

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Кафедра організація та економіка фармації

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему «Організація роботи страхової компанії ТАС в Україні з
медичного страхування та надання медичних послуг клієнтам»**

Виконав: здобувач вищої освіти 5 курсу, групи 98М1А
напряму підготовки 22 «Охорони здоров'я»
226 «Фармація, промислова фармація»
освітньої програми «Фармація»
Макаровець Н.М.

Керівник: к. фарм. н., доцент Довжук В. В.

Рецензент : к. фарм. н., доцент Чолак І.С.

Київ – 2024 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ I ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ	7
1.1 Досвід роботи медичного страхування закордоном та її вплив на суспільство	7
1.2 Державне регулювання страхової діяльності в Україні	15
1.3 Розвиток та функції ринку медичного страхування в Україні	27
Висновки до першого розділу	36
РОЗДІЛ II ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ "ТАС" З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	39
2.1 Історичні аспекти та сучасний стан розвитку компанії ТАС	39
2.2 Концепція і стратегія діяльності медичного страхування компанії ТАС	44
2.3 Перспективи та практичні дії для подальшої ефективності організації роботи страхової компанії ТАС в Україні	51
2.4 Державна підтримка розвитку ринку медичного страхування для населення і її удосконалення в системі страхування	55
Висновки до другого розділу	62
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВП - валовий внутрішній продукт

ДМС - добровільне медичне страхування

ОМС - обов'язкове медичне страхування

КАСКО - страхування засобів транспорту

IAIS - міжнародна асоціація страхових наглядів

SWOT - аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища ринку

ВСТУП

Актуальність теми дослідження визначається шляхом критичного аналізу та порівняння з відомими підходами до розв'язання певної проблеми в галузі медичного страхування та надання медичних послуг. Сучасний світ вимагає постійних інновацій і вдосконалення системи медичного страхування для забезпечення ефективного та доступного доступу до якісних медичних послуг. У зв'язку з цим, розвиток та організація діяльності страхової компанії ТАС в Україні в цій сфері є вельми актуальним завданням.

Мета і завдання дослідження полягає у прогнозуванні результату, визначенні оптимальних шляхів вирішення завдань у контексті медичного страхування та надання медичних послуг, а також у виявленні можливостей покращення якості обслуговування клієнтів.

Для досягнення цієї мети передбачені наступні завдання дослідження:

- визначити досвід роботи медичного страхування закордоном та її вплив на суспільство;
- розглянути державне регулювання страхової діяльності в Україні;
- виявити розвиток та функції ринку медичного страхування в Україні;
- описати історичні аспекти та сучасний стан розвитку компанії ТАС;
- навести концепцію і стратегію діяльності медичного страхування компанії ТАС;
- визначити перспективи та практичні дії для подальшої ефективності організації роботи страхової компанії ТАС в Україні;
- навести опис державної підтримки розвитку ринку медичного страхування для населення і її удосконалення в системі страхування.

Об'єкт дослідження є система медичного страхування та медичні послуги, що надаються клієнтам у контексті діяльності страхової компанії ТАС.

Предмет дослідження є процеси та практики, пов'язані з медичним страхуванням та наданням медичних послуг, зокрема в рамках діяльності страхової компанії ТАС в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених завдань використовувалися різні методи дослідження, включаючи аналіз літературних джерел, інтерв'ю з фахівцями галузі, аналіз статистичних даних та порівняльний аналіз.

Новизна та значення отриманих результатів полягає в можливості впровадження рекомендацій та покращень у систему медичного страхування та надання медичних послуг клієнтам страхової компанії ТАС. Це може сприяти покращенню якості обслуговування пацієнтів та зростанню конкурентоспроможності компанії на ринку.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що воно відкриває нові можливості для розвитку медичного страхування та покращення системи надання медичних послуг на прикладі страхової компанії ТАС. Результати цього дослідження можуть бути корисними для інших страхових компаній та організацій, що працюють у сфері медичного страхування.

Апробація результатів дослідження. V International Scientific and Theoretical Conference «Science of XXI century: development, main theories and achievements», January 26, 2024, Helsinki, Finland.

Публікації. Dovzhuk V.V., Konovalova L.V., Gruzd N.I., Makarovec N.M., Pidcerkovna V.O., Papenko A. R., Kazathenko I.E. Trends in the development of sales activities of modern pharmaceutical enterprises. V International Scientific and Theoretical Conference «Science of XXI century: development, main theories and achievements», January 26, 2024, Helsinki, Finland. CrossRef, OUCI, Google Scholar.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел 50 (п'ятдесят найменувань, із них 14 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи - 76 сторінок.

Основний текст викладено на 59 сторінках. Робота містить 5 таблиць і 9 рисунків, SUMMARY англійською мовою.

РОЗДІЛ І

ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

Медичне страхування відіграє суттєву роль у системі охорони здоров'я в численних країнах світу, сприяючи забезпеченню доступності медичної допомоги, зменшенню фінансового ризику для пацієнтів і удосконаленню фінансування системи охорони здоров'я загалом. На світовому рівні існують дві основні форми медичного страхування: обов'язкова та добровільна. Держава повинна сприяти створенню безпечної, стабільної та ефективної страхової системи. Фінансова стабільність передбачає, що страхова система здатна подолати економічні труднощі, забезпечити належний доступ до капіталу та ефективно розподіляти ризики.

1.1 Досвід роботи медичного страхування закордоном та її вплив на суспільство

Україна має виразно нижчий рівень медичних послуг у порівнянні з більшістю іноземних країн, тому питання доступності та якості медичної допомоги стає вельми суттєвим, оскільки це допомагає забезпечити фінансову підтримку для отримання високоякісної медичної допомоги та знизити витрати на лікування. Досвід інших країн свідчить, що ефективне регулювання медичного страхування та нагляд за страховими компаніями сприяє поліпшенню доступу та якості медичної допомоги для населення.

У науковій літературі існує різноманітні підходи до визначення сутності поняття "медичне страхування". Згідно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, медичне страхування представляє собою систему фінансування, яка забезпечує доступність медичної допомоги та знижує фінансові ризики для пацієнтів [7]. Вчений Н. Климчук розглядає медичне страхування як систему фінансового захисту, що надає можливість отримати медичну допомогу при внесенні страхових внесків, які покривають ризики здоров'я [1, с. 56]. За визначенням О. Левковича, медичне страхування є

формою соціального захисту, яка забезпечує фінансовий захист у випадку несподіваних медичних витрат і гарантує доступність медичної допомоги [18, с. 324]. Американський вчений Дж. Морган розглядає медичне страхування як засіб захисту від несподіваних медичних витрат, який може забезпечити доступність медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їх доходу [45].

З цих визначень видно, що деякі дослідники розглядають медичне страхування як частину системи охорони здоров'я, яка має сприяти не лише фінансовому захисту, але й забезпечувати доступність та якість медичних послуг. Інші дослідники вказують на те, що медичне страхування може включати не лише фінансовий аспект, але й надавати певні медичні послуги та впливати на систему надання медичної допомоги в цілому.

Отже, узагальнюючи, можна сказати, що медичне страхування представляє собою систему соціального захисту, яка забезпечує захист осіб від несподіваних витрат на медичну допомогу за рахунок сплати страхових внесків. Воно сприяє доступності та якості медичної допомоги для населення, зменшує фінансові ризики, пов'язані з неочікуваними медичними витратами, і дозволяє розширити доступ до профілактичних медичних послуг та допомоги у випадку захворювання. Медичне страхування може набувати різних форм, залежно від джерела фінансування та переліку послуг, що включені до страхового пакету, таких як державні програми, роботодавці, приватні страхові компанії чи інші організації.

Медичне страхування розповсюджене на всіх континентах і може відрізнятися в залежності від країни та її медичної системи. У деяких країнах, таких як Канада, Франція та Велика Британія, діють системи державного медичного страхування, які забезпечують безкоштовний або доступний за невелику плату доступ до медичної допомоги для всіх громадян.

Наприклад, в Канаді медичне страхування здійснюється через державну систему охорони здоров'я, відому як Medicare, яка забезпечує

загальне покриття необхідними лікарняними та медичними послугами для всіх громадян. Велика частина медичних послуг в Канаді надається безплатно, а їх фінансування здійснюється за рахунок податків та інших джерел. Крім державного фінансування, у Канаді існують приватні програми медичного страхування, які включають покриття послуг, які не охоплюються системою Medicare, наприклад, ліків, стоматологічної допомоги і т. д. Приватне медичне страхування в Канаді часто надається через роботодавців або приватні страхові компанії, і його умови можуть значно варіюватися за вартістю та покриттям.

Загалом, канадська система охорони здоров'я служить прикладом для багатьох інших країн завдяки своєму універсальному охопленню та доступним витратам. Однак, як і в будь-якій іншій системі, вона також має свої недоліки, такі як довгі черги на медичні послуги, нестача фінансування та регіональні відмінності в доступності та якості медичної допомоги в залежності від місця проживання пацієнта [9, с. 25].

У Франції існує національна система охорони здоров'я, яка забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян, включаючи іноземців, які проживають у країні. Система охорони здоров'я у Франції базується на поєднанні державних та приватних медичних установ. У рамках цієї системи резиденти мають можливість отримувати консультації лікарів, діагностичні тести та ліки, що відпускаються за рецептом. Крім того, приватне медичне страхування в Франції доступне і може забезпечувати додаткові пільги та покриття послуг, які не повністю включені до державної системи [2, с. 41].

В Франції на сьогоднішній день існує ієрархія страхових організацій і функціонує вертикальна система медичного страхування, якою управляє Національна страхова організація, що підпорядкована Міністерству соціального забезпечення та праці. Ця система охоплює 78% населення та поділена на 129 регіональних відділень, кожне з яких відповідає за страхування в певному регіоні і не змагається з іншими в цьому плані. Крім того, у Франції існує добре розвинена структура приватних страхових

компаній, які функціонують аналогічно до будь-якої страхової каси і покривають витрати пацієнтів на ліки та візити до лікаря.

Також, медичне страхування в інших країнах, таких як США, Японія та Німеччина, має складні системи, які залежать від різних факторів, таких як тип роботи, статус роботодавця тощо.

У США процес оформлення страхового полісу є досить витратним, і, внаслідок цього, не доступним для всіх. Однак, було розроблено різні програми на федеральному та державному рівнях, призначені для полегшення цієї фінансової ноші. Наприклад, програма Medicaid призначена для незаможних громадян і покриває четверту частину усіх витрат на охорону здоров'я. Ще 22% витрат покриваються системами соціального медичного страхування, як Medicare, призначеним для пацієнтів віком понад 65 років. Крім цього, існують інші програми медичного страхування в США, такі як:

COBRA - для осіб, які втратили роботу (страховка надається тимчасово і враховує причину втрати роботи).

Medicare Part D - включає медикаменти, які надаються особам під спеціальними умовами.

SCHIP - страхування для дітей сімей, які не відповідають вимогам програми Medicaid, але не можуть дозволити собі приватне страхування.

PCIP - окрема програма для осіб із серйозними захворюваннями, які представляють високий страховий ризик.

Ці програми допомагають зробити медичне страхування більш доступним для різних категорій населення у США.

У Японії функціонує національна система медичного страхування, яка охоплює всіх жителів, включаючи іноземців, що проживають у країні. Громадяни зобов'язані зареєструватися в місцевій програмі медичного страхування, керованій муніципалітетом. Покриття включає широкий спектр медичних послуг, включаючи візити до лікаря, госпіталізацію, витрати на операції, ліки та профілактичні заходи. Крім національної системи, в Японії існують приватні медичні страхові поліси, які можуть забезпечити додаткове

покриття медичних витрат залежно від бажаного рівня покриття та інших факторів, таких як вік та стан здоров'я страхувальника [22, с. 172].

В Німеччині існують дві основні системи медичного страхування: загальнообов'язкове державне та приватне медичне страхування. Загальнообов'язкова система медичного страхування охоплює більшість населення, тоді як приватне медичне страхування доступне для осіб, які відповідають певним критеріям щодо доходу та статусу зайнятості. У рамках загальнообов'язкової системи, громадяни та їхні роботодавці сплачують внески до фонду медичного страхування на підставі відсотків від їхнього доходу. Ці кошти використовуються для покриття витрат на медичне обслуговування, включаючи консультації лікарів, госпіталізацію та придбання ліків за рецептом. Однією з переваг цієї системи є акцент на профілактичному лікуванні, що допомагає знизити загальні витрати на охорону здоров'я. Іншою перевагою є можливість для пацієнтів обирати свого власного лікаря та швидкий доступ до медичної допомоги. Німецька система охорони здоров'я часто вважається однією з найкращих у світі, з високим рівнем задоволеності пацієнтів та відмінними результатами лікування [5, с. 94].

У Німеччині уряд не несе фінансової відповідальності за фінансування системи охорони здоров'я, але надає рамки для створення необхідних фондів завдяки зусиллям працівників і роботодавців. Держава тут здійснює нагляд за функціонуванням всієї системи охорони здоров'я. В цій країні існує децентралізована система медичного страхування, яку обслуговують близько 1200 страхових кас, організованих за професійними принципами. Для менш забезпечених громадян держава власноруч сплачує страхові внески в розмірі 2%. Оплата послуг лікарів проводиться безпосередньо за наданими послугами. Лікарняні каси укладають угоди з Асоціацією лікарів лікарняних кас. Таким чином, головною роллю уряду є контроль за діяльністю страхових фондів і забезпечення відповідності їхньої діяльності законам.

У деяких країнах існують гібридні системи медичного страхування, які комбінують елементи державного та приватного страхування. Наприклад, Австралія має національну систему охорони здоров'я, відому як Medicare, яка фінансується державою і забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян і постійних резидентів. Програма Medicare включає в себе консультації лікарів, діагностичні тести та ліки за рецептом. Деякі додаткові послуги, такі як стоматологічна допомога та інші, не повністю покриваються цією програмою і можуть вимагати витрат з власної кишені або приватного медичного страхування. Приватне медичне страхування в Австралії надає додаткові пільги та можливість покриття послуг, які не включені до Medicare [29, с. 104].

Отже, в зарубіжних країнах існують різні моделі медичного страхування, включаючи модель соціального медичного страхування, модель приватного медичного страхування і модель загального медичного страхування.

Модель соціального медичного страхування ґрунтується на принципі обов'язкового страхування для всіх громадян країни. У цій моделі страховий внесок зазвичай сплачується у вигляді відсотка від доходу і покриває базовий пакет медичних послуг, включаючи медичну допомогу, ліки та інші необхідні послуги. Перевагами цієї моделі є доступність медичної допомоги для всіх громадян та зниження ризику фінансової невпевненості в разі несподіваних медичних витрат. Однак недоліками можуть бути довгі черги на отримання послуг та обмеженість базового пакету медичних послуг.

Модель приватного медичного страхування, як правило, ґрунтується на вільному виборі страхувальниками та підприємствами страхового пакету та умов страхування. У цій моделі страховий внесок зазвичай вищий, ніж у моделі соціального медичного страхування, але він покриває більший спектр медичних послуг. Перевагами цієї моделі є гнучкість у виборі страхового пакету, можливість швидкого доступу до медичної допомоги та вища якість медичного обслуговування.

У моделі загального медичного страхування, яка поєднує переваги обох попередніх моделей, страхувальники можуть обирати серед різних страхових пакетів, але обов'язково сплачують внески всі працюючі громадяни. У такій моделі, витрати на страхування можуть бути меншими, ніж у моделі приватного медичного страхування, але більшими, ніж у моделі соціального медичного страхування. Перевагами цієї моделі є доступність медичної допомоги для всіх громадян та можливість вибору страхового пакету відповідно до потреб і можливостей страхувальника. Проте недоліками можуть бути обмежена доступність деяких медичних послуг для окремих груп населення.

Загалом, сильними сторонами моделей охорони здоров'я у світі є універсальний доступ до медичних послуг, якість медичних послуг, використання сучасних технологій, висока ефективність використання ресурсів і надання медичних послуг. Проте основними недоліками систем медичного страхування є високі витрати, обмеження в покритті, довгі очікування, нерівність доступу, складність розуміння системи медичного страхування, особливо для тих, хто не має досвіду у виборі та використанні страхових полісів.

На діаграмі, яка подана на рис. 1.1, представлена глобальна структура премій з ризикових видів страхування у 2020 році. З графіку видно, що майже половина усіх премій у світі, а саме 48%, припадає на медичне страхування. Ще 24% становлять комерційні види страхування, які включають автострахування, страхування відповідальності та майнове страхування. Щодо 28%, вони припадають на персональні види страхування, до яких входять автострахування, страхування відповідальності та інші категорії.

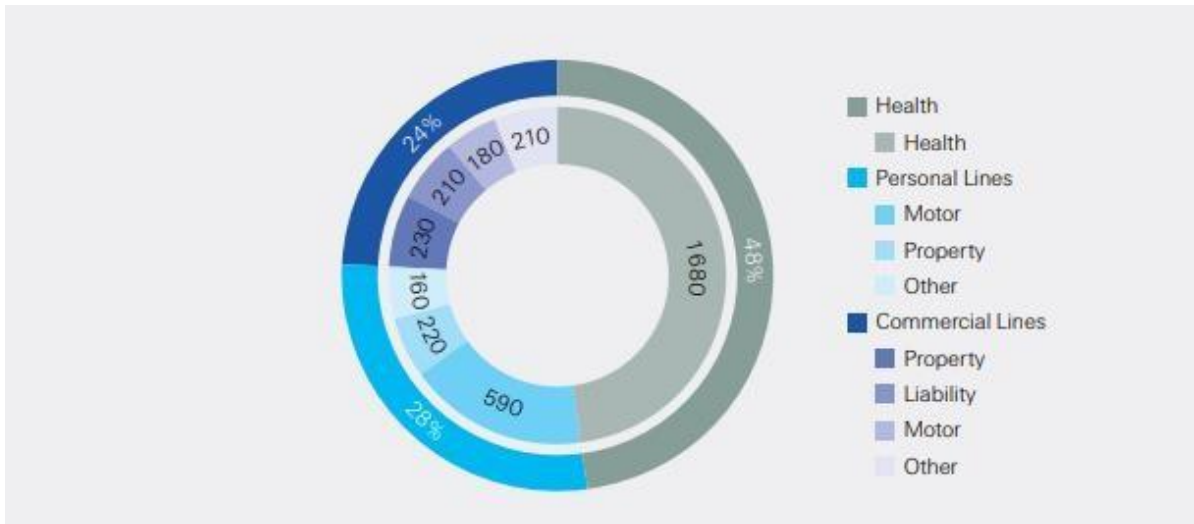


Рис. 1.1. Премії з ризикових видів страхування в 2020 році у всьому світі, млрд. дол. США

Якщо перевести 48% в абсолютні цифри, то в 2020 році медичне страхування зібрало 1 680 мільярдів доларів США премій. За даними найбільшого перестраховика (страховик, що приймає від іншого страховика (перестраховика) частину відповідальності або всю відповідальність за ризиком) у світі, Swiss Re, очікується, що премії з медичного страхування продовжать зростати, збільшуючись на 2,5% у 2021 році та на 3% у 2022 році. Це пояснюється ростом попиту на цей вид страхування у стабільно розвинених ринкових країнах. Проте в країнах, де системи охорони здоров'я менш розвинені, та в розвиваються, передбачається менший ріст попиту на медичне страхування.

Наступний важливий показник для аналізу розвитку медичного страхування та загальної системи охорони здоров'я - це видатки на охорону здоров'я на душу населення.

Найвищі видатки на одного громадянина відзначилися в США. У 2019 році видатки на медичну допомогу в цій країні становили більше ніж 10 тисяч доларів на одну особу. Як раніше вказувалося, в більшості країн близько 75% від усіх витрат на охорону здоров'я фінансуються з державного бюджету або шляхом обов'язкового страхування. У США, починаючи з

ухвалення Закону про Доступну Допомогу (Affordable Care Act) у 2014 році, ця частка зростає до 85%, що свідчить про наявність індивідуального обов'язку на придбання медичного страхування. Федеральні та державні програми, такі як Medicaid і Medicare, продовжують відігравати значну роль у доступі до медичної допомоги. У Німеччині видатки на охорону здоров'я на одну особу становлять 5 986 доларів, у Франції - 4 965 доларів, в Італії - 3 428 доларів, в Польщі - 1 014 доларів. Проте в Україні, в 2019 році, видатки на охорону здоров'я на одну особу становили 248 доларів США, що знаходиться на рівні країн, таких як Беліз і Екваторіальна Гвінея.

Аналізуючи досвід інших країн, можна стверджувати, що серед видатків на охорону здоров'я основну частину складають витрати на добровільне та обов'язкове страхування, в той час як в Україні громадяни переважно несуть приватні витрати. Аналіз структури світових премій за різними видами страхування демонструє, що медичне страхування є одним із найпопулярніших видів страхування, і попит на нього продовжує зростати.

1.2 Державне регулювання страхової діяльності в Україні

Особливість страхової сфери вимагає постійного втручання держави для її розвитку і обґрунтує необхідність вдосконалення існуючих регулюючих механізмів, зміст яких може змінюватися відповідно до різних чинників, таких як час, нація, форма уряду, вибрана модель економічної політики, процеси міжнародної економічної інтеграції і т. д.

Страхування сприяє нормалізації процесів суспільного відтворення та дозволяє підтримувати досягнутий рівень добробуту населення. Крім того, воно має важливий вплив на розвиток економіки та відіграє значну роль у фінансово-кредитній системі. Таким чином, страхування відзначається особливим статусом у сфері економіки та щільно пов'язане з системою державного регулювання. Як підкреслює О. О. Гаманкова, державні органи контролюють страховий сектор ще з XV – XVI століть [8].

Ринок страхових послуг є невід'ємною складовою фінансово-кредитної системи та підлягає державному регулюванню та контролю з метою забезпечення його стійкого розвитку, враховуючи роль страхування в процесі суспільного відтворення. Сфера страхових послуг визнана окремою галуззю господарського законодавства, яка підпорядковується адміністративному нагляду. Державне регулювання ринку страхування здійснюється шляхом впровадження спеціальної податкової політики, ухвалення законів, регулюючих укладення договорів страхування та вирішення спорів, які можуть виникнути. Крім того, держава встановлює обов'язкові види страхування [30].

На сьогоднішній день серед вчених відсутня єдина точка зору щодо сутності державного регулювання страхування. Проте всі визначення можна розглядати через призму мети регулювання (див. табл.1.1). Наприклад, Н. П. Докторова [11] та О. Ф. Філонюк [34] визначають державне регулювання страхової діяльності як "сукупність інструментів та методів", але їхні погляди на мету регулювання відрізняються. Н.П.Докторова вважає, що основною метою регулювання є розробка правил для суб'єктів страхового ринку, тоді як О.Ф.Філонюк акцентує увагу на впливі держави на економічну діяльність суб'єктів страхових відносин.

О. С. Журавка [14] також поділяє подібну думку щодо мети державного регулювання страхування, розглядаючи її через вплив держави на відносини між суб'єктами страхового ринку, включаючи економічні, адміністративно-правові та організаційно-технічні аспекти.

З іншого боку, Н. В. Михайлова спрямовує своє уявлення про сутність державного регулювання страхування через "систему рішень, прийнятих державними органами управління". З її погляду, головною метою державного регулювання є створення умов, які сприяють ефективному функціонуванню та розвитку страхових організацій та ринку страхових послуг, а також захисту інтересів споживачів [19].

Зокрема, О. Д. Вовчак вважає, що головною метою державного регулювання страхування є гарантування фінансової стабільності страхової компанії через формування страхового фонду [6]. Подібну позицію висловлює Л. В. Нечипорук, яка також вважає, що основною метою державного регулювання страхової діяльності є виконання зобов'язань перед страхувальниками [21].

Загалом можна зробити висновок, що більшість науковців дійсно підтримують ідею, що державне регулювання спрямоване на забезпечення формування та розвитку ринку страхових послуг, який функціонує ефективно, створення необхідних умов для діяльності різних видів страхових компаній, запобігання участі в страхуванні спекулятивних та шахрайських компаній, які можуть завдати шкоду як самій галузі страхування, так і майновим інтересам страхувальників. Головні мотиви для державного регулювання страхування пов'язані з захистом інтересів страхувальників та здійсненням ефективної економічної політики держави.

Аналіз термінології щодо визначення сутності державного регулювання страхування

Таблиця 1.1

Автор	Сутність визначення страхового регулювання	Мета регулювання
Н. П. Докторова	Сутність визначення страхового регулювання включає систему засобів і методів, які використовуються на правовій основі з метою встановлення обмежень та норм для функціонування страхового ринку та діяльності страхових компаній на ньому.	Мета регулювання полягає у розробці правил роботи страхового ринку взагалі та окремих страхових компаній.
О. Ф. Філонюк	Сутність визначення страхового регулювання включає в себе сукупність різноманітних методів та інструментів, що використовуються державою через свій регулятивний орган для впливу на економічну діяльність суб'єктів страхових правовідносин.	Основною метою регулювання є вплив на економічну діяльність суб'єктів страхових правовідносин.
О. С. Журавка	Сутність визначення страхового регулювання охоплює сукупність економічних, адміністративно-правових та організаційно-технічних відносин між суб'єктами страхового ринку та	Мета регулювання - вплив держави на відносини між суб'єктами страхового ринку.

	державою з метою систематичного впливу держави на функціонування страхового ринку.	
Н. В. Михайлова	Сутність визначення страхового регулювання включає в себе систему рішень, прийнятих державними органами управління та спрямованих на створення сприятливих умов для діяльності страхових компаній, захисту інтересів споживачів та забезпечення ефективного розвитку ринку страхових послуг.	Мета регулювання - створення умов для успішної роботи та розвитку страхових організацій і ринку страхових послуг, а також захист інтересів споживачів.
О. Д. Вовчак	Сутність визначення страхового регулювання включає в себе забезпечення формування страховиками достатнього обсягу коштів, за рахунок яких вони можуть виконати свої зобов'язання перед страхувальниками, навіть в ускладнених ситуаціях.	Мета регулювання полягає в забезпеченні фінансової стійкості страховиків.
Нечипорук Л.В.	Сутність визначення страхового регулювання включає в себе сукупність відносин, спрямованих на забезпечення страховиками достатнього обсягу коштів, за рахунок яких вони можуть виконати свої зобов'язання перед страхувальниками.	Мета регулювання полягає в тому, щоб страховики мали достатньо коштів для виконання своїх зобов'язань перед страхувальниками.

**Авторський доробок*

Державне регулювання страхової сфери - це сукупність методів, форм і інструментів, які забезпечують функціонування, контроль, регулювання і захист прав і інтересів суб'єктів господарювання. Розробка теоретичних засад регулювання страхової справи має велике значення, оскільки сприяє узгодженій діяльності державних і недержавних структур для забезпечення надійного страхового захисту як юридичних, так і фізичних осіб.

Основними цілями державного регулювання страхової справи на національному рівні є досягнення балансу інтересів між суб'єктами страхових відносин і регулюючими органами, захист прав страхувальників, забезпечення інтересів страховиків та досягнення певних макроекономічних переваг.

Загальні тенденції у сфері страхування в Україні та у світі свідчать про їхній постійний розвиток. В Україні регулювання страхової діяльності

здійснюється інституціями міжнародного рівня, національними урядовими органами та нормами та стандартами, що діють на рівні окремих страхових компаній, так само, як у багатьох інших країнах світу.

Модель інституційного забезпечення розвитку державного регулювання страхової діяльності в Україні за рівнями економічних відносин наведена на рис. 1.2.

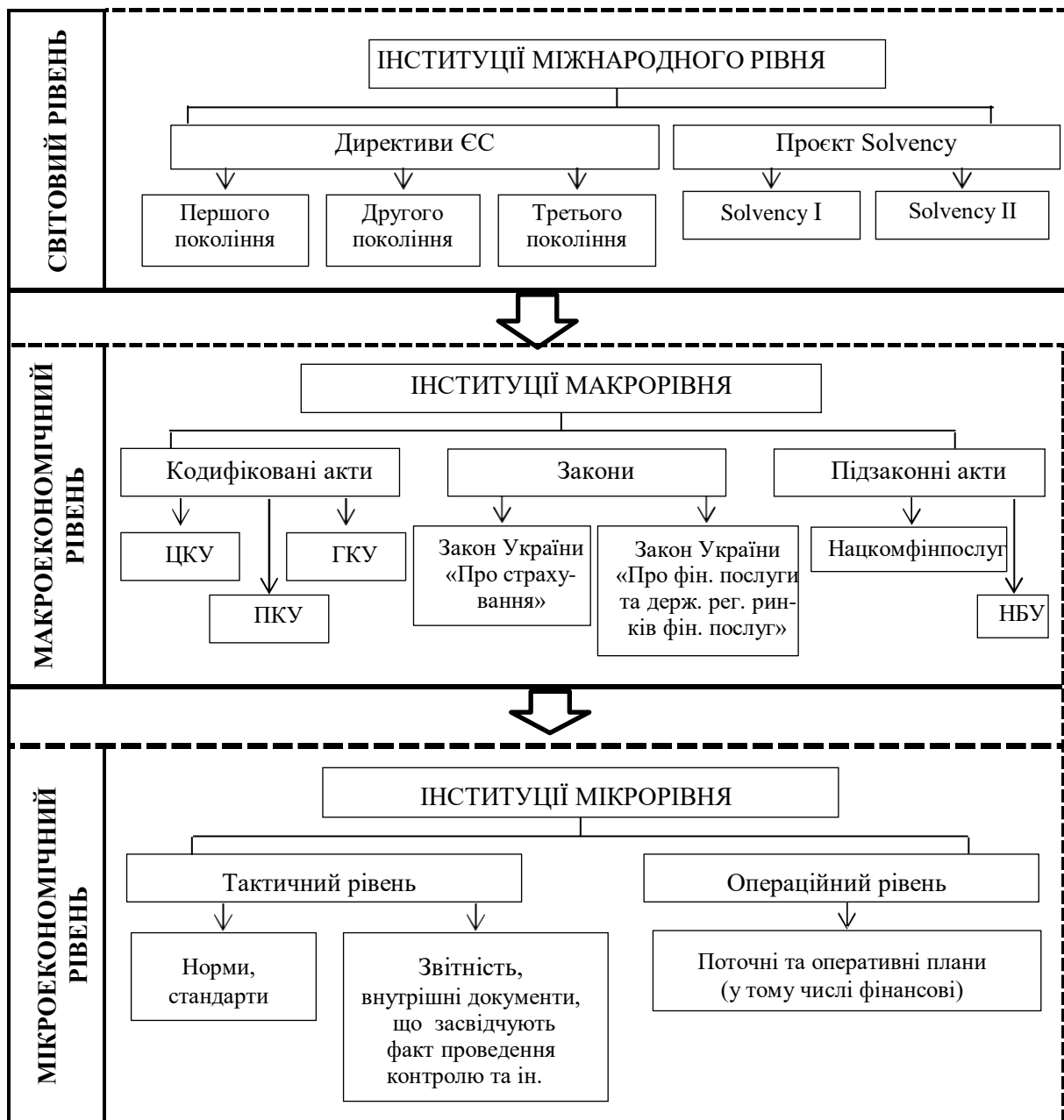


Рис. 1.2 Модель інституційного забезпечення розвитку державного регулювання страхової діяльності в Україні за рівнями економічних відносин

У разі аналізування організаційного забезпечення страхової діяльності на різних економічних рівнях, найбільший вплив на її розвиток виявляє світовий або міжнародний рівень, оскільки саме міжнародні організації визначають Директиви Європейського Союзу, які регулюють страхову діяльність на цьому рівні.

Конкретно, Директивами Першого покоління було визначено єдину термінологію та класифікацію страхового законодавства, встановлено вимоги щодо формування та структури страхових фондів та можливості їх розміщення для країн Європейського Союзу. Директивами Другого покоління були встановлені правила нагляду за страховою діяльністю та розроблені принципи оцінки фінансового стану страхових компаній.

Директиви Третього покоління засновані на правилах нагляду за діяльністю страхових компаній та взаємного визнання систем правового регулювання страхової справи. Крім того, у Директивах ЄС встановлені обов'язкові стандарти забезпечення фінансової стійкості та платоспроможності страховиків, вимоги щодо ліцензування страхової діяльності, надання фінансової звітності страховиками та рекомендації з організації страхового нагляду [36, с. 85].

Найважливішим напрямом державного регулювання страхових компаній є встановлення державних вимог щодо їхньої фінансової стійкості та нагляд за дотриманням цих вимог. Точно через це, на міжнародному рівні, важливим є проєкт Solvency, який складається з двох складових: Solvency I (з спрощеними вимогами до фінансової стійкості) та Solvency II (із базовими вимогами до фінансової стійкості). Цей проєкт базується на встановленні вимог до фінансових ресурсів страхових компаній, розміру їхнього капіталу, а також на корпоративних процесах та системах контролю і звітності. Solvency II включає аспекти, подібні до тих, що визначені базельськими стандартами

для банківської системи, і має три основні компоненти: кількісні вимоги до фінансових ресурсів, якісні вимоги та вимоги до ринкової дисципліни.

Для розширення і впровадження кращих практик страхування принципи цієї діяльності повинні бути закріплені і підтримані на державному (макроекономічному) рівні та визнані в національних нормативних документах.

На рівні макроекономічної політики закріплені національні норми в певних галузях, регіонах та національній економіці загалом. Вони спрямовані на відповідне ставлення до приватної власності та конкуренції на ринку, регламентують стандарти розкриття достовірної інформації, встановлюють етичні норми та стандарти, а також пріоритетні напрями в страховій діяльності.

Основу інституційного забезпечення державного регулювання страхової діяльності в Україні становлять:

- Господарський кодекс України;
- Цивільний кодекс України;
- Податковий кодекс України;
- Закон України "Про страхування";
- Закон України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг";
- Підзаконні акти, розпорядження та накази.

В Україні проводиться державний нагляд за страховою діяльністю з метою сприяти ефективному розвитку ринку страхових послуг, запобігати неплатоспроможності страхових компаній та захищати інтереси споживачів відповідно до положень статті 35 Закону України "Про страхування" [15]. В цьому Законі передбачено, що нагляд за страховою діяльністю в Україні здійснює Уповноважений орган (Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг) та його територіальні підрозділи.

В сучасній економіці України, державне регулювання страхової діяльності реалізується через використання двох основних методів: методу

непрямого впливу (за допомогою податкової, інвестиційної, тарифної, антимонопольної політики та інших заходів) та методу прямого втручання в процес страхування, що включає в себе законодавчу роботу та організацію нагляду та контролю. Система правового регулювання страхування включає в себе численні законодавчі та нормативні акти, які регулюють страхову діяльність, такі як Конституція України, Цивільний кодекс України, закони та постанови Верховної Ради України, укази та розпорядження Президента України, декрети, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, а також міжнародні угоди, укладені та ратифіковані Україною, і нормативні акти (інструкції, методики, положення), ухвалені відповідними міністерствами, відомствами, центральними органами виконавчої влади та зареєстровані Міністерством юстиції України.

У контексті останніх змін у державному регулюванні страхової сфери, слід акцентувати увагу на пруденційному нагляді (система банківського нагляду, за якої головна увага органів нагляду зосереджується на регулярному проведенні оцінки загального фінансового стану, результатів діяльності та якості керівництва), що є основою системи пруденційного регулювання. В різних країнах Європейського союзу наглядовий процес ґрунтується на оцінці ризику, а в інших — на величині конкретних показників. В нинішній час, коли компетенція в галузі нагляду та регулювання страхової діяльності перейшла від Національної комісії з регулювання фінансових послуг до Національного банку України, важливим є впровадження сучасних стандартів для діяльності страховиків та норм, що стосуються укладання страхових угод, посередників і відносин із споживачами страхових продуктів. У розробці нового законодавства важливо враховувати основні вимоги Європейського Союзу, які Україна повинна виконувати на підставі Угоди про асоціацію з ЄС, а також принципи Міжнародної асоціації органів страхового нагляду (IAIS).

На сьогоднішній день існує певна невизначеність у сфері державного регулювання страхової діяльності на макроекономічному рівні, оскільки

більшість підзаконних актів, розпоряджень та наказів були прийняті Національною комісією з регулювання фінансових послуг. На макроекономічному рівні необхідно безперервно вдосконалювати нормативно-правове регулювання страхової діяльності в Україні, враховуючи адаптацію до європейських стандартів.

Однією з особливостей державного регулювання страхової системи в країнах Європейського союзу є її поділ на два рівні. На першому рівні проводиться регулювання страхової системи національними органами з використанням власних механізмів на національних ринках. На другому рівні існують єдині правила регулювання та розвитку страхової системи, що характерні для Європейського союзу. Основними нормативно-правовими документами, що формують страхове законодавство ЄС, є його Директиви. Управління та нагляд за страховою та професійною пенсійною системою в Європейському Союзі здійснюється Європейським управлінням страхування та професійного пенсійного забезпечення (European Insurance and Occupational Pensions Authority - EIOPA).

У світовій практиці існують три основних підходи до державного регулювання страхової системи:

- 1) Традиційне регулювання, що базується на дотриманні правил, вимог і норм законодавства.
- 2) Регулювання, засноване на принципах, встановлених органами влади.
- 3) Регулювання, засноване на ризик-орієнтованому підході, яке передбачає ідентифікацію ризиків та їх вимірювання, особливості управління ризиком та контроль інструментів регулювання.

Останнім часом, страхова система пройшла значні зміни в усьому світі під впливом глобалізації, дерегуляції та технологічного прогресу. Ці трансформації призвели до потреби узгодження та гармонізації нормативного регулювання, а також породили дискусію щодо відповідності наглядових

структур політичним і економічним принципам. Тому структура нагляду стала ключовою темою політичних дебатів у світовій спільноті.

У сучасних умовах більшість країн переходять до моделі єдиного регулювання та нагляду за фінансовою системою, що передбачає консолідацію всіх наглядових функцій в одному органі. Модель мегарегулятора найчастіше використовується країнами ЄС і передбачає єдиний нагляд за фінансовим сектором центральним банком країни або окремою наглядовою установою, відокремленою від центрального банку (наприклад, Австрія, Данія, Естонія, Латвія, Ліхтенштейн, Мальта, Німеччина, Норвегія, Польща, Фінляндія, Швеція).

Практично у кожній з розглянутих європейських країн державне регулювання страхової системи базується на ризик-орієнтованому підході. В Норвегії наглядовий процес ґрунтується на оцінці, контролі та управлінні різними видами ризиків, такими як ринковий, кредитний, операційний ризик і ризик ліквідності.

У Австрії характеристиками ризик-орієнтованого нагляду є послідовний підхід до аналізу ризиків, який підкріплено дієвими заходами, та координація формування європейського та міжнародного наглядового законодавства. Пруденційний нагляд є запорукою ефективного нагляду, і враховуються всі причинно-наслідкові зв'язки. Департамент фінансового ринку Австрії (Austrian Financial Market Authority, FMA) може вводити обов'язкові стандарти, приймати примусові заходи, такі як відкликання ліцензій, відсторонення директорів або накладення адміністративних санкцій на фізичних та юридичних осіб [42].

У Данії, регулювання та нагляд, проведений Департаментом фінансового нагляду (FSA), організовано на основі оцінки значущості ризиків. Залежно від ступеня ризику, зумовленого, наприклад, складністю технічного регулювання, загальним історією порушень або новими правилами, FSA може використовувати різні інструменти нагляду. В областях з низьким потенційним ризиком використовуються менш ресурсомісткі

інструменти нагляду, такі як вибіркові перевірки. Якщо ризик визнається як дуже низький, FSA може не проводити регулярний нагляд у цій галузі і відповідати на звіти та іншу офіційну інформацію [37].

В Естонії, увага при нагляді за страховою системою акцентується на аналізі ризиків, пов'язаних із страховими суб'єктами, і на забезпеченні прозорості, надійності та ефективності страхових послуг. Метою Управління фінансового нагляду Естонії (Estonian Financial Supervision Authority, EFSA) є забезпечення стабільності та якості обслуговування страхових компаній, підтримання надійності страхової системи країни, сприяння підвищенню ефективності страхового сектору шляхом зменшення системних ризиків і запобігання зловживанням страховою системою для злочинних цілей. З 2015 року Управління фінансового нагляду також відповідає за врегулювання фінансових криз у країні та співпрацює з Eesti Pank (Bank of Estonia) у Європейській раді системних ризиків (European Systemic Risk Board, ESRB) [50].

У Ірландії, контроль над страховою системою здійснюється відповідно до ірландського законодавства та європейських директив. На початок червня 2021 року Центральний банк Ірландії (Central Bank of Ireland, Banc Ceannais na hÉireann) здійснював нагляд за 190 страховими та перестраховими компаніями, включаючи іноземних кептивних страховиків. Центральний банк має чіткий мандат у внутрішньому та європейському законодавстві для сприяння фінансовій стабільності в Ірландії та Європейському Союзі. Цей мандат включає поліпшення макропруденційної політики, розробку набору індикаторів для оцінки системних ризиків, розробку макропруденційних інструментів для вирішення нових ризиків, а також проведення аналітичних досліджень для визначення ефективності цих інструментів та обмеження системного ризику. Регулювання фінансових установ і ринків здійснюється через нагляд, заснований на оцінці ризику, підкріплений надійними контролюючими інструментами та інструментами, які включають нагляд за

страховиками в рамках єдиного наглядового механізму, а також моніторинг регуляторних звітів [41].

Центральний банк Ісландії виконує функції органу фінансового нагляду в країні і застосовує ризико-орієнтований підхід до нагляду. Він класифікує об'єкти нагляду на чотири категорії впливу, при цьому обсяг нагляду збільшується в залежності від впливу кожного об'єкта. Центральний банк Ісландії також проводить систематичні перевірки, які підвищують ефективність нагляду. У цих перевірках використовується електронна звітність, автоматизовані розрахунки фінансових показників та індикаторів ризику, існують певні межі попередження [47].

Мальта має єдиного регулятора фінансових послуг - Управління фінансових послуг Мальти (Malta Financial Services Authority, MFSA). Цей орган був створений через делегування наглядових повноважень від Центрального банку Мальти, Мальтійської Біржі та Мальтійського центру фінансових послуг. У практиці MFSA використовує підхід до нагляду, що ґрунтується на оцінці ризику і дозволяє краще розподіляти свої ресурси, наглядові плани та процедури на основі унікального профілю ризику кожної компанії, яка перебуває під їхнім наглядом [46].

Польська Управління фінансового нагляду (PFSA; Komisja Nadzoru Finansowego, KNF) розпочало свою діяльність 19 вересня 2006 року, коли вступив в силу Закон про нагляд за фінансовими ринками від 21 липня 2006 року (№ 157, ст. 1119). Цей новий регулятор прийняв повноваження, які раніше були віднесені до Комісії з нагляду за страхуванням і пенсійними фондами та Комісії з цінних паперів та бірж Польщі, і ці повноваження були скасовані зазначеним Законом. Основними завданнями регулятора в галузі нагляду за страховою системою є:

- Здійснення заходів для підтримки належного функціонування страхової системи та сприяння її розвитку та конкурентоспроможності.
- Прийняття участі в розробці проектів нормативно-правових актів, які стосуються нагляду за страховою системою.

- Створення можливостей для вирішення суперечок між учасниками страхової системи [44].

Національний банк Словаччини (NBS) є центральним банком Словацької Республіки та частиною євросистеми з 1 січня 2009 року. Він відповідає за нагляд за учасниками банківського сектора, ринку капіталу, страхування та пенсійних фондів. Загальні принципи нагляду за фінансовим ринком визначені Законом про нагляд за фінансовим ринком. Нагляд поділяється на дві основні сфери:

- Мікропруденційний нагляд, який є основним напрямком діяльності європейських наглядових органів.

- Макропруденційний нагляд на (базується на дослідженні діяльності системоутворюючих кредитних установ та інституційних зв'язків на фінансовому ринку), який належить компетенції Європейської ради системних ризиків [38].

1.3 Розвиток та функції ринку медичного страхування в Україні

Фінансовий ринок страхування в Україні тривалий час характеризувався численними проблемами, основною з яких була низька поширеність та інтенсивність страхування. У розвинених країнах, страховий сектор сприяє активному інвестуванню в різні галузі економіки, мобілізуючи значні фінансові ресурси та задовольняючи довгострокову потребу в капіталі.

Протягом останнього десятиріччя розвиток страхового ринку в Україні зазнав значних труднощів через ряд внутрішньодержавних та глобальних факторів. Серед них варто виділити політичну нестабільність в країні, анексію східних територій та Криму, наслідки пандемії COVID-19, та непостійність на світовому ринку капіталів, серед інших. Російська агресія на початку 2022 року ще більше загострила проблемну ситуацію та поставила перед ринком страхування нові завдання, що вплинули як на діяльність страхових компаній, так і на загальну ефективність ринку страхування.

В наші дні, страховий ринок України характеризується обмеженими темпами росту, з існуванням 128 страхових компаній та сукупними активами на суму 70338 мільйонів гривень. Протягом періоду з 2017 по 2022 рік кількість страхових компаній на ринку зменшилась у 1,3 рази (див. рис. 1.3), що свідчить про посилення регулювання, здійснюване Національним банком України з 2019 року, а також про високий рівень конкуренції.

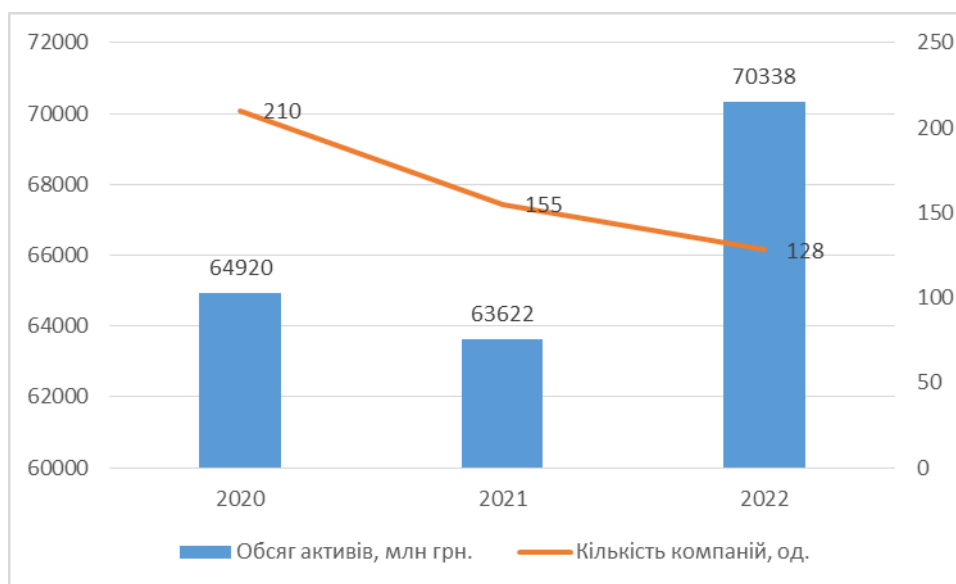


Рис. 1.3. Кількість страхових компаній України та розмір їх активів у 2020-2022 рр.

Навіть при скороченні кількості страхових компаній, ті, які залишилися на ринку, значно збільшують капіталізацію цього ринку. У 2020 році на кожну компанію припадало 309,1 мільйони гривень активів, у 2021 році - 410,5 мільйони гривень, а вже в 2022 році - 549,5 мільйони гривень. Проте, показники розвитку страхового ринку за період з 2020 по 2022 рік показують нестабільну та суперечливу динаміку (табл. 1.2).

**Основні показники розвитку
страхового ринку України в 2017-2022 рр.**

Таблиця 1.2

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Зміна за 2020-2022 рр.
Кількість укладених договорів страхування (тис. од.)	120577	131562	88102	32475
Валові страхові премії, млн грн	45176	49708	39616	-5560
Валові страхові премії на 1 договір страхування, грн	375	378	450	75
Валові страхові виплати, млн грн	14854	17958	13001	-1853
Валові страхові виплати на 1 договір страхування, тис. грн	123	137	148	25
Рівень валових виплат, %	32,88	36,13	32,82	-0,06 в.п.
Показник проникнення, %	1,08	0,91	н/д	-
Показник щільності страхування, грн на 1 особу	1086	1207	н/д	-

На тлі загального зростання кількості укладених договорів страхування за період з 2020 по 2021 рік (+32475 тис. одиниць), вартість кожного окремого договору майже вдвічі скоротилася. Подібну динаміку можна спостерігати і у валових страхових виплатах: при збільшенні загальної суми виплат до 17958 мільйонів гривень у період довоєнних років, в 2021 році припадало 137 тисяч гривень на один договір, що на 14 тисяч більше, ніж у 2020 році. У 2022 році через воєнний стан на території України відбулися значні зміни на страховому ринку: кількість укладених договорів страхування зменшилася в 1,5 рази порівняно з 2021 роком, а розмір валових страхових премій зменшився на 10,1 мільярдів гривень. У результаті, обсяг страхових премій на один договір страхування збільшився на 72 гривні і склав 450 гривень.

Показники проникнення та щільності страхування за період з 2020 по 2021 рік вказують на дуже низький рівень розвитку страхового ринку України порівняно з іншими країнами світу (середні значення становлять відповідно 6,1% і 34 долари США [3]). Зокрема, показник проникнення, який показує співвідношення валових страхових премій до ВВП (валовий внутрішній продукт) країни відсотках, є надзвичайно низьким і це можливо через

зменшення обсягів страхових премій при одночасному зростанні ВВП. Щільність страхування, яка відображає розмір страхових премій на одну особу, також демонструє нестабільну динаміку через коливання умов економічного зростання в країні та фінансову стабільність населення.

Отже, страховому ринку України притаманні проблеми та характеристики, які сформувалися в довоєнний період і загострилися внаслідок військових дій на всій території держави.

В Україні на даний момент існує система добровільного медичного страхування (ДМС), і її частка в загальній структурі страхового ринку в країні станом на перше півріччя 2022 року становила 14%.

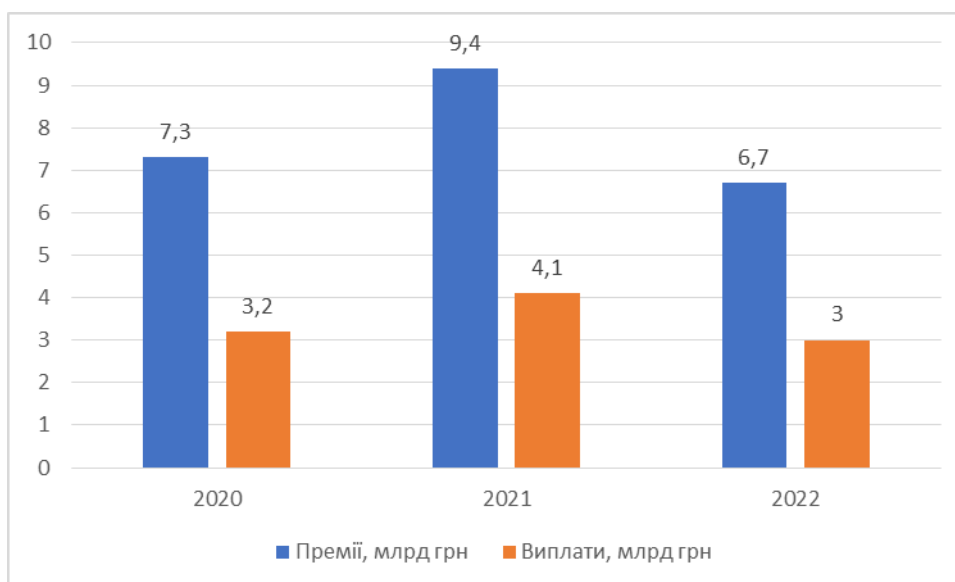


Рис. 1.4. Динаміка ринку медичного страхування за 2020-2022 роки,

Для порівняння можна навести дані щодо Європейського страхового ринку: у 2020 році медичне страхування становило 13% в загальній структурі, поступаючись лише страхуванню життя. У Європі найдоцільніше використання ДМС (добровільне медичне страхування) спостерігається в Нідерландах (64%), Німеччині (19,6%) та Іспанії (13,2%) [7, с. 53].

На сьогодні в Україні послуги, пов'язані з добровільним медичним страхуванням, надають десятки страхових компаній. В таблиці 1.3. представлений ТОП-10 компаній на ринку .

Страхові компанії України на ринку ДМС з 2022 рік

Таблиця 1.3

№ зп	Страхова компанія	Сума страхових платежів, млн. грн.	Частка ДМС в структурі страхового портфеля, %	Сума страхових виплат, млн. грн.	Рівень виплат, %
1	УНІКА	711,4	27,9	418,7	58,86
2	ПРОВІДНА	652,4	71,6	400,2	61,34
3	ІНГО	432,9	26,8	282,2	65,19
4	ARX	429,0	13,0	176,6	41,17
5	УСГ	317,9	11,6	168,3	52,94
6	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	260,1	29,1	192,7	74,09
7	ТАС СГ	224,1	10,0	103,2	46,05
8	УНІВЕРСАЛЬНА	192,0	22,6	78,9	41,09
9	КРАЇНА	168,4	37,8	117,6	69,83
10	ВУСО	168,2	14,1	75,1	44,65
	Разом обсяг ринку	4344,6		2370,5	54,56

Серед цих десяти компаній найвищий показник виплат має СК "Альфа страхування", яка досягає 74,09%. Слід зазначити, що в середньому по вітчизняному страховому ринку України у 2022 році цей показник становив 54,56% [6], що свідчить про високий рівень виплат у сфері медичного страхування.

Останнім часом в Україні спостерігається прискорений розвиток ринку корпоративного медичного страхування. Наприклад, кількість осіб, застрахованих за договорами добровільного медичного страхування (ДМС) в Європейському страховому альянсі, зросла від 8 тисяч осіб на початку цього року до 12 тисяч наприкінці липня. Страхова компанія "ПЗУ Україна" збільшила загальний обсяг страхових премій за ДМС на 17% за перший квартал 2023 року, а "Євроінс Україна" зростала на 69% за першу половину 2023 року, порівняно з відповідним періодом 2022-го.

Деякі компанії навіть перевищують показники довоєнного періоду. Наприклад, страхова компанія INGO показала зростання страхових премій в сегменті ДМС на 65% за результатами січня-квітня 2023 року, що є рекордним показником.

Зазначений розвиток був можливим завдяки роботі над сервісною складовою медичного асистансу (комплекс організаційних послуг з медичної діагностики, лікування, реабілітації пацієнта тощо), точному виконанню страхових виплат та реструктуризації ринку добровільного медичного страхування через відхід великих страховиків від цього виду страхування.

У загальному обсязі медичного страхування в Україні у 2023 році наразі досягнуто 70-75% від рівня довоєнного і 83% від рівня 2020 року (за даними Нацбанку України, за результатами першого кварталу 2023 року).

Вже у третьому кварталі 2022 року Національний банк України спостерігав значне зростання загального обсягу премій за договорами медичного страхування, незважаючи на катастрофічний початок війни. Попит поступово відновлювався, тому загальна сума внесків страхувальників за безперервним медичним страхуванням за результатами 2022 року відстала лише на 22,5% від рівня 2021 року, скоротившись до 4,83 млрд гривень.

Навіть в умовах надзвичайних обставин у 2022 році згідно з даними Національного банку України, 145,3 тисяч юридичних осіб уклали договори безперервного страхування здоров'я персоналу зі страховиками, що складає лише 22,8% менше, ніж показник попереднього року.

Можна виділити десять ключових параметрів для оцінки страхових компаній та їхніх страхових продуктів у сфері добровільного медичного страхування (ДМС):

- Вартість послуг.
- Географічна доступність мережі лікарських закладів.
- Наповнення медичних програм та наявність популярних опцій.
- Покриття пасивних воєнних ризиків.
- Фінансова надійність, репутація та портфоліо страхової компанії.
- Гнучкість та лояльність до ексклюзивних програм.
- Показники рівня обслуговування.
- Задоволеність застрахованих осіб.
- Наявність та рівень власного медичного асистансу.

- Рівень інноваційності та цифровізації страхової компанії.

Перші три критерії визначають основу для роботодавців при виборі страхової компанії для подальших стосунків. Це є основним мінімумом. Незважаючи на це, страхувальники серед юридичних осіб не обмежуються лише найбільш доступними програмами страхування, а шукають оптимальний баланс між обсягом та якістю медичних послуг.

Покриття пасивних воєнних ризиків стала значущим критерієм оцінки страхувальників у сегменті корпоративного медичного страхування. Провідні компанії віддають перевагу страхувальникам, які надають покриття цих ризиків.

Зараз особлива увага приділяється лікуванню та реабілітації військових та ветеранів. Під час війни страхові поліси включають лікування, пов'язане з воєнними ризиками. Важливою є наявність корпоративних лімітів, які можна використовувати в разі страхових подій, пов'язаних з воєнними ризиками.

Роботодавці в добровільному медичному страхуванні (ДМС) дедалі частіше обирають страхові програми, які включають в себе покриття медичної допомоги для цивільних працівників, постраждалих від пасивних воєнних травм, таких як ракетні атаки, снаряди, безпілотні літальні апарати, руйнування будівель, вибухи, пожежі, мінування, і подібні. Додатково, компанії проявляють зростаючий інтерес до розширення програм страхування для психологічної підтримки працівників, програм для ветеранів та реабілітації демобілізованих співробітників.

Національна асоціація страховиків України (НАСУ) зауважує, що покриття пасивних воєнних ризиків стало стандартним вимогам для корпоративних договорів ДМС, і такі обов'язкові умови включаються у колективні договори страхування в рамках добровільного медичного страхування. Хоча умови щодо покриття таких ризиків можуть варіюватися в залежності від вимог клієнтів, кількості застрахованих осіб та обраного бюджету контракту. Зазвичай страхові поліси покривають діагностику та повне лікування для випадків травм та поранень, отриманих в результаті

військових конфліктів, таких як вибухи і поранення внаслідок військових дій. Останнім часом до такого покриття додатково додаються опції для надання психологічної підтримки працівникам та реабілітації демобілізованих співробітників.

Цей попит на страхування воєнних ризиків у добровільному медичному страхуванні підтверджується і страховими компаніями. Додавання покриття стосовно військових ризиків до полісів ДМС дозволяє надати підтримку співробітникам як фінансово, так і психологічно під час нової фази війни. Ця практика активно розширюється та знаходить підтримку серед клієнтів і страховиків.

Для компаній зараз стало нормою включення покриття пасивних воєнних ризиків до програм добровільного медичного страхування. Покриття пасивних воєнних ризиків стали стандартом для всіх договорів страхування у Європейському страховому альянсі. Крім цього, існують договори, які передбачають медичне обслуговування навіть для військовослужбовців, яких зазначає роботодавець у списку страхування.

На жаль, страхові компанії вже зіштовхуються з необхідністю вирішувати страхові випадки, пов'язані з війною. Споживачі періодично звертаються для отримання амбулаторної допомоги після травматичних подій, іноді потрібне стаціонарне лікування, а інколи навіть транспортування застрахованих осіб для медичного лікування за кордоном.

За оцінками фахівців, впродовж 2022-2023 років програми корпоративного медичного страхування значно розширилися, і компанії продовжують додавати нові опції до своїх страхових договорів, представляючи нові послуги медичного страхування.

Запит на послуги психологів та страхування медичних витрат за кордоном зростає, і акцент робиться на послуги телемедицини. Також відзначається збільшення інтересу до профілактичних обстежень та стоматологічних послуг. Ліміти на покриття стоматологічного лікування

також зростають через збільшення вартості послуг у стоматологічних клініках.

При виборі страхових програм керівники компаній намагаються максимально розширити список доступних опцій, які можуть бути корисними для осіб у разі захворювання, зазначають фахівці зі страхової галузі. Вони пояснюють, що їх компанії прагнуть включити до програми медичного страхування найбільш повний і актуальний спектр медичних послуг. Цей процес включає врахування побажань працівників, аналіз найкращих практик інших компаній, огляд тенденцій на ринку та аналіз статистики, що стосується наданих послуг протягом попередніх років.

На 2023 рік спектр послуг, доступних в програмі ДМС, розширився. Зокрема, було збільшено ліміти на стоматологічне обслуговування, на проведення планового медичного патронажу вагітних жінок і виплати у зв'язку з пологами, і також було збільшено індивідуальні ліміти для винятків.

В останні роки все більшою популярністю користуються профілактичні медичні послуги для працівників, які спрямовані на вчасне виявлення проблем зі здоров'ям. Зокрема, звертають увагу на телемедицину, яка надає можливість надавати медичні послуги в умовах підвищеної небезпеки та за кордоном.

Додатково, існуюча потреба в розширенні географічного охоплення на території Європи завдяки договорам "Тревел" та можливість отримання компенсації в межах корпоративних лімітів для осіб, які змушені виїжджати за кордон. Це підтверджується в Національній асоціації страховиків України.

Зростаючий попит на додаткові послуги з діагностики та лікування остеохондрозу та дорсопатії також свідчить про масовий перехід персоналу на дистанційний режим роботи, як повідомляють представники Європейського страхового альянсу.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Медичне страхування відіграє суттєву роль у системі охорони здоров'я в численних країнах світу, сприяючи забезпеченню доступності медичної допомоги, зменшенню фінансового ризику для пацієнтів і удосконаленню фінансування системи охорони здоров'я загалом.

На світовому рівні існують дві основні форми медичного страхування: обов'язкова та добровільна. Обов'язкове медичне страхування є найпоширенішою моделлю, що гарантує доступ до медичних послуг усім громадянам країни. У країнах з загальнообов'язковим медичним страхуванням, як правило, фінансування здійснюється через спільні внески уряду та населення через спеціальні страхові внески. Ці страхові системи зазвичай охоплюють широкий спектр медичних послуг, включаючи консультації лікарів, госпіталізацію, хірургічні операції та лікарські препарати. Деякі країни також мають системи приватного медичного страхування, які надають додаткові послуги та покриття для тих, хто має підвищені вимоги до рівня медичної допомоги.

Отже, в Україні функціонування страховиків міцно контролюється за допомогою різних рівнів регулювання. Цей контроль охоплює законодавчі та нормативні акти, внутрішні документи страхових компаній, а також ліцензування, і виконується Уповноваженим органом зі страхового нагляду. Нагляд за страховою діяльністю регулюється на різних рівнях, включаючи міжнародний, макро- та мікроекономічний рівні. Кожен рівень має свою систему нормативно-правових актів, таких як директиви, закони, постанови, розпорядження і т. д., які формують комплексний правовий каркас для регулювання страхової діяльності в Україні. На сьогоднішній день існує невизначеність у чинному правовому полі, яке регулює страхову діяльність, через значну зміну регулюючого органу в цій галузі. Перехід України до системи мегарегулювання у сфері страхової діяльності та процес інтеграції України до Європейського союзу зобов'язують до адаптації вітчизняного законодавства до європейських стандартів.

Держава повинна сприяти створенню безпечної, стабільної та ефективної страхової системи. Фінансова стабільність передбачає, що страхова система здатна подолати економічні труднощі, забезпечити належний доступ до капіталу та ефективно розподіляти ризики.

На основі наданих інформаційних відомостей можна зробити кілька висновків щодо розвитку українського ринку медичного страхування:

1) Розширення страхових програм. Українські компанії активно розширюють свої програми медичного страхування, намагаючись включити якнайбільше медичних послуг та опцій для своїх клієнтів.

2) Збільшення покриття. Спостерігається зростання лімітів на різноманітні медичні послуги, такі як стоматологічне обслуговування, плановий медичний патронаж вагітних жінок та виплати за пологи. Це дозволяє страховикам надавати більш широкий спектр медичних послуг своїм клієнтам.

3) Зростання популярності профілактичних послуг. Профілактичні медичні послуги стають дедалі більш популярними серед працівників, оскільки вони дозволяють вчасно виявляти проблеми зі здоров'ям та підтримувати його на високому рівні.

4) Телемедицина. Важливий акцент робиться на телемедицині, яка стає ефективним способом надання медичних послуг в умовах підвищеної небезпеки та в інших регіонах світу.

5) Розширення географічного охоплення. Є попит на розширення покриття на території Європи за допомогою договорів "Тревел" та інших подібних інструментів.

6) Збільшення популярності медичного страхування в умовах конфлікту. Покриття пасивних воєнних ризиків стало нормою для корпоративних договорів медичного страхування, і це стає важливою перевагою для співробітників у період воєнного конфлікту.

Загалом, український ринок медичного страхування продовжує активно розвиватися та адаптуватися до зростаючих потреб клієнтів, пропонуючи більше послуг та опцій для забезпечення їх здоров'я та благополуччя.

РОЗДІЛ II

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ ТАС З МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Страхова компанія ТАС успішно діє на українському страховому ринку практично чверть століття, заслуживши визнання як надійний партнер для понад 1 мільйона клієнтів, що віддавали їй перевагу через її надійне виконання зобов'язань перед ними. Кожен клієнт може обрати оптимальний варіант для захисту свого здоров'я відповідно до власних потреб. Це може включати як якісний медичний супровід та невідкладну допомогу, так і проведення специфічних досліджень, консультації фахівців з вузьким профілем, а також забезпечення необхідними медикаментами.

Сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я має гарантувати прозорі державні гарантії у медичному обслуговуванні, фінансовий захист громадян у разі захворювання, ефективний розподіл фінансових ресурсів та зменшення неофіційних платежів.

2.1 Історичні аспекти та сучасний стан розвитку компанії ТАС

Акціонерне товариство "Страхова група" ТАС діє на українському страховому ринку вже з давніх часів, починаючи з 1998 року. Ця компанія - універсальний страховик, який пропонує понад 100 різних страхових продуктів для клієнтів, які цікавляться як добровільним, так і обов'язковим страхуванням. Вони пропонують комплексні страхові програми, що дозволяють кожному клієнту - будь то фізична або юридична особа - застрахувати свої ризики окремо або у комплексі. Мета компанії полягає в отриманні прибутку через надання широкого спектру страхових послуг для захисту майнових інтересів громадян та компаній, а також здійснення фінансової діяльності в межах, встановлених законодавством та їх власним статутом. Клієнтами компанії є юридичні особи, банки, страхові компанії, представництва з-за кордону, промислові підприємства, інвестиційні фонди та інші. АТ (акціонерне товариство) СГ ТАС має ліцензії Держфінпослуг

України на 28 видів страхування, зокрема 16 - добровільних і 12 - обов'язкових.

Страхова компанія АТ "Страхова група" ТАС пропонує широкий спектр страхових послуг, включаючи такі види:

1.Добровільне майнове страхування: вантажів; майна юридичних осіб від ризиків пожежі та інших небезпек; майна фізичних осіб; будівельно-монтажних робіт; ризику перерви у виробництві; водного транспорту; залізнично-дорожнього транспорту; кредитів; інвестицій; кредитного портфеля банку; виданих та прийнятих кредитів; фінансових ризиків; ризиків аграрного товаровиробника; тварин; ризиків вирощування водних ресурсів у внутрішніх водоймах України.

2.Добровільне страхування відповідальності: за невиконання договірних зобов'язань; оплату екстрених послуг під час подорожі в країні та за її межами; перед третіми особами; професійну відповідальність; перед третіми особами за якість продукції; за забруднення навколишнього середовища; власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника).

3.Добровільне особисте страхування: персонал на ядерних установках; на випадок хвороби; медичне страхування.

4.Обов'язкове страхування: цивільна авіація; цивільно-правова відповідальність автовласників (ОСЦПВ - обов'язкове страхування авто); сільськогосподарські культури, урожай зернових культур та цукрового буряка; тварин на випадок загибелі чи знищення; члени добровільних пожежних дружин; спортсмени вищих категорій; відповідальність власників зброї; відповідальність власників собак; відповідальність суб'єктів перевезення небезпечних вантажів; відповідальність експортерів та осіб, що відповідають за утилізацію небезпечних вантажів; відповідальність при експлуатації небезпечних об'єктів.

Розглянемо динаміку фінансовий показників СГ ТАС на рис. 2.1-2.4.

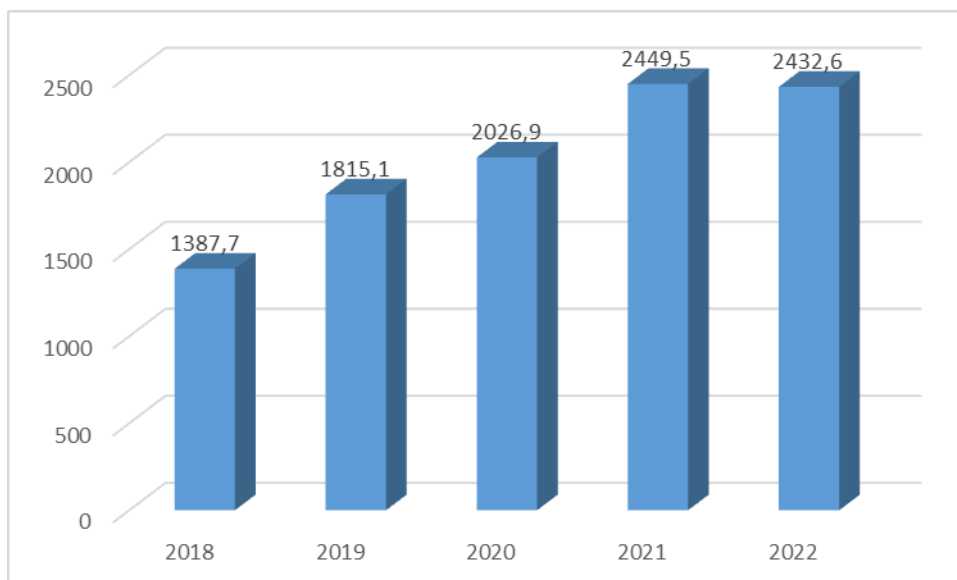


Рис. 2.1. Динаміка страхових премій СГ ТАС за 2018-2022 рр. млн грн

Страхові премії зросли на 75,3%, з 1387,7 млн грн у 2018 році до 2432,6 млн грн у 2022 році. Це зростання відбулося за рахунок збільшення обсягів страхування життя, страхування майна та страхування від нещасних випадків та нещасних випадків.

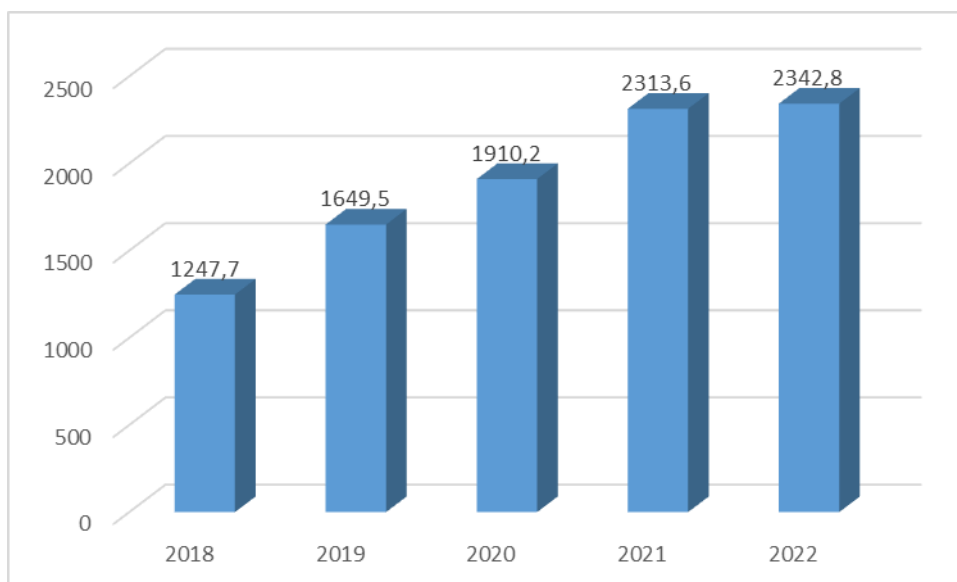


Рис. 2.2. Динаміка чистих страхових премій СГ ТАС за 2018-2022 рр., млн грн

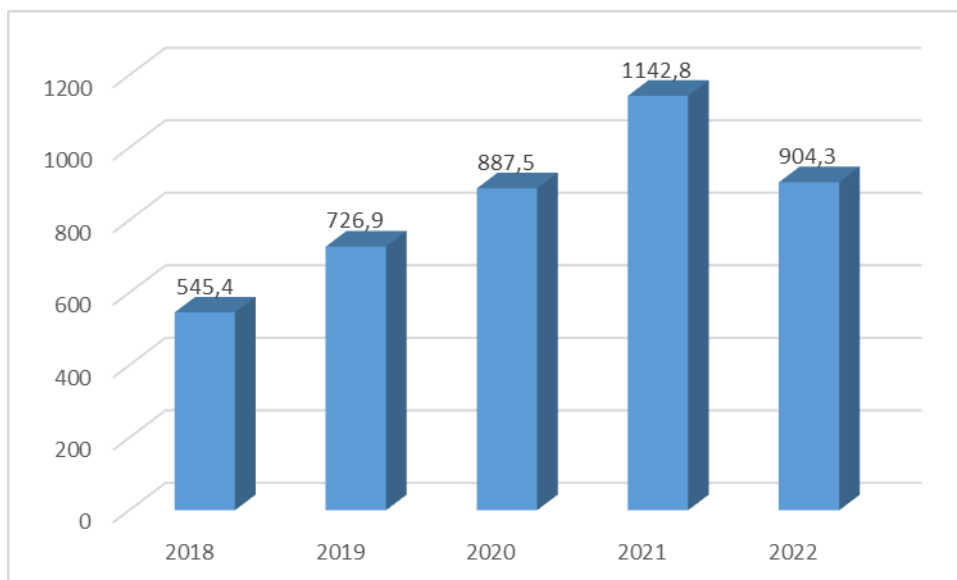


Рис. 2.3. Динаміка страхових виплат СГ ТАС за 2018-2022 рр., млн грн

Чисті страхові премії зросли на 87,77%, з 1247,7 млн грн у 2018 році до 2342,8 млн грн у 2022 році. Це зростання відбулося за рахунок збільшення обсягів страхування життя, страхування майна та страхування від нещасних випадків та нещасних випадків.

Страхові виплати зросли на 65,80%, з 545,4 млн грн у 2018 році до 904,3 млн грн у 2022 році. Це зростання відбулося за рахунок збільшення обсягів страхування життя, страхування майна та страхування від нещасних випадків та нещасних випадків.

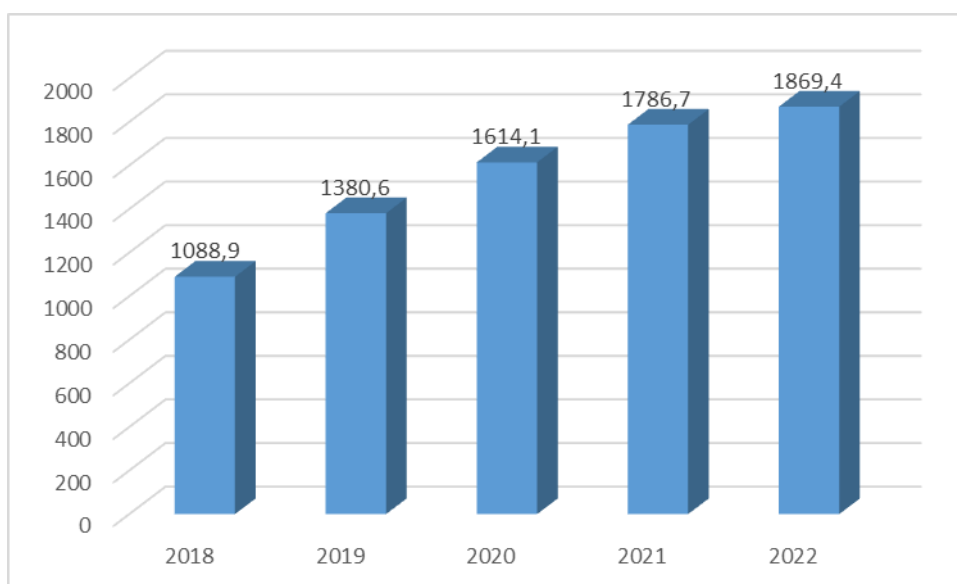


Рис. 2.4. Динаміка страхових резервів СГ ТАС за 2018-2022 рр., млн грн

Страхові резерви зросли на 71,68%, з 1088,9 млн грн у 2018 році до 1869,4 млн грн у 2022 році. Це зростання відбулося за рахунок збільшення обсягів страхових премій та страхових виплат.

Загалом, СГ ТАС є однією з провідних страхових компаній в Україні. Вона займає стійкі позиції на ринку за всіма основними показниками.

Зростання обсягів страхових премій. СГ ТАС демонструє позитивну динаміку зростання обсягів страхових премій. Це відбулося за рахунок збільшення обсягів страхування життя, страхування майна та страхування від нещасних випадків та нещасних випадків.

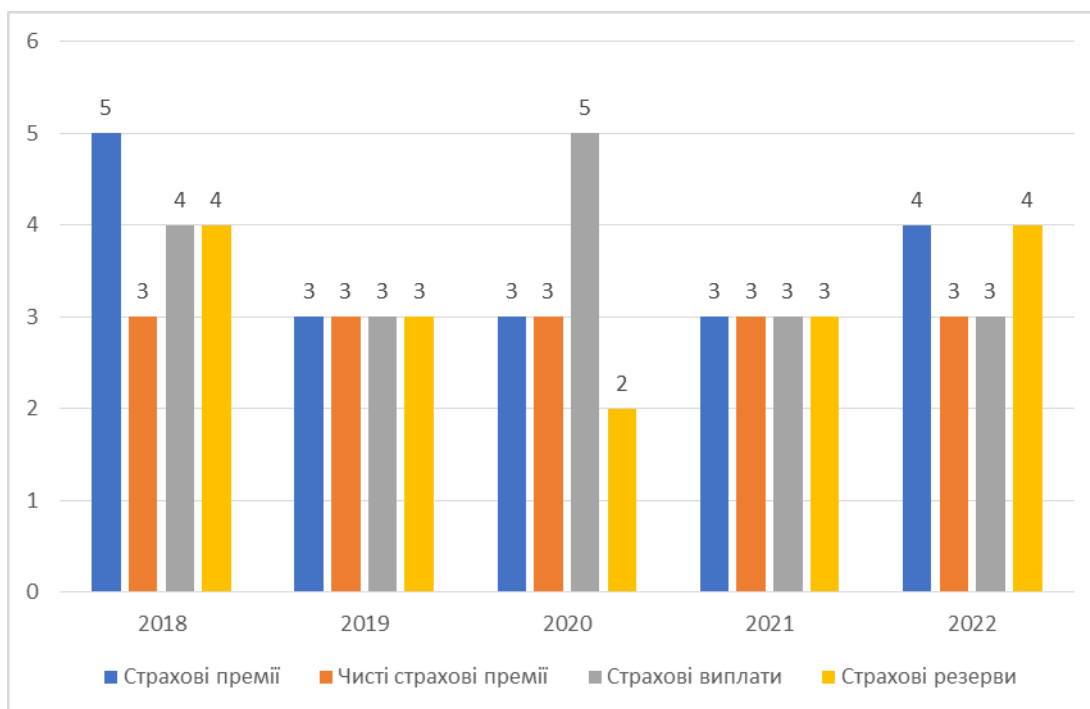


Рис. 2.5. Динаміка позиції по ринку СГ ТАС за 2018-2022 роки

Стабільні показники чистих страхових премій. СГ ТАС демонструє стабільні показники чистих страхових премій. Це означає, що компанія має ефективну систему управління витратами.

Позитивна динаміка страхових виплат. СГ ТАС демонструє позитивну динаміку страхових виплат. Це означає, що компанія виконує свої зобов'язання перед клієнтами.

Стабільні показники страхових резервів. СГ ТАС демонструє стабільні показники страхових резервів. Це означає, що компанія має достатній рівень фінансової стійкості.

СГ ТАС має всі можливості для подальшого розвитку та зміцнення позицій на ринку страхових послуг в Україні. Компанія має досвідчений менеджмент, висококваліфікований персонал та розвинену мережу представництв.

2.2 Концепція і стратегія діяльності медичного страхування компанії ТАС

Концепція медичного страхування компанії ТАС базується на наступних принципах.

Забезпечення доступності якісних медичних послуг для всіх категорій населення. Компанія пропонує широкий спектр медичних страхових програм, які відповідають потребам різних груп клієнтів, у тому числі індивідуальних, сімейних, корпоративних.

Захист від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобою або травмою. Медичне страхування дозволяє клієнтам компенсувати витрати на медичне обслуговування, що виникають у разі хвороби або травми.

Створення умов для здорового способу життя. Компанія реалізує програми, спрямовані на популяризацію здорового способу життя, що сприяє профілактиці захворювань і зменшує потребу в медичних послугах.

Стратегія діяльності медичного страхування компанії ТАС спрямована на:

- Збільшення обсягу страхових премій. Компанія планує збільшити обсяг страхових премій у сегменті медичного страхування за рахунок розширення мережі представництв, підвищення рівня клієнтської обслуговування та розробки нових страхових продуктів.
- Покращення якості страхових послуг. Компанія планує покращити якість страхових послуг за рахунок співпраці з висококласними

медичними закладами, впровадження нових технологій та інноваційних рішень.

- Збільшення диверсифікації портфеля страхових продуктів. Компанія планує збільшити диверсифікацію портфеля страхових продуктів у сегменті медичного страхування за рахунок розробки нових страхових продуктів, адаптованих до потреб різних категорій клієнтів.

Добровільне медичне страхування від СГ ТАС - це надійний захист здоров'я працівників підприємства.

Добровільне медичне страхування (ДМС) від СГ ТАС - це унікальні програми захисту здоров'я працівників підприємства, розроблені з урахуванням їхніх побажань та поточних потреб. Ці програми ДМС можуть включати як стандартні види медичної допомоги, так і охоплення профілактичних та реабілітаційних заходів, організацію профілактичних оглядів, вакцинацію, призначення вітамінів та інше, відповідно до бажань страхувальника.

По договору добровільного медичного страхування (ДМС) компанія ТАС бере на себе зобов'язання організувати та оплачувати високоякісну та своєчасну кваліфіковану медичну допомогу працівникам різних підприємств. У цьому випадку безпосереднім страхувальником виступає роботодавець.

Програми ДМС можуть охоплювати не лише стандартні медичні послуги для застрахованих осіб, але й забезпечувати профілактичні та реабілітаційні заходи, вакцинацію, вітамінну підтримку та інші послуги, які бажає страхувальник.

Програми ДМС від ТАС розділяються на три класи обслуговування: "Економ-клас", "Стандарт-клас" та "Еліт-клас", що відрізняються як за вартістю, так і за обсягом наданих послуг.

У межах обраної програми ДМС застраховані особи отримують необхідну медичну допомогу у разі гострих захворювань, травм, отруєнь, станів після опіків та інших проблем здоров'я, включаючи амбулаторно-

поліклінічну та стаціонарну допомогу, екстрену медичну допомогу, а також стоматологічне обслуговування.

СГ ТАС надає можливість вибору медичних закладів для отримання послуг: чи то державних лікувально-профілактичних установ, чи то приватних медичних клінік, які дотримуються світових стандартів.

Важливо зазначити, що незалежно від типу медичного закладу, медична допомога застрахованим особам надається оперативно та високоякісно завдяки прямим договорам між ТАС та медичними закладами, а також постійному контролю процесу лікування соціальними групами страхувальника.

"Територія здоров'я" від СГ ТАС - гарантія якісного медичного лікування у випадку непередбачених обставин, пов'язаних зі здоров'ям.

Договір ТАС – Територія здоров'я" розроблений для тих, хто піклується про своє та своєї сім'ї здоров'я. Згідно цього договору, страхувальник оплачує витрати на діагностику та лікування у випадку гострих захворювань, загострень хронічних станів та нещасних випадків. Крім того, застраховані особи можуть отримати онлайн-консультацію щодо встановлення правильного діагнозу у провідних світових лікарів.

Договір медичного страхування ТАС – Територія здоров'я" – це захист як окремих членів родини, так і всієї сім'ї в умовах гострих захворювань, загострень хронічних станів та нещасних випадків.

Згідно цієї угоди, страхувальник оплачує витрати на діагностику та лікування застрахованих осіб, а також надає можливість отримання онлайн-консультації щодо критичних захворювань у провідних світових лікарів через Diagnose.me.

Страхування також охоплює витрати на лікування критичних захворювань, таких як туберкульоз, цукровий діабет та новоутворення.

Залежно від обраної програми обслуговування, лікування застрахованих осіб може здійснюватися як у державних медичних закладах, так і в приватних медичних установах.

"Повний медичний захист" – надійна страхова програма для вашого здоров'я та здоров'я родини.

Цей договір укладається на випадок гострих захворювань, які потребують оперативного лікування чи хірургічного втручання, критичних захворювань та смерті застрахованої особи внаслідок нещасного випадку чи хвороби.

Клієнтам пропонується три різних пакети програми "Повний медичний захист" з різним обсягом послуг та вартості. Страхова сума може складати 50 000, 70 000 або 120 000 гривень.

Цей договір передбачає страховий захист у разі:

- гострих захворювань, які вимагають оперативного чи хірургічного лікування;
- критичних захворювань;
- смерті застрахованої особи.

Клієнти можуть обрати один із трьох пакетів:

Мінімальний, який включає медичне страхування на випадок смерті застрахованої особи внаслідок нещасного випадку чи гострої хвороби на суму 50 000 гривень;

Оптимальний, який покриває страхування на випадок смерті застрахованої особи через нещасний випадок чи гостру хворобу та гостру хворобу, вперше виявлену в житті особи, на суму 70 000 гривень;

Максимальний, який включає страхування на випадок смерті застрахованої особи через нещасний випадок чи гостру хворобу, гостру хворобу, виявлену вперше в житті особи, та діагноз критичного захворювання на суму 120 000 гривень.

Річний страховий платіж залежить від обраного пакету і може складати 300, 750 або 2500 гривень.

Важливо відзначити, що за договором "Повний медичний захист" Страхова група ТАС зобов'язується не лише оплачувати хірургічні втручання

та оперативне лікування застрахованих осіб, але й організувати надання цих медичних послуг.

Кваліфіковані лікарі-координатори забезпечують інформаційну та консультаційну підтримку застрахованим особам цілодобово, сім днів на тиждень.

Страхування здоров'я у випадку хвороби – ефективний захист від несподіваних витрат, пов'язаних із хворобою, і представляє надійний спосіб убезпечити себе та своїх близьких.

Пропонована Страховою групою ТАС програма добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби є одним із найбільш надійних та ефективних способів захисту від неочікуваних фінансових витрат, пов'язаних з хворобою, втратою працездатності або смертю. Ця програма має безліч переваг, серед яких важливо відзначити можливість самостійно визначати розмір страхової суми, яку буде виплачено як компенсація.

Страхування здоров'я на випадок хвороби від СГ ТАС становить ефективний захист від несподіваних фінансових витрат у разі виникнення хвороби, втрати працездатності або смерті ваших співробітників.

Договір страхування здоров'я від СГ ТАС – це надійний захист від несподіваних витрат у разі хвороби, втрати працездатності або смерті вашого персоналу.

Страховий випадок за цим договором передбачає:

- Тимчасову втрату працездатності через гостру чи загострену хронічну хворобу, потребу амбулаторного чи стаціонарного лікування, що вимагає консервативного або хірургічного втручання.
- Постійну втрату загальної працездатності через хворобу, яка призвела до інвалідності.
- Смерть особи через хворобу.

Гостра хвороба – це раптове, несподіване захворювання, що погіршує стан здоров'я. Її недолік лікування може призвести до серйозних наслідків чи навіть загрожувати життю.

Загострення хронічної хвороби – це повторне настання захворювання, підтверджене скаргами та клінічними проявами, яке потребує лікування до полегшення симптомів.

За перевагами договору страхування здоров'я від СГ ТАС слід виділити:

- Виплати за фактом хвороби, втрати працездатності чи смерті співробітника.
- Визначення розміру відшкодування на ваш вибір, обираючи страхову суму для співробітників.

Оформлення договору страхування здоров'я на випадок хвороби в СГ ТАС має низку переваг:

- Виплата страхового відшкодування за фактом хвороби або втрати працездатності або смерті співробітника.
- Клієнт сам визначає розмір компенсації, вибираючи необхідну страхову суму для співробітників.

Послуга медичного страхування "TAS - Doctor". Добровільне медичне страхування (ДМС) від СГ ТАС - це спеціально розроблені програми страхового захисту здоров'я співробітників підприємства, орієнтовані на їхні побажання та актуальні потреби. Ці програми можуть включати як основні медичні послуги, так і покриття профілактичних заходів, реабілітаційних заходів, організацію профілактичних медоглядів, вакцинацію, профілактичні заходи вітамінотерапії багато іншого за бажанням страхувальника.

Згідно з договором добровільного медичного страхування (ДМС), Страхова група ТАС забезпечує організацію та оплату якісної, своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги для співробітників підприємств усіх форм власності. За даним договором страхувальником виступає безпосередньо роботодавець.

Програми ДМС від СГ ТАС класифікуються як "Економ-клас", "Стандарт-клас" та "Еліт-клас". Вони відрізняються вартістю та обсягом надання медичних послуг.

Під час гострих захворювань, загострень хронічних хвороб, травм, опіків, отруєнь та інших проблем здоров'я, застраховані особи, в рамках обраної програми ДМС, отримують необхідну медичну допомогу:

- Амбулаторно-поліклінічну
- Стаціонарну
- Швидку та невідкладну
- Невідкладну та планову стоматологічну

Крім того, за бажанням страхувальника можуть бути включені опції, такі як призначення сімейного лікаря та забезпечення необхідними медикаментами.

Медичне обслуговування застрахованих осіб проводиться як у державних лікувально-профілактичних закладах та сімейних поліклініках, так і в сучасних приватних медичних центрах, які працюють відповідно до світових стандартів.

Без винятку, незалежно від типу медичного закладу, СГ ТАС забезпечує максимально швидку та якісну медичну допомогу завдяки наявності прямих угод з цими закладами та постійному контролю за процесом лікування всіх застрахованих осіб на всіх етапах.

Інформаційно-консультаційна підтримка застрахованих осіб здійснюється кваліфікованими лікарями-координаторами власної служби асистансу страховика "ТАС-Лікар" цілодобово сім днів на тиждень.

Для реалізації стратегії діяльності медичного страхування компанія ТАС реалізує такі основні напрямки:

- Розширення мережі представництв. Компанія планує розширити мережу представництв у регіонах України, щоб наблизити свої послуги до клієнтів.

Підвищення рівня клієнтської обслуговування. Компанія планує підвищити рівень клієнтської обслуговування за рахунок впровадження нових технологій, таких як дистанційне обслуговування клієнтів та електронний документообіг.

2.3 Перспективи та практичні дії для подальшої ефективності організації роботи страхової компанії ТАС в Україні

Багато українців уникають медичного страхування через його високу вартість, розглядаючи його як розкіш. Проте досвід інших країн показує, що система страхової медицини може бути ефективною. Витрати на медичне страхування в розвинених країнах складають значну частку витрат на охорону здоров'я, оскільки воно забезпечує доступність послуг та покриття витрат пацієнтів [12].

Система Семашка в Україні не ефективна ні для страхової медицини, ні для охорони здоров'я загалом. Система охорони здоров'я в країні розбалансована та недостатньо фінансується. Пандемія COVID-19 підкреслила проблеми, пов'язані з доступністю та якістю медичних послуг, а також умовами роботи медичного персоналу.

Навіть країни з високим рівнем ВВП не можуть повністю забезпечити населення безкоштовною медичною допомогою. Добровільне медичне страхування в Україні займає дуже малу частку у витратах, але разом з системою обов'язкового медичного страхування та спеціальними програмами воно доступне для широких верств населення.

Хоча витрати на охорону здоров'я постійно зростають, фінансування неефективної системи медицини може бути марною витратою [35].

Показники свідчать про недостатність коштів на оплату всіх медичних послуг та підтримують потребу в якісній системі охорони здоров'я. Медичне страхування може стати ефективним механізмом фінансування медицини, зменшуючи тиск на державний бюджет і витрати громадян на медичні послуги. Ефективна система фінансування охорони здоров'я повинна базуватися на бюджетно-страховій структурі, яка включає обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування та державний бюджет. Страховий ринок також має активну роль у створенні ефективної системи охорони здоров'я.

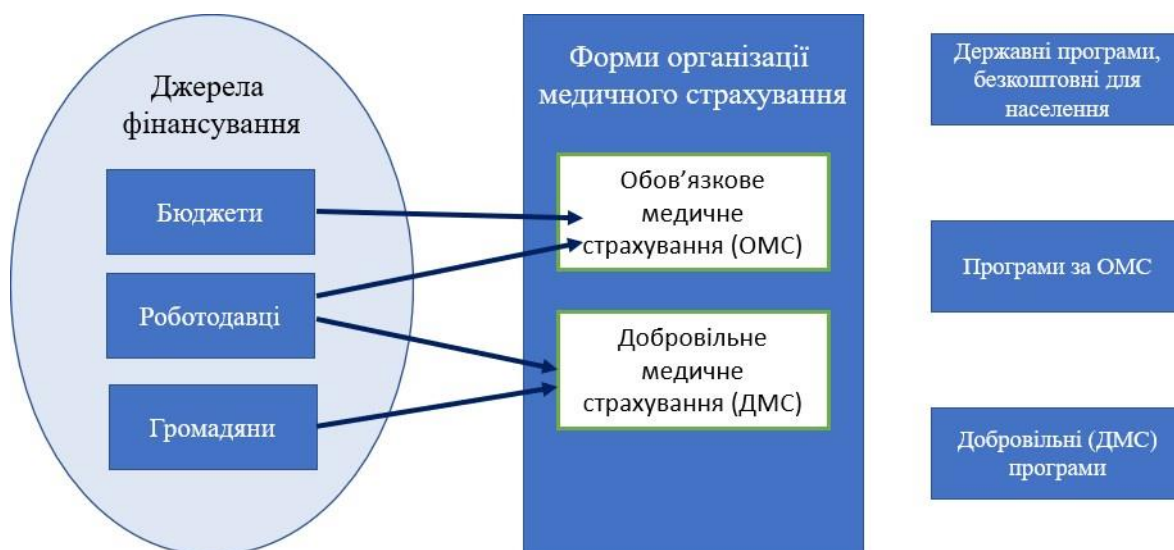


Рис. 2.6. Багаторівнева бюджетно-страхова модель медичного страхування

Згідно з представленою схемою, система охорони здоров'я планується фінансувати не лише з бюджетних коштів, а також за допомогою програм ДМС та ОМС (обов'язкове медичне страхування). Це означає, що буде наявними три рівні, на яких надаватимуться медичні послуги. Перший рівень, або державні програми, що безкоштовні для населення, є базовим рівнем забезпечення життя. Другий рівень - це програми обов'язкового медичного страхування, які організуються державою та роботодавцями. Добровільне медичне страхування можуть забезпечити роботодавці та громадяни за свій рахунок. Розвиток обов'язкового медичного страхування дозволить зменшити тиск на державний бюджет та сформувавати пакет доступних медичних послуг для всіх громадян. Однак для успішного запровадження ОМС в Україні необхідно врахувати певні особливості, що наразі існують у законодавстві.

Наразі процес впровадження ОМС ускладнений. Запровадження цієї форми страхування в ефективну роботу виявляється проблематичним на законодавчому рівні, оскільки вже досить довго існує проект з цього питання.

У 2020 році планувався законопроект про впровадження ОМС в Україні, що є важливим кроком у формуванні системи страхування охорони здоров'я. Серед позитивних моментів у цьому законопроекті варто відзначити впровадження страхових функцій у медичну систему країни та більше виділення коштів у місцеві бюджети. Однак, незважаючи на позитивні аспекти законодавчої бази для розвитку ОМС, вона також має чимало недоліків. Основним з них є недостатнє фінансування страхових внесків для непрацюючого населення з місцевих бюджетів, оскільки закон не визначає джерела цих коштів на оплату медичного страхування [26].

Страхова компанія ТАС має всі можливості для подальшого розвитку та зміцнення позицій на ринку страхових послуг в Україні. Компанія має досвідчений менеджмент, висококваліфікований персонал та розвинену мережу представництв.

Основні перспективи розвитку страхової компанії ТАС в Україні:

1. Збільшення обсягів страхових премій. Компанія планує збільшити обсяг страхових премій за рахунок розширення портфеля страхових продуктів, підвищення рівня клієнтської обслуговування та впровадження нових технологій.

2. Покращення якості страхових послуг. Компанія планує покращити якість страхових послуг за рахунок співпраці з висококласними медичними закладами, впровадження нових технологій та інноваційних рішень.

3. Збільшення диверсифікації портфеля страхових продуктів. Компанія планує збільшити диверсифікацію портфеля страхових продуктів за рахунок розробки нових страхових продуктів, адаптованих до потреб різних категорій клієнтів.

Для реалізації цих перспектив страхова компанія ТАС може реалізувати такі практичні дії:

1. Розширення портфеля страхових продуктів. Компанія може розширити портфель страхових продуктів за рахунок розробки нових страхових продуктів, адаптованих до потреб різних категорій клієнтів. Це

дозволить компанії залучити нових клієнтів і збільшити обсяг страхових премій. Компанія може розробити нові страхові продукти в таких сегментах, як:

- Медичне страхування
- Страхування життя
- Страхування майна
- Страхування авто

2. Підвищення рівня клієнтської обслуговування. Компанія може впровадити такі заходи, як:

- Розширення мережі представництв
- Розробка нових каналів продажів
- Впровадження нових технологій клієнтського обслуговування

3. Розвиток цифрових технологій. Компанія може розвивати цифрові технології, щоб покращити обслуговування клієнтів і зробити свої послуги більш доступними. Це дозволить компанії підвищити рівень клієнтської задоволеності і зменшити витрати. Компанія може впровадити такі технології, як:

- Дистанційне обслуговування клієнтів
- Електронний документообіг
- Інтелектуальний аналіз даних

Впровадження цих практичних дій дозволить страховій компанії ТАС зберегти свої позиції на ринку страхових послуг в Україні та забезпечити подальший розвиток.

4. Впровадження нових програм навчання та розвитку персоналу. Компанія може впровадити нові програми навчання та розвитку персоналу, щоб підвищити кваліфікацію співробітників і забезпечити їхню відповідність вимогам ринку. Це дозволить компанії підвищити рівень обслуговування клієнтів і зменшити ризики.

Для розвитку медичного страхування страхова компанія ТАС може реалізувати такі конкретні заходи:

1. Розширення мережі медичних закладів, з якими співпрацює компанія. Це дозволить забезпечити більший доступ клієнтів до якісних медичних послуг.

2. Розвиток цифрових технологій. Компанія може створити окремий підрозділ, який буде відповідати за розвиток цифрових технологій. Цей підрозділ може розробляти нові цифрові продукти та послуги, а також впроваджувати їх в роботу компанії.

3. Розробка нових страхових продуктів. Компанія може створити спеціалізовані робочі групи для розробки нових страхових продуктів. Ці групи можуть включати представників різних підрозділів компанії, а також експертів з галузі страхування.

4. Впровадження нових програм навчання та розвитку персоналу. Компанія може залучити зовнішніх експертів для розробки нових програм навчання та розвитку персоналу. Ці програми можуть бути спрямовані на підвищення кваліфікації співробітників у таких сферах, як продаж страхових продуктів, обслуговування клієнтів та управління ризиками.

Впровадження цих заходів дозволить страховій компанії ТАС посилити свої позиції в сегменті медичного страхування в Україні.

2.4 Державна підтримка розвитку ринка медичного страхування для населення і її удосконалення в системі страхування

Розвиток добровільного медичного страхування дозволить особам, які його мають, самостійно керувати своїм медичним забезпеченням та отримувати потрібні медичні послуги відповідно до своїх потреб, незалежно від підтримки держави чи системи соціального захисту. Розвиток цього виду страхування надасть страховикам більше можливостей для збільшення страхових внесків і, відповідно, зростання прибутків. Однак головною причиною повільного розвитку та непопулярності добровільного медичного страхування в Україні є низькі доходи як фізичних, так і юридичних осіб.

Аналіз тенденцій ринку страхових послуг показує, що протягом останніх 10 років він залишається другим за рівнем капіталізації серед інших ринків фінансових установ, не пов'язаних з банками. Кількість страхових компаній досягла 210 на кінець 2020 року, з 20 "life" і 190 "non-life" компаніями (на кінець 2011 року було 442 компанії, включаючи 64 "life" і 378 "non-life" компаній). Ці дані свідчать про тенденцію до скорочення кількості страхових компаній, що є стійкою та тривалим явищем. Це зумовлено необхідністю очищення страхового ринку від ненадійних компаній через посилення вимог до їх фінансової стійкості та ліквідності активів. Така ситуація створює підґрунтя для безпечного розвитку страхового ринку та збільшення довіри споживачів страхових послуг до його учасників.

Низка проблем гальмують розвиток страхового ринку в Україні та потребують вирішення для створення основ для ефективної дії страхової медицини. Серед них: низькі доходи фізичних та юридичних осіб, що обмежують їхню платоспроможність; недовіра населення та суб'єктів господарювання до страхових послуг; економічна нестабільність та політичні зміни; висока інфляція; обмежені можливості інвестування; низька фінансова грамотність громадян; необхідність модернізації правового регулювання; збільшення фіскального тиску.

Для кращого розуміння перспектив розвитку страхових компаній у сфері медичного страхування, формування пропозицій щодо його розвитку та визначення сценаріїв його функціонування проведено SWOT-аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища цього ринку.

SWOT-аналіз ринку добровільного медичного страхування в Україні

Таблиця 2.2

Чинники	Сприятливі	Несприятливі
Внутрішні	S – Сильні сторони	W – Слабкі сторони
	наявність лідерів на ринку, що мають значний досвід в Україні, зростання обсягів страхових премій та підвищення фінансової надійності страховиків. Також спостерігається створення мережі асистенських центрів, позитивна динаміка страхових операцій та використання цифрових технологій та ефективних маркетингових стратегій.	несформована законодавча база, відсутність сучасних медико-економічних стандартів у наданні медичних послуг, обмежений доступ до необхідної інформації для цільової аудиторії, високі витрати на медичне страхування через великі виплати та неприбутковість цього виду страхування.
Зовнішні	O – Можливості	T – Загрози
	Вдосконалення правового підґрунтя медичного страхування, як добровільного, так і обов'язкового; підвищення кваліфікації медичного персоналу; покращення якості надання медичної допомоги та послуг; розширення фінансування закладів охорони здоров'я та його диверсифікація; створення довіри до страхової медицини у громадян та підвищення рівня їх страхової грамотності.	Вдосконалення правового підґрунтя медичного страхування, як добровільного, так і обов'язкового; підвищення кваліфікації медичного персоналу; покращення якості надання медичної допомоги та послуг; розширення фінансування закладів охорони здоров'я та його диверсифікація; створення довіри до страхової медицини у громадян та підвищення рівня їх страхової грамотності.

**Авторський доробок*

Результати SWOT-аналізу детально розглядають особливості розвитку добровільного медичного страхування та вказують на можливості для подальшого росту страхового ринку. На нашу думку, головні фактори, що впливають на траєкторію розвитку медичного страхування в Україні, включають внутрішні аспекти, такі як надійність страховиків у наданні послуг медичного страхування (їх фінансова стійкість, платоспроможність, активи, капітал) та ефективні методи оцінки ризиків, а також зовнішні фактори, такі як макроекономічні, політичні, інституційні, фінансові, правові, історичні, соціально-психологічні та інші.

Здійснення постійної модернізації та підвищення ефективності страхової медицини через впровадження інновацій сприятиме розвитку

ефективних методів фінансування галузі охорони здоров'я та вирішенню проблем ресурсів, необхідних для доступності високоякісних медичних послуг та своєчасної медичної допомоги:

1.Зниження вартості програм медичного страхування шляхом використання франшиз для медичних консультацій, обмеженого забезпечення ліків, укладення договорів переважно з комунальними медичними закладами (залучення приватних закладів класу "люкс" лише для VIP-програм медичного страхування), виключення стоматологічних послуг з переліку медичних послуг.

2.Розширення доступності медичного страхування через зниження страхових тарифів, удосконалення підходів до оцінки ризиків, розширення сегменту ринку, що користується цими послугами.

3.Розширення видів послуг та підвищення рівня обслуговування клієнтів.

4.Посилення контролю за дотриманням встановлених вимог страховими компаніями та адаптація страхового законодавства до змін умов функціонування галузі охорони здоров'я.

5.Використання технологій INSURTECH (сучасні цифрові методи та ІТ-технології, які значно спрощують життя як людей, так і компаній).

6.Адаптація кращих світових практик організації умов функціонування страхової медицини.

7.Створення ефективної системи протидії шахрайству на ринку медичного страхування.

Серед потенційних небезпек впровадження приватного медичного страхування, що здійснюється комерційними страховими компаніями, можна виділити певний негативний відбір, коли такі компанії обирають лише здорових клієнтів, а також збільшення витрат на управління у приватних страхових компаніях. За наявною інформацією, лише в п'яти високорозвинених країнах у світі приватне медичне страхування складає більше 20% від загальних витрат на охорону здоров'я.

Цілеспрямоване врахування цих факторів зовнішнього середовища дозволить керувати ефективним розвитком системи медичного страхування та сприятиме створенню нових якісних показників.

Щоб забезпечити ефективне впровадження системи ОМС в Україні, необхідно розглянути такі важливі чинники, як мобільність та хаотичність окремих елементів зовнішнього середовища, які впливають на управлінські рішення та розвиток галузі. Такий підхід до управління дозволить виявити та реалізувати потенціал медичного страхування у фінансуванні вітчизняної системи охорони здоров'я та вирішенні її проблем.

Однією з головних проблем у реформуванні системи фінансування охорони здоров'я є відсутність єдиної цілісної стратегії, яка могла б забезпечити медичну допомогу на основі медичного страхування. Важливо звернути увагу на необхідність удосконалення системи, оскільки медичне страхування тісно пов'язане з охороною здоров'я загалом. Це передбачає створення умов для безболісного впровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС). Проблематичним фактом є те, що Стаття 49 Конституції України виходить у суперечність із умовами впровадження ОМС, оскільки говориться про "безкоштовну медицину". У той же час, статистика показує, що найбільшу частку витрат на охорону здоров'я поносять громадяни самостійно.

У сучасних умовах ринку медицина не може функціонувати як повністю безкоштовна, і радянська система "Семашка" вже не ефективна. Ця система повністю фінансується з державного бюджету, базується на загальних податках та децентралізованому контролі, що робить її ефективною лише в разі належного фінансування. Українська медицина в наш час страждає від недостатнього фінансування.

Держава не може забезпечити повне відшкодування медичних послуг за рахунок державного бюджету. Тому пропозиції щодо збільшення фінансування бюджету не вирішать проблему без належної системи охорони здоров'я. За державні кошти мають фінансуватися лише стратегічні програми,

тобто, програми для збереження життя. Решта медичних послуг мають підпадати під обов'язкове та добровільне медичне страхування. Щоб успішно реалізувати таку систему фінансування в Україні, необхідно чітко визначити, які медичні послуги будуть надаватись безкоштовно, які будуть охоплені медичним страхуванням, а які - за допомогою добровільного страхування.

Впровадження моделі страхової медицини в Україні допоможе покращити усі галузі медицини: підвищить якість послуг, сприятиме розвитку науки та медичної інфраструктури, збільшить фінансування закладів охорони здоров'я і забезпечить доступність якісної медичної допомоги громадянам із низьким рівнем доходу.

Проте, в наш час існує ряд проблем, які ускладнюють впровадження медичного страхування в Україні:

- Недостатня інформованість громадян про можливості страхової медицини.
- Недостатня підготовка фахівців у цій сфері, низькі зарплати лікарів і зниження престижу цієї професії.
- Застаріла матеріально-технічна база.
- Уникнення страховими компаніями зобов'язань щодо оплати медичних послуг, оскільки вони часто відмовляються покривати витрати з різних причин.
- Небажаність страховиків здійснювати страхування осіб з низькою платоспроможністю та високими ризиками, які складають основну частину населення України.
- Недопрацьована законодавча база, яка регулює медичне страхування.
- Різне сприйняття механізму функціонування моделі між чиновниками, медиками та страховиками.
- Відсутність конкуренції на ринку медичних послуг.
- Оподаткування страховиків і відсутність будь-яких податкових пільг.

З початку 2015 року український страховий ринок перейшов на змішану систему оподаткування, що означає, що страхові компанії, крім 3% податку з доходу, почали сплачувати 18% податку від розміру прибутку. Такий перехід на подвійну систему оподаткування суттєво ускладнив фінансове становище страхових компаній, оскільки вони змушені сплачувати інші податки, такі як податок на додану вартість (20%), ставки до сплати єдиного соціального внеску (22%), серед інших.

Оптимізація роботи медицини та впровадження у неї системи страхування, що включає обов'язкові та добровільні види, потребує наступних заходів:

- Використання системи оплати за медичні послуги не лише у приватних закладах, а й у державних, що зменшить тіньові оплати. Кожна послуга буде мати певну вартість, визначену прайс-листом у кожному закладі. Принцип "гроші за пацієнтом" дозволить лікарням мати фінансову автономію та змагатися між собою, сприяючи конкуренції.
- Підвищення рівня інфраструктури в галузі медичної науки.
- Забезпечення доступу до якісних медичних послуг для малозабезпечених громадян.
- Акцент на первинному медичному обслуговуванні та профілактиці захворювань.
- Посилення контролю якості медичних послуг.
- Створення чіткої нормативно-правової бази для медичного страхування.
- Стимулювання страховиків у сфері обов'язкового медичного страхування через податкові пільги.
- Підвищення страхової освіти серед населення.

Такий підхід до медичного страхування в Україні ще розвивається і сильно пов'язаний з системою охорони здоров'я. Подальші кроки у реформуванні медичної сфери, включаючи бюджетно-страховий принцип

фінансування, дозволять забезпечити якісні медичні послуги для широких верств населення без перевантаження державного бюджету.

Важливо зауважити, що головною метою регулювання у сфері медичного страхування є розробка програми мінімальних державних гарантій на надання громадянам медичної допомоги. Ця програма повинна бути чітко визначена й збалансована в контексті фінансових можливостей держави. Отже, для подальшого розвитку медичного страхування в Україні необхідні наступні кроки:

- Розробка механізму фінансування медичного страхування, що базується на комбінації державних і приватних коштів, включаючи внески населення для недержавних страхових установ.
- Розширення спектру послуг медичного страхування, охоплюючи повний цикл: лікування, профілактику, санаторно-курортне лікування.
- Внесення коректив до окремих аспектів податкового законодавства з метою сприяння розвитку сфери медичного страхування та інше.

Сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я має гарантувати прозорі державні гарантії у медичному обслуговуванні, фінансовий захист громадян у разі захворювання, ефективний розподіл фінансових ресурсів та зменшення неофіційних платежів.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Страхова компанія ТАС успішно діє на українському страховому ринку практично чверть століття, заслуживши визнання як надійний партнер для понад 1 мільйона клієнтів, що віддавали їй перевагу через її надійне виконання зобов'язань перед ними.

Протягом багатьох років Страхова компанія ТАС зберігає своє провідне місце на ринку як за кількістю укладених договорів страхування, так і за обсягом виплачених компенсацій за ними. Компанія відома своєю лідерською

позицією за обсягом премій та виплат, особливо серед страховиків з виключно українським капіталом.

Страхова компанія ТАС традиційно утримує перше місце в ряді сегментів ринку, зокрема в автострахованні. Компанія є лідером у сфері обов'язкового страхування цивільної відповідальності автовласників та займає високі позиції у сегменті добровільного автостраховання, також вважається одним з найбільших учасників ринку КАСКО (це добровільний вид страхування автомобілів або інших транспортних засобів від можливого збитку, угону).

Загалом, Страхова компанія ТАС має ліцензії на 38 видів страхування, з них 21 - це добровільні, а 17 - обов'язкові. Клієнтам пропонується понад 100 різноманітних страхових продуктів, розроблених з урахуванням актуальних потреб.

ТАС забезпечує високу якість обслуговування клієнтів та прагне постійно підвищувати рівень своїх послуг. Компанія активно працює над оптимізацією процесів врегулювання збитків, спрощуючи процедури подання документів на виплату та значно зменшуючи час очікування відшкодування.

Щоб забезпечити зручність та оперативність обслуговування, ТАС активно розвиває свою регіональну мережу, включаючи майже 600 офісів продажу. Контакт-центр компанії працює цілодобово, сім днів на тиждень, надаючи інформаційно-консультаційну підтримку застрахованим особам.

Довіра клієнтів до високої якості обслуговування та надійного страхового захисту, що забезпечує ТАС, підтверджується постійним зростанням числа клієнтів, які обирають саме цю компанію для свого страхового захисту.

Страхова компанія ТАС пропонує різноманітні продукти, спрямовані на захист найціннішого – здоров'я та життя.

Кожен клієнт може обрати оптимальний варіант для захисту свого здоров'я відповідно до власних потреб. Це може включати як якісний медичний супровід та невідкладну допомогу, так і проведення специфічних

досліджень, консультації фахівців з вузьким профілем, а також забезпечення необхідними медикаментами.

Страхова лінійка ТАС включає угоди особистого страхування як з фізичними особами, так і з підприємствами, що забезпечують медобслуговування своїх працівників.

Добровільне медичне страхування (ДМС) від ТАС передбачає організацію і оплату надання якісної медичної допомоги застрахованим особам, включаючи медичні послуги, лікування, консультації онлайн, контроль якості медпослуг та більше.

Страхові ризики за договором ДМС охоплюють гострі та критичні захворювання, тимчасову та стійку втрату працездатності, смерть внаслідок хвороби, травми та інші випадки, де страховик бере на себе фінансовий захист застрахованої особи.

Страховий захист також може включати компенсацію витрат у випадку хвороби, відшкодування збитків через нещасні випадки на транспорті та інші ситуації.

ТАС пропонує 7 програм захисту здоров'я, призначених для різних сегментів клієнтів з урахуванням їх потреб та фінансових можливостей.

Важливо зауважити, що головною метою регулювання у сфері медичного страхування є розробка програми мінімальних державних гарантій на надання громадянам медичної допомоги. Ця програма повинна бути чітко визначена й збалансована в контексті фінансових можливостей держави. Отже, для подальшого розвитку медичного страхування в Україні необхідні наступні кроки:

- Розробка механізму фінансування медичного страхування, що базується на комбінації державних і приватних коштів, включаючи внески населення для недержавних страхових установ.
- Розширення спектру послуг медичного страхування, охоплюючи повний цикл: лікування, профілактику, санаторно-курортне лікування.

- Внесення коректив до окремих аспектів податкового законодавства з метою сприяння розвитку сфери медичного страхування та інше.

Сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я має гарантувати прозорі державні гарантії у медичному обслуговуванні, фінансовий захист громадян у разі захворювання, ефективний розподіл фінансових ресурсів та зменшення неофіційних платежів.

ВИСНОВКИ

У світі існують дві основні форми медичного страхування: обов'язкова та добровільна. Обов'язкова модель є найпоширенішою, що забезпечує доступ до медичних послуг усім громадянам країни. В таких країнах фінансування проводиться через спільні внески уряду та населення за допомогою спеціальних страхових внесків. Ці системи охоплюють широкий спектр послуг, включаючи консультації лікарів, госпіталізацію, хірургічні операції та лікарські препарати. Також у деяких країнах існують системи приватного медичного страхування, які надають додаткові послуги для тих, хто має підвищені вимоги до рівня медичної допомоги.

В Україні регулювання страхової діяльності контролюється на різних рівнях через законодавство, внутрішні документи страхових компаній та ліцензування, проведене Уповноваженим органом зі страхового нагляду. Нагляд регулюється на міжнародному, макро- та мікроекономічних рівнях з використанням комплексу нормативно-правових актів, таких як закони, постанови, розпорядження та інші. В даний час існує невизначеність у чинному законодавстві, що регулює страхову діяльність, через значні зміни регулюючих органів. Україна виходить на шлях мегарегулювання у сфері страхової діяльності та впровадження європейських стандартів через інтеграцію до Європейського союзу.

Держава має сприяти створенню стабільної та ефективної страхової системи, здатної подолати економічні труднощі та забезпечити належний доступ до капіталу, розподіляючи ризики. На основі наданих даних можна зробити кілька висновків про розвиток українського ринку медичного страхування:

1. Розширення програм. Українські компанії активно розширюють свої програми медичного страхування, включаючи більше медичних послуг та опцій для клієнтів.

2. Розширення покриття. Спостерігається зростання лімітів на різні медичні послуги, такі як стоматологічне обслуговування, плановий медичний нагляд для вагітних та виплати за пологи, що розширює спектр медичних послуг для клієнтів.

3. Профілактичні послуги. Профілактичні медичні послуги стають дедалі більш популярними, оскільки вони допомагають вчасно виявляти проблеми зі здоров'ям та підтримувати його на високому рівні.

4. Телемедицина. Зростає значення телемедицини як ефективного способу надання медичних послуг, особливо в умовах підвищеної небезпеки та в віддалених регіонах.

5. Розширення географічного охоплення. Є попит на розширення покриття в Європі за допомогою договорів "Тревел" та інших інструментів.

6. Медичне страхування в умовах конфлікту. Покриття пасивних військових ризиків стало нормою для корпоративних договорів медичного страхування, що важливо для співробітників у періоди конфліктів.

7. Одним із основних завдань у сфері медичного страхування є розробка програми мінімальних державних гарантій на надання медичної допомоги громадянам. Ця програма має бути чітко визначена та збалансована у контексті фінансових можливостей держави.

Страхова компанія ТАС успішно діє на страховому ринку України вже практично чверть століття. За цей час вона заслужила визнання як надійний партнер для понад 1 мільйона клієнтів.

Протягом багатьох років ТАС зберігає провідну позицію на ринку, як за кількістю укладених договорів страхування, так і за обсягом виплачених компенсацій. Компанія відома своєю лідерською позицією за обсягом премій та виплат, особливо серед страховиків з українським капіталом.

ТАС утримує перше місце у сфері автострахування, зокрема в обов'язковому страхуванні цивільної відповідальності автовласників і займає високі позиції у сегменті добровільного автострахування. Крім того, компанія

має ліцензії на 38 видів страхування, пропонуючи понад 100 різноманітних страхових продуктів.

ТАС активно забезпечує високу якість обслуговування та постійно підвищує рівень своїх послуг, спрощуючи процедури врегулювання збитків і розвиваючи регіональну мережу офісів продажу.

ТАС пропонує різноманітні продукти для захисту здоров'я та життя, включаючи медичний супровід, допомогу у проведенні досліджень та консультації фахівців з вузьким профілем, що відповідають потребам кожного клієнта.

Страхові пакети від компанії ТАС включають угоди з особистого страхування як для фізичних осіб, так і для підприємств, що забезпечують медичне обслуговування своїх працівників.

Добровільне медичне страхування (ДМС) від ТАС передбачає організацію та оплату надання якісної медичної допомоги застрахованим особам, включаючи медичні послуги, лікування, онлайн консультації, контроль якості медичних послуг та інше.

Страхові ризики за угодами ДМС охоплюють гострі та критичні захворювання, тимчасову та стійку втрату працездатності, смерть внаслідок хвороби, травми та інші ситуації, де страховик надає фінансовий захист застрахованій особі.

Страховий захист також може включати компенсацію витрат у разі хвороби, відшкодування збитків внаслідок нещасних випадків на транспорті та інші ситуації.

ТАС пропонує 7 програм захисту здоров'я, спрямованих на різні сегменти клієнтів з урахуванням їхніх потреб та фінансових можливостей.

Сучасна модель фінансування системи охорони здоров'я має гарантувати прозорі державні гарантії у медичному обслуговуванні, фінансовий захист громадян у разі захворювання, ефективний розподіл фінансових ресурсів та зменшення неофіційних платежів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ачкасова С. А. Оцінка стресостійкості страхових компаній: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец.: 08.00.08 – Гроші, фінанси і кредит. Харківський національний економічний університет. Харків, 2013. 23 с.
2. Баєва О. В. Використання європейського досвіду із запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Соціально-гуманітарний вісник. 2018. Вип. 22. С. 41—42.
3. Біла книга «Майбутнє регулювання ринку страхування в Україні». НБУ. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/bila-kniga-maybutnye-regulyuvannya-rinku-strahuvannya>
4. Біловус Т. В. Дослідження моделей регулювання ринків цінних паперів. Економіка і організація управління. 2017. № 2 (26). С. 132-140.
5. Бойко О. О., Хижинська Г. Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27 (2). С. 93—97.
6. Вовчак О. Д. Страхова справа: підручник. Київ: Знання, 2011. 391 с.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. Офіційний сайт. URL: <https://www.who.int/>
8. Гаманкова О. О. Ринок страхових послуг України як нове соціо-економічне явище. Вчені записки / Зб. наук. праць. Вип. 10. К. КНЕУ, 2008. С. 169-174.
9. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. Вип. 9. С. 24—28.
10. Дегтяр А. О., Соболев Р. Г. Державне регулювання страхової діяльності у країнах ЄС. Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія: Державне управління. 2014. Вип. 1. С. 12-18.

11. Докторова Н. П. Механізми державного регулювання страхової діяльності в Україні : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 25.00.02; Державний університет управління. Донецьк, 2008. 19 с.
12. Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. (05 лис. 2021, м. Дніпро). Дніпро, 2021. 432 с.
13. Жук О. О. Зарубіжний досвід у сфері страхування та можливості його використання. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2014. № 2. С. 215-218.
14. Журавка О. С. Науково-методичні засади стратегічного розвитку страхового ринку України : дис. ... канд. екон. наук: 08.00.08; Державний вищий навчальний заклад «Українська академія банківської справи Національного банку України». Суми, 2010. 205 с.
15. Закон України «Про страхування». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
16. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1. С. 55—60.
17. Козьменко О. В. Проблеми державного регулювання страхової діяльності в Україні. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Etp/2009_22/Koz'menko.pdf.
18. Левкович О. В. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. Бізнес Інформ. 2019. № 11. С. 323—329.
19. Михайлова Н. В., Кравцова А. І. Теоретичні основи державного регулювання страхової діяльності в Україні. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. 2016. № 4 (76). С. 163-168.
20. Михайлова Н. В., Кравцова А. І. Теоретичні основи державного регулювання страхової діяльності в Україні. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. 2016. № 4 (76). С. 163-168.

21. Нечипорук Л. В. Страховий ринок: закономірності становлення та розвитку в умовах глобалізації: моногр. Х. Право, 2010. 280 с.
22. Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. Економічний вісник. Серія: Фінанси, облік, оподаткування. 2019. Вип. 3. С. 171—179.
23. Офіційний сайт СГ «ТАС». URL: <https://sgtas.ua/health-protection/tas-territoriya-zdorovya/>
24. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медично-го страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. Вчені записки університету "КРОК". Серія: Економіка. 2021. Вип. 4. С. 36—46.
25. Показники діяльності страхових компаній. Наглядова статистика. НБУ. URL: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist#6>.
26. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. Проект Закону України від 19.03.2013 № 2957. Київ. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A>
27. Селіверстова Л. С. Тенденції розвитку фінансового ринку України. Формування ринкових відносин в Україні. 2017. № 2. С. 3-9.
28. Слободянюк О. В. Пруденційний нагляд на страховому ринку: європейська практика та вітчизняний досвід. Молодий вчений. 2016. № 8 (35). С. 30-35.
29. Смірнова В. Л. Аналіз моделей медичного страхування. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3. С. 103—105.
30. Соболев Р. Г. Сутність державного регулювання страхової діяльності в Україні. Державне будівництво. 2009. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2009_1_15
31. Супрун Н. В., Петрішина Т. О. Проблеми впровадження системи Solvency II у діяльність українських страхових компаній. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Міжнародні економічні

відносини та світове господарство. 2018. Вип. 22. Ч. 3. С. 77-81. URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/22_3_2018ua/21.pdf.

32. Тимчак М.В., Мінкович В.Т. Європейський досвід страхування життя та можливість його імплементації в Україні. Науковий вісник Ужгородського Університету. Серія Економіка. 2021. Випуск 1 (57). С. 134-140.

33. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 6. С. 72-76

34. Філонюк О. Ф. Державне регулювання страхової справи в контексті концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Сер.: Економіка. 2006. Вип. 81–82. С. 47–51.

35. Чи є майбутнє у добровільного медичного страхування в Україні? 2021. URL: <https://www.pravda.com.ua/columns/2021/01/29/7281700/>

36. Шапенко Л. О. Міжнародний досвід адміністративно-правового регулювання страхування у сфері інноваційно-інвестиційної діяльності. Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2015. № 3. С. 84-89.

37. Austrian Financial Market Authority's mission statement. Retrieved from: <https://www.fma.gv.at/en/mission-statement/>.

38. Financial market supervision of Slovenia. Retrieved from: <https://www.nbs.sk/en/financial-market-supervision1>.

39. Insurance and pensions in Norway. Reports from the supervised sectors for 2020. Retrieved from: <https://www.finanstilsynet.no/en/publications/annual-report/annual-report-2020/reports-from-the-supervised-sectors-for-2020/insurance-and-pensions/>.

40. Insurance compass. Latvian Financial and Capital Market Commission. Retrieved from: <https://kompas.fktk.lv/apdrosinasana/en/>.

41. Ireland Financial Stability Review 2021:II. 89 p. Retrieved from: <https://www.centralbank.ie/docs/default-source/publications/financial-stability-review/financial-stability/financial-stability-review-2021-ii.pdf>.
42. Laws and regulations related to insurance and pensions in Norway. Retrieved from: <https://www.finanstilsynet.no/en/laws-and-regulations/insurance-and-pensions/?header=Laws>.
43. Laws, administrative rules and general guidance of Denmark. Retrieved from: https://www.dfsa.dk/Rules-and-Practice/Transparency-and-accountability-in-the-field-of-insurance/Laws_administrative_rules_and_general_guidance.
44. Legal framework / Komisja Nadzoru Finansowego. Retrieved from: https://www.knf.gov.pl/en/ABOUT_US/Legal_framework.
45. Morgan John. The Theory of the Health Insurance. American Economic Association. 1938, 327 c.
46. Muscat M. (2019) Legitimacy of the Maltese Financial Services Regulator (Doctoral thesis). Cambridge: University of Cambridge. 324 p. DOI:10.17863/CAM.55873.
47. Sedlabanki Financial Supervision. Retrieved from: <https://en.fme.is/supervision/>.
48. Seliverstova L. S. Trends in the development of the ukrainian insurance market. Товари і ринки. 2018. № 1. С. 135-144.
49. Sigma3/2021. Recovery gains pace. URL: <https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research/sigma-2021-03.html>
50. The history of the creation of joint financial supervision in Estonia. Retrieved from: <https://www.fi.ee/en/finantsinspektsioon/about-finantsinspektsioon/history-creation-joint-financial-supervision>.

SUMMARY

Makarovets Nataliya

ORGANIZATION OF THE WORK OF THE TAS INSURANCE COMPANY IN UKRAINE ON MEDICAL INSURANCE AND THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES TO CLIENTS

Department of pharmacy organization and economy

Scientific supervisor: PhD, as. Professor Dovzhuk Victoria

Keywords: health insurance, insurance company

Introduction. The modern world requires constant innovation and improvement of the health insurance system to ensure effective and affordable access to quality medical services. In this regard, the development and organization of the activities of the TAS insurance company in Ukraine in this area is a very urgent task.

Materials and methods. The object of the study is the health insurance system and medical services provided to clients in the context of the activities of the TAS insurance company. The subject of the study is processes and practices related to health insurance and the provision of medical services, in particular within the framework of the activities of the TAS insurance company in Ukraine. Research methods: analysis of literary sources, interviews with industry specialists, analysis of statistical data and comparative analysis.

Results. There are two main forms of health insurance in the world: mandatory and voluntary. The mandatory model is the most common, which provides access to medical services for all citizens of the country. In such countries, financing is carried out through joint contributions of the government and the population with the help of special insurance contributions. These systems cover a wide range of services, including doctor's consultations, hospitalization, surgery and medicines. Also, in some countries there are private health insurance systems that provide additional services for those who have increased requirements for the level of medical care.

In Ukraine, the regulation of insurance activity is controlled at various levels through legislation, internal documents of insurance companies and licensing by the Authorized Body for Insurance Supervision. Supervision is regulated at the international, macro- and microeconomic levels using a complex of regulatory acts, such as laws, resolutions, orders and others. Currently, there is uncertainty in the current legislation governing insurance activities due to significant changes in regulatory bodies. Ukraine is embarking on the path of mega-regulation in the field of insurance activity and implementation of European standards through integration into the European Union.

The state should contribute to the creation of a stable and efficient insurance system capable of overcoming economic difficulties and ensuring adequate access to capital by distributing risks.

In general, the Ukrainian health insurance market is actively developing and adapting to the growing needs of customers, offering more services and options to ensure their health and well-being.

"TAS" insurance company has been successfully operating on the insurance market of Ukraine for almost a quarter of a century. During this time, it has earned recognition as a reliable partner for more than 1 million customers, who have chosen it due to the reliable performance of its obligations to them.

For many years, TAS has maintained a leading position in the market, both in terms of the number of concluded insurance contracts and the amount of compensation paid. The company is known for its leadership position in terms of the volume of premiums and payments, especially among insurers with Ukrainian capital.

TAS holds the first place in the field of auto insurance, in particular in the mandatory civil liability insurance of car owners, and occupies a high position in the segment of voluntary auto insurance. In addition, the company has licenses for 38 types of insurance, offering more than 100 different insurance products.

TAS actively ensures high quality of service and constantly raises the level of its services, simplifying procedures for settlement of losses and developing a regional network of sales offices. The company's contact center works around the clock, seven days a week, providing information support to insured persons.

The reliability and quality of service of TAS is confirmed by the constant growth of the number of clients who choose this company for their insurance protection. TAS offers a variety of products to protect health and life, including medical support, assistance in conducting research and consultations of specialists with a narrow profile that meet the needs of each client.

Insurance packages from the TAS company include agreements on personal insurance both for individuals and for enterprises that provide medical care for their employees.

Voluntary health insurance (VHI) from TAS provides for the organization and payment of quality medical care to insured persons, including medical services, treatment, online consultations, quality control of medical services, and more.

Insurance risks under DMS agreements cover acute and critical illnesses, temporary and permanent disability, death due to illness, injuries and other situations where the insurer provides financial protection to the insured person. you compensation for expenses in case of illness, compensation for damages due to transport accidents and other situations.

TAS offers 7 health protection programs aimed at different customer segments, taking into account their needs and financial capabilities.

One of the main tasks in the field of health insurance is the development of a program of minimum state guarantees for the provision of medical care to citizens.

This program must be clearly defined and balanced in the context of the state's financial capabilities.

Conclusions. The need for medical insurance and the provision of medical services to clients has been scientifically and experimentally substantiated. The organization of the work of the TAS insurance company in Ukraine was assessed.