуються послугами медичних закладів.

Предметом договору ДМС є зобов'язання страховика у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (або її частини) страхувальнику (застрахованому) на оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг) певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування. Ці виплати здійснюються страховиком незалежно від суми, яку має отримати застрахована особа за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, сум за договорами добровільного медичного страхування, укладеними з іншими страховиками, а також суми, що має бути сплачена як відшкодування заподіяної їй шкоди з боку третіх осіб згідно цивільного законодавства України.

Договори ДМС передбачають обов'язковість конкретної застрахованої особи, майнові інтереси котрої застраховано. Договори мають трьохсторонній, а подекуди багатосторонній характер. Територія дії договору ДМС не обмежується місцезнаходженням страховика.

З метою централізованого регулювання запитів застрахованих осіб за медичною допомогою, страховики мають право створювати консультативно-диспетчерські пункти (КДП), які працюють цілодобово і без вихідних[9, с.158].

Ринок страхових послуг у рамках охорони здоров'я слід розглядати як субринок ринку медичних послуг. Відсутність розвиненого ринку платних медичних послуг, знижує ефективність функціонуючої системи добровільного медичного страхування. В Україні поки можна говорити лише про становлення цивілізованого ринку медичних послуг. При цьому, що дуже важливо саме для системи добровільного медичного страхування, медичні послуги не завжди відповідають високим стандартам якості і сервісної підтримки. Очевидно, що в приватних клініках, зацікавлених у підтримці високого попиту пацієнтів на надані в них медичні послуги, питання якості та сервісу послуг є найактуальнішими. Передумови виникнення добровільного медичного страхування сягають ще ХІХ сторіччя, детальніше розвиток добровільного медичного страхування зображено в Додатку Б [36, с.58].

Підсумовуючи вищесказане, можна зробити висновок, що добровільне медичне страхування ґрунтується на принципі страхової солідарності, зміст якої полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, що визначаються страховим договором згідно зі сплаченим страховим платежем. Невизначеність правових питань медичного страхування робить цю галузь суспільних відносин непривабливою і неперспективною в інвестиційному, економічному, маркетинговому аспектах. У зв'язку з цим ринок медичного страхування розвинутий слабо, серйозної конкуренції між страхувальниками не існує.

1.2. Місце, роль та алгоритм реалізації добровільного медичного страхування на страховому ринку України

Згідно зі ст. 3 Конституції України здоров'я людини є однією з найголовніших соціальних функцій держави і система охорони здоров'я забезпечується багатоканальним фінансуванням, зокрема і страхуванням. Страхування в суспільстві має велике значення у функціонуванні економіки і підтримки життєвого рівня населення.

Актуальність теми зумовлена місцем медичного страхування в сучасному суспільстві, яке є складовою частиною складної інфраструктури страхування, що є, в свою чергу, частиною макроекономічної системи держави. З'явилися великі потреби у страхових послугах. Радикальні перетворення страхової справи в країні спрямовані на формування страхового ринку, твердої правової основи його функціонування, створення умов для розширення сфери та якості страхових послуг.

Суспільні трансформації в Україні, що спрямовуються на запровадження принципів ринкової економіки, не спричинили позитивних перетворень у системі охорони здоров'я, діяльність якої і далі здійснюється на засадах адміністративних господарських відносин. Це супроводжується незадовільним рівнем суспільного здоров'я, неефективністю механізмів фінансового захисту

громадян у разі захворювання, низькою економічною ефективністю діяльності галузі та якістю медичної допомоги, відсутністю задоволення потреб громадян в охороні здоров'я та медичній допомозі [39, с.104].

Перехід до соціально-орієнтованих та ринкових принципів у охороні здоров'я на основі різних форм власності, а також пошук шляхів подолання основних проблем галузі в Україні, зокрема браку фінансових ресурсів та незадовільної якості медичного забезпечення населення, вимагають нового підходу до формування товарно-ринкових відносин у галузі та спонукають переходити до системи, що базується на страхуванні здоров'я людей. Для цього потрібно, щоб держава, підприємець та громадянин стали партнерами у реалізації права на охорону здоров'я. Для реалізації такого партнерства в історичному контексті суспільство має виробити критичну масу правових та соціальних передумов, які б забезпечили становлення такої верстви населення, яка б узяла на себе соціальну відповідальність за своє сьогодення і майбутнє всього суспільства. Істотну роль у формуванні такого суспільства відіграють і системи медичного страхування, у тому числі й добровільного.

Всесвітня організація охорони здоров'я в останній чверті минулого століття проголосила міжнародну стратегію «Здоров'я для всіх до 2000 року», до чого приєдналася і Україна (Алма-Ата, 1978), а після неї - стратегію «Двадцять одне завдання на XXI століття» (1999). Всесвітньо відомою є Оттавська хартія, схвалена на Першій міжнародній науковій конференції з охорони громадського здоров'я (Оттава, Канада, 1986). У названих документах сформульовано кілька базових принципів щодо сучасної системи охорони здоров'я, а саме:

- державна політика, орієнтована на збереження, зміцнення та поліпшення громадського здоров'я; підвищення суспільної цінності здоров'я;
- сприятливі соціально-економічні, екологічні та інші чинники здоров'я;
- формування здорового способу життя, корекція чинників захворювань;
- перебудова медичного забезпечення [40].

Від соціалістичного періоду свого розвитку Україна отримала у спадок складну і малоефективну систему охорони здоров'я, що базувалася на таких основних засадах:

- командно-адміністративна система управління;
- єдине джерело фінансування - державний бюджет, який формується на основі загальних податків;
- орієнтація на екстенсивні форми розвитку галузі тощо.

За роки незалежності не відбулося кардинальних змін в системі охорони здоров'я в Україні, і вона практично зберегла зазначені вище засади своєї діяльності. Водночас відбулися значні зміни в діяльності медичного забезпечення, найістотнішими з яких є:

- різке зменшення частки витрат на охорону здоров'я у структурі валового внутрішнього продукту;
- скорочення кількості медичних закладів, перш за все у селах;
- започаткування розвитку страхової медицини;
- створення ринку приватного медичного обслуговування;
- збільшення різноманітних легальних і нелегальних форм плати громадян за медичну допомогу;
- початок створення національної системи забезпечення країни фармацевтичною продукцією;
- прийняття деяких законодавчих та нормативних актів, що регламентують діяльність медичної галузі.

Соціально-політична криза в Україні призвела і до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. У складеному вперше за історію Всесвітньої організації охорони здоров'я рейтингу національних систем охорони здоров'я для 191 країни світу (2020) Україна посіла 79 місце. [35, с. 75].

У «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» визначено основні стратегічні напрями реформування галузі, що покликані розв'язати дві головні і взаємопов'язані проблеми: як забезпечити ефективне використання

наявних ресурсів та які додаткові джерела можна залучити до фінансування галузі. При цьому організація національної системи охорони здоров'я має базуватися на основних принципах, визначених ВООЗ, а саме: справедливості, солідарності та доступності.

В Україні соціально-правовою базою для розвитку системи охорони здоров'я є 49 стаття Конституції України (1996), яка визначає право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я повинна забезпечуватися державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а медична допомога у державних і комунальних лікувальних закладах має надаватися безоплатно. Своєрідною «медичною конституцією» є прийнятий Верховною Радою України у листопаді 1992 року закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у якому визначено правові, професійні, економічні та організаційні засади охорони здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, благодійних фондів, державного соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування, платежів юридичних і фізичних осіб, ініціативних фондів та програм, кредитування[43, с.358].

Медичне страхування виступає частиною системи медичного обслуговування, яке надається громадянам за рахунок вже сформованих грошових фондів, роботодавців та внесків застрахованих осіб і здійснюється у двох формах - обов'язкове та добровільне страхування - разом з існуванням безоплатної і платної медицини, а також спеціальних медичних програм.

Доповненням до форм безкоштовного медичного страхування є добровільне забезпечення населення медичними послугами. Раціональне співвідношення добровільного страхування та бюджетного фінансування медицини по-своєму вирішується в різних країнах. Основним напрямком для покращення фінансування медицини у сучасному світі є використання програм добровільного медичного страхування, крім того, такий вид медичного страхування оснований на принципі страхової солідарності [11, с.123].

Система медичного страхування громадян України на сучасному етапі зображена на рисунку 1.1.

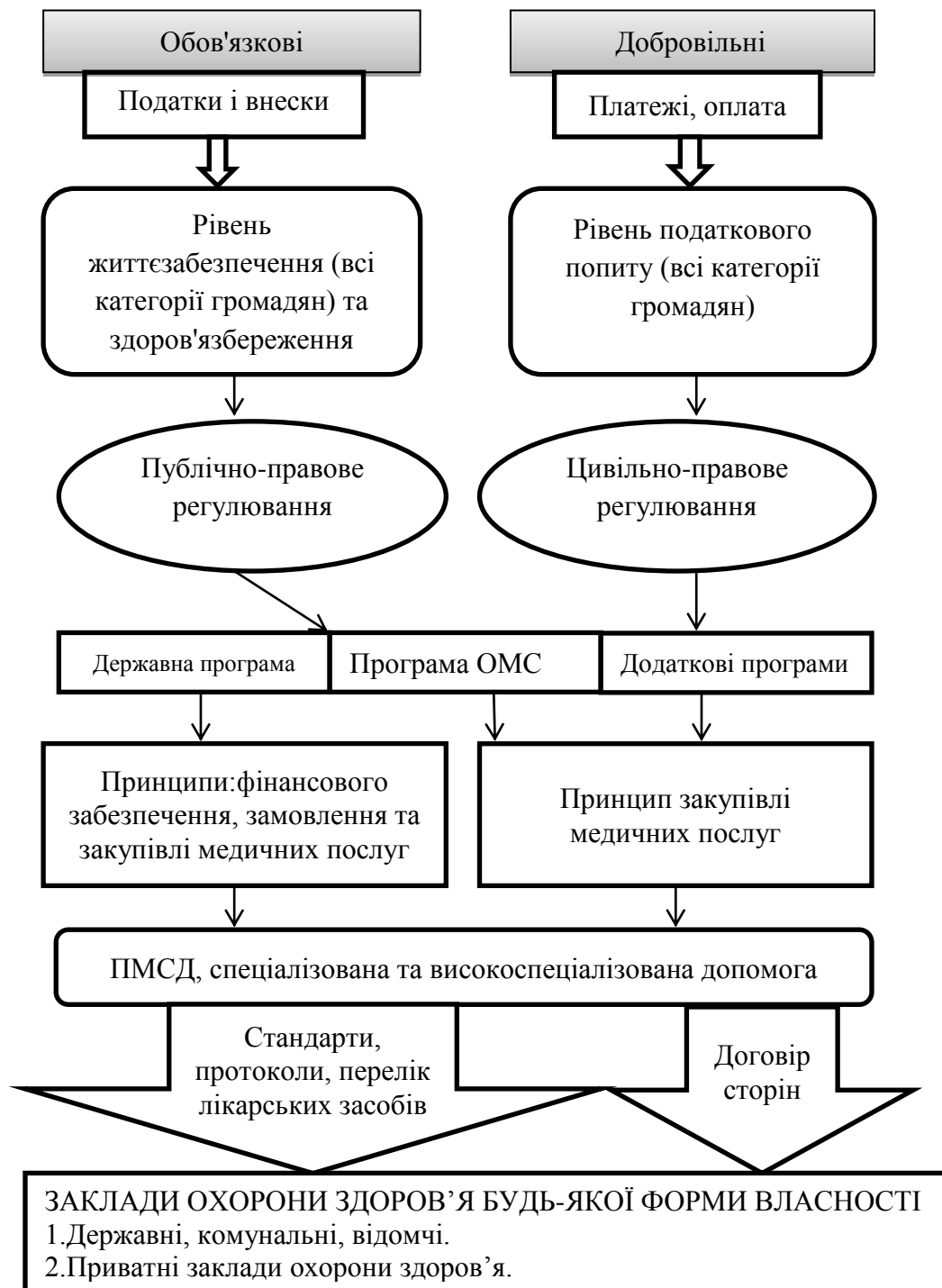


Рисунок 1.3. - Система медичного страхування громадян

Примітка. Складено автором за джерелом [3, с.88]

Сьогодні в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування, а саме:

- незавершеність процесу створення нормативної бази щодо медичного страхування;

- відсутність у населення позитивного досвіду взаємовідносин із страховими компаніями;
- відсутність механізмів заохочення роботодавців щодо медичного страхування працівників і членів їхніх сімей;
- обмеженість можливостей запровадження медичного страхування за рахунок коштів громадян внаслідок низького рівня доходів населення, а також механізму фінансової підтримки за рахунок державного і місцевих бюджетів;
- незначна кількість страхових організацій, що мають позитивний досвід впровадження медичного страхування[10].

Отже, зазначені чинники мають тимчасовий характер і можуть бути усунені спільними зусиллями державних органів, страхових компаній, медичної громадськості та суспільства загалом. Законодавчою базою розвитку добровільного медичного страхування є Конституція України та Закон України «Про страхування». Проте й досі в Україні немає цілісного правового акту, який би врегульовував правові та соціально-економічні проблеми медичного страхування, що негативно впливає на стан медичного обслуговування населення, веде до занепаду матеріально-технічної бази медичних закладів тощо. Головною причиною затримки розвитку медичного страхування є відсутність цілеспрямованої та скоординованої політики з боку законодавчої та виконавчої гілок державної влади, працівників медичних закладів та учасників страхового ринку

РОЗДІЛ II. ОЦІНКА ПОТЕНЦІАЛУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Аналіз медичної ефективності КП «Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №1» як передумови розвитку добровільного медичного страхування

Комунальне підприємство «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Хмельницької міської ради (скорочена назва КП «ХМЦПМСД №1» ХМР) має ліцензію на медичну практику: від 12.07.2018 року № 1207/02-М. Також заклад пройшов акредитацію та отримав вищу атестаційну категорію - наказ МОЗ від 19.07.2018 № 1335. Основними завданнями роботи закладу є:

- вжиття заходів з профілактики захворювань;
- підтримка громадського здоров'я;
- надання первинної медичної допомоги;
- консультації щодо профілактики, діагностики та лікування;
- проведення експертиз тимчасової непрацездатності ;
- інформаційна та освітньо-роз'яснювальна робота серед населення;
- участь в державних та регіональних програмах.

Розглянемо більш детально потенціал медичного закладу, його медичну ефективність.

Медична ефективність діяльності закладів охорони здоров'я — якісна та кількісна характеристика ступеня досягнення поставлених цілей у сфері профілактики, діагностики та лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності та результативності. У такому випадку медичний ефект може бути виражений через показники захворюваності, «індекси здоров'я», показники летальності, різні показники, що характеризують якість медичної допомоги, тощо [36].

Таблиця 2.1. Кількісна структура КП»ХМЦПМСД№1»ХМР

Показник	Роки		
	2020	2021	2022
Амбулаторій ЗПСМ: абс. число 10 тис. нас.	12 або 1,0 на 10 тис.нас.	14 або 1,19 на 10 тис.нас.	14 або 1,19 на 10 тис.н
у т. ч. на основній базі	на основній базі 1 - АЗПСМ	на основній базі 1 - АЗПСМ	на основній базі 1 - АЗПСМ
З них амбулаторій у сільській місцевості – абс. число	0	2	2
ФАПів	0	0	0
Медичних пунктів тимчасового базування	0	10	10
Динаміка мережі за рік: відкрито амбулаторій	З 1 листопада 2020 року введено в експлуатацію АЗПСМ№12 по вул. Кам'янецька, 99	11 травня 2021 введено в експлуатацію АЗПСМ №13 по вул. Берегова, 14, Шаровечка та АЗПСМ №14 по вул. Заводська, 4, Богданівці	Розвиток закуплено у зв'язку з повномасштабним вторгненням рф
переведено ФАП у МПТБ	0	10	0
інше зазначити	0	0	0

Примітка. Складено автором на основі [13-15].

Отже, аналізуючи кількісну структуру медичного закладу ми бачимо, що вона збільшується, зростає кількість амбулаторії в сільській місцевості, медичних пунктів тимчасового базування. відкриваються нові амбулаторії в місті. На баланс підприємства були передані 2 АЗПСМ та 10 МПТБ. Для якісного аналізу спроможності надавати медичні послуги у співпраці з страховими компаніями слід проаналізувати кадрову структуру медичного закладу(таблиця 2.2).

В цілому аналізуючи кадрове забезпечення медичного закладу можемо сказати, що кількість штатних лікарів впродовж досліджуваного періоду зростає, так само зростають і окремі категорії лікарів, зокрема, педіатри, лікарі-інтерни, кількість сімейних лікарів та дільничних терапевтів залишаються відносно стабільною.

Разом з тим, зросла кількість середнього медичного персоналу, в тому числі атестованого. Очевидно, що пандемія 2020 року вимагає у складі медичного персоналу наявності лікаря-статистика та лікаря-епідеміолога і ця вимога в повній мірі виконується аналізованим медичним закладом.

Слід окремо відмітити суттєве зростання кількості лікарів-інтернів за досліджуваний період з одного до восьми, зокрема п'ять з них продовжують навчання на умовах контракту, що є додатковим джерелом грошових надходжень КП»ХМЦПМСД№1».

Таблиця 2.2. Кадрове забезпечення КП»ХМЦПМСД№1»ХМР

Показник	Роки		
	2020	2021	2022
Штатних посад лікарів: абс. число	100	105	105
– на 10 тис. нас.	8,8 на 10 тис. нас.	8,9 на 10 тис. нас.	8,3 на 10 тис. нас.
Фізичних осіб лікарів: абс. число	92	95	95
– % до штатних	92%	90%	90%
З них (абс. число): сімейних лікарів	66 – 71,7%	67 – 70,5%	65 – 68,4%
дільничних педіатрів	19 – 20,7%	21 – 22,1%	21 – 22,1%
дільничних терапевтів	2 – 2,2%	2 – 2,1%	2 – 2,1%
керівників (ОУОЗ)	3 – 3,3%	3 – 3,2%	3 – 3,2%
Наявність лікарів інших спеціальностей, зокрема:	Лікар-статистик-1,00 (фіз.-1)	Лікар-статистик-1,00 (фіз.-0)	Лікар-статистик-1,00 (фіз.-1)
	Лікар-епідеміолог-1,00 (фіз.-0)	Лікар-епідеміолог-1,00 (фіз.-0)	Лікар епідеміолог-1,00 (фіз.-0)
Кількість лікарів інтернів	1	2	3 (бюджет), 5 (контракт)
Атестовано лікарів: абс. число – % до всіх	13 – 14,1%	24 – 25,3%	25 – 26,3%
Штатних посад смп: абс. число	118	131,5	132,5
– на 10 тис. нас.	10,3	11,2	10,8
Фізичних осіб смп: абс. число – % до штатних	107 – 90,7%	121 – 92%	125 – 94,3%
Атестовано смп: % до всіх	17 – 15,9%	27 – 22,3%	28 – 24,2%
Смп пенсійного віку: абс. число – % до всіх осіб	7 – 6,5%	7 – 5,8%	7 – 5,6%
Співвідношення лікарів до смп (:)	1:1,16	1:1,27	1:1,32

Примітка. Складено автором на основі [13-15].

У таблиці 2.3 проаналізуємо обслуговування населення КП»ХМЦПМСД№1». Кількість задекларованого населення порівняно з 2020-им роком зросла на 8% та становить 95,3% від даних ЦСУ, що дозволило збільшити дохід підприємства на 8 млн. 396 тисяч грн. Найбільшу питому вагу в структурі обслуговуваного населення займають дорослі жінки 54,3%. Разом з тим, зросла кількість внутрішньо переміщених осіб у зв'язку з початком військової агресії РФ щодо України.

Відповідно зросла і кількість укладених декларацій як серед міського, так і серед сільського населення, до речі, кількість останнього у 2020 році в структурі обслуговування медичного закладу не було. Важливо відмітити те, що середня кількість населення, яка припадає на одного сімейного лікаря та одного терапевта

за досліджуваній період зросла на 12,4% та 86,72% відповідно, кількість дітей, які припадають на одного педіатра залишилась практично незмінною. Медичним закладом також здійснюється підтримка ВПО шляхом працевлаштування (3 - ЛЗП-СЛ, 1 - сестра медична та 1 лікар-інтерн).

Таблиця 2.3. Обслуговування населення КП»ХМЦПМСД№1»ХМР

Показник	Роки			
	2020	2021	2022	
Всього на території обслуговування	117212	117572	127024	108,37%
прикріпленого населення, з них				
- дитячого віком 0 – 17 років життя, у т. ч.	20848	20974	22824	109,48%
- 0 – 1 року	1094	970	943	86,20%
- 0 – 14 років	17453	17495	18968	108,68%
- 15 – 17 років	3395	3479	3856	113,58%
- сільського: абс. число – % від всього	0	9848-8,3%	9484-7,4%	
- жіночого населення: абс. число – % від всього	62170	60374	68993	110,97%
	53,00%	51,30%	54,30%	102,45%
- Крім того, внутрішньопереміщених осіб (на кінець року), з них	0	0	13728	
- дитячого віком 0 – 17 років життя (абс. число), у т. ч.	0	0	3862	
- 0 – 1 року (абс. число)	0	0	138	
- 15 – 17 років (абс. число)	0	0	810	
- сільського: абс. число – % від всього	0	0	772-5,6%	
- жіночого населення: абс. число – % від всього	0	0	8517- 62%	
Укладено декларацій: абс. число – % від прикріпленого,	102428	112102	112002	109,35%
у т. ч.	87,30%	95,30%	88,10%	100,92%
- дитячого населення: абс. число – % від дитячого	23633	24122	23540	99,61%
	113,30%	115%	103,10%	91,00%
- сільського населення: абс. число – % від сільського		4581	4263	
		47%	44,90%	
- міського населення: абс. число – % від міського	102428	107724	107739	105,19%
	87,30%	96%	91,60%	104,93%
Середня кількість населення (абс. число) на 1 лікаря				
- сімейного	1362	1413	1526	112,04%
- терапевта	664	1148	1240	186,72%
- педіатра	775	716	773	99,78%

Примітка. Складено автором на основі [13-15].

Важливим елементом оцінки спроможності закладу для введення в структуру нових послуг є аналіз доходів та видатків КП»ХМЦПМСД№1» (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4. Структура доходів та видатків КП»ХМЦПМСД№1»ХМР

Показник	Роки			Темп росту, %
	2020	2021	2022	
Структура доходів:				
Фактичні сумарні видатки з НСЗУ: абс. число (тис. грн.)	59976,2	72371,6	86981,1	145,03%
В розрахунку на 1 мешканця, грн	526,67	615,55	684,76	130,02%
Видатки з місцевого бюджету (тис. грн.): абс. число	3899,1	4739,98	5047,17	129,44%
З них (тис. грн.) на: комунальні послуги	762,4	1258,7	1719,6	225,55%
- пільгове забезпечення	3136,7	3334,3	3327,57	106,09%
- інше (зазначити)	-	146,9	-	
Залучені кошти в т.ч.	43	89,5	675,6	1571,16%
Грантові кошти «Психологічна допомога ВПО»			429,6	
Оренда приміщення			131	
Дохід від контрактної інтернатури			111,5	
Інші доходи із зазначенням джерела (тис. грн.):	2791,1	13221,3	15354,7	550,13%
НСЗУ пакет 50 «Забезпечення кадрового потенціалу системи ОЗ...із залученням лікарів-інтернів»			96,6	
Безоплатне отримання запасів		13217,1	15249	
Дохід від реалізації інших оборотних активів (металобрухт)		4,2	9,1	
Всього дохід (тис. грн.) = НСЗУ + з місцевого бюджету + залучені + інші	66709,4	90422,38	103011,4	154,42%
Структура видатків:				
- зарплата з нарахуваннями	50185,9	65582,1	70424,9	140,33%
- комунальні послуги	773,6	1278,7	1719,6	222,29%
- капітальні видатки – всього, у т. ч.	10867,8	5621,16	5231,7	48,14%
- ремонти	6949	2481,8	2725,3	39,22%
- придбання обладнання	3369,4	2875,5	2778	82,45%
- інше	549,4	263,86		0,00%
Проживає осіб пільгової категорії	15750	18289	16757	106,39%
Забезпечено осіб пільгової категорії: абс. число	14648	17192	15785	107,76%
% до всіх пільговиків на обліку	93%	94%	94,20%	101,29%
Середня заробітна плата лікаря	19500,85	21817,28	25454,74	130,53%
Середня заробітна плата смп	11873,24	14925,09	18127,42	152,67%

Примітка. Складено автором на основі [13-15].

Ознаками того, що заклад розвивається є наступні факти. Центр підписав 36 пакетів з НСЗУ та отримав 4 млн. 108,8 тис.грн. за вакцинацію населення від COVID-19. У 2021 році закладом придбано 4 гематологічних та 4 урологічних

аналізатори, 25 ноутбуків, 15 сумок-укладок сімейного лікаря, загалом табель оснащення покращено на загальну суму 2 млн.4181,8 тис.грн. та відповідає потребам на 100%. Виконано поточних ремонтів та капітальних на суму 2 млн. 875,5 тис.грн. У 2021 році переукладено Колективний договір, змінені підходи до оплати праці. Внесені зміни в Статут в частині статутного капіталу.

У 2022 році в Центрі організована робота контакт-центру для комунікації з клієнтами та покращення маршрутизації. Залучено позабюджетних коштів шляхом участі в грантовому проекті «Підтримка надання соціальних, психологічних та медичних послуг вразливим категоріям населення, включаючи ВПО» за підтримки Проекту USAID/ukaid. Проведено відкриття, облаштування двох кабінетів психологічної допомоги для вразливих верств населення на базі двох АЗПСМ. Оплата праці двом психологам, соціальним працівникам здійснюється за рахунок грантових коштів.

Зауважимо, 100% забезпечення закладу відповідно до табелю оснащення за рахунок коштів НСЗУ. Від благодійних організацій отримано на значні суми лікарських засобів, виробів медичного призначення, а з обладнання: портативний УЗО-апарат з двома лінійними датчиками, один лінійний датчик УЗО з планшетом та АЗД. Проведено забезпечення автоматичними зовнішніми дефібриляторами всіх амбулаторій Центру.

Передані на баланс сільські АЗПСМ та МПТБ потребують значних капіталовкладень на ремонти, забезпечення оновленим табелем оснащення. Після введення мінімальної заробітної плати для лікарів 20 тисяч та молодших спеціалістів з медичною освітою 13,5 тисяч відбудеться нівелювання диференційного підходу до оплати праці, зникнуть стимули для укладання декларацій та якісної роботи. АЗПСМ і підпорядковані їм МПТБ сільської місцевості потребують значних капіталовкладень в ремонт, що є економічно не вигідним у зв'язку з малим відсотком задекларованого населення у нашому Центрі.

Заклад планує надалі покращувати умови роботи персоналу та надання ПМД, покращувати матеріально-технічну базу відповідно до потреб, підписати

пакет «Супровід та лікування дорослих та дітей на туберкульоз ...», придбати автомобіль, зовнішні дефібрилятори на кожному АЗПСМ, оновити частину комп'ютерного обладнання, котре не відповідає сучасними потребам. У планах Центру організація роботи контакт-центру для покращення комунікації з клієнтами. Вже внесені відповідні зміни до штатного розпису, та заплановано придбання відповідного обладнання (комп'ютери, IP-телефони, гарнітура). Підвищення уваги з покращення профілактичної роботи серед дитячого населення, вектор роботи по зниженню малюкової смертності та смертності у працездатному віці. Очевидно, що для реалізації всіх цих планів потрібні джерела доходів, одним з яких може стати розвиток добровільного медичного страхування у співпраці з страховими компаніями. Необхідним є постійне оновлення комп'ютерного обладнання, що не відповідає сучасним потребам. Саме дослідженню цього питання будуть присвячені подальші розділи роботи.

Важливими напрямками роботи КП «ХМЦПМСД №1» ХМР є:

1. Посилення роботи ЛЗП-СЛ щодо виявлення візуальних форм раку, обстеження здорового населення з метою раннього виявлення онкологічного захворювання, тісна співпраця зі спеціалістами КП «ХМЛДЦ» ХМР та КНП «ХОППЦ» ХОР.

2. Забезпечення безперервного професійного зростання медичних працівників, проходження ТУ з УЗО для введення в експлуатацію УЗД-датчиків, отриманих як благодійна допомога.

3. Впровадження ефективних заходів щодо протитуберкульозної допомоги населенню, проведення щоквартального моніторингу та аналізу інтегральних показників здоров'я населення, прийняття відповідних заходів щодо їх покращення.

4. Забезпечення закладу альтернативними джерелами живлення з метою безперервного надання ПМД.

5. Навчання лікарів та сестер медичних з психологічної допомоги на платформі НСЗУ з перспективою підписання пакету «Супровід і лікування

дорослих та дітей з психологічними розладами на первинному рівні медичної допомоги».

Проведений аналіз дозволив виявити наступні проблеми:

- недостатнє фінансування з Національної служби здоров'я України;
- недостатнє та неефективне фінансування системи охорони здоров'я;
- нерациональні зміни у реформі охорони здоров'я;
- виникнення складних епідемічних ситуацій;
- зростання цін на медичну продукцію та енергоносії;
- загальне погіршення соціально економічної ситуації;
- нестабільність політичної ситуації.

У якості партнера медичного закладу оберемо Товариство з додатковою відповідальністю "Страхова компанія "ГАРДІАН", яка провадить свою діяльність в Україні та заснована 24 вересня 2007 року. Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань статутний капітал компанії "СК "ГАРДІАН" складає 100 млн. грн. Основним видом діяльності є 65.12 Інші види страхування, крім страхування життя. Головний офіс товариства знаходиться у м. Київ, станом на 1 січня 2021 року в товаристві працювало 229 штатних робітників.

Структура власності ТДВ СК «ГАРДІАН» станом на 17 червня 2021 року має такий вигляд (рис.1.1.).

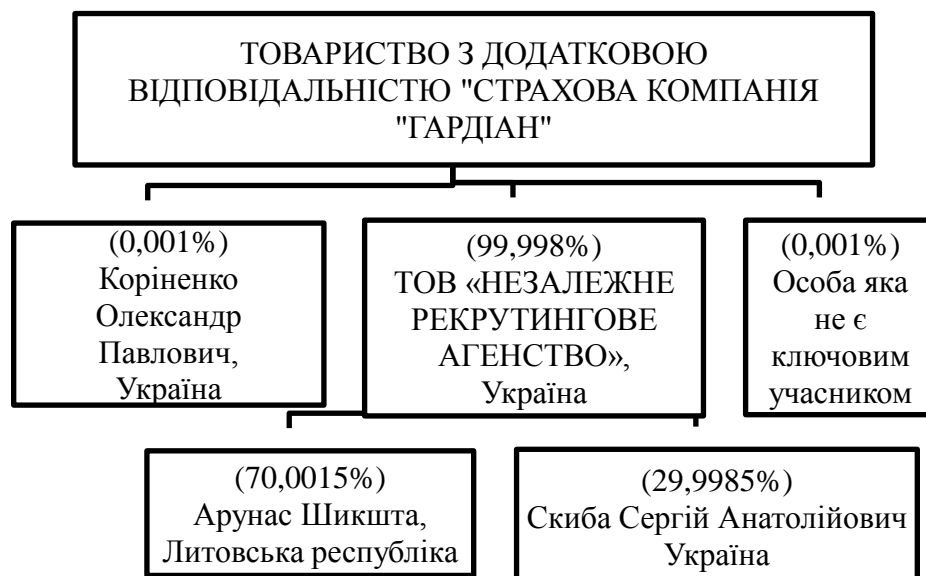


Рис. 2.1. - Структура власності ТДВ СК «ГАРДІАН»

Метою діяльності СК «ГАРДІАН» є одержання прибутку шляхом надання послуг з усіх видів страхового захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб та здійснення фінансової діяльності в межах, визначених законодавством. Місія компанії максимально передбачити бажання клієнтів та гарантувати їм якісний рівень страхових послуг, і швидке врегулювання страхових випадків. Компанія впродовж багатьох років стабільно утримує високу ліквідність та регулярно демонструє позитивну фінансову динаміку, залишаючись на страховому ринку надійним партнером та гідним конкурентом.

Предметом діяльності СК «ГАРДІАН» є проведення страхування, перестраховання та здійснення фінансової діяльності, пов'язаної із формуванням та розміщенням страхових резервів та їх управлінням. Компанія займається проведенням всіх видів обов'язкового та добровільного страхування та перестраховання, на які видана ліцензія.

Страхова компанія надає послуги з страхування майна, автоцивілка (страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів), КАСКО (відшкодування збитку внаслідок будь-якого зовнішнього фізичного впливу, та внаслідок випадкових і непередбачуваних подій), страхування здоров'я, туристичне страхування, страхування вантажів, агрострахування, страхування відповідальності, страхування фінансових ризиків, добровільне медичне страхування[44].

Фінансовий стан об'єкта на сучасному етапі розвитку економічних відносин є найважливішою характеристикою надійності, стійкості й ділової активності компанії. Лише за умови стабільності можливо здійснювати активну інвестиційну й інноваційну діяльність, випускати конкурентоздатну продукцію, динамічно розвиватися й посідали лідерське становище в галузі. Огляд робіт з питань аналізу фінансового стану засвідчив, що вчені виділяють різні групи оцінкових показників, керуючись при цьому певним класифікаційним критерієм.

Методика розрахунку показників для аналізу фінансового стану компанії наведена у Додатку Г. Аналіз фінансових показників компанії наведений в табл.

2.1.

Таблиця 2.5. Зведена таблиця фінансових показників СК «Гардіан» за 2018-2022

рр.

№ з/п	Показник	На кінець року					Відхилення, (+/-)
		2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4		5	6	7
1	Аналіз майнового стану						
1.1.	Коефіцієнт зносу основних засобів	0,21	0,50	0,04	0,09	0,13	-0,08
1.2.	Коефіцієнт оновлення основних засобів	0,35	0,31	0,54	0,56	0,71	0,36
1.3.	Коефіцієнт вибуття основних засобів	0,25	0,18	0,32	0,41	0,52	0,27
2	Аналіз ліквідності						
2.1.	Коефіцієнт покриття	77,04	17,92	13,98	8,81	5,65	-71,39
2.2.	Коефіцієнт швидкої ліквідності	77,03	17,90	13,91	8,75	5,62	-71,41
2.3.	Коефіцієнт абсолютної ліквідності	3,72	2,32	2,82	4,40	1,86	-1,87
2.4.	Чистий оборотний капітал, тис. грн.	104865	101715	102850	164624	186414	81549
3	Аналіз платоспроможності (фінансової стійкості) компанії						
3.1.	Коефіцієнт платоспроможності (автономії)	0,94	0,82	0,66	0,41	0,35	-0,59
3.2.	Коефіцієнт фінансування	0,06	0,22	0,52	1,43	1,86	1,80
3.3.	Коефіцієнт забезпечення власними оборотними засобами	0,99	0,94	0,93	0,89	0,82	-0,16
3.4.	Коефіцієнт маневреності власного капіталу	1,04	1,01	1,02	1,38	1,55	0,51
4	Аналіз ділової активності компанії						
4.1.	Коефіцієнт оборотності активів	0,02	0,16	0,47	0,98	0,64	0,62
4.2.	Коефіцієнт оборотності дебіторської заборгованості	0,02	0,20	0,79	3,14	4,74	4,72
4.3.	Коефіцієнт оборотності кредиторської заборгованості	0,04	0,07	0,19	0,14	0,16	0,12
4.4.	Строк погашення дебіторської заборгованості, днів	16668,2	1771,7	457,87	114,74	75,93	-16592,31
4.5.	Строк погашення кредиторської заборгованості, днів	345,20	70,78	38,67	23,97	37,38	-307,82
4.6.	Коефіцієнт оборотності матеріальних запасів	54,57	305,56	211,66	245,79	249,42	194,85
4.7.	Коефіцієнт оборотності основних засобів (фондовіддача)	168,25	305,56	9,63	9,15	8,60	-159,65
4.8.	Коефіцієнт оборотності власного капіталу	0,02	0,19	0,64	1,98	2,46	2,44
5	Аналіз рентабельності компанії						
5.1.	Коефіцієнт рентабельності активів	0,004	0,13	0,24	0,52	0,30	0,30
5.2.	Коефіцієнт рентабельності власного капіталу	0,00	0,15	0,33	1,04	1,16	1,16
5.3.	Коефіцієнт рентабельності	0,002	0,01	0,01	0,01	0,005	0,002

діяльності							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Примітка: складено автором на основі [29-32].

Аналізуючи таблицю 1.4, можна зробити висновки, що ряд показників знаходяться в нормі, але є й показники, які потребують покращення. Аналіз майнового стану показав, що коефіцієнти зносу, оновлення та вибуття основних засобів знаходяться в межах норми, що свідчить про достатній виробничий потенціал компанії.

Ліквідність компанії визначає її спроможність сплачувати свої поточні зобов'язання, коефіцієнти покриття та швидкої ліквідності відповідають нормам, хоча мають тенденцію до зменшення що свідчить про недостатність ресурсів, які можуть бути використані для погашення зобов'язань СК «Гардіан».

Показники фінансової стійкості компанії дозволяють здійснити аналіз за даними балансу, що характеризує структуру джерел фінансування ресурсів компанії, ступінь фінансової стійкості і незалежності компанії від зовнішніх джерел фінансування діяльності свідчить про те що вона є фінансово стійкою.

Аналіз ділової активності дозволив проаналізувати ефективність основної діяльності компанії, що характеризується швидкістю обертання фінансових ресурсів, показники знаходяться в нормі та мають тенденції до покращення, що свідчить про ефективність використання усіх наявних ресурсів, незалежно від джерел їхнього залучення, ефективного використання основних засобів компанії та власного капіталу.

Показники рентабельності дозволяють визначити ефективність вкладення коштів у компанію та раціональність їхнього використання. Показники рентабельності за досліджуваний період знаходяться в межах норми та мають позитивну тенденцію.

Отже, проаналізувавши основні фінансові показники діяльності компанії за 2018-2022р., ми встановили, що в даний період в компанії спостерігається збільшення показників, що свідчить про позитивні тенденції в розвитку.

Основним джерелом доходів ТДВ «СК «ГАРДІАН» впродовж 2018-2022рр. були страхові премії. Аналіз динаміки страхових премій СК «ГАРДІАН» в 2018-2022рр. за договорами добровільного страхування наведено в Додатку Д.

Дані таблиці дають змогу зробити висновки, що в 2018-2022рр. обсяг страхових премій за договорами добровільного страхування мав позитивну динаміку. В 2022 році збільшився порівняно з 2018 р. на 159690 тис. грн. або на 752,6 %. Зобразимо динаміку страхових премій графічно (рис.2.2.).

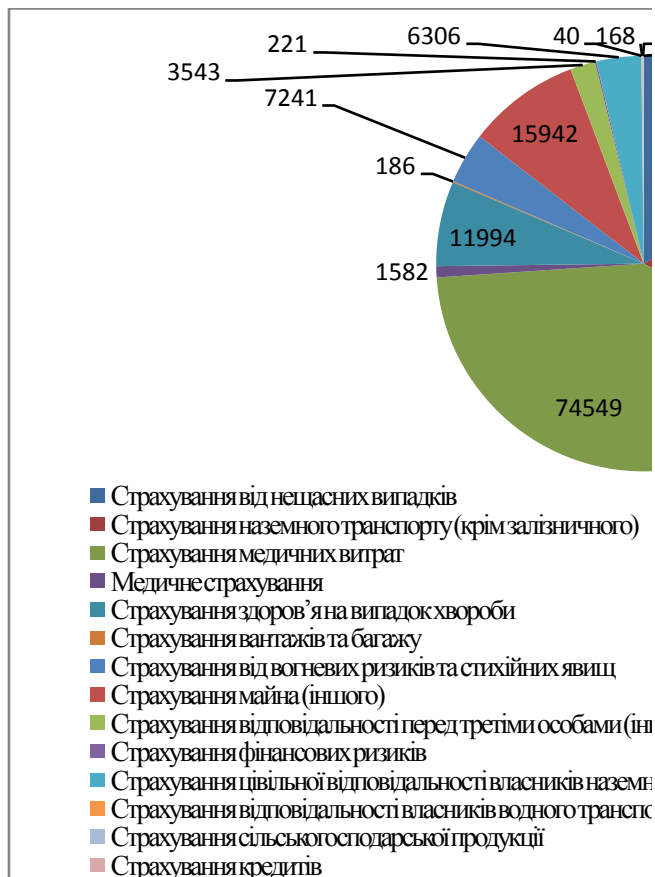


Рис.2.2. Динаміка страхових премій ТДВ «СК «Гардіан» впродовж 2018-2022рр. за договорами добровільного страхування, тис. грн.

Примітка: складено автором на основі [29-32].

СК «ГАРДІАН» надає послуги з добровільного медичного страхування., цей вид страхування дозволяє:

– захистити себе від непередбачуваних витрат у випадку виникнення гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або травми особи;

– отримати якісну своєчасну медичну допомогу незалежно від території проживання (прописки) та свого місцезнаходження на момент виникнення захворювання.

Застрахованими по медичному страхуванню можуть бути фізичні особи, корпоративні клієнти, колективи та члени їх сімей.

Поліс ДМС гарантує застраховані особі такі послуги:

- невідкладна медична допомога;
- стаціонарне лікування;
- амбулаторно-поліклінічне лікування та діагностика;
- стоматологія;
- профілактичний огляд;
- діагностика та лікування критичних захворювань.

Добровільне медичне страхування в СК «Гардіан» дозволяє отримати такі переваги:

- медичну допомогу в лікувальних установах України;
- забезпечення медичними препаратами та послугами, передбаченими програмою страхування;
- грошову компенсацію самостійно витрачених коштів на послуги і медикаменти.
- контроль якості лікування та обслуговування клієнтів в медичних закладах;
- оперативність;
- індивідуальний супровід договорів страхування;
- гнучка програмна лінійка, яка розрахована на різні можливості клієнтів [44].

Далі розглянемо програми добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» (табл. 2.6)

Таблиця 2.6. Програми добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН»

Умови	Програма		
	Стандарт	Класика	Престиж
Страхова сума	75000	100000	175000
Вартість полісу	2000	4500	6000

Швидка медична допомога	До 5 категорій	До 6 категорій	До 6 категорій
Стационарне лікування	До 5 категорій	До 5 категорій	До 6 категорій
Амбулаторно-поліклінічне лікування та діагностика	-	До 4 категорій	До 6 категорій
Стоматологія	-	+	+

Примітка: складено автором на основі джерел[44]

Для того щоб оцінити діяльність СК «Гардіан» розглянемо рейтинг страхових компаній по добровільному медичному страхуванню за 2018-2022рр.(табл.2.7.)

Таблиця 2.7. Рейтинг страхових компаній по добровільному медичному страхуванню за 2018-2022рр.

№	Роки				
	2018	2019	2020	2021	2022
1.	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА	УНІКА	УНІКА	УНІКА
2.	НЕФТЕГАЗСТРАХ	УНІКА	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА
3.	УНІКА	НЕФТЕГАЗСТРАХ	ІНГО	ІНГО	ІНГО
4.	АХА СТРАХУВАННЯ	АХА СТРАХУВАННЯ	ARX	ARX	ARX
5.	PZU УКРАЇНА	ІНГО	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ
6.	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	НЕФТЕГАЗСТРАХ	NGS	УСГ
7.	КРАЇНА	PZU УКРАЇНА	КРАЇНА	УСГ	ТАС СГ
8.	ІНГО	УСГ & ГЛОБУС	УСГ & ГЛОБУС	КРАЇНА	NGS
9.	УСГ & ГЛОБУС	КРАЇНА	PZU УКРАЇНА	ТАС СГ	КРАЇНА
10.	КРЕМЕНЬ	ТАС СГ	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	PZU УКРАЇНА	PZU УКРАЇНА

Примітка: упорядковано автором [53]

Аналізуючи дані таблиці бачимо, що страхова компанія не входить до ТОП-10 рейтингу страхових компаній по добровільному медичному страхуванню, це свідчить про недостатній рівень наданих послуг в напрямку ДМС, потрібно використовувати досвід інших страхових компаній, які надають послуги за цим видом страхування.

Розглянемо більш детально обсяг надходжень, суми відшкодувань та рівень виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022 років для більш повного розуміння стану розвитку ДМС В Україні. Результати розрахунків подамо у вигляді таблиці (табл.2.4).

Таблиця 2.8 Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр.

Вид страхування	Роки					Відхилення 2022р. від 2018 р. (+/-)
	2018	2019	2020	2021	2022	
Добровільне медичне страхування						
Сума платежу	3546	8624	10046	159517,8	13576	10030
Сума виплат	113,2	526	893	1913,4	2009,6	1896,4
Інші види страхування						
Сума платежу	105641	92564	84721	149669,6	346173,5	240532,5
Сума виплат	18364	25641	19970	49463,3	93683,6	75319,6
Всього						
Сума платежу	109187	101188	94767	309187,4	359749,5	250562,5
Сума виплат	18477,2	26167	20863	51376,7	95693,2	77216
Питома вага надходжень від ДМС(%)	3,78	10,79	12,38	61,13	4,38	0,6

Примітка: складено автором за даними [44]

Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр. показав позитивну динаміку. За п'ять років, що досліджуються обсяг надходження страхових премій має тенденцію до збільшення. Одним із основних показників, що характеризують страховика з точки зору привабливості для потенційного страхувальника є обсяг виплачених страхових сум та відшкодувань. За 2022 рік компанія виплатила своїм клієнтам 95693,2 тис. грн. страхових відшкодувань, з

них 2009,6 тис. грн. (4,38%) за договорами ДМС. Це говорить про збалансованість страхового портфелю та грамотну політику страховика. Розглянемо детальніше динаміку страхових платежів та відшкодувань саме за добровільним медичним страхуванням (рис. 2.2)

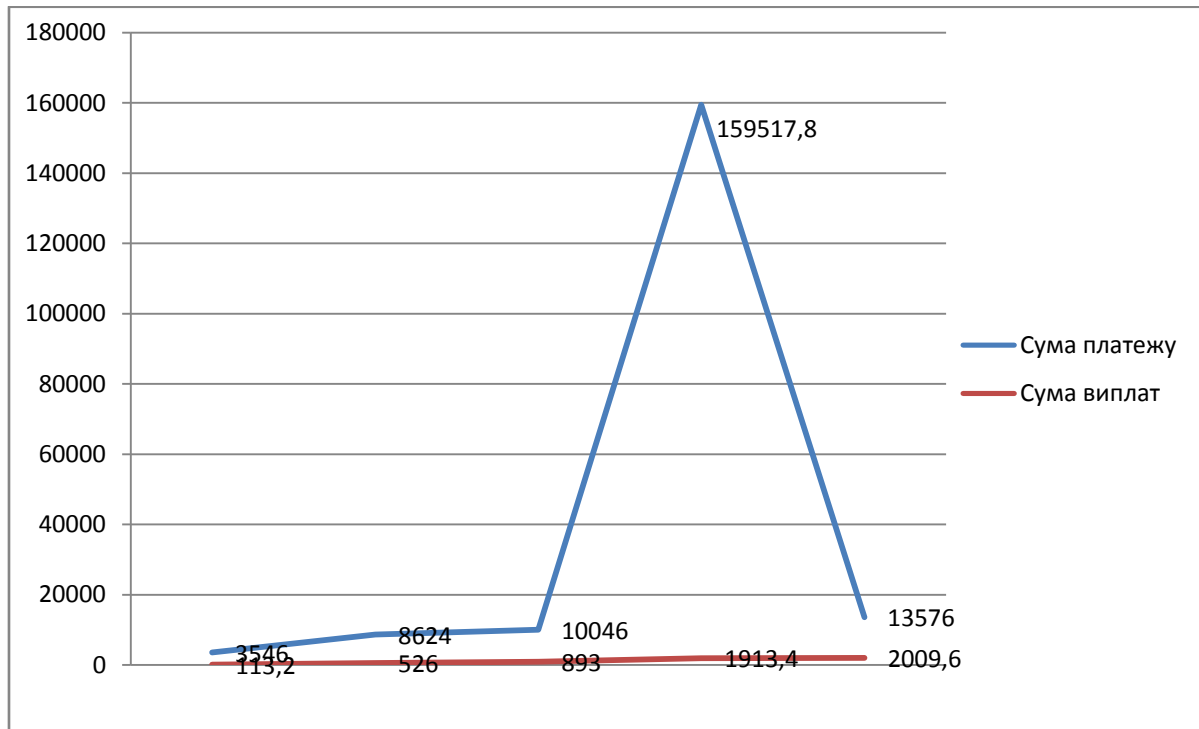


Рис. 2.3. Динаміка страхових платежів та відшкодувань за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» за 2018-2022рр.

Примітка: складено автором за даними[44]

Необхідно відмітити, що протягом досліджуваного періоду рівень платежів з добровільного медичного страхування знаходився на надвисокому рівні, особливо у 2021 році, надходження за цим видом страхування склали 61,13% від загальної суми надходжень, оскільки в цей період компанія активно рекламувала свої послуги з добровільного медичного страхування, в результаті чого було заключено декілька великих договорів з заводами. Щоб забезпечити виконання зобов'язань за договорами ДМС і здійснювати виплати у повному обсязі, страхова компанія використовувала резерви для покриття збитків за цим видом страхування.

2.2. Розвиток програм добровільного медичного страхування СК «Гардіан» у системі послуг закладу охорони здоров'я

В сучасному світі актуальним є питання добровільного медичного страхування. Пандемія, яка охопила багато країн світу, є причиною зростання захворюваності людей, але й ряду фінансово-економічних проблем. Пандемія коронавірусу не тільки змусила компанії класичного страхового ринку перейти на віддалену роботу, а й стала поштовхом до розробки нових страхових програм. Під час такого непростого періоду, ринок страхових послуг зазнав змін. Суб'єкти пристосовуються до сучасної ситуації та приймають рішення, які сприяють їх розвитку не тільки під час кризи, але й у подальшому. В умовах пандемії утворилися загрози для успішної діяльності страхових компаній, але і виникли можливості для розвитку. Страхові компанії зіткнулися з перенавантаженістю приватних медичних закладів з якими у них підписані договори про співпрацю та почали звертати свою увагу на державні та комунальні медичні заклади як можливих партнерів у розвитку послуг добровільного медичного страхування.

Найчастіше компанії пропонують програми-конструктори, коли клієнт може вибрати наповнення пакета і термін страхування. Діапазон максимальних страхових сум – 10-100 тис грн. Термін страхування – від місяця до року. Найбільш популярний термін – шість місяців.

Усі компанії покривають ризик смерті від коронавірусу (100% страхової суми), майже всі – отримання інвалідності та госпіталізацію (оплачується кожен день перебування в стаціонарі, але в сумі, яка не перевищує половини розміру максимальної страхової виплати) або амбулаторне лікування (фіксована сума за кожен день лікування). Традиційно винятком є громадяни з першою та другою групами інвалідності, інфіковані ВІЛ/СНІД та з онкологічними захворюваннями. Іноді страхові відмовляють і хворим на цукровий діабет. Неохоче страхують і лікарів, теоретично компанії готові страхувати від медичний персонал, але якщо

Пандемія COVID-19 виявила в Україні катастрофічний стан охорони здоров'я в частині забезпечення доступності та якості медичних послуг. Одним із факторів є не ефективне державне медичне страхування (це показав і брак тестів ПЛР, і відсутність місць для госпіталізації в лікарнях, і незадовільну ситуацію з необхідним медикаментозним забезпеченням, і відсутність апаратів ШВЛ та запасів кисню тощо). У розвинених державах світу діє страховий механізм фінансування витрат на охорону здоров'я, а в Україні добровільне медичне страхування складає менше 1% витрат на охорону здоров'я.

СК «Гардіан» пропонує страхування населення шляхом укладання пакету договору добровільного медичного страхування (ДМС) або через програму страхування Захист від «COVID-19».

В такому випадку страховим випадком за ДМС буде погіршення стану здоров'я Застрахованої особи чи загострення хронічного захворювання, нещасного випадку, яке сталось під час та на території дії договору страхування, та отримання при цьому медичної допомоги чи послуг в передбачених програмою страхування обсягах і якості з такого переліку опцій: стаціонарне лікування, амбулаторно-поліклінічне лікування, швидка медична допомога. Але потрібно звернути увагу на високу вартість програм ДМС в для середньостатистичного українця. Як правило вартість програми у 5 000-15 000 грн є фінансово недоступною, тому і попит на програми добровільного медичного страхування сучасних економічних умовах є неплатоспроможним. Одним з варіантом вирішення цієї проблеми є придбання адаптивних програм, які мають ознаки договору добровільного медичного страхування, тобто страховиком відшкодовуються медичному закладу понесені витрати, але в межах встановлених лімітів, які порівняно з класичним договором добровільного медичного страхування є невисокими. Також згадані договори мають ряд виключень з страхового покриття та передбачають гнучкі умови страхування.

Так, програма страхування від ТДВ «Страхова Компанія «ГАРДІАН» «Здорова родина»– це програма, яка покриває витрати у разі госпіталізації у медичний заклад або смерті через інфікування коронавірусом COVID-19.

Страхові випадки:

- виникнення у Застрахованої особи хвороби - гострої респіраторної інфекції;
- стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом не менше 5 (п'яти) діб в результаті хвороби - гострої респіраторної інфекції, яка вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування;
- стаціонарне лікування Застрахованої особи в умовах відділення інтенсивної терапії з підключенням до апарату штучної вентиляції легень в результаті хвороби;
- стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом не менше 5 (п'яти) діб, яке не проводилося в умовах відділення інтенсивної терапії з підключенням до апарату штучної вентиляції легень хворого;
- смерть Застрахованої особи в результаті хвороби - гострої респіраторної інфекції, яка вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування.

Переваги продукту:

- виплата страхового відшкодування в разі стаціонарного лікування при будь-якому перебігу хвороби;
- страхове покриття при перебуванні на стаціонарному лікуванні до 30 днів;
- страховий захист 24 години на добу;
- охоплення вікової групи ризику 50+;
- можливість дистанційного оформлення договору страхування менеджером або самостійне оформлення он-лайн;
- оплата обраного договору страхування клієнта проводиться у режимі он-лайн;

– гарантія виплат від надійної страхової компанії – одного з лідерів ринку страхування України

Договір страхування можуть придбати: юридичні особи, на користь своїх співробітників; фізичні особи, резиденти і нерезиденти України, у свою користь або на користь будь-якої іншої фізичної особи. Застрахованими за договором можуть бути особи віком до 65 років.



Рис.2.3. Алгоритм надання страхового захисту СК «ГАРДІАН» у співпраці з КП «ХМЦПМСД №1» ХМР

Примітка. Складено автором за джерелом [44]

Алгоритм дій для укладення договору страхування:

1. Визначитись щодо вибору Програми медичного страхування (вид програми).
2. Надати Страховику список застрахованих осіб та копії необхідних документів.
3. Ознайомитись з договором ДМС та підписати його.
4. Отримати картки страхування від Страховика та пам'ятки для Застрахованих осіб.
5. Отримувати медичну допомогу в обраному закладі охорони здоров'я.

Аналіз вищевикладеного дозволяє зобразити алгоритм надання страхового захисту від COVID-19, що складається з 4 етапів, наведених на рис. 2.3

Для того, щоб розуміти рівень захисту який надає компанія, доцільно порівняти програми страхових компаній в Україні, а саме тарифи та послуги, які покриває страхова компанія при настанні страхового випадку.

Для наглядного порівняння програм страхових компаній щодо COVID-19 сформуємо таблицю 2.5.

Таблиця 2.9. Характеристика програм страхових компаній

Умови	Назва страхової компанії				
	«ГАРДІАН»	«Країна»	«Уніка»	«ПЗУ»	«УПСК»
Стандарт					
Страхова сума	40000 грн.	30000 грн.	20000 грн.	50000 грн.	45000 грн.
Вартість полісу	800 грн.	600 грн.	400 грн.	1300 грн.	1100 грн.
Страхові суми по кожному ризику					
Факт діагностики	4000 грн.	2200 грн.	1700 грн.	6000 грн.	4500 грн.
Пневмонія	20000 грн.	15000 грн.	9000 грн.	25000 грн.	22000 грн.
Госпіталізація	25000 грн.	18000 грн.	11000 грн.	33000 грн.	26000 грн.
Смерть	40000 грн.	30000 грн.	20000 грн.	50000 грн.	45000 грн.
Престиж					
Страхова сума	70000 грн.	50000 грн.	50000 грн.	100000 грн.	80000 грн.
Вартість полісу	1700 грн.	1500 грн.	1300 грн.	2000 грн.	1800 грн.

Страхові суми по кожному ризику					
Факт діагностики	8000 грн.	6000 грн.	5500 грн.	10000 грн.	8000 грн.
Пневмонія	40000 грн.	35000 грн.	2000 грн.	60000 грн.	50000 грн.
Госпіталізація	75000 грн.	43000 грн.	30000 грн.	82000 грн.	65000 грн.
Смерть	70000 грн.	50000 грн.	50000 грн.	100000 грн.	80000 грн.

Примітка: складено автором за даними[10]

Аналізуючи дані таблиці бачимо, що виплати за страхування СК «ГАРДІАН» на випадок коронавірусної інфекції здійснюються на середньому рівні порівняно з іншими страховими компаніями в Україні.

Слід констатувати, що на сьогодні зростає попит на запровадження медичного страхування. Багато страхових компаній в Україні пропонує укладання договору медичного страхування. Роботодавці піклуючись про здоров'я своїх співробітників укладають такі договори, що також має позитивні аспекти для страховиків –можливості надання актуальних страхових послуг та отримання прибутку. Для фізичних осіб страхування сприяє отриманню соціального захисту та зменшенню фінансового навантаження на страхувальника.

Послуги які включають Програми страхування від коронавірусу від українських страхових компаній мають різний спектр послуг, які входять в страховий поліс(табл. 2.10).

Таблиця 2.10. Послуги страхових компаній по страхування від COVID-19

№	СК	Програма	Страхове покриття
1.	«ГАРДІАН»	Захист відCOVID-19	Виникнення у особи хвороби, стаціонарне лікування, смерть від COVID-19
2.	«Країна»	Захист відCOVID-19	Госпіталізація в результаті зараження коронавірусом COVID-19; смерть від COVID-19
3.	«Уніка»	Страхуваннявід COVID-19	Підтвердження діагнозу; амбулаторне і стаціонарне лікування; смерть від COVID-19
4.	«ПЗУ»	Стоп. Коронавіру	Стаціонарне лікування понад 5 днів гострої респіраторної інфекції, викликаной COVID-19 (до 30 днів); смерть застрахованого від COVID-19
5.	«УПСК»	Турбота 24/7: розширення COVID-19	Консультації та аналізи; поліклініка і стаціонар; смерть від COVID-19

Примітка. Складено автором за джерелом [49]

Аналізуючи таблицю2.10., можна стверджувати, що

на страховому ринку договорів страхування від COVID-19

різних страхових компаній схожі. Страховим випадками є: лабораторно підтверджений факт інфікування коронавірусом; амбулаторне і стаціонарне лікування; смерть застрахованого в результаті важкого перебігу хвороби.

Обслуговування пацієнтів за договорами добровільного медичного страхування (ДМС) може мати для КП «ХМЦПМСД №1» ХМР ряд переваг:

1. Стабільний фінансовий приріст, адже медичні заклади отримують гарантований приріст фінансових коштів через стабільні платежі від страхових компаній або самооплатних пацієнтів, які уклали договори ДМС.

2. Розширення клієнтської бази, оскільки, працюючи з програмами ДМС, медичні заклади можуть розширити свою клієнтську базу, де пацієнти, які користуються ДМС, мають можливість отримувати медичні послуги за певними умовами із задоволенням своїх потреб.

3. Більше замовлень на дорогі послуги. Пацієнти, які мають ДМС, частіше мають можливість скористатися дорогими медичними послугами та процедурами, що може призвести до збільшення доходу для медичного закладу.

4. Зменшення ризику дебіторської заборгованості. Страхові компанії зазвичай виплачують кошти медичному закладу безпосередньо, зменшуючи ризик дебіторської заборгованості.

5. Приріст рейтингу та довіри. Робота з програмами ДМС може підвищити рейтинг та довіру споживачів, які більш схильні обирати медичний заклад, де є можливість скористатися страховим покриттям.

6. Більше замовлень на профілактичні послуги. Програми ДМС можуть стимулювати пацієнтів до звернення за профілактичними медичними оглядами та консультаціями, що сприяє підтримці їхнього здоров'я та попередженню захворювань.

7. Ефективне використання ресурсів. Медичні заклади можуть більш ефективно розподіляти свої ресурси, так як пацієнти з ДМС можуть визначати конкретні медичні послуги, які вони отримують, допомагаючи оптимізувати

навантаження та використання обладнання.

8. Взаємодія зі страховими компаніями може стати основою для встановлення довгострокових партнерських відносин, що призводить до стабільності та можливостей для подальшого розвитку медичного закладу.

Загалом, обслуговування пацієнтів за договорами ДМС може стати вигідним для медичних закладів, надаючи стабільність фінансів і стимулюючи пацієнтів до звернення за якісними медичними послугами.

РОЗДІЛ III. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

3.1. Удосконалення системи андеррайтингу добровільних страхових медичних програм

Розвиток добровільного медичного страхування в сучасному світі потребує великої уваги, оскільки люди хочуть швидко та якісно отримувати медичні послуги та консультації, економія виражається і в грошовому еквіваленті, бо страховий поліс коштує значно дешевше, ніж медична допомога яку отримує застрахована особа.

Одним з шляхів сприяння розвитку добровільного медичного страхування може стати використання полісів мікрострахування для незаможного населення. Першочерговими щодо впровадження є поліси мікрострахування здоров'я на випадок хвороби. Розробка таких договорів обґрунтована результатами проведеного опитування незаможного населення і враховує їх інтереси та інтереси страховиків.

Зміни, які необхідно зробити в законодавчій базі для того, щоб розвинути добровільне медичне страхування, пов'язані зі специфікою оподаткування страхових компаній, які займаються цим видом страхування. Податкове навантаження для страхових компаній, які займаються ДМС, діє на загальних для страховиків підставах і не вмотивовує займатися цим видом страхування, що відрізняється від інших великою ресурсоемністю і високим рівнем виплат. Високі витрати даного виду пов'язані з соціальною значимістю виду та з його функціональною специфікою.

На нашу думку, необхідно, щоб у законодавчому порядку, держава дозволила відносити кошти, які сплачені юридичною особою-страхувальником за договором ДМС на користь працівників, до витрат. Це буде стимулюючим фактором для громадян до захисту свого здоров'я за рахунок податкових пільг. Оподаткування витрат працівників на ДМС не стимулює їх розвивати програми медичного страхування на підприємствах. Наприклад, якщо ввести податкові пільги для підприємств, які користуються послугами довгострокового

страхування життя своїх працівників це призведе до значного збільшення кількості даного сектора страхового ринку в Україні.

Ще одним і, можливо, найефективнішим напрямком підвищення попиту населення на ДМС в Україні є поліпшення якості такої послуги. Для того, щоб зрозуміти, що саме потрібно зробити для того щоб створити та задовольнити попит населення на послуги ДМС, необхідно брати до уваги той стан, в якому знаходиться дана галузь страхування і перспективи її розвитку. Зараз добровільним медичним страхуванням активно займається невелика кількість компаній на страховому ринку України. Перша рейтингова десятка страхових компаній ринку ДМС концентрує близько 70% загальних обсягів страхових платежів з цього виду страхування[53].

Але питання, яке потребує вирішення полягає в готовності страхових компаній забезпечувати продуктивну діючу систему медичного страхування. Для того щоб підвищити ефективність сукупних суспільних витрат на охорону здоров'я необхідно поступово здійснювати перехід від постатейного утримання мережі лікувально-профілактичних закладів до фінансування їхньої діяльності відповідно до потреб пацієнтів на основі контрактів та угод, що відповідатиме принципам ринкової економіки.

Участь медичного закладу у розвитку ДМС (визначається рядом ключових аспектів, які сприяють покращенню якості медичних послуг та створюють економічні можливості. Діяльність медичного закладу в рамках ДМС включає в себе наступні компоненти: (табл. 3.1)

Узагальнюючи, участь медичного закладу у розвитку ДМС відкриває перспективи для покращення якості медичних послуг, розширення клієнтської бази та створення стійкого фінансового підґрунтя для медичної установи.

Для вдосконалення обслуговування застрахованих за договорами ДМС є впровадження нової системи кадрового забезпечення, а саме фахівців в сфері охорони здоров'я, які мають досвід і знання з медичного страхування. Такі спеціалісти потрібні хоча б для того, щоб документально засвідчувати обслуговування осіб які застраховані, так як за них всі витрати покриває

страховик і розрахунки проходять між лікувальним закладом і страховою компанією.

Таблиця 3.1. Розвиток ДМС на базі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1»

Завдання розвитку ДМС	Зміст завдання
Ефективне управління медичними ресурсами	З метою оптимізації використання медичних ресурсів, медичний заклад, що бере участь у ДМС, повинен впроваджувати системи ефективного управління, включаючи технології медичного обліку, планування роботи персоналу та інші інструменти.
Участь у профілактичних та зберігаючих здоров'я програмах (превентивна медицина)	КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» може активно сприяти підвищенню рівня свідомості клієнтів про важливість профілактичних заходів та здорового способу життя. Це може включати в себе проведення лекцій, медичних обстежень та інших форм освіти з питань здоров'я.
Партнерство з страховими компаніями	КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» має встановлювати партнерські відносини з компаніями, що надають послуги ДМС. Це створює можливість для розширення обсягів пацієнтської бази та забезпечення фінансової стабільності закладу.
Розширення медичного функціоналу	Медичний заклад може розширювати свої медичні послуги в рамках ДМС, включаючи додаткові консультації, вторинні діагностику, програми профілактики та реабілітації. Це дозволяє зростанню числа клієнтів та підвищенню конкурентоспроможності.
Дотримання інформаційної безпеки	Забезпечення конфіденційності та безпеки медичної інформації пацієнтів є критично важливим для участі у програмах ДМС. Медичні заклади повинні дотримуватися сучасних стандартів інформаційної безпеки. Разом з тим при первинному обстеженні пацієнта, що є клієнтом страхової компанії надати повну та достовірну інформацію страховику про стан його здоров'я та потенційні страхові ризики.
Надання високоякісних медичних послуг	КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» повинен забезпечувати високий стандарт медичного обслуговування для пацієнтів, які користуються ДМС. Це означає надання широкого спектру послуг, високотехнологічних методів діагностики та лікування, а також індивідуалізованого підходу до кожного клієнта.

Примітка. Сформовано автором.

Згідно звітних даних страхових компаній за 2020-2021 роки попит на добровільне медичне страхування в Україні збільшився, звісно у 2022-2023 році попит знизився у зв'язку з повномасштабним вторгненням РФ. У першу чергу зростання попиту пов'язано з бажанням населення мати більший сервіс при споживанні медичних послуг, переймання європейського досвіду,

зростання рівня довіри до страховиків. Вміння вітчизняних страховиків привертати увагу населення до переваг медичного страхування впливає на подальше фінансове забезпечення медичної галузі в державі. З часом українці все більше відходять від радянських стереотипів мислення, звична для населення система державного фінансування медичного забезпечення людини все частіше замінюється послугами страхових компаній в галузі добровільного медичного страхування, що є зручним для людей[38].

Досвід страхової компанії, діяльність якої досліджувалась в цій роботі, спроектований на методи сучасного менеджменту і дає змогу поліпшити якість страхових послуг. Робота СК «ГАРДІАН» на практиці підтверджує, що необхідним для розвитку системи добровільного медичного страхування є створення клієнто-орієнтованої політики врегулювання страхових випадків; функціонування власного медичного асистансу; розробка оптимізації бізнес-процесів та стандартів якості обслуговування клієнтів; проведення постійних семінарів і тренінгів для персоналу, з метою збільшення обсягів продажу даного виду послуг. З метою забезпечення і підвищення фінансового результату від договорів добровільного медичного страхування пропонуємо вдосконалити систему андеррайтингу страхової компанії. Це дозволить підтримувати оптимальний баланс між об'ємом надходжень і рівнем виплат залежно від ситуації, яка складається на ринку страхових послуг.

Найпростіший інструмент андеррайтингу в ДМС – анкета, що містить різні питання про перенесені хвороби, наявність інвалідності, із зазначенням групи, тощо. Деякі західні страховики підходять до андеррайтингу дуже серйозно, особливо, якщо справа стосується великих договорів: зазвичай береться кров на аналіз, перевіряється тиск, хронічні захворювання виявляються при медичному обстеженні або на основі завірених даних з інших лікувальних закладів. Крім того, окрім стану здоров'я може визначатись національна приналежність, точне місце народження, сімейний стан.

Основним результатом роботи вдосконаленої системи андеррайтингу є формування збалансованого і прибуткового страхового портфелю, що

забезпечуватиме фінансовий результат. Впровадження системи антикризового менеджменту є особливо важливим для страхових компаній в умовах погіршення загальної економічної ситуації в країні, в тому числі в умовах кризових явищ, коли в боротьбі за збереження доходів деякі компанії нехтують головними критеріями якості страхових послуг.

Вважаємо, що для підвищення якості обслуговування необхідно оптимально скоротити кількість відвідувань клієнта при врегулюванні страхового випадку. Співпраця тільки з надійними партнерами сприяє зацікавленню клієнтів до обслуговування в цій компанії.

Зокрема, за умови підписання договору про співпрацю між СК «Гардіан» та КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» та підвищення точності андеррайтингової оцінки варто проводити обов'язкові медичні обстеження при укладенні договору ДМС. Ці обстеження призначені для визначення стану здоров'я та ризику захворювань, щоб забезпечити об'єктивну оцінку страхового ризику та визначити страховий тариф. На нашу думку, обов'язкові медичні обстеження мають включати:

Таблиця 3.2. Обов'язкові медичні обстеження КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1»

Вид обстеження	Зміст
Загальний медичний огляд	Фізичний огляд лікарем, що включає в себе вимірювання артеріального тиску, пульсу, а також огляд шкіри, волосся, вух, носа та горла.
Аналізи крові та сечі	Загальний клінічний аналіз крові та аналіз сечі для визначення основних показників здоров'я та функціонування органів.
Вимірювання маси тіла (bmi)	Розрахунок індексу маси тіла, який може слугувати показником надмірної або недостатньої маси тіла.
Електрокардіограма (ЕКГ):	Запис електричної активності серця для виявлення можливих аномалій у роботі серцево-судинної системи.
Вимірювання рівня холестерину та цукру в крові	Аналізи для визначення ризику захворювань серцево-судинної системи та цукрового діабету.
Діагностика зору та придатності до водіння(за потреби)	Страхові компанії можуть вимагати діагностики зору та визначення придатності до водіння, якщо це має значення для конкретного виду страхування (страхування водіїв, таксистів, осіб, які працюють на висотах та з електричною напругою).
Анкетування щодо медичного анамнезу	Заповнення анкети з історією хвороб, госпіталізацій та раніше виявлених захворювань.

Примітка. Сформовано автором.

Ці медичні обстеження дозволять страховій компанії оцінити ризики та розробити індивідуальний підхід до кожного страхувальника, що впливає на тарифи та умови страхового покриття. У разі виявлення будь-яких медичних аномалій, страхова компанія може рекомендувати додаткові обстеження або обмежити покриття певних захворювань.

Під час розрахунку страхових тарифів за Програмами медичного страхування, коли відсутні фактичні дані про результати проведення страхових операцій, страхова сума та виплати можуть бути оцінені із застосуванням математичних методів.

Ураховуючи те, що оцінка ризику багато в чому залежить від суб'єктивної оцінки андерайтера, з метою мінімізації суб'єктивізму страхова компанія може застосовувати цифрову рейтингову систему, яка проявляється в розкладці ризику на його позитивні та негативні фактори, що дає змогу визначити розмір ризику у відсотках через додавання позитивних значень і віднімання негативних. При цьому страховик може застосувати наступні розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності під час виплати страхової суми, що допоможе отримати більше прибутку:

- базовий тариф – 100%;
- хронічні захворювання +18%.
- за тиск – +15%
- за надмірну вагу – + 10%;
- вік(50+) - +5%

За даними Держстату кожен 4 українець має хронічні захворювання, кожен 3 має проблеми з тиском та кожен 5 має проблеми з надмірною вагою, 15% застрахованих осіб компанії віком від 50 років.

Ми пропонуємо збільшувати вартість полісу на 20% при хронічних захворюваннях та проблемах з тиском, на 10% якщо пацієнт має вік від 50 років та має надмірну вагу.

Аналізуючи дані за 2018-2022 рр. видно що сума платежів від добровільного медичного страхування в середньому збільшувалась на 4751 тис.грн, а сума виплат на 375 тис.грн, 3596 осіб купували поліс та 1,5% застрахованих осіб отримували виплати у зв'язку з настанням страхового випадку. Тому можемо прогнозувати що в 2023 році платежі складуть 7182 тис.грн., а виплати 2394 тис грн. Далі розглянемо як зміняться ці суми (табл.3.1), якщо застосувати запропоновану систему андеррайтингу добровільного медичного страхування на основі класичного тарифу вартістю 4500 грн, страховою сумою 100000 грн.

Таблиця 3.3. Прогнозований аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН»

Показник	Класичний тариф	Удосконалена система андеррайтингу					
		Класика	Хронічні захворювання	Тиск	Надмірна вага	Вік(50+)	Всього
Ціна тарифу	4500	4500	5400	5400	4950	4950	-
Страхова сума	100000	100000	118000	115000	110000	105000	-
Особи які придбають поліс	1596	112	399	527	319	239	1596
Платежі	7182000	502740	2154600	2844072	1580040	1185030	8266482
Виплати(1,5%)	2394000	167580	706230	908523	526680	377055	2686068

Примітка: складено автором за даними СК «ГАРДІАН»[44]

Аналізуючи дані таблиці видно, що запропонована система працює, і навіть якщо виплат при настанні страхового випадку буде більше ніж в класичному тарифі, але і платежів отримає більше на 1084 тис.грн., а виплат побільшає лише на 292 тис.грн., а отже прибуток збільшиться на 792 тис.грн.

У кожній програмі мають бути визначені:

- 1) страхові випадки та виключення з ризиків;
- 2) підстави для амбулаторного та стаціонарного лікування;
- 3) перелік медичних організацій, де, у разі виникнення страхового випадку, застрахований має право отримувати медичні послуги, зокрема і КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1»;
- 4) порядок звернення застрахованих за медичними послугами, а також ті, хто та як приймає рішення про госпіталізацію;

5) порядок надання швидкої медичної допомоги та здійснення невідкладної госпіталізації;

6) умови отримання медичних послуг;

7) гарантовані високотехнологічні методи діагностики (комп'ютерна та магніторезонансна томографія та рентгенологічні методи діагностики) та лікування (кардіологічні, ангіохірургічні та шунтуючі операції та ін.);

8) процедура вирішення питань про надання призначених лікарем послуг, якщо вони не можуть бути проведені в медичних установах, перерахованих у програмі;

9) порядок взаємодії у разі нестрахового випадку.

Підсумовуючи вище сказане, можна зробити висновок, що андерайтинг, який є комплексним бізнес процесом, складається із сукупності взаємопов'язаних послідовних етапів, які, поступово переходячи з одного в інший, забезпечують досягнення запланованого результату конкретної страхової операції, а також кінцевий фінансовий результат діяльності страховика. Процес андерайтингу забезпечує ефективну оцінку ризиків, визначення адекватних умов страхування, розробку та реалізацію плану превентивних заходів із зниження ризиків, в результаті чого досягається формування збалансованого та рентабельного страхового портфеля.

3.2. Розвиток програм корпоративного медичного страхування

Досвід страхових компаній свідчить, що прибутковим є напрямок корпоративного медичного страхування співробітників, оскільки кожен роботодавець прагне, щоб його співробітники відчували себе впевненими у завтрашньому дні та захищеними від будь-яких негараздів.

В сучасних умовах управління підприємствами роль корпоративного соціального пакету в системі ефективного управління персоналом все більше зростає. Зокрема корпоративне медичне страхування є одночасно вагомим інструментом кадрової безпеки та мотиваційного менеджменту організації. Так, добровільне медичне страхування працівників стає все більше поширеним інструментом додаткового компенсаційного пакету, який ефективно використовується власниками та менеджментом підприємств для підвищення рівня лояльності працівників до підприємства. Найбільш поширена така тенденція серед підприємств з іноземним капіталом. Це пов'язане з тим, що корпоративне медичне страхування в розвинених країнах вже багато років є нормою і широко застосовується

За останні 1–2 роки медичний поліс став затребуваним для невеликих компаній від 3 до 15 осіб. Причому не завжди це штатні співробітники – є команди підприємців і незалежних фахівців, які працюють в форматі тимчасового проекту, але при цьому хотіли б користуватися ДМС. Поки що не всі страховики готові надати привабливі умови для страхування таких колективів.

Якщо говорити про страхову медицину, сьогодні в Україні все навантаження лягає не на державу, а на роботодавця. Досить актуальним з точки зору співпраці КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» та страхової компанії «Гардіан» є включення до пакетів ДМС професійних оглядів працівників. Загальні положення, що стосуються оплати медичних професійних оглядів працівників в Україні зазнали суттєвих змін після реформування охорони здоров'я. Зазвичай, відповідальність за проведення медичних оглядів покладається на підприємства та організації, які

забезпечують працівників доступом до медичного обслуговування. Раніше ці витрати компенсувалися з бюджету. Тому включення профоглядів до пакетів ДМС та їх проведення на базі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» буде насамперед корисним для тих категорій працівників, що можуть підлягати обов'язковим медичним оглядам, які регулюються законодавством. Наприклад, працівники, які працюють у шкідливих умовах або на важких роботах, можуть підлягати регулярним медичним оглядам.

Зазвичай, витрати на медичні огляди працівників можуть бути включені в загальні витрати підприємства. Проте, це може залежати від конкретних умов угоди між підприємством, страховою компанією та медичним закладом. Очевидно, що підприємствам вигідно укласти страхові поліси для покриття витрат на медичні огляди та інші медичні послуги для своїх працівників.

Добровільне медичне страхування найбільш активно розвинуте саме в корпоративній практиці, як частина соціального пакету працівника. В такому випадку покриваються всі витрати на лікування. Людина, з якою стається якийсь випадок, має звернутися в той медичний заклад, з яким співпрацює її страхова компанія, у нашому баченні КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» цілком відповідає вимогам для налагодження такої співпраці. Ця практика захищає тільки від медичних витрат і в ситуації, якщо людина сама за щось заплатила, має офіційні чеки, може звернутися в страхову компанію й отримати відшкодування. Таким чином пацієнт не витрачає гроші, але і не отримує їх додатково.

Завдяки медичному страхуванню, що входить до корпоративного соціального пакету, компанія не лише захищає своїх співробітників, але й підвищує таким чином лояльність працівників. У сфері добровільного медичного страхування, можна запропонувати можливість отримати покриття для клієнтів, яке буде включати в себе захворювання на COVID-19 (або наступних модифікацій вірусу), в тому числі консультації лікаря, лікування в стаціонарі і оплату необхідних ліків, в межах страхової суми.

На великих підприємствах страховий поліс може передбачати спільну оплату роботодавцем і співробітником. Рекомендуємо від 10 до 50% вартості страхування, залежно від фінансової спроможності бізнесу, утримувати із заробітної плати працівника. Але така ситуація не є правилом, а ось придбати страхову програму для родини за корпоративними тарифами співробітник, зазвичай, може лише власним коштом.

Говорити про єдині підходи і встановлені ціни на корпоративне медичне страхування в Україні не можна – занадто багато чинників, які впливають на підсумковий тариф. Передусім ціна залежить від пакету медичних послуг, який включений до страхового полісу. Базовий пакет ДМС обов'язково включає швидку допомогу, лікування в стаціонарі та різні опції амбулаторно-поліклінічної допомоги, обов'язковою є оплата медикаментів. Багато роботодавців хочуть включити до програми ДМС стоматологічну допомогу – в тому чи іншому обсязі, а також сезонну вакцинацію від грипу, вітамінізацію та офісну аптечку. Звичайно ж, чим більша кількість опцій – тим дорожчий тариф. На відміну від інших клієнтів, українські ІТ-компанії все частіше обирають програми страхування з максимальним наповненням – до таких пакетів ДМС входять найдорожчі та найпопулярніші опції, наприклад, планове лікування у стоматолога, включаючи естетичні процедури, курс оздоровчого масажу і регулярні перевірки для профілактики захворювань.

В корпоративному медичному страхуванні страховик пропонує доступніші ціни для страхування великих колективів, хоча бізнес-логіка тут повністю відрізняється від механізму оптових знижок в інших сферах бізнесу. У корпоративному сегменті страхова компанія страхує весь персонал підприємства, де робітники мають різний рівень проблем зі здоров'ям хтось може потребувати медичної допомоги декілька разів на рік, а хтось практично здоровий і навряд чи звертатиметься до лікарів. Чим більше співробітників, тим менше окремі випадки впливають на рівень збитків за корпоративною програмою ДМС у цілому. Це дозволяє нам запропонувати вигідніші ціни на страхування великих колективів. А ось коли йдеться про

невелику команду або персональні страховки, то закон великих чисел уже не працює. Та й потреба в індивідуальному страхуванні здоров'я частіше виникає у тих, хто вже має медичні проблеми і потребує лікування. Щоб компенсувати таку антиселекцію, страховик збільшує ціни на особисте добровільне медичне страхування або страхування малих колективів, зменшує ліміти і суворіше прописує винятки та обмеження які використовує страхова компанія.

Переваги які отримає підприємство при страхуванні працівників:

- підвищиться лояльність до роботодавця, зменшиться плинність кадрів;
- побудуються кращі взаємовідносини з працівниками;
- відбудуватиметься економія робочого часу за рахунок швидкого та якісного медичного обслуговування;
- підвищиться імідж компанії, бо вона піклується про здоров'я її працівників на високому рівні;
- не буде потреби витратити кошти та час на виплату матеріальної допомоги;
- економія на професійних оглядах.

Переваги для співробітників:

- концентрація на виконанні роботи, а не на пошуку лікаря;
- запис на обстеження в максимально зручній по розташуванню клініці;
- впевненість співробітника в захисті при раптовому погіршенні здоров'я;
- не потрібно шукати значні кошти при невідкладній госпіталізації особи.

Обслуговування клієнтів проходить за чіткими алгоритмами, що надає можливість уникати помилок та має такий порядок:

1. застрахована особа повідомляє в контакт центр про проблему, яка сталася;
2. лікар-координатор організовує медичну допомогу;
3. консультації лікаря та обстеження;

Детальна характеристика даного продукту наведена в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4. Характеристика послуг добровільного медичного страхування

№	Опція	Послуги	Умови
1.	«Невідкладна медична допомога»	передбачає виїзд бригади з клініки будь-якого класу. При загрозі життю послуга організовується та оплачується, незалежно від діагнозу та обставин випадку.	покриває абсолютно всі виключення зі списку захворювань в першу добу перебування застрахованої особи в невідкладному стаціонарі
2.	«Виклик лікаря додому або в офіс»	не обмежена симптомами (підвищена температура, зміна артеріального тиску) як у наших конкурентів	не застосовує франшизу на медикаменти при стаціонарному лікуванні (включаючи плановий стаціонар)
3.	Профогляд	формується виходячи з потреб компанії. Ми можемо запропонувати покриття як звичайного, так і спеціалізованого профогляду	забезпечує лікування травм, які отримані в результаті заняття спортом та покриває масаж без поділу по зонах
4.	«Амбулаторно-поліклінічна допомога»	відсутні обмеження по кількості звернень, а денний стаціонар є частиною опції, за яку інші страховики беруть додаткові гроші	не проводить заміну призначених медикаментів на вітчизняні аналоги. А також покриває такі препарати як гепатопротектори, пробіотики, гомеопатія

Примітка: складено автором за джерелом [49]

Отже, страхування (повне або часткове) на основі корпоративних страхових пакетів підтверджує більші вигоди порівняно з індивідуальним страхуванням. Тут, обов'язково варто згадати той факт, що корпоративні договори страхування мають значно нижчий розмір страхових премій при аналогічних до індивідуального договору страхування страхових сумах. При всіх описаних стимулах з боку податкового законодавства та очевидних перевагах сегмент ринку корпоративних продуктів є вкрай низьким порівняно з європейськими країнами. Для його розширення необхідним є подолання основної перешкоди, а саме необхідності нарахування ЄСВ на страхові платежі відповідно до договорів медичного страхування укладених роботодавцем, тобто зрівняння їх у практиці оподаткування з договорами добровільного пенсійного страхування, що дасть істотний поштовх підвищенню доступності продукту.

За допомогою програмного цифрового забезпечення страхової компанії ми розрахували програми корпоративного медичного страхування та провели їх порівняння з програмами з особистого добровільного страхування. Розглянемо

конкретні випадки для застрахованих осіб, в залежності від професійної класифікації, вікової групи та статі(табл. 3.2.).

Таблиця 3.3.Програми корпоративного та особистого добровільного медичного страхування

Дані про застраховану особу(корпоративне ДМС)						
Показник	«Стандарт»			«Престиж»		
Страховий внесок	2500 грн.	2500 грн.	2500 грн.	4000грн.	4000грн.	4000грн.
Стать	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
Вік	20-30	31-40	41-50	20-30	31-40	41-50
Група ризику професій	3	1	4	2	3	1
Страхові випадки та страхова сума(грн.)						
Інвалідність I гр. БП(100%)	120 000	75 000	30 000	180 000	130 000	70 000
Критичні захворювання (7 захворювань)	105 000	70 000	28 000	150 000	120 000	65 000
Інвалідність I-II група БП, III група НВ (100%-50%)	100 000	60 000	25 000	120 000	100 000	60 000
Травматизм	40 000	35 000	15 000	80 000	60 000	50 000
Хірургічні втручання БП	20 000	15 000	8 000	40 000	25 000	15 000
Госпіталізація БП	500	300	100	1 200	1 000	500
Дані про застраховану особу(особисте ДМС)						
Показник	«Стандарт»			«Престиж»		
Страховий внесок	3500 грн.	3500 грн.	3500 грн.	6000грн..	6000грн.	6000грн.
Стать	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
Вік	20-30	31-40	41-50	20-30	31-40	41-50
Група ризику професій	3	1	4	2	3	1
Страхові випадки та страхова сума(грн.)						
Інвалідність I гр. БП(100%)	135 000	82 000	40 000	200 000	160 000	100 000
Критичні захворювання (7 захворювань)	110 000	75 000	32 000	180 000	140 000	80 000
Інвалідність I-II група БП, III група НВ (100%-75%-50%)	105 000	63 000	28 000	140 000	115 000	65 000
Травматизм	50 000	38 000	17 000	100 000	75 000	56 000
Хірургічні втручання БП	22 000	20 000	10 000	50 000	35 000	18 000
Госпіталізація БП	600	400	200	1 500	1 200	800

Примітка: складено автором

Аналізуючи дані таблиці 3.2., можна сказати, що за рахунок різних умов страхування, віку та виду професій змінюється страхова сума, яка виплачується особі при настанні окремого страхового випадку, це дозволяє страховій компанії забезпечити ефективну оцінку ризиків, визначити адекватні умови страхування, в результаті чого сформувати рентабельний страховий портфель та зробити діяльність прибутковою.

Також, очевидно що умови корпоративного добровільного медичного страхування є вигіднішими, ніж особистого як для страхової компанії так і для підприємства, яке буде страхувати своїх працівників. Можна стверджувати що запропоновані заходи безумовно позитивно вплинуть на діяльність компанії та зроблять її діяльність більш прибутковою.

Враховуючи результати проведеного дослідження в галузі медичного страхування та охороні здоров'я, можна зробити наступні висновки:

- вдосконалення і сприяння розвитку системи добровільного медичного страхування для компанії має бути одним з перспективних напрямків;
- ринок добровільного медичного страхування повинен стати доступнішим та відкритим для юридичних осіб усіх форм власності;
- добровільне медичне страхування дасть змогу зміцнити фінансову та матеріально-технічну базу компанії;
- населення в сучасних умовах все більше зацікавлене в придбанні поліса з ДМС ;
- оплата медичної допомоги застрахованим особам визначається виключно обсягом і якістю наданих медичних послуг;
- потрібно зміцнити надійність страхової компанії, за допомогою підвищення вимог до ліцензування;
- створити й забезпечити систему єдиних стандартів надання застрахованим особам медичної допомоги усіма медичними установами, що співпрацюють з страховими компаніями, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості і форм власності;

– подолати у населення негативні стереотипи щодо системи добровільного медичного страхування, брати до уваги позитивний досвід взаємин із страховими компаніями;

– вивчати і поступово впроваджувати в компанії , і в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» позитивний світовий досвід функціонування добровільного медичного страхування, а в подальшому і медичного страхування в обов'язковій формі;

– приділяти більше уваги корпоративному медичному страхуванню, оскільки, як свідчить досвід провідних українських страхових компаній, цей вид діяльності є прибутковим[37].

Отже, розвиток співпраці за напрямом добровільного медичного страхування має стати першим кроком до покращення діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» запропоновані напрямки та методи безперечно допоможуть зробити діяльність закладу прибутковішою.

ВИСНОВКИ

У процесі написання магістерської роботи здійснено узагальнення теоретико–методичних основ розвитку добровільного медичного страхування всистемі послуг закладу охорони здоров'я, встановлено такі основні положення:

1.Визначено сутність добровільного медичного страхування як форми охорони майнових й особистих інтересів застрахованих, які сплачують внески до страхових організацій і дістають відшкодування втрат, що виникають у наслідок стихійного лиха і нещасних випадків та ін. До основних принципів добровільного медичного страхування належать: доступність, страхова еквівалентність, тобто обсяг медичних послуг залежить від суми страхового внеску, добровільність, строковість, особиста потрібність, солідарність.

Страхова медицина в Україні почала свій розвиток ще в ХІХ ст. , починають створюватись лікарняні каси. В сучасних умовах добровільне медичне страхування регламентується законом України «Про страхування», але навіть якщо створені всі умови для розвитку цього виду страхування, значного поширення на вітчизняному ринку воно ще не набуло.

2.Розглянуто роль добровільного медичного страхування встановлено, що в сучасних умовах вона зростає, це можна спостерігати через дослідження надання послуг, що є актуальним сьогодні, в період пандемії. Діяльність страхових компаній у галузі добровільного медичного страхування,також, є досить корисною та вигідною для держави, бо завдяки їй можна зменшити видатки на покриття окремих потреб населення, а саме настання нещасного випадку чи втрати працездатності через хворобу. Розвинене страхування в цілому має позитивний вплив на економіку держави та дає впевненість населенню в завтрашньому дні.

3.Охарактеризовано місце добровільного медичного страхування у структурі послуг страхової компанії, визначено, що цьому виду страхування в СК «Гардіан» приділяється недостатньо уваги, компанія не входить в ТОП-10 рейтингу страхових компаній по добровільному медичному страхуванню, тому потрібно використовувати досвід інших страхових компаній, які надають послуги за цим

видом страхування. Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр. показав позитивну динаміку. Одним із основних показників, що характеризують страховика з точки зору привабливості для КП»ХМЦПМСД№1» ХМР як потенційного партнера є обсяг виплачених страхових сум та відшкодувань. За 2022 рік компанія виплатила своїм клієнтам 95693,2 тис. грн. страхових відшкодувань, з них 2009,6 тис. грн. (4,38%) за договорами ДМС.

4. Вивчено розвиток програм добровільного медичного страхування СК «Гардіан», з'ясовано, що компанія пропонує ряд програм добровільного страхування, які загалом є конкурентоспроможними на ринку та за набором опцій не поступаються програмам в аналогічному ціновому діапазоні. Договір страхування можуть придбати як юридичні особи, на користь своїх співробітників, так і фізичні особи, резиденти і нерезиденти України, у свою користь або на користь будь-якої іншої фізичної особи. Слід зазначити, що в довоєнний період зріс попит на запровадження медичного страхування на випадок інфікування коронавірусом. Медичні заклади можуть отримувати ряд переваг від обслуговування пацієнтів за договорами добровільного медичного страхування зокрема фінансова стабільність (додаткові кошти від страхових компаній, які покривають витрати на медичне обслуговування пацієнтів за ДМС), збільшення кількості пацієнтів, розширення спектру медичних послуг, вдосконалення якості та швидкості медичного обслуговування, стабільний потік клієнтів, оптимізація використання медичних ресурсів, таких як лікарі, обладнання та приміщення, завдяки більш стабільному та передбачуваному потоку пацієнтів за ДМС. Крім того, медичний заклад може використовувати наявність послуг за ДМС як елемент маркетингової стратегії для привертання нових пацієнтів та підвищення свого іміджу в громаді. Робота зі страховими компаніями за договорами ДМС може спростити процес фінансової взаємодії та обліку витрат на обслуговування пацієнтів.

5. Виявлено недоліки та розроблено напрямки розвитку добровільного медичного страхування СК «Гардіан» у партнерстві з КП»ХМЦПМСД№1» ХМР

шляхом удосконалення системи андеррайтингу, це дозволить зробити страховий портфель збалансованим та прибутковішим, що забезпечить кращий фінансовий результат. З метою мінімізації суб'єктивізму страхова компанія може застосовувати цифрову рейтингову систему, яка проявляється в розкладці ризику на його позитивні та негативні фактори, що дає змогу визначити розмір ризику у відсотках через додавання позитивних значень і віднімання негативних. Можна застосувати розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності під час виплати страхової суми, що допоможе отримати більше прибутку.

6.Наданно пропозиції щодо розвитку корпоративного медичного страхування на базі КП»ХМЦПМСД№1» ХМР, встановлено, що страхування на основі корпоративних страхових пакетів є більш вигідним порівняно з індивідуальним страхуванням. Корпоративні договори страхування мають значно нижчий розмір страхових премій при аналогічних до індивідуального договору страхування страхових сум.Провівши порівняльний аналіз корпоративного і особистого добровільного медичного страхування можна сказати, що за рахунок різних умов страхування, віку та виду професій змінюється страхова сума, яка виплачується особі при настанні окремого страхового випадку, це дозволяє страховій компанії забезпечити ефективну оцінку ризиків, визначити адекватні умови страхування, в результаті чого сформувати рентабельний страховий портфель та зробити діяльність прибутковою. Також, очевидно що умови корпоративного добровільного медичного страхування є вигіднішими, ніж особистого для підприємства, яке буде страхувати своїх працівників. Можна стверджувати що запропоновані заходи безумовно позитивно вплинуть на діяльність КП»ХМЦПМСД№1» ХМР та зроблять її діяльність більш прибутковою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Wagner A. Der Staat und das Versicherungswesen. 1881.
2. Wolf, Holzendorffs Encyklopedie der Rechtswissenschaft, II; 1914
3. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. О. С. Журавка, І. Л. Босак, Т. Г. Кубах. Вісник Сумського державного університету. Серія : Економіка. 2022. № 2. С. 50-58.
4. Баєва О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. К.: ВД "Персонал", 2013. – 432 с.
5. Волкова А. В., Черкашина А. В. Аналіз діяльності аптечного закладу за програмами добровільного медичного страхування. Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2020. Т. 6, № 2. С. 37-43.
6. Гаманкова О. О., Пархета Л. В. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування. Ефективна економіка. 2018. № 2.
7. Дяченко Є. В. Схеми поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Інвестиції: практика та досвід. 2012. № 4. С. 88-93.
8. Ерастов В. І. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в сучасних умовах. Ефективна економіка. 2023. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2023_4_38
9. Електронний журнал про страхування Форіншурер URL: <http://forinsurer.com/>
10. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. О. С. Журавка, І. Л. Босак, Т. Г. Кубах, Є. Ю. Мордань. Вісник Сумського державного університету. Серія : Економіка. 2022. № 2. С. 50-58
11. Журавльова Т.О. Страхування: навч. посібн. Київ: «Освіти України», 2017. 320 с.
12. Закон України "Про страхування". URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85%2F96-%E2%F0>
13. Звіт директора КП "Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1" ХМР за 2020 рік. URL: <https://pmsd1.khm.gov.ua/>
14. Звіт директора КП "Хмельницький міський центр первинної медико-

санітарної допомоги №1" ХМР за 2021 рік.URL:<https://pmsd1.khm.gov.ua/>

15. Звіт директора КП "Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1" ХМР за 2022 рік.URL:<https://pmsd1.khm.gov.ua/>

16. Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р.

17. Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р.

18. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р.

19. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р.

20. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р.

21. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р.

22. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р.

23. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р.

24. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р.

25. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р.

26. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р.

27. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р.

28. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р.

29. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р.

30. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р.

31. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р.

32. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р.
33. Коваленко Л.О. Фінансовий менеджмент. Навчальний посібник.– Вид-во: Чернігів.2017. 227 с.
34. Кондратенко Д.В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування: наук. журн. – Харків 2021. №4. – С. 243-249.
35. Лехан. В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. Київ 2001.174 с.
36. Медична ефективність: складові елементи та формули. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/754-medichna-efektivnst-skladov-elementi-ta-formuli>».
37. Мельник А.В. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування. Стратегічні напрями соціально-економічного розвитку держави в умовах глобалізації: тези всеукр. наук.-практ. конф. (м Хмельницький, 21 січня 2022 р.). Хмельницький.
38. Мельник А.В. Сучасний стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Формування новітньої парадигми управління публічними та приватними фінансами в Україні:тезисвсеукр. наук.-практ. конф., (м.Херсон,23 груд.2021 р.). Херсон.
39. Михайленко О. Г. Страхування: навч.посіб. Дн-ск: ДНУ, 2016. 156 с.
40. Міністерство фінансів України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus>
41. Мрачковська Н.К. Страхування: навч. посіб. Київ : ЦП "Компринт", 2015. 225 с.
42. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: дис...канд. екон. наук. 2006. 214 с.
43. Осадець С. С. Страхування: Підручник 2-ге вид., перероб. і доп. : КНЕУ, 2002. - 599 с.
44. Офіційний сайт ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» URL: <https://grdn.com.ua/>

45. Пархета Л. В. Медико-демографічні показники та їх вплив на розвиток добровільного медичного страхування в Україні: Київ - 2018. - № 1.
46. Плиса В.Й. Страхування: Навч. пос.- 2-ге видання:Каравела, 2008. 392с.
47. Податковий кодекс України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>
48. Прилуцький А. М. Стан та перспективи добровільного медичного страхування в Україні: Вінниця - 2019. - № 12.
49. Статут підприємства ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан»
50. Страхування від COVID-19: як убезпечити себе в умовах епідемії. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/articles/strahovanie-ot-covid19-kak-obezopasit-sebya-v-usloviyah-epidemii>
51. Ткаченко Н. В. Андеррайтинг у добровільному медичному страхуванні. Вісник Університету банківської справи Національного банку України. – 2008. – № 3
52. Тлумачний словник-мінімум української мови: Близько 6 тис. слів / Відп. за вип. О.М. Єфімов Довіра, 1999. 447 с.
53. Форіншурер – страхування в Україні. URL: <https://forinsurer.com/>
54. Чепелевська Л. А. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: Київ : 2014. – 607 с.
55. Штепенко К. П. Стан добровільного медичного страхування в контексті розгляду діяльності страхових компаній: Полтава - 2019. - № 2.URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_2_33

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А1. Підходи авторів до трактування поняття страхування

№	Автор	Сутність
1.	ЗУ "Про страхування"[12]	Страхування -- це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
2.	Тлумачний словник з української мови[47]	Страхування – це уберегти кого-, що- небудь від чогось небажаного, неприємного
3.	А. Манес с. [36].	Страхування як вид економічної передбачуваності, та, водночас, як організацію, що ґрунтується на самопомозі
4.	С.С. Осадець [40]	Страхування -- це двосторонні економічні відносини, які полягають у тому, що страхувальник, сплачуючи грошовий внесок, забезпечує собі (чи третій особі) у разі настання події, обумовленої договором або законом, суму виплати з боку страховика, який утримує певний обсяг відповідальності і для її забезпечення поповнює та ефективно розміщує резерви, вживає превентивні заходи, спрямовані на зменшення ризику, а при потребі перестраховує частину своєї відповідальності.
5.	В.Й. Плиса[42]	Страхування, виражає перерозподільчі відносини з приводу відшкодування збитку.
6.	К.Г. Воблий [9]	Страхування – це вид господарської діяльності на основі солідарності та передбачуваності, які мають на меті покриття майбутнього нестатку, який викликаний настанням страхового випадку
7.	А. Вагнер [1]	Страхуванням- це господарська організація, яка ліквідує чи зменшує шкідливі наслідки окремих непередбачуваних подій, що впливають на стан майна окремої особи шляхом розподілу їх на ряд випадків, котрим загрожує однорідна небезпека, причому в дійсності не наступила.
8.	М. Вольф [2]	Страхування в усіх своїх проявах має за мету компенсацію шкоди. Відмінність страхування майна від особистого страхування полягає в тому, що при страхування майна відшкодовується індивідуальна, конкретна шкода, при особистому страхуванні відшкодовується шкода середня типова (як при сплаті неустойки).

Примітка:упорядковано автором

Таблиця Б1. Передумови виникнення добровільного медичного страхування

Період	Характеристика
26 серпня 1866 р.	В царській в зв'язку з настанням епідемії холери було прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувались організувати для своїх робітників лікарні.
1970 р.	Вперше в Україні створена лікарняна каса, на адміралтейському заводі "Россуд" в Миколаєві. Саме тут на асигнування першого лікарняного збору коштів підприємці уклали першу в Україні угоду для надання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським шпиталем, надавалася лікарська медична допомога при нещасних випадках, а відшкодування витрат здійснювалося через лікарську касу за рахунок підприємства.
1905 р.	Після революційних подій царський уряд змушений був розпочати розробку проекту закону про соціальне страхування й одночасно, не чекаючи прийняття цих законів, дозволив робітникам організувати лікарняні каси
1912 р.	Прийнятий Державною думою закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби» став результатом колективної боротьби робітників і прогресивної громадськості, в тому числі й лікарів. Попри всі його вади цей закон уперше в Російській імперії, а отже й на території України, надає поняттю «лікарняні каси» нормативну базу і затверджує статут про їх діяльність.
1913 р.	Урядом запропоновані доповнення до статуту лікарняних кас, що давали їм право організувати лікарняні, амбулаторії, санаторії, аптеки.
Лютий-березень 1917р.	Джерелами фінансування для формування коштів лікарняних кас у відповідності з положенням про забезпечення робітників у разі хвороби стали внески учасників медичного страхування у розмірі від 1 до 2%, а при чисельності учасників страхування менш як 500 осіб - 3% від заробітної плати та приплати власниками підприємств у розмірі 2/3 від суми внесків учасників страхування.
2 травня 1919р.	Декрет Раднаркому України "Положення про страхування на випадок хвороби" запровадив страхування у вигляді грошової допомоги на всіх осіб, котрі були зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські й окружні лікарняні каси за рахунок внесків працедавців (10% від фонду заробітної плати) та інших надходжень.
1927-1929 рр.	Постановами Уряду країни і ВКП(б) був затверджений принцип єдності радянської охорони здоров'я і була створена централізована державна система охорони здоров'я, що проіснувала близько 60 років. У СРСР гарантувалося повне безоплатне медичне обслуговування всім громадянам, підтримувалася широка мережа лікувальних установ і профілактичних служб.
90-ті рр. XX	В Україні почали виникати певні форми добровільного медичного страхування. Усі загальнострахові компанії почали займатися медичним страхуванням в різних обсягах. В останні роки почало стихійно виникати добровільне страхування в некомерційній формі - так звані лікарняні каси.
1996 р.	Прийнятий закон України «Про страхування». однак, хоча цим і було надано «зелене світло» добровільному медичному страхуванню, проте значного поширення на вітчизняному страховому ринку воно ще не набуло
2000р-сьогодення	Спостерігається збільшення валових страхових премій і частка ринку ДМС. Проте цей рівень залишається досить низьким, що свідчить про недостатній рівень страхової культури: з одного боку, страхові компанії недостатньо вміло розвивають свої послуги, а з іншого, фізичні особи вимагають наявності низьких тарифів на велику кількість медичних послуг.

Примітка. Складено автором за джерелом [39]

Додаток В

Таблиця В1. Динаміка страхових премій ТДВ «СК «Гардіан» впродовж 2018-2022 рр. за договорами добровільного страхування, тис. грн.

Показники	Роки					Відхилення	
	2018	2019	2020	2021	2022	абсолютне(+/-)	відносне(%)
						2022 р./2018 р.	2022 р./2018 р.
1	2	3	4	5	6	7	8
Страхування від нещасних випадків	542	856	1391	10041	30668	30126	5658,3
Страхування наземного транспорту (крім залізничного)	3561	4086	13192	20549	29123	25562	817,8
Страхування медичних витрат	856	2011	9054	158602	74549	73693	8709,0
Медичне страхування	256	639	992	916	1582	1326	618,0
Страхування здоров'я на випадок хвороби	1	4	67	2299	11994	11993	1199400,0
Страхування вантажів та багажу	1121	1224	2319	107	186	-935	16,6
Страхування від вогневих ризиків та стихійних явищ	1954	2568	3033	4838	7241	5287	370,6
Страхування майна (іншого)	2054	2319	4525	12199	15942	13888	776,1
Страхування відповідальності перед третіми особами (іншої)	2854	3220	2209	2860	3543	689	124,1
Страхування фінансових ризиків	87	208	550	386	221	134	254,0
Страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)	65	149	996	4238	6306	6241	9701,5
Страхування відповідальності власників водного транспорту	1	1	276	108	40	39	4000,0
Страхування сільськогосподарської продукції	2569	3000	3637	248	168	-2401	6,5
Страхування кредитів	8547	10633	6768	0	66	-8481	0,8
Страхування водного транспорту	0	0	2910	4334	77,2	77	0,0
Всього	24468	30918	52088	221725	184158	159690	752,6

Примітка: складено автором на основі [44]