

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО  
СТРАХУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ЗАВДАНЬ З ЇХ ЕФЕКТИВНОГО  
ВПРОВАДЖЕННЯ В СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**  
(методичні рекомендації)

Київ – 2019



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**«УЗГОДЖЕНО»**

Генеральний директор  
Фармацевтичного директорату  
МОЗ України

О.О. Комаріда

« 18 » *вересня* 2019 р.

**АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО  
СТРАХУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ЗАВДАНЬ З ЇХ ЕФЕКТИВНОГО  
ВПРОВАДЖЕННЯ В СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

**(методичні рекомендації)**

УДК 615.1:167/168:351.84

**Установи-розробники:**

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Укладачі:**

Панфілова Ганна Леонідівна д. фарм. н., професор (0572) 67-91-70

Гала Лілія Олексіївна к. фарм. н., доцент (044) 234-20-75

**Рецензенти:**

Грузєва Т.С. – завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д. мед. н., професор

Кабачна А.В. – професор кафедри організації і економіки фармації Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д. фарм. н., професор

**Підстава для видання:**

Рішення Експертної проблемної комісії «Фармація» МОЗ та НАМН України (Протокол №106 від 26 березня 2019 року)

Рішення Вченої ради Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Протокол №9 від 24 червня 2019 року)

## ЗМІСТ

	Стор.
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ</b> .....	4
<b>ВСТУП</b> .....	5
<b>РОЗДІЛ I</b> Медичне страхування як соціально орієнтована форма діяльності в сучасному суспільному просторі.....	7
<b>РОЗДІЛ II</b> Аналіз форм страхової діяльності в організації надання доступної медичної та фармацевтичної допомоги населенню.....	10
<b>РОЗДІЛ III</b> Оцінка стану розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні.....	13
<b>РОЗДІЛ IV</b> Розробка завдань щодо ефективного впровадження страхових відносин у систему фармацевтичного забезпечення.....	20
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	23
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	25

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДМС – добровільне медичне страхування

ЄС – Європейський Союз

ЛЗ – лікарський засіб

МС – медичне страхування

ОМС – обов'язкове медичне страхування

СОЗ – система охорони здоров'я

США – Сполучені Штати Америки

## ВСТУП

У сучасній системі суспільних відносин медичне страхування (МС) постає як важлива складова, ефективне функціонування якої дозволяє створювати об'єктивні умови задля формування соціальної стабільності в державі. МС визначається як система соціально-економічних відносин із захисту інтересів громадян (членів їх родин) або осіб без громадянства у випадку часткової або повної втрати ними здоров'я з будь-якої причини. МС є важливою складовою фінансових відносин у суспільстві, яка спрямована на компенсацію витрат громадян, що зумовлені оплатою вартості надання медичної та фармацевтичної допомоги. Крім цього МС дозволяє забезпечувати фінансове покриття всіх інших витрат, які пов'язані з підтримкою здоров'я й якості життя, що відповідає сучасним стандартам у суспільстві.

В історичному контексті так склалося, що українська система охорони здоров'я (СОЗ) протягом декількох десятиріч функціонувала за умов жорсткого державно-адміністративного регулювання галузі. Відсутність ринкових підходів у колишньому Союзі Радянських Соціалістичних Республік призвела до деформації цілого спектра соціально-економічних відносин у суспільстві. Не виключенням з цього стала й вітчизняна СОЗ та система фармацевтичного забезпечення населення. Вся страхова діяльність у державі, до складу якої входила й Україна, здійснювалась державними організаціями, а МС як важлива соціально орієнтована форма діяльності в суспільстві була відсутня. З набуттям у 1991 р. Україною незалежності в економіці країни були вжиті заходи щодо впровадження ринкових відносин, які торкнулися майже всіх галузей економіки та суспільного життя.

Ефективність застосування ринкових моделей розвитку в різних галузях макроекономічного комплексу країни залежить від дії цілого ряду факторів, серед яких формування позитивного ставлення населення до страхових відносин у практичній медицині та фармації займає не останнє місце. На даний час страхові відносини у СОЗ розглядаються як важлива складова процесу впровадження соціально орієнтованих форм обслуговування населення

України. Тому роботи, у яких розглядаються проблеми й перспективи ефективного введення МС в організацію надання медичної та фармацевтичної допомоги населенню є актуальними й мають соціально-економічне значення.

Мета роботи – розробка сучасних підходів до ефективного впровадження страхових відносин у систему фармацевтичного забезпечення населення. Об'єктом досліджень стали дані, що представлені на офіційних сайтах Національної комісії, яка здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг в Україні (<https://www.nfp.gov.ua/ua/law/?tag=1>), та Ліги страхових організацій України (<http://uainsur.com/liga/about/info/>). Крім цього була проведена систематизація даних спеціальної літератури, що висвітлює проблематику впровадження сучасних моделей страхових відносин у практичну охорону здоров'я різних країн світу, особливо тих, що на даний час потерпають від соціально-економічної та фінансової кризи.

Методичні рекомендації підготовлені вперше та призначені для організаторів охорони здоров'я і фармації, страховиків, що займаються реалізацією страхових продуктів з добровільного медичного страхування (ДМС), фармацевтичного персоналу аптечних закладів, студентів, провізорів-інтернів, аспірантів, науковців і викладачів фармацевтичних (медичних) закладів (факультетів) вищої освіти, представників громадських організацій тощо.



## РОЗДІЛ I

### МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНА ФОРМА ДІЯЛЬНОСТІ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬНОМУ ПРОСТОРИ

За умов функціонування бюджетної моделі М.С. Семашка, на якій базувалась вітчизняна СОЗ протягом декількох десятиліть, у суспільстві сформувалась стійка домінанта про підвищену відповідальність держави за збереження здоров'я громадян. Ментально українцям більш притаманно сплачувати вартість ургентної медичної допомоги й оперативних утручань на фоні нехтування заходами профілактичної медицини та необхідності споживання лікарських засобів (ЛЗ), що підтримують якість життя [2]. Цікавим є дослідження оцінки ефективності функціонування національних СОЗ, що здійснювалась впливовими міжнародними організаціями, за таким ключовим показником як середня тривалість життя громадян. Зазначений показник одночасно демонструє ефективність функціонування самої СОЗ, а також є опосередкованим відображенням ставлення громадян до власного здоров'я. Так, за даними Міжнародного банку реконструкції та розвитку, тривалість життя з 1960 р. порівняно з 2017 р. у багатьох країнах світу характеризувалась суттєвими змінами (рис. 1) [12]. На жаль, цього не можна стверджувати щодо країн, в яких протягом декількох десятиліть функціонувала адміністративно-командна модель радянської медицини М.С. Семашка за відсутності страхових і ринкових відносин у СОЗ. Наприклад, показник середньої тривалості життя в Латвії та Україні з 69,8 років та 68,3 років у 1960 р. відповідно збільшився у 2017 р. всього на 5,2 роки (приріст показників 7,4%) у Латвії та на 3,7 роки (5,4%) в Україні. У той же час країни Західної Європи продемонстрували значно вищі значення приросту показника, що розглядається. У Республіці Польща зазначений показник за період з 1960 р. до 2017 р. зріс на 15,2%, в Італії – на 20,1%, у Німеччині – на 16,9%, у Франції – на 18,7%, у Швейцарії – на 17,8%, у Нідерландах – на 11,7%. У Сполучених Штатах Америки (США) збільшення середньої тривалості життя становило 13,2%, а в Канаді – 15,3%. Звертає на себе увагу факт найбільшого зростання середньої тривалості життя

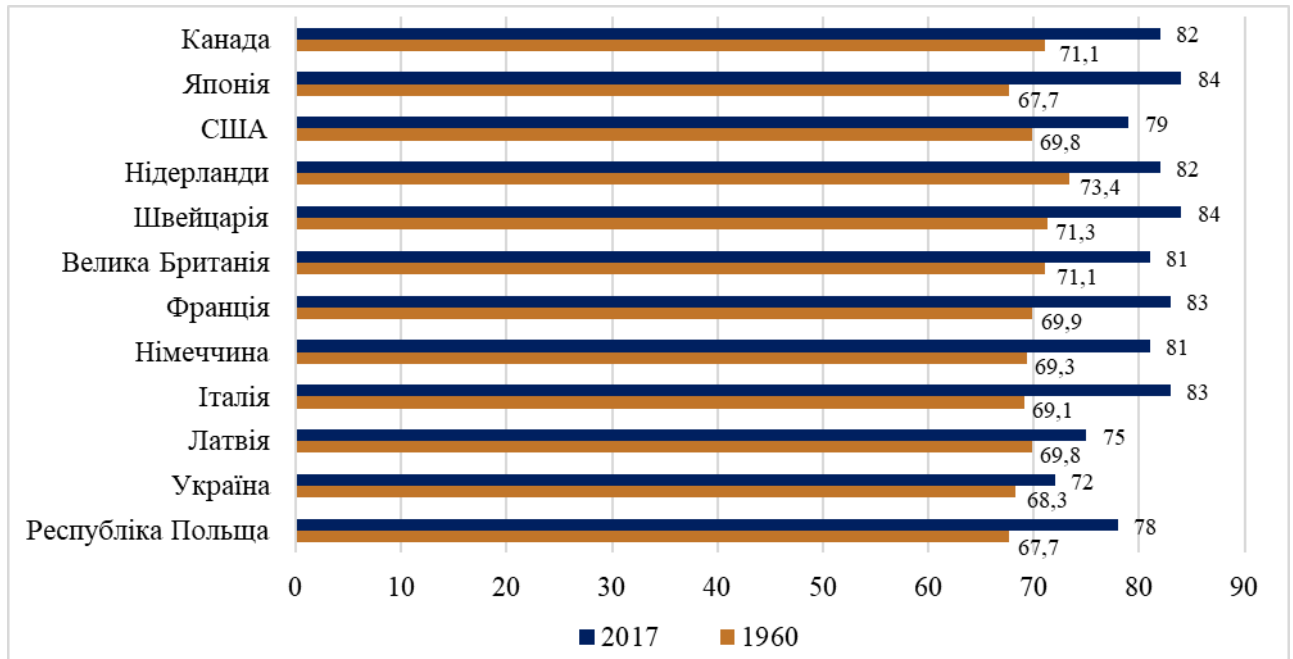


Рис. 1. Аналіз динаміки змін середньої тривалості життя громадян у різних країнах світу (1960-2017 рр.)

населення, що спостерігалось в Японії (24,1%). Таким чином, можна зробити висновок про наявність значних функціональних диспропорцій у розвитку суспільства, що обумовлені різним типом і характером фінансування національних СОЗ та фармацевтичного забезпечення населення. Відсутність страхових відносин у СОЗ в Україні мала безпосередньо негативні наслідки для розвитку інноваційної її складової та при побудові конкурентоспроможних моделей надання населенню медичної та фармацевтичної допомоги.

У країнах з розвинутою економікою МС посідає важливе місце в структурі взаємовідносин між державою та громадянами. Поступово МС виходить зі сфери впливу фінансових інституцій на суб'єкти страхових відносин та переносить свої важелі на соціальні інституції в суспільстві [9,11,15]. Фахівці відмічають, що на сучасному ринку ДМС із кожним роком суттєво зростає рівень соціальної відповідальності перед суспільством та окремими громадянами [10,14,16]. Усе більшого значення МС набуває серед тих категорій населення, які раніше з будь-яких причин не мали можливості сплачувати вартість страховки. Так, з кожним роком оптимізується співпраця роботодавців зі страховими компаніями, суттєво розширюється спектр надання страхових послуг для пенсіонерів, школярів, дітей до 5-ти років.

МС виконує всі функції, що притаманні страховій діяльності взагалі. Так, до основних належать *ринкова, акумуляційна та компенсаційна*, а до додаткових – *превентивна та диверсифікаційна* [4,8]. При цьому зміст і механізми ефективної реалізації зазначених функцій змінюються значно більшими темпами, ніж суспільне уявлення про страхову діяльність у практичній медицині. У таблиці 1 наведені основні функції МС, їх зміст та окреслені сучасні сфери ефективної реалізації, а саме фінансово-економічна (ФЕ), соціальна (С) та ринкова (Р).

Таблиця 1

### Характеристика основних функцій МС та сфер їх реалізації в суспільстві

<b>Функції МС</b>		
<b><i>Основні функції МС (зміст та сфери реалізації в суспільстві)</i></b>		
Ризикова	Компенсаційна	Акумуляційна
Передання страховикові за певну плату матеріальної відповідальності за наслідки ризику, прийнятого на страхування. Зазначений тип ризику вказується в договорі, який укладається між страховиком та страхувальником. На страхування страховик бере лише страхові ризики, тобто ті ризики, які можуть реалізовуватися тільки односторонньо в бік нанесення застрахованій особі матеріального або морального збитку	Здійснення страхових відшкодувань збитків, заподіяних хворобою, втратою працездатності, інвалідністю в межах, що визначенні договором страхування	Формування спеціалізованих фондів за рахунок коштів страхувальника для забезпечення покриття збитків у разі їх реалізації в часі
<b>ФЕ*; Р***</b>	<b>ФЕ; Р; С**</b>	<b>ФЕ; Р</b>
<b><i>Додаткові функції МС (зміст та сфери реалізації в суспільстві)</i></b>		
Превентивна	Диверсифікаційна	
Сутність превентивної функції полягає в організації комплексу заходів для запобігання реалізації страхової події, визначеної договором страхування. Наприклад, організація профілактичних заходів, санітарно-гігієнічна освіта, вакцинація населення, запобігання ранньому алкоголізму, табакокурінню тощо	Можливість поширення фінансової активності страховика за межі основного бізнесу. Наприклад, вільні кошти страховик може під власну відповідальність розміщати на ринку цінних паперів або для фінансування національних, регіональних програм охорони здоров'я, децентралізованих заходів з організації надання спеціалізованої медичної та фармацевтичної допомоги тощо	
<b>ФЕ; Р; С</b>	<b>ФЕ; Р</b>	

Примітка. \*ФЕ – фінансово-економічна; \*\*С – соціальна; \*\*\*Р – ринкова.

У цілому треба зазначити, що в економічно розвинутих країнах усі функції МС взаємопов'язані одна з одною, а ефективна їх реалізація дозволяє виконувати покладені на страховиків зобов'язання відповідно до підписаних договорів, незалежно форми страхової діяльності.

## РОЗДІЛ II

### АНАЛІЗ ФОРМ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОСТУПНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Відсутність позитивного досвіду страхових відносин у практичній медицині й фармації та неспроможність діючої влади до рішучих дій щодо впровадження соціально адаптованих моделей страхових відносин у СОЗ обумовлюють необхідність введення нових форм і методів обслуговування населення в Україні, що дозволять суттєво підвищити рівень доступності надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим [3,5]. Незважаючи на низький рівень доходів громадян, системну кризу в країні та домінування патерналістської моделі взаємовідносин у суспільстві, населення змушене сплачувати готівкою в певних межах вартість надання медичної допомоги. Наприклад, за даними міжнародних фахівців, щорічна сума «кишенькових витрат» українців за вартість надання медичної допомоги коливається від 100 до 500 доларів США [1,2]. Для порівняння, у країнах, що входять до складу «Організації економічного співробітництва та розвитку», зазначений показник становить приблизно 19,0% від загальних витрат на СОЗ та є на декілька порядків нижчим, ніж в Україні [1,2]. Так, нами були проведені дослідження динаміки показників готівкових виплат українських родин (%) у загальних витратах на охорону здоров'я. Об'єктом досліджень стали дані Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за 1995-2014 рр. Зазначений показник ВООЗ формулює як «готівкові виплати родин, що включають усі виплати, які здійснюються працівникам системи охорони здоров'я, постачальникам ліків, терапевтичних засобів або інших товарів та послуг, застосування яких передбачає відновлення або зміцнення здоров'я окремих осіб або груп населення». Цей показник включає виплати родин державним службам, некомерційним закладам або неурядовим організаціям, а також участь у витратах, що не підлягають компенсації – нагородження за послуги, співвиплати та франшизи. Винятком є виплати, що здійснюються

зкладами, які надають медичні та парамедичні послуги, дозволені законом або ні, своїм співробітникам. Виключенню підлягає і вартість лікування хворих «за кордоном». Результати проведених досліджень представлені на рис. 2.

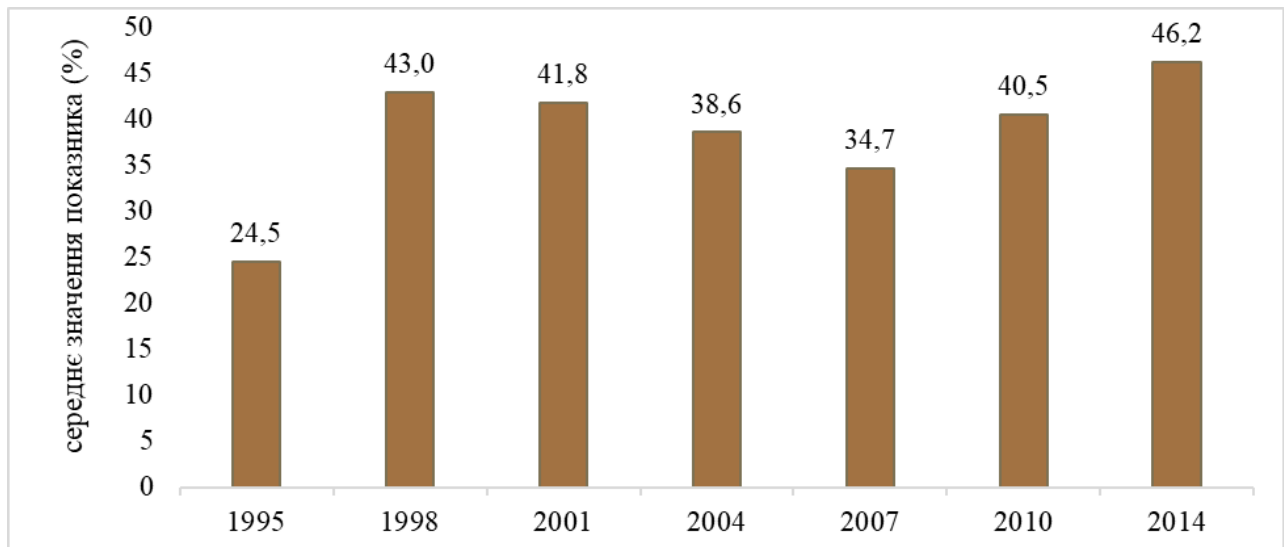


Рис. 2. Динаміка змін готівкових виплат українських родин (%) у загальних витратах на охорону здоров'я в Україні

Як бачимо, за даними рис. 2, в Україні питома вага (%) готівкових виплат родин від загальних витрат на охорону здоров'я у 2014 р., порівняно з даними 1995 р., збільшилась у 1,9 рази. Тобто практично половину витрат у СОЗ України припадає на готівкові розрахунки населення з постачальниками медичних і фармацевтичних послуг. Вищевикладене дає змогу стверджувати про прихований потенціал розвитку ринку ДМС в Україні, але не в класичному форматі його функціонування, який ми спостерігаємо в країнах Європейського Союзу (ЄС) та США, а в тому, який відповідає національним особливостям у ставленні населення до страхових відносин у СОЗ і ознакам поглиблення соціально-економічної кризи в суспільстві. Як свідчить досвід упровадження страхових відносин у СОЗ та фармацевтичне забезпечення населення в країнах з високим рівнем «кишенькових витрат», найбільш перспективною формою страхової діяльності є мікростраховання [16,17]. Ця форма страхування є перехідною на шляху впровадження комплексних програм страхування ризиків населення зі збереженням та підтримкою здоров'я громадян. В економічно розвинутих державах усе більшого впливу на динаміку розмірів страхових

платежів та розвиток ринку ДМС набуває посилення зацікавленості роботодавців у формуванні страхового захисту своїх працівників на випадок хвороби. Упровадження програм мікростраховання в практичній медицині та системі фармацевтичного забезпечення населення дозволило багатьом країнам суттєво збільшити показник доступності надання медичної та фармацевтичної допомоги соціально незахищеним верствам населення [6,13].

Мікростраховання дозволяє сформувавши позитивне ставлення населення до страхування як соціально орієнтованої форми діяльності, забезпечити мінімальним обсягом медичної та фармацевтичної допомоги якомога більше населення з низькими доходами за допомогою сплати відносно невеликих страхових премій. Враховуючи високі ризики стосовно нецільового використання коштів, корупцію й відсутність досвіду функціонування ефективних форм страхової діяльності в Україні, до впровадження програм мікростраховання необхідно залучати міжнародні суспільні та благодійні організації. Насамперед, це «Міжнародна організація праці», благодійний фонд Білла і Мелінди Гейтс, «MicroEnsur», які успішно впроваджували програми мікростраховання в країнах з низьким рівнем фінансування СОЗ з боку держави та значними обсягами «кишенькових витрат» громадян за надані медичні послуги. Так, у країнах з високим рівнем «кишенькових витрат» протягом 2002-2012 рр. завдяки впровадженню системи мікростраховання вдалось знизити середній річний обсяг витрат на одного застрахованого до 5,0 дол. США в Індії та до 3,0 дол. США у Гані [16,17]. За умов посилення системної кризи в країні та враховуючи повільний характер просування процесу реформування вітчизняної СОЗ, упровадження програм мікростраховання під егідою міжнародних організацій виглядає реальним шляхом зниження рівня соціальної напруги в суспільстві.

Важливою умовою для ефективного вирішення проблем упровадження страхових відносин у практичну медицину та фармацію є використання комплементарного підходу при формуванні моделей обслуговування населення за програмами ДМС та обов'язкового медичного страхування (ОМС).

### РОЗДІЛ III

## ОЦІНКА СТАНУ РОЗВИТКУ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

У сучасній системі суспільних відносин ДМС необхідно розглядати як важливу складову комплексу заходів, які спрямовані на досягнення гуманістичних принципів розвитку суспільства. Як свідчать дані спеціальної літератури, ринок ДМС в Україні розвивається в умовах політичної й фінансової нестабільності, законодавчо-правової невизначеності пріоритетів процесу реформування СОЗ, низької платоспроможності більшості громадян країни, а також відсутності довіри населення до страхової форми діяльності тощо. За даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринку фінансових послуг в Україні, у 2017 р. ліцензію на здійснення страхових операцій з ДМС мали понад 150 страховиків, а за паралельними даними Ліги страхових організацій України на страховому ринку фактично займаються зазначеним видом страхової діяльності близько 55 компаній [7]. У цілому слід зазначити, що за програмами ДМС в Україні застраховано лише 5,7-6,0% від усього населення країни.

Упровадження й ефективне функціонування будь-яких фінансово-економічних і соціальних відносин у СОЗ потребує осмислення сучасних проблем та перспектив розвитку ринку ДМС, який є важливою складовою майбутньої консолідованої моделі соціального МС. Зазначене й обумовило проведення подальших досліджень. Об'єктом досліджень були обрані дані, що представлені на сайті Національної комісії, яка здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг в Україні (<https://www.nfp.gov.ua/ua/law/?tag=1>), та Ліги страхових організацій України (<http://uainsur.com/liga/about/info/>). Нами були обрані фінансові показники за такими операціями, як безперервне страхування здоров'я, страхування на випадок хвороби, страхування медичних витрат. Використовувалися дані сум чистих страхових премій та витрат за вищевказаними видами страхування, що здійснювалися упродовж 2010-2017 рр. Надалі з використанням зазначених даних був розрахований показник

рівня (%) чистих страхових виплат, як відношення чистих страхових виплат до страхових премій (%). Цей показник дозволяє оцінити не лише фінансову стабільність діяльності страхової компанії, а й проаналізувати рівень довіри споживачів до страхових продуктів, які пропонуються на ринку ДМС. У країнах з розвиненим страховим ринком і високими соціально-економічними стандартами надання страхових послуг населенню зазначений показник коливається в діапазоні значень 30,0%-60,0% за різними видами страхової діяльності. За даними структурного аналізу динаміки страхових премій, виплат та їх рівня нами було складено ТОП-20 вітчизняних страхових компаній, що здійснюють страхову діяльність на ринку ДМС.

Основні результати аналізу фінансових показників, що характеризують ефективність функціонування ринку ДМС, представлені рис. 3 та рис. 4. Як бачимо, за даними рис. 3, незважаючи на політичну та фінансово-економічну кризу в країні, показники чистих страхових премій та виплат на ринку ДМС перманентно збільшувалися. При цьому необхідно зазначити, що темпи приросту (%) страхових премій у незначному діапазоні значень перевищують

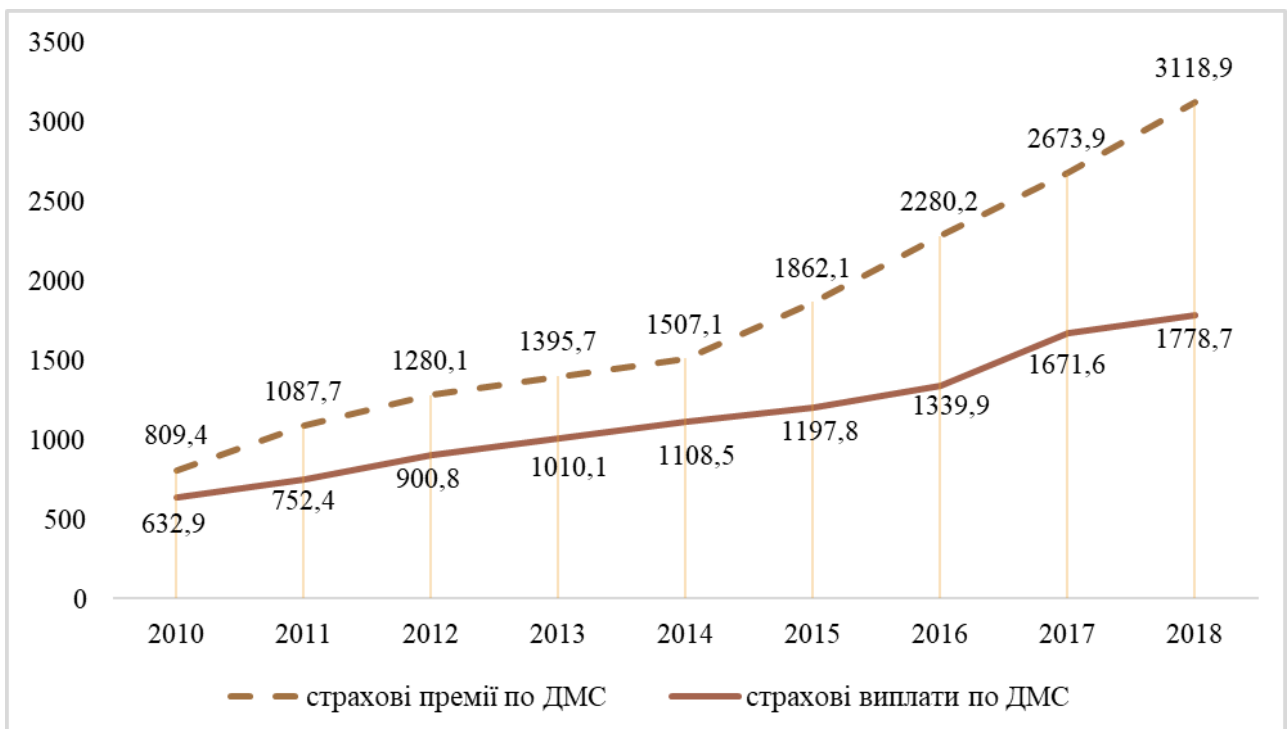


Рис. 3. Аналіз динаміки чистих страхових премій та виплат страховиків за програмами ДМС в Україні



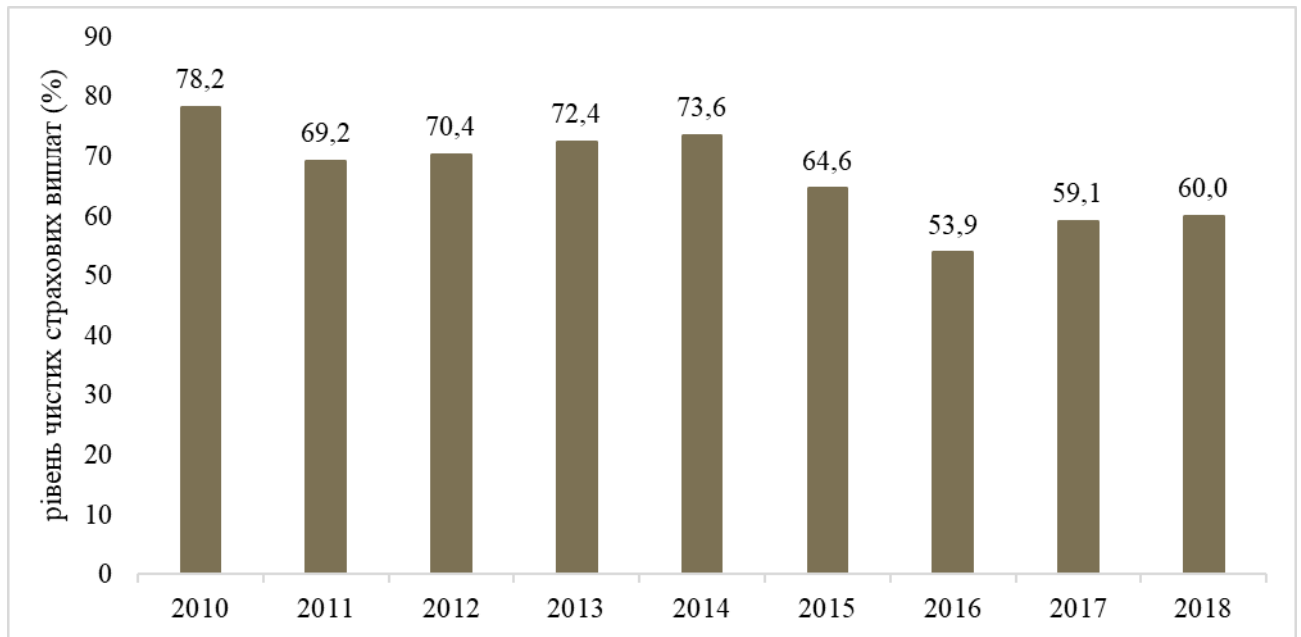


Рис. 4. Аналіз рівня (%) чистих страхових виплат вітчизняних компаній по операціях з ДМС (2010-2018 рр.)

темпи (%) приросту страхових виплат. Так, середнє значення темпів (%) приросту показників страхових премій складає 16,0%, а страхових виплат – 15,0%. Показники чистих страхових премій, що були акумульовані страховиками у 2018 р., порівняно з даними 2010 р., збільшилися у 3,9 рази, а страхових виплат – у 2,8 рази. Максимальне значення темпів<sub>цепних</sub> приросту (%) сум чистих страхових премій спостерігалось за даними 2011 р. (34,0%), а мінімальне – 2014 р. (8,0%). У динаміці сум чистих страхових виплат найбільше значення темпів<sub>цепних</sub> приросту спостерігалось у 2017 р. (25,0%), а мінімальне – за показниками 2015 р. (9,0%).

Протягом 2010-2018 рр. у динаміці темпів<sub>цепних</sub> приросту (%) страхових премій, що були акумульовані страховиками за договорами ДМС, можна виділити наступні періоди. Так, протягом 2010-2014 рр. дані темпів<sub>цепних</sub> приросту (%) страхових премій планомірно знижувалися. З 2015 р. спостерігалось значне зростання зазначеного показника (+24,0%). У наступному 2016 р. темпи<sub>цепні</sub> приросту (%) даних страхових премій дорівнювали 22,0%, а в 2017 р. – +17,0%. Суттєве зростання темпів<sub>цепних</sub> приросту чистих страхових премій у 2011 р. (34,0%) за умов стабільної

політичної та фінансово-економічної ситуації в країні слід оцінити як позитивну характеристику розвитку вітчизняного ринку ДМС. На жаль, зазначене не можна стверджувати відносно даних 2015 р. У цьому році відмічалось збільшення показників чистих страхових премій, порівняно з даними 2014 р. Унаслідок дії цілого комплексу факторів і ризиків у 2015 р. спостерігалось значне знецінення національної валюти, а значення середнього рівня інфляції дорівнювало 143,3%. Нестабільність на фінансовому ринку України, девальвація національної валюти та зниження купівельної спроможності більшості населення країни мали вкрай негативний вплив на розвиток ринку страхування взагалі та ДМС зокрема.

У динаміці чистих страхових виплат зниження темпів<sub>цепних</sub> приросту (%) страхових виплат продовжувалось до 2015 р. та лише з 2016 р. спостерігалось збільшення зазначених показників. У 2016 р. темпи<sub>цепні</sub> приросту (%) страхових виплат дорівнювали 12,0%, а у 2017 р. – 25,0%. Таким чином можна зробити висновок, що за умов девальвації національної валюти, політичної та фінансово-економічної кризи, що спостерігалась у країні з 2014 р., у 2015 р. мало місце суттєве збільшення (24,0%) показників чистих страхових премій, а страхові виплати продемонстрували найнижче (9,0%) значення темпів<sub>цепних</sub> приросту (%) показників за весь період, що досліджувався. Зазначене можна вважати суттєвою якісною характеристикою розвитку вітчизняного ДМС. Тобто, за умов фінансово-економічної нестабільності в країні, страховики значно швидшими темпами акумулювали на ринку ДМС страхові премії, ніж виплачували страхові компенсації за договорами страхування застрахованим особам.

Важливим показником, який характеризує ефективність фінансової активності страховиків, як вказувалося раніше, є рівень (%) чистих страхових виплат. Встановлено, що не зважаючи на перманентне зростання розмірів чистих страхових премій, що спостерігалось протягом 2010-2018 рр., динаміка даних рівня чистих страхових виплат мала непередбачуваний та зигзагоподібний характер. Як бачимо, за даними рис. 4 найвище значення рівня

(%) страхових виплат спостерігалось у 2010 р. (78,2%), а найнижче – за даними 2016 р. (53,9%). У 2011 р. відмічалось зниження показника рівня страхових виплат до 69,2%, але потім спостерігалась позитивна тенденція до збільшення зазначеного показника. Після кризових явищ у вітчизняній економіці з 2014 р. мало місце планомірне зниження рівня страхових виплат до найнижчого значення за весь період, що досліджувався. Лише у 2017 р. на ринку відмічається поживлення фінансової ситуації, унаслідок чого спостерігається збільшення рівня страхових виплат до 59,1%. За даними 2018 р. показник рівня (%) чистих страхових виплат дорівнював значенню 60,0%.

За результатами систематизації даних аналізу фінансових показників, що характеризують страхову діяльність вітчизняних компаній з ДМС (2017 р.), нами було складено ТОП-10 страховиків за показниками чистих страхових премій та виплат, а також ТОП-20 за показником рівня (%) чистих страхових виплат. Результати аналізу представлені на рис. 5-7. Склад компаній-лідерів, що займають перші двадцять позицій у рейтингу страховиків, за показниками чистих страхових премій та страхових виплат має схожість, так перші три позиції за сумами страхових премій та виплат займають такі компанії як «ПРОВІДНА», «УНІКА» та «НАФТАГАЗСТРАХ» (рис. 5, рис. 6).



Рис. 5. ТОП-10 компаній з ДМС за показником чистих страхових премій (2017 р.)



Рис. 6. Рейтинг (ТОП-10) вітчизняних страховиків, що здійснюють ДМС в Україні (2017 р.)

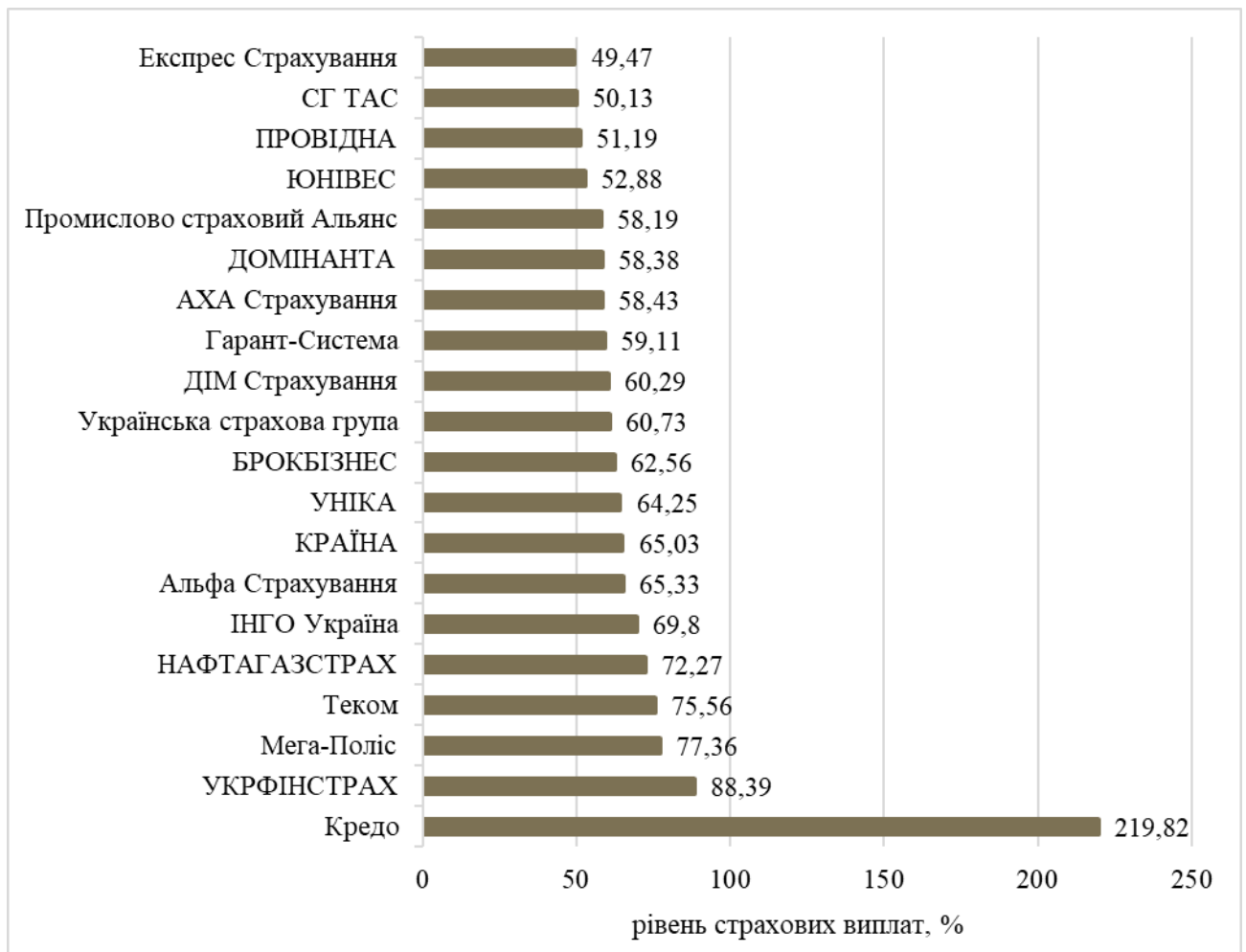


Рис. 7. ТОП-20 вітчизняних страхових компаній за рівнем (%) страхових виплат (2017 р.)

З ТОП-20 страхових компаній, що представлені в складеному рейтингу, лише 8-м мають значення рівня (%) страхових виплат від 30,0% до 60,0%, що відповідає загально світовій практиці.

Звертає на себе увагу високе значення рівня (%) страхових виплат компанії «Кредо» (219,82%). Якщо виключити з вибірки показників дані компанії «Кредо», то всі інші показники коливалися у достатньо широкому діапазоні значень (від 49,47% до 88,39%), при цьому середній показник складав 59,97%. Значення варіаційного розмаху становило 78,67%.

Основні компанії-лідери (перші три позиції), що характеризувалися у 2017 р. найвищими показниками чистих страхових премій та виплат («ПРОВІДНА», «УНІКА» та «НАФТАГАЗСТРАХ»), були також представлені у ТОП-20 компаній за рівнем (%) чистих страхових виплат. У компанії «ПРОВІДНА» зазначений показник дорівнював значенню 51,19% (оптимальне значення), «УНІКА» – 64,25% та «НАФТАГАЗСТРАХ» – 72,27% (вище оптимального значення показника відповідно). Як бачимо, страхова діяльність, що передбачає надання послуг з ДМС для вітчизняних страховиків, залишається досить ризикованим видом діяльності на ринку.

## РОЗДІЛ IV

### РОЗРОБКА ЗАВДАНЬ ЩОДО ЕФЕКТИВНОГО ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН У СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

Систематизуючи результати проведених досліджень нами визначені основні завдання щодо ефективного впровадження страхових відносин у систему фармацевтичного забезпечення населення в Україні. У своїй більшості зазначені завдання повинні реалізовуватися на загально державному рівні в площині організаційно-правових, фінансово-економічних та соціальних відносин у суспільстві, так, до їх складу слід віднести:

- формування базових державних гарантій надання ефективної й доступної медичної та фармацевтичної допомоги хворим незалежно від їх громадянства та соціального й матеріального статусу в суспільстві;
- поступову конвергенцію сучасних форм і методів упровадження страхових відносин у практичну медицину та систему фармацевтичного забезпечення, наприклад введення комплементарного підходу у формування страхових продуктів;
- стимулювання з боку держави до активної участі в програмах страхування та обслуговування населення за програмами ОМС закладів охорони здоров'я та аптечних закладів різних форм власності й господарювання за допомогою фармаекономічних механізмів (оподаткування, кредитування, інвестування);
- адаптація вже існуючої законодавчо-нормативної та правової бази з МС з комплексом документів, які регулюють надання ефективної медичної та фармацевтичної допомоги населенню та формують відповідне ресурсне забезпечення державних гарантій у СОЗ;
- наукове обґрунтування тарифної політики за базовими, додатковими та сервісними страховими програмами, а також відповідного фінансового забезпечення програм ОМС та ДМС за діючими протоколами надання медичної допомоги хворим за різними спеціальностями й переліками препаратів, що регулюють доступність надання фармацевтичної допомоги,

наприклад зі змістом Національного переліку основних ЛЗ, формулярів;

- збереження та ефективна підтримка з боку держави принципу соціальної солідарності при розподілі ресурсів, що направляються на задоволення потреб населення, в ефективній медичній та фармацевтичній допомозі незалежно від розміру страхового внеску й інших чинників;
- запровадження незалежного суспільного моніторингу раціональності використання обмежених ресурсів системи ОМС та ефективності виконання фінансових зобов'язань, що взяті перед застрахованими особами страховиками, які працюють за програмами ДМС;
- перманентне підвищення рівня фізичної та соціально-економічної доступності страхових продуктів за базовими (ОМС), додатковими або сервісними (ДМС) програмами з МС у суспільстві;
- фінансово-економічна, інформаційна й науково-технічна відкритість моделі ОМС та формування сприятливих умов задля періодичного перегляду існуючих стандартів надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим відповідно до сучасних вимог оцінки ефективності її надання;
- формування на ринку ДМС моделі соціально відповідального бізнесу та плідної співпраці з державою або міжнародними організаціями й фондами, метою діяльності яких є підвищення рівня доступності страхових продуктів для фінансово незахищених верст населення, наприклад упровадження програм мікрострахування;
- активна участь держави в соціальній підтримці окремих груп хворих (онкологічні, хворі на туберкульоз, СНІД/ВІЛ та ін.) шляхом розробки та впровадження державних програм і механізмів цільового фінансування за рахунок бюджетів різних рівнів та залучення ресурсів міжнародних і гуманітарних організацій та фондів.

Ефективне впровадження зазначених підходів на загальнодержавному й регіональному рівнях, а також на рівні суб'єктів господарювання буде, на нашу думку, сприяти формуванню у населення в найближчій перспективі позитивного ставлення не лише до страхової діяльності в практичній медицині

та системі фармацевтичного забезпечення населення, а й до кожної окремої людини, до процесу збереження власного здоров'я як найвищої суспільної цінності. Цьому повинні також сприяти й страхові компанії з ДМС, яких у майбутньому необхідно розглядати як важливих учасників соціальних проєктів і заходів (табл. 2).

Таблиця 2

**Зміст основних соціально орієнтованих завдань діяльності компаній, що пропонують продукти з ДМС**

Зміст соціально орієнтованих завдань відповідно до сфери їх реалізації в суспільстві	
<i>Соціально-економічні</i>	<i>Ринково-інформаційні</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• упровадження в практику страховиків із ДМС стандартів надання медичної та фармацевтичної допомоги, що затверджені відповідними нормативно-правовими актами;</li> <li>• упровадження контролю з боку страховиків за якістю наданої медичної та фармацевтичної послуги на рівні закладів охорони здоров'я й аптек;</li> <li>• застосування доповнюючих програм ДМС з переліком послуг, що пропонуються за базовими програмами ОМС;</li> <li>• налагодження ефективної співпраці з медичними, фармацевтичними професійними спілками та громадськими організаціями;</li> <li>• якісне розширення спектра соціальних програм ДМС за рахунок перерозподілу коштів резервних фондів або залучення додаткового капіталу на взаємовигідних умовах;</li> <li>• створення страховиками інтегрованої медичної та фармацевтичної інфраструктури, що повинна характеризуватися високим науковим і кадровим потенціалом;</li> <li>• активна участь страховиків з ДМС у соціально орієнтованих проєктах та заходах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• активізація співпраці з міжнародними страховими організаціями;</li> <li>• поступове підвищення прибутковості діяльності за рахунок збільшення спектра послуг, що пропонуються;</li> <li>• поступове впровадження гнучкої тарифної політики, що ґрунтується на аналізі потреби населення в різних видах страхових продуктів і послуг;</li> <li>• стимулювання вітчизняних підприємців задля залучення їх до програм корпоративного ДМС співробітників;</li> <li>• поглиблення сегментації послуг у напрямку підвищення їх доступності (програми мікрострахування або спеціалізовані страхові продукти);</li> <li>• участь у розробці відповідної нормативно-правової бази;</li> <li>• подальша диверсифікація капіталу та розширення спектра інвестиційної діяльності;</li> <li>• створення єдиної інформаційної бази, що дозволяє прозоро відповідно до діючих норм страхового права відслідковувати та контролювати діяльність страховиків з ДМС;</li> <li>• побудова позитивного ринкового та соціального іміджу страховиків у суспільстві;</li> <li>• більш активна маркетингова політика у регіонах країни;</li> <li>• активна співпраця з підприємствами, банками та іншими організаціями з метою реалізації страхових продуктів за новими технологіями;</li> <li>• фінансова й інформаційна підтримка вітчизняної медичної та фармацевтичної науки й освіти</li> </ul>



У таблиці 2 наведені комплекси завдань для ефективної реалізації соціального навантаження, яке з кожним роком посилюється в суспільстві на компанії з ДМС. Вважаємо, що реалізація зазначених завдань страхової діяльності відповідно до їх рівня важливості дозволить, на нашу думку, переформувати діяльність вітчизняних страховиків у напрямку виконання, перш за все, соціальних завдань, що покладені на ДМС.

## ВИСНОВКИ

1. Враховуючи підвищення соціальних стандартів у суспільстві та якісні зміни у ставленні населення до ефективності надання фармацевтичної допомоги та послуги, МС повинно розглядатися як важлива складова формування стабільного розвитку держави.
2. За умов низького рівня доходів населення та відсутності дієвих механізмів компенсації вартості наданих медичних та фармацевтичних послуг найбільш перспективним напрямом страхової діяльності в СОЗ є проведення масштабних програм мікрострахування та комплементарного медичного страхування.
3. За результатами аналізу фінансових показників, що характеризують страхову діяльність в Україні у 2010-2018 рр., можна стверджувати про наступне. Вітчизняний ринок ДМС належить до тих сегментів страхового ринку, що розвивається досить повільно за умов фінансово-економічної кризи в країні та наявності чисельних політичних і корупційних ризиків. При цьому темпи (%) його розвитку не відповідають реальній потребі населення у формуванні й ефективній реалізації страхового захисту на випадок втрати здоров'я та підтримки відповідної якості життя хворих.
4. З метою формування у пересічних громадян позитивного ставлення до впровадження страхових відносин у практичну охорону здоров'я страховики з кожним роком повинні розробляти й застосовувати нові страхові програми та гнучку цінову політику на ринку.

5. Наявність незначних позитивних зрушень у фінансовому стані вітчизняних страховиків, що здійснювали ДМС у 2018 р., у цілому не впливає на загальний низький рівень довіри населення до страхової діяльності у практичній охороні здоров'я, а з 5-ти функцій страхування в українських реаліях страхові компанії в повному обсязі виконують лише ризикову, компенсаційну й акумуляційну. Це значно знижує рівень ефективності функціонування МС, звужує спектр діяльності й активності на ринку фінансових послуг.
6. За умов низької довіри населення до страхової діяльності, що спостерігається в Україні, та відсутності ефективного досвіду страхових відносин у практичній охороні здоров'я, ефективне функціонування ринку ДМС потребує розробки й упровадження з боку держави комплексу заходів для вирішення цілого спектра завдань. Важливою умовою їх ефективної реалізації повинно стати узгодження процесу реформування вітчизняної СОЗ та фармацевтичного забезпечення населення з українськими реаліями розвитку економіки й особливостями формування суспільної думки.
7. За умов проведення системних реформ, що відбуваються зараз в Україні, важливим є розробка заходів щодо адаптації здобутків зазначених перетворень (лібералізація процедури реєстрації ЛЗ, збільшення соціально-економічної доступності серцево-судинних, гіпоглікемічних препаратів та засобів, що використовуються при лікуванні бронхіальної астми, «Е-Health», можливість для пацієнта обирати сімейного лікаря тощо) до практики впровадження страхових відносин у систему фармацевтичного забезпечення населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Зайчук С. Послуги медичного страхування в Україні. *Вісник Київського національного торговельно-економічного університету*. 2014. № 3. С. 75–81.
2. За що готові платити українські пацієнти? URL: <http://www.vz.kiev.ua/za-shho-gotovi-platiti-ukra%D1%97nski-paciyenti>.
3. Немченко А. С., Панфілова Г. Л. Розробка концепції надання фармацевтичної допомоги (послуги) за умов впровадження медичного страхування. *Запорозький медичинський журнал*. 2009. № 3. С. 103–108.
4. Нечипорук Л. В. Теорія і практика медичного страхування в Україні. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2015. № 6 (24). URL: <http://global-national.in.ua/issue-6-2015>.
5. Панфілова Г. Л., Харченко Д. С., Сокурєнко І. А. Оцінка проблем впровадження обов'язкового та ефективності функціонування добровільного медичного страхування в реаліях системної кризи в Україні. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2016. № 4. С. 52–60.
6. Пахненко О. М., Лисенко В. С. Мікрострахування як підґрунтя для розвитку добровільного медичного страхування в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 1. С. 268–273.
7. Підсумки діяльності страхових компаній за 2017 р. URL: <https://forinsurer.com/files/file00634.pdf>.
8. Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. 2-е изд. М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2008. 318 с.
9. Anna D. Sinaiko, Richard A. Hirth. Consumers, health insurance and dominated choices. *Journal of Health Economics*. Vol. 30. № 2. P. 450–457.
10. David Mark Dror, Ruth Koren, David Mark Steinberg. The impact of Filipino micro health-insurance units on income-related equality of access to healthcare. *Health Policy*. 2006. Vol. 77. № 3. P. 304–317.
11. Jonneke Bolhaar, Maarten Lindeboom, Basvan der Klaauw. A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review*. 2011. Vol. 56. № 4. P. 669–690.

12. Life expectancy at birth, total (years). URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.
13. Panfilova H., Hala L., Zaytzeva Yu. L. Analysis of problems and prospects of development of voluntary medical insurance in Ukraine. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*. 2019. Vol. 9. № 1. P. 17–26.
14. Pakhnenko O. M., Lysenko V.S. Micro-insurance as the basis for the development of voluntary medical insurance in Ukraine. *Business Inform*. 2014. № 1. C. 268–273.
15. Private medical insurance in the European Union. URL: <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf>.
16. Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium. Edited by C. Churchill. ILO and Munich Re Foundation, 2006. 678 p.
17. The role of micro-health insurance in systems of Universal Health Coverage in developing countries: peer review of practices Round table, 29 October 2015. URL: [http://fondation-sanofi-espoir.com/download/2015-12-09-mutuelles/TABLE\\_ROMDE\\_UK.pdf](http://fondation-sanofi-espoir.com/download/2015-12-09-mutuelles/TABLE_ROMDE_UK.pdf).

*Наукове видання*

Панфілова Ганна Леонідівна

Гала Лілія Олексіївна

**АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФОРМ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО  
СТРАХУВАННЯ ТА РОЗРОБКА ЗАВДАНЬ З ЇХ ЕФЕКТИВНОГО  
ВПРОВАДЖЕННЯ В СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ  
(методичні рекомендації)**

Підписано до друку 20.09.2019 р. Формат 60x84/16.  
Папір офсетний. Друк ризографічний.  
Умов.-друк. арк. 1,6. Наклад 100 прим. Замов. №19-130.

---

ПВТП «LAT&K»

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру  
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

ДК № 181 від 15.09.2000 р.

Тел.: + 38 044 235 00 09,

+ 38 044 235 75 28