

Міністерство освіти і науки України
ПрАТ «Вищий навчальний заклад
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ДОБРОДЗІЙ ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ

УДК 338.4:658.14

ДИСЕРТАЦІЯ
«РОЛЬ ЦИФРОВІЗАЦІЇ В ІННОВАЦІЙНОМУ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ»

Спеціальність 072 – Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____О.М.Добродзій

Науковий керівник:

Брюховецька Ірина Олександрівна,

кандидат економічних наук, доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Добродзій О.М. Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 072 – Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок – ПрАТ «Вищий навчальний заклад «Міжрегіональна Академія управління персоналом», Київ, 2025.

У дисертації науково обґрунтовано та поглиблено теоретико-методологічні засади медичного страхування в умовах інноваційних трансформацій. Удосконалено підхід до оцінки попиту на послуги медичного страхування, який враховує такі елементи: поширеність захворювання, середню тяжкість захворювання, середню тривалість лікування, середню медичну вартість лікування, вік і стать пацієнта, соціальний індекс (рівень вразливості), коморбідність. Це забезпечує комплексний підхід до оцінки споживчого попиту.

Удосконалено понятійний апарат теорії страхування, зокрема, дано авторське визначення поняття медичного страхування як системи економічних і правових відносин, що забезпечує фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку (захворювання, травми тощо) за рахунок попередньо акумульованих коштів, що формуються внесками страхувальників і використовуються відповідно до умов страхового договору. Таке визначення враховує посилення на механізм страхового захисту (акумуляція і перерозподіл коштів); містить чіткий об'єкт страхування (медичні послуги, витрати, забезпечення лікування); включає ролі суб'єктів: страхувальник, страховик, медичний заклад, застрахована особа.

Запропоновано структурно-логічну систематизацію та класифікацію ризиків медичного страхування з урахуванням

взаємозв'язку медичних, соціальних та актуарних маркерів. Це розкриває трирівневу природу ризиків, пов'язаних з медичним страхуванням і створює додаткові можливості для визначення ймовірності настання страхових випадків і моделювання величини страхових виплат.

Розроблено економіко-каузальну модель розвитку системи медичного страхування в Україні, яка показує зміну показників фінансових результатів страхових компаній в умовах цифрових трансформацій. Це забезпечить можливість аналізу мультиплікативного ефекту від використання інноваційних інструментів та виявлення можливостей збільшення страхових премій. Набув подальшого розвитку методичний підхід до здійснення періодизації розвитку системи медичного страхування на українських землях з кінця XVIII ст. до сучасності. Це забезпечило встановлення передумов формування етапу цифрової інтеграції та інноваційного розвитку (2014–2025 рр.) як самостійного історичного періоду. Він характеризується переходом від фрагментованих добровільних схем до гібридних моделей із використанням eHealth, insurtech-платформ, актуарних технологій на базі великих даних та інструментів кіберідентифікації. Це не лише якісно змінює практики страхування, а й інтегрує українську систему в європейський цифровий простір.

Розроблено механізм розрахунку стандартизованих індексів типу DCI та ODI: перший вимірює спроможності (наявність і зрілість цифрових рішень), другий — операційне використання (фактичні частки онлайн-потоків, електронні страхові вимоги, автоматизована наскрізна обробка, швидкість сервісу, надійність платформ). Таке вимірювання забезпечує можливість використання шкали порівняння для бенчмаркінгу компаній та відстеження прогресу у часі; створення прозорого «мосту» між цифровими практиками та фінансовими результатами, аби кількісно показати внесок цифровізації в

ефективність і маржинальність.

Систематизовано методичні підходи до побудови матриці відповідності можливостей цифровізації і її використання страховими компаніями. Це забезпечує можливість виявлення та закриття розривів між наявною цифровою архітектурою і її комерціалізації для підвищення швидкості та віддачі від цифрових інвестицій на рівні всієї інноваційної системи компанії.

Практична цінність отриманих результатів полягає у можливості їх застосування у діяльності страхових компаній, під час формування державної політики підтримки у сфері охорони здоров'я України.

Ключові слова: Медичне страхування, цифровізація, страхові компанії, інноваційний розвиток, фінансовий захист, ризики медичного страхування, фінансовий результат, цифрові інвестиції, актуарний маркер, страхування, страховий ринок, страховий механізм, механізм фінансування, трансформація страхового ринку.

ANNOTATION

Dobrodzii O.M. *The role of digitalization in the innovative development of medical insurance in Ukraine.* – Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 072 – Finance, Banking, Insurance and Stock Market –. Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, 2025.

The dissertation provides a scientific substantiation and deepens the theoretical and methodological foundations of medical insurance under conditions of innovative transformations. An improved approach to assessing the demand for medical insurance services is proposed, which takes into account the following elements: disease prevalence, average disease severity, average treatment duration, average medical treatment cost, age and gender of the patient, social index (vulnerability level), and comorbidity. This ensures a comprehensive approach to evaluating consumer demand.

The conceptual framework of insurance theory has been refined, in particular through the author's definition of medical insurance as a system of economic and legal relations that ensures the financing of medical care and preventive measures in the event of an insured occurrence (illness, injury, etc.) through the use of pre-accumulated funds formed by policyholders' contributions and used in accordance with the terms of the insurance contract. This definition incorporates references to the mechanism of insurance protection (accumulation and redistribution of funds); identifies a clear object of insurance (medical services, expenses, treatment provision); and includes the roles of the main subjects: policyholder, insurer, medical institution, and insured person.

A structural-logical systematization and classification of medical insurance risks have been proposed, taking into account the interconnection

of medical, social, and actuarial markers. This reveals the three-level nature of risks associated with medical insurance and creates additional opportunities for determining the probability of insured events and modeling the magnitude of insurance payments.

An economic-causal model for the development of the medical insurance system in Ukraine has been developed, demonstrating the changes in the financial performance indicators of insurance companies under conditions of digital transformation. This provides a basis for analyzing the multiplier effect of innovative tools and identifying opportunities to increase insurance premiums.

The methodological approach to the periodization of the medical insurance system's development in the Ukrainian territories from the late 18th century to the present has been further advanced. This made it possible to identify the prerequisites for the formation of the stage of digital integration and innovative development (2014–2025) as an independent historical period. It is characterized by a transition from fragmented voluntary schemes to hybrid models using eHealth, insurtech platforms, actuarial technologies based on big data, and cyber-identification tools. This not only qualitatively transforms insurance practices but also integrates the Ukrainian system into the European digital space.

A mechanism for calculating standardized indices of the DCI and ODI types has been developed: the former measures capabilities (availability and maturity of digital solutions), while the latter measures operational use (actual shares of online flows, electronic insurance claims, automated end-to-end processing, service speed, platform reliability). Such measurement enables the use of a comparative scale for benchmarking companies and tracking progress over time; it also establishes a transparent “bridge” between digital practices and financial results, allowing the quantitative demonstration of digitalization's contribution to efficiency and profitability.

Methodological approaches to constructing a matrix of

correspondence between digitalization capabilities and their utilization by insurance companies have been systematized. This enables the identification and closing of gaps between the existing digital architecture and its commercialization, thereby enhancing the speed and return on digital investments across the company's entire innovation system.

The practical value of the obtained results lies in their applicability to the activities of insurance companies and in the formation of state policy for supporting the healthcare sector in Ukraine.

Keywords: medical insurance, digitalization, insurance companies, innovative development, financial protection, medical insurance risks, financial performance, digital investments, actuarial marker, insurance, insurance market, insurance mechanism, financing mechanism, transformation of the insurance market.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових виданнях,

включених до переліку наукових фахових видань України:

1. Брюховецька І. О., Добродзій О. М. Медичне страхування в умовах війни: ризики та програми забезпечення // Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". Серія: "Економічні науки". – 2024. – № 12. <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2024-12-10579>
2. О. М. Добродзій Сутність медичного страхування: теоретичні та практичні аспекти. Приазовський економічний вісник. 2025. № 3 (43). С. 34 -39. <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2025-3-6>
3. О.М.Добродзій Функціонування лікарняних кас як передумова формування добровільного медичного страхування в Україні. Сталий розвиток економіки. 2025. № 4 (55), 543-549. <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2025-55-73>
4. О. М. Добродзій Класифікація ризиків у медичному страхуванні: медичні, соціальні та актуарні аспекти. Інклюзивна економіка. 2025 № 3 (09), 2025.- С. 56-60. https://doi.org/10.32782/inclusive_economics.9-7

Статті в зарубіжних виданнях за напрямом дослідження:

1. Volynets, V., Ilchenko, H., Akimov, M., Pokhylenko, I., & Dobrodzii, O. (2024). Safeguarding against AI exploitation in e-commerce investment management. Multidisciplinary Reviews, 7, 2024spe028. <https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe028>

Тези конференцій:

1. Добродзій О. М. Драйвери розвитку інноваційного медичного страхування в Україні // Інноваційні методи управління економікою в умовах цифровізації бізнесу: зб. матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 10 жовтня 2024 р.) / редкол.: І. А. Семенець-Орлова (гол. ред.), І. І. Каліна (заст. гол. ред.), Ю. В. Мазур (упоряд. і відп.

ред.) та ін. — Київ: Міжрегіональна академія управління персоналом, 2024. — С. 168–171.

2. Брюховецька І. О., Добродзій О. М. Стратегічні економічні партнери України в умовах війни // Дипломатія суверенної України в умовах війни: нові виклики та завдання : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (21 грудня 2023 р.). — Черкаси: ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2024. — С. 17 – 18.

3. Добродзій О. М. Принципи добровільного медичного страхування в Україні // Актуальні проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу та контролю в соціально орієнтованій системі управління підприємством: матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, присвяченої пам'яті проф. Д. М. Фесенка (25 березня 2025 р.). — Полтава, 2025. - С. 610–611.

4. Добродзій О. М. Медичне страхування як чинник національної безпеки та стійкості // X Міжнародна науково-практична конференція «Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності» (20–22 травня 2025 р.). - Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2025. - С. 207 - 208

ЗМІСТ

ВСТУП.....	11
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ.....	21
1.1. Економічний зміст та класифікація страхування майна громадян.....	21
1.2. Страхові ризики в медичному страхуванні.....	33
1.3. Історія розвитку медичного страхування в Україні.....	45
Висновки до першого розділу.....	62
РОЗДІЛ 2. ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	63
2.1. Характеристика ринку медичного страхування в Україні.....	63
2.2. Аналіз попиту на послуги медичного страхування в Україні.....	74
2.3. Вплив цифровізації на інноваційний розвиток медичного страхування.....	97
Висновки до другого розділу.....	112
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ АКТИВІЗАЦІЇ ЦИФРОВИХ ІННОВАЦІЙ У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ	113
3.1. Економіко-каузальна модель мультиплікативного ефекту цифровізації.....	113
3.2. Удосконалення нормативно-правового забезпечення медичного страхування в умовах цифровізації та інноваційного розвитку ринку.....	130
3.3. Перспективи взаємодії учасників ринку медичного страхування.....	144
Висновки до третього розділу.....	158
ВИСНОВКИ.....	160
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	166
ДОДАТКИ.....	184

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку національної економіки України характеризується активним впровадженням цифрових технологій у всі сфери суспільного життя, зокрема в систему охорони здоров'я та страхування. Цифровізація стає ключовим чинником підвищення ефективності функціонування страхового ринку, сприяє прозорості фінансових процесів, автоматизації страхових операцій і підвищенню рівня захисту прав застрахованих осіб. В умовах інноваційних трансформацій особливого значення набуває розвиток медичного страхування як інструменту забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, підвищення доступності якісних медичних послуг і соціальної безпеки населення.

Водночас наявна система медичного страхування в Україні перебуває на етапі становлення та потребує комплексного переосмислення під впливом цифрових викликів. Нерозвинена інфраструктура insurtech, низький рівень використання eHealth-платформ, відсутність інтегрованих механізмів обміну даними між страховими компаніями, медичними установами та державними інституціями стримують інноваційний розвиток галузі. Тому актуальним є формування теоретико-методологічних засад цифрової трансформації медичного страхування, які б забезпечили синергію між економічними, технологічними та соціальними аспектами.

Потреба у науковому обґрунтуванні підходів до оцінювання попиту на послуги медичного страхування з урахуванням медичних, соціальних та актуарних маркерів, визначення ризиків і моделювання страхових виплат, розроблення цифрових індикаторів розвитку (DCI, ODI) зумовлює наукову та практичну значущість дослідження. Визначення впливу цифровізації на фінансові результати страхових компаній дозволяє не лише підвищити

ефективність їхньої діяльності, а й забезпечити інтеграцію української системи медичного страхування до європейського цифрового простору.

Актуальність теми дослідження зумовлена потребою теоретичного осмислення та практичного впровадження цифрових інновацій у сфері медичного страхування як чинника підвищення фінансової стійкості, конкурентоспроможності страхового ринку та рівня соціального захисту населення України.

Значний внесок у розробку теоретичних основ медичного страхування зробили зарубіжні учені, зокрема: Ф. Кріспі, К. Куадрато, М. Лібуй, Г. Марчілдон, К. Сід, М. Шефлер. Питання медичного страхування досліджувалися у роботах вітчизняних науковців: В. Базилевича, Л. Богріновцевої, І. Брюховецької, О. Гаманкової, О. Димніч, О. Кнейслер, Т. Кривошлик, Г. Кришталь, Л. Волохової, В. Внукової, М. Кривоберець, С. Осадця, Г. Скиби, Т. Стецюк, Д. Третяк, Т. Яворської.

Віддаючи належне доробку учених у цій сфері, варто зауважити, що проблема розвитку медичного страхування у контексті інноваційного розвитку вимагає свого подальшого дослідження. Насамперед, це стосується недостатньо опрацьованої проблематики цифровізації страхових процесів, що спричиняє якісно нові підходи до ведення страхової справи. Актуальність, практична значущість та недостатня опрацьованість зазначеної проблематики обумовили вибір теми дисертаційної роботи, визначили мету, завдання, логіку і зміст дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до тематичних планів наукових досліджень Міжрегіональної Академії управління персоналом за темою: «Модернізація механізмів формування фінансових ресурсів державними структурами, суб'єктами господарювання і населенням України як умова економічного та соціального розвитку суспільства» (номер державної реєстрації– 0121U108233) (здійснив поглиблене теоретико-методологічне обґрунтування принципів та механізмів здійснення медичного

страхування в Україні; провів аналіз сучасного стану медичного страхування і тенденцій його розвитку; систематизував сучасні підходи до використання інновацій вітчизняними страховими компаніями у наданні послуг медичного страхування та оцінив можливості споживчого попиту; обґрунтував методичні підходи до здійснення періодизації розвитку медичного страхування в Україні за критерієм показників розвитку, що забезпечило встановлення причинно-наслідкових зв'язків між умовами здійснення такого страхування та їх впливом на забезпечення передумов формування періоду інноваційного розвитку медичного страхування в Україні).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є наукове обґрунтування та розроблення концептуальних і методичних засад розвитку інноваційного медичного страхування в Україні в умовах цифровізації.

Для досягнення мети дослідження визначено наступні завдання дослідження:

1). розвинути теоретичні підходи до трактування медичного страхування як методу забезпечення фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку;

2). з'ясувати сутність ризиків медичного страхування для можливості їх класифікації і адаптації до потреб цифрового моделювання;

3). проаналізувати практику здійснення медичного страхування в Україні для встановлення передумов формування етапу цифрової інтеграції та інноваційного розвитку як самостійного історичного періоду;

4). здійснити аналіз сучасного стану медичного страхування в Україні та виявити основні тенденції його розвитку;

5). обґрунтувати чинники впливу на формування попиту населення на послуги медичного страхування та розвинути інноваційні підходи до здійснення його оцінки;

6). оцінити вплив цифровізації на інноваційний розвиток медичного страхування;

7). розробити економіко- каузальну модель мультиплікативного ефекту цифровізації інноваційного розвитку медичного страхування;

8). обґрунтувати рекомендації щодо можливості вдосконалення нормативно-правового забезпечення інноваційного медичного страхування в умовах цифровізації;

9). аргументувати перспективи взаємодії учасників ринку медичного страхування.

Об'єктом дослідження є медичне страхування в умовах інноваційних трансформацій економіки.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні та прикладні засади розвитку й активізації інноваційних механізмів функціонування системи медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Теоретичною та методологічною основою дисертаційної роботи є фундаментальні положення сучасної економічної теорії, наукові дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів у сфері страхування, медичного страхування, цифровізації та інноваційного розвитку економіки, а також нормативно-правові акти України, що регулюють страхову діяльність.

У процесі дослідження використано комплекс взаємопов'язаних методів наукового пізнання. Теоретичні методи аналізу, синтезу, узагальнення, індукції та дедукції застосовувалися для уточнення понятійного апарату теорії медичного страхування, визначення сутності та функцій цифровізації у фінансово-страховій сфері, а також для систематизації наукових підходів до управління ризиками та інноваційного розвитку. Історико-логічний метод дав змогу дослідити еволюцію системи медичного страхування на українських землях від кінця XVIII століття до сьогодення та визначити основні етапи її трансформації, зокрема формування періоду цифрової інтеграції (2014–2025 рр.).

Економіко-статистичні методи були використані для аналізу динаміки розвитку страхового ринку, оцінки фінансових результатів діяльності

страхових компаній, визначення тенденцій попиту на медичне страхування та моделювання впливу цифрових факторів. Метод структурно-логічного аналізу і класифікації застосовувався для побудови систематизації ризиків медичного страхування з урахуванням взаємозв'язку медичних, соціальних і актуарних маркерів, а також для визначення структурних взаємозв'язків між учасниками ринку.

Економіко-математичне моделювання дало можливість побудувати економіко-каузальну модель розвитку системи медичного страхування України в умовах цифрових трансформацій, що дозволило оцінити вплив цифрових інновацій на фінансові результати страхових компаній. Методи порівняльного аналізу застосовувалися для розроблення й апробації індикаторів цифрового розвитку (DCI, ODI), оцінювання рівня цифрових можливостей і використання цифрових технологій у діяльності страхових компаній, а також для порівняння результатів між окремими компаніями. Для візуалізації отриманих результатів, відображення структурно-логічних зв'язків і динаміки показників було використано графоаналітичні методи.

Наукова новизна роботи полягає в розробці теоретико-методологічних і науково-практичних засад вирішення проблем медичного страхування в умовах інноваційних трансформацій. Найважливішими результатами, що характеризуються новизною і розкривають логіку, масштабність, повноту та зміст дисертації, є такі:

Удосконалено:

- підхід до оцінки попиту на послуги медичного страхування, який враховує такі елементи: поширеність захворювання, середню тяжкість захворювання, середню тривалість лікування, середню медичну вартість лікування, вік і стать пацієнта, соціальний індекс (рівень вразливості), коморбідність. Це забезпечує комплексний інноваційний підхід до оцінки споживчого попиту в умовах цифровізації;
- понятійний апарат теорії страхування, зокрема, дано авторське визначення поняття медичного страхування як системи економічних і

правових відносин, що забезпечує фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку (захворювання, травми тощо) за рахунок попередньо акумульованих коштів, що формуються внесками страхувальників і використовуються відповідно до умов страхового договору. Таке визначення враховує посилення на механізм страхового захисту (акумуляція і перерозподіл коштів); містить чіткий об'єкт страхування (медичні послуги, витрати, забезпечення лікування); включає ролі суб'єктів: страхувальник, страховик, медичний заклад, застрахована особа;

- структурно-логічну систематизацію та класифікацію ризиків медичного страхування з урахуванням взаємозв'язку медичних, соціальних та актуарних маркерів. Це розкриває трирівневу природу ризиків, пов'язаних з медичним страхуванням і створює додаткові можливості для визначення ймовірності настання страхових випадків і цифрового моделювання величини страхових виплат;

- економіко-каузальну модель цифровізації інноваційного розвитку системи медичного страхування в Україні, яка показує зміну показників фінансових результатів страхових компаній в умовах цифрових трансформацій. Це забезпечить можливість аналізу мультиплікативного ефекту від використання інноваційних інструментів та виявлення можливостей збільшення страхових премій.

Дістало подальшого розвитку:

- методичний підхід до здійснення періодизації розвитку системи медичного страхування на українських землях з кінця XVIII ст. до сучасності. Це забезпечило встановлення передумов формування етапу цифрової інтеграції та інноваційного розвитку (2014 – теперішній час рр.) як самостійного історичного періоду. Він характеризується переходом від фрагментованих добровільних схем до гібридних моделей із використанням eHealth, insurtech-платформ, актуарних технологій на базі великих даних та інструментів кіберідентифікації. Це не лише якісно змінює практики

страхування, а й інтегрує українську систему в європейський цифровий простір;

- механізм розрахунку стандартизованих індексів типу DCI та ODI: перший вимірює спроможності (наявність і зрілість цифрових рішень), другий — операційне використання (фактичні частки онлайн-потоків, електронні страхові вимоги, автоматизована наскрізна обробка, швидкість сервісу, надійність платформ). Таке вимірювання забезпечує можливість використання шкали порівняння для бенчмаркінгу компаній та відстеження прогресу у часі; створення прозорого «мосту» між цифровими практиками та фінансовими результатами, щоб кількісно показати внесок цифровізації в ефективність і маржинальність;

- методичні підходи до побудови матриці відповідності можливостей цифровізації і її використання страховими компаніями. Це забезпечує можливість виявлення та закриття розривів між наявною цифровою архітектурою і її комерціалізації для підвищення швидкості та віддачі від цифрових інвестицій на рівні всієї інноваційної системи компанії;

- обґрунтування щодо удосконалення нормативно-правового забезпечення інноваційного медичного страхування в умовах цифровізації у частині визначень базових понять, закріплення прав застрахованих осіб, врегулювання діяльності страхових фондів і механізмів державного нагляду. Це забезпечить прозорість страхових відносин і підвищить довіру населення до інституту медичного страхування. Важливим наслідком удосконалення законодавства стане розширення участі приватного сектору у фінансуванні охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження стали законодавчі та нормативні акти України, які регламентують діяльність страховиків, матеріали Національного банку України, Державної служби статистики, Міністерства фінансів України, Міністерства цифрової трансформації України, Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, вітчизняна та іноземна монографічна і спеціалізована періодична

література, зведені показники звітів страхових компаній України, матеріали семінарів та наукових конференцій, результати здійсненого опитування споживачів страхових послуг.

Практичне значення одержаних результатів. Запровадження у практику висновків та пропозицій автора дисертаційного дослідження сприятиме рівня ефективності від використання страховими компаніями інноваційних методів, цифрових інструментів у операційній діяльності. Зокрема, Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «Євроінс Україна» використовуються: 1). запропонований підхід до оцінки попиту на послуги медичного страхування, який враховує такі елементи: поширеність захворювання, середню тяжкість захворювання, середню тривалість лікування, середню медичну вартість лікування, вік і стать пацієнта, соціальний індекс (рівень вразливості), коморбідність. Це забезпечує комплексний підхід до оцінки споживчого попиту. 2). Розроблені стандартизовані індекси типу DCI та ODI: перший вимірює спроможності (наявність і зрілість цифрових рішень), другий — операційне використання (фактичні частки онлайн-потоків, e-claims, STP, швидкість сервісу, надійність платформ). Таке вимірювання забезпечує можливість використання шкали порівняння для бенчмаркінгу компаній та відстеження прогресу у часі; створення прозорого «місту» між цифровими практиками та фінансовими результатами, аби кількісно показати внесок цифровізації в ефективність і маржинальність; відтворюваність і управлінську придатність індексів інтегруватися у регулярну звітність і оцінити окупність цифрових інвестицій, визначати вузькі місця процесів і пріоритезувати релізи, які дають найбільший фінансовий та сервісний ефект (довідка від 26.09.2025 № 2/516). Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ARX» використовуються запропоновані дисертантом методичні підходи до побудови матриці відповідності можливостей цифровізації, що забезпечує можливість виявлення та закриття розривів між наявною цифровою архітектурою і її комерціалізації для підвищення швидкості та віддачі від

цифрових інвестицій на рівні всієї інноваційної системи компанії. А також розроблена класифікація ризиків медичного страхування з урахуванням взаємозв'язку медичних, соціальних та актуарних маркерів, що розкриває їх трирівневу природу, і створює додаткові можливості для визначення ймовірності настання страхових випадків і моделювання величини страхових виплат (довідка від 29.09.2025 №146/1-2025).

Результати дослідження щодо обґрунтування принципів та механізмів здійснення медичного страхування в Україні, методичні підходи до здійснення періодизації його , що забезпечило встановлення причинно-наслідкових зв'язків між умовами здійснення такого страхування та їх впливом на забезпечення передумов формування періоду інноваційного розвитку використовуються Приватним акціонерним товариством ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом» (довідка від 2.10.2025 №4073).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним завершеним науковим дослідженням, яке містить вирішення актуальної наукової проблеми: розроблення методики для аналізу ефективності застосування інноваційних цифрових інструментів страховими компаніями України. І надання практичних рекомендацій щодо цифровізації процесів медичного страхування.

Наукові положення, розробки, результати, висновки і рекомендації, що виносяться на захист, одержані автором самостійно та викладені у відповідних наукових публікаціях. З наукових праць, опублікованих в колективних виданнях, використано лише ті ідеї та положення, які є результатом власних досліджень автора.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися й одержали позитивну оцінку на чотирьох науково-практичних конференціях, зокрема: II Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційні методи управління економікою в умовах цифровізації бізнесу» (Київ, 10 жовтня 2024 р.) ; Всеукраїнській

науково-практичній конференції з міжнародною участю «Дипломатія суверенної України в умовах війни: нові виклики та завдання» (Черкаси, 21 грудня 2023 р); VIII Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції, присвяченій пам'яті проф. Д. М. Фесенка «Актуальні проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу та контролю в соціально орієнтованій системі управління підприємством» (Полтава, 25 березня 2025 р); X Міжнародній науково-практичній конференції «Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності» (Київ, 20–22 травня 2025 р.).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження опубліковано у 9 наукових працях, у тому числі – 4 авторські статті у наукових фахових виданнях України, 1 стаття – у зарубіжному виданні, 4 тез доповідей за матеріалами конференцій. Загальний обсяг публікацій складає 2,88 друк. арк. Власні здобутки висвітлено у 2,37 друк. арк.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел (загальна бібліографія налічує 147 найменувань), висновків та додатків. Повний обсяг дисертації складає 209 сторінок комп'ютерного тексту, у тому числі 87 таблиць та 13 рисунків. Робота містить 9 додатків, викладених на 24 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ

1.1. Економічний зміст та класифікація страхування майна громадян

Згідно статті 4 Закону України «Про страхування» №1909-IX від 01.01.2025 медичне страхування належить до класів страхування іншого, ніж страхування життя; до 2 класу - страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) [1]. Варто зазначити, що після прийняття нової редакції Закону клас 2 поглинув такі види страхування: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я); страхування здоров'я на випадок хвороби; медичне страхування; страхування медичних витрат; страхування життя і здоров'я волонтерів на період надання ними волонтерської допомоги; особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків; страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб; страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини; особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд); страхування спортсменів вищих категорій; страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора, ліквідатора фінансової установи та працівників центрального органу виконавчої влади, що

реалізує державну фінансову політику, які визначені ним для вирішення питань щодо участі держави у капіталізації банку [1].

Відповідно до Постанови НБУ № 182 від 25 грудня 2023 р. «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування» визначено клас 2 як «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», вказуючи, що цей страховий клас включає: покриття витрат на медичну допомогу, діагностику, лікування, медикаменти тощо [2]. Окремо визначеного поняття медичне страхування у законодавстві немає.

У науковому середовищі визначення сутності медичного страхування, як правило, пов'язують із втратою здоров'я та витратами на його відновлення. Так, Базилевич В. зазначає, що медичне страхування – це форма захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини [3, с. 159 - 165]. Схожої думки дотримуються у розкритті поняття медичного страхування науковці Л. Ф. Волохова і Д. О. Остапенко стверджуючи, що воно є одним із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку [4, с. 35 - 39].

На нашу думку, визначення науковців справедливо підкреслюють основну мету медичного страхування — захист особи у разі погіршення здоров'я, що відповідає загальноприйнятому підходу у страхуванні ризиків. У визначенні Волохової Л. і Остапенка Д. акцент зроблено на фінансову роль страхування, що розкриває його економічну сутність: акумуляція коштів і їхнє перерозподілення при настанні страхового випадку. Проте у визначенні Базилевича В. медичне страхування трактується надто широко та абстрактно – як «захист інтересів у разі втрати здоров'я з будь-якої причини». Це не враховує страхову специфіку, зокрема наявність страхового випадку, умов договору, кола застрахованих послуг. Може викликати плутанину з

соціальним захистом або загальнодержавним медичним забезпеченням. Визначення авторів не містять згадки про механізми реалізації медичного страхування (страхові компанії, державні фонди, контракти з медичними закладами тощо), що є важливою складовою сучасної наукової концепції.

Осадець С. трактує медичне страхування як вид особистого страхування, пов'язаний із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я [5, с. 238 - 240]. Із забезпеченням витрат також пов'язує роз'яснення Вороніна О. вказуючи, що медичне страхування є формою особистого страхування, яка покриває витрати на медичні послуги (лікування, обстеження тощо) згідно з умовами договору [6, с. 733 - 737].

Отже, Осадець С. і Вороніна О. конкретизували сутність медичного страхування. Разом з тим, уточнюючи зміст, страхування не завжди компенсує всі витрати — воно покриває певні медичні ризики згідно з пакетом послуг.

Яворська Т. зазначає, що медичне страхування – це вид особистого страхування, що здійснюється у разі розладу здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком [7, с. 231- 240]. Погоджуючись з думкою автора, вважаємо за доцільне уточнити «розлад здоров'я з будь-якої причини», створює ризик трактування поза межами страхового випадку (наприклад, естетична хірургія, планові втручання тощо, які не завжди покриваються страхуванням), вказавши «страховий випадок».

Солдатенко О. Є стверджує, що медичне страхування є особистим страхуванням громадян, а його об'єктом виступають особисті блага, пов'язані з життям і здоров'ям застрахованої особи [8, с. 52 - 55]. На нашу думку, у медичному страхуванні об'єкт — витрати на надання медичної допомоги, тобто фінансова вартість послуг, а не «блага» в абстрактному значенні.

Стеценко В. досліджує медичне страхування з позиції юридичних норм і надає таку дефініцію: медичне страхування - це сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини з приводу захисту майнових інтересів фізичних осіб при отриманні медичної допомоги у разі настання страхових

випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються з страхових внесків [9, с. 597 - 602]. Варто зазначити, що схожої думки дотримується і Святошнюк А., зазначаючи, що медичне страхування стосується приватно-правових відносин, зокрема договірних умов [10, с. 232 - 236]. Ніколаєнков П. визначає медичне страхування як спосіб захисту державою прав пацієнта на повноцінне лікування та охорону власного здоров'я [11, с. 43 - 47].

Поділяючи думки науковців, зауважимо, що у науковому дискурсі страхування — це суспільно-економічний інститут, який реалізується через правову форму, а не зводиться до «норм» і врешті-решт медичне страхування повинно охоплювати повною мірою економічну, соціальну та фінансову складові, які є невід'ємними для сучасного наукового визначення.

Науковці Борецький В. та Єрмикін В. визначають медичне страхування як форму соціального захисту населення з метою надання гарантій громадянам на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку [12, с. 221 - 226]. З соціальним захистом пов'язують медичне страхування і інші науковці. Так, Внукова Н. інтерпретує його як форму соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [13, с. 257 - 259]. Третяк Д. формулює наступну дефініцію: «медичне страхування — це одна з форм соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я, сутність якої полягає в гарантуванні оплати послуг медичного характеру, отриманих застрахованою особою, за рахунок акумульованих страхових коштів» [14, с. 111 - 120]. Савенко А. Є розглядає медичне страхування як частину соціального страхування, яке гарантує, з боку держави, дотримання рівних можливостей для громадян щодо отримання медичної та фармацевтичної допомоги [15, с. 156 - 160].

Ми погоджуємося з авторами, що медичне страхування пов'язане з соціальним. Адже вони мають одні й ті ж самі історичні витоки, єдину економічну природу як засобів боротьби з наслідками раптових

непередбачуваних подій. Як зазначає професор Гаманкова О.О., «єдина економічна природа дає підстави об'єднувати відносини з комерційного та відносини з соціального страхування в єдину економічну категорію страхування, робить їх конгруентними і дає змогу будувати сучасні системи пенсійного, медичного, інших соціально спрямованих видів страхування на основі поєднання цих двох невід'ємних складових єдиної категорії страхування» [16, с. 9 - 21]. Отже, медичне страхування, здійснюване на комерційній основі, є окремою складовою категорії страхування.

Орланюк - Маліцька Л.О. сукупність видів особистого страхування, які передбачають компенсацію матеріальних втрат і витрат застрахованих осіб, пов'язаних із відновленням здоров'я [17, с. 55 - 60]. Ми погоджуємося з автором, що медичне страхування відновиться до особистого страхування. Проте вважаємо, відповідно до класифікації страхування доречніше говорити не про сукупність видів, а про клас.

Звертаючись, до західних наукових концепцій, бачимо дещо інший підхід до пояснення медичного страхування, який переважно прикладного характеру. Шефлер М. надає таку дефініцію: «Медичне страхування — це механізм фінансового захисту, який дозволяє розподіляти ризики вартості медичних послуг між великою кількістю людей шляхом накопичення внесків до страхового пулу» [18, с. 369 - 379].

Колектив авторів Куадрадо К., Кріспі Ф., Лібуї М., Марчілдон Г., Сід К. визначають медичне страхування як засіб розподілу фінансового ризику, пов'язаного з коливанням індивідуальних витрат на медичну допомогу, шляхом об'єднання витрат через страхові внески [19, с. 1879 - 1904].

Ми вважаємо, що такі погляди не розкривають нефінансових функцій медичного страхування. У визначеннях не згадується про профілактику, стимулювання якості медичних послуг, або регуляторну роль страхування. У сучасному медичному страхуванні це важливі компоненти (наприклад, рау-for-performance моделі).

Загалом дослідження західних науковців у рамках медичного страхування не містять чітких дефініцій, а розкривають лише окремі аспекти (Табл.1.1).

Таблиця 1.1

Підходи західних науковців до визначення медичного страхування

Автор	Установа	Ключова ідея щодо розкриття сутності медичного страхування
William C. Hsiao	Harvard University	Інструмент соціального захисту та солідарності, що забезпечує доступ до медичних послуг.
Uwe Reinhardt	Princeton University	Механізм перерозподілу ресурсів для досягнення рівності в доступі до охорони здоров'я.
Joseph Newhouse	Harvard / RAND Corporation	Механізм, що впливає на споживання медичних послуг і поведінку пацієнтів; основа для реформ.
Victor Fuchs	Stanford University	Відображення цінностей суспільства; охорона здоров'я як соціальний вибір, не лише економіка.
Peter Zweifel	University of Zurich	Рациональний інструмент реагування на ризик і невизначеність щодо стану здоров'я й витрат.

Джерело: складено автором на основі: [20, с. 24 – 32; 21, с. 1927 – 1928; 22, с. 241 – 245; 23, с. 110 – 115; 24, с. 267 - 272]

Отже, з науково-методологічної точки зору, вказані підходи до визначення сутності медичного страхування є неповними, оскільки ігнорують правовий, соціальний та інституційний контекст. На нашу думку, для наукової точності визначення медичного страхування повинно містити посилання на механізм страхового захисту (аккумуляція і перерозподіл коштів); враховувати організаційно-правову форму (державне / добровільне); містити чіткий об'єкт страхування (медичні послуги, витрати, забезпечення лікування); враховувати ролі суб'єктів: страхувальник, страховик, медичний заклад, застрахована особа.

Підсумовуючи сказане, ми пропонуємо таке визначення категорії медичне страхування: Медичне страхування — це система економічних і правових відносин, що забезпечує фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку (захворювання, травми тощо) за рахунок попередньо акумульованих коштів, що формуються внесками страхувальників і використовуються відповідно до умов страхового договору.

Характерними ознаками страхування майна громадян, на нашу думку є такі:

- медичне страхування бере свій історичний початок на територіях сучасної України з XIX століття. Спочатку воно було запроваджено на західних територіях, де діяло страхування найманих працівників на випадок хвороби (відповідно «моделі Бісмарка»); з 1912 року було запроваджено на східних територіях. В Європі було запроваджене у 1883 р у Німеччині, у 1887 р. у Великій Британії, у 1898 у Франції, у 1898 р. в Італії, у 1900 р. в Іспанії, у 1901 р. у Швеції;
- є однією з найбільш соціально значущих форм особистого страхування, що виникла з потреби у забезпеченні захисту життя і здоров'я громадян;
- має компенсаційний характер: витрати компенсуються лише в разі настання визначеної страхової події — хвороби, травми, необхідності термінового медичного втручання або лікування;
- один договір медичного страхування може охоплювати широкий перелік ризиків: амбулаторне і стаціонарне лікування, швидку допомогу, діагностику, хірургічне втручання, медикаменти, репатріацію тощо — як для однієї, так і для кількох осіб;
- медичні страхові договори здебільшого укладаються на термін від одного місяця до одного року (наприклад, туристичне страхування, страхування студентів, працівників на контракті тощо). Тобто, медичне страхування є короткостроковим і середньостроковим

(стандартним). Довгострокове страхування можливе лише в окремих випадках, коли послуги медичного страхування є додатковими у договорах страхування життя або у міжнародних програмах медичного страхування (наприклад, для емігрантів). Термін договору визначається в межах ст. 16 Закону України «Про страхування» та умовами, погодженими сторонами;

- страхова сума в медичному страхуванні встановлюється на підставі передбачуваних витрат на медичні послуги. Це може бути стандартна сума покриття або узгоджена сторонами сума залежно від медичних ризиків;
- медичне страхування може покривати повний обсяг медичних витрат або лише певний їх відсоток;
- у медичному страхуванні можуть бути застосовані різні системи відповідальності: пропорційна, коли компенсація залежить від частки покриття в договорі і система першого ризику, за якої здійснюється повна компенсація витрат у межах встановленої страхової суми незалежно від загальних витрат на лікування;
- медичне страхування здійснюється у добровільній формі. Виключенням є страхування витрат на медичну допомогу осіб, які виїжджають за кордон. це відбувається із-зі неузгодженості норм законодавства. Так, відповідно до Закону України «Про страхування» страхування медичних витрат (ще має назву «страхування туристів» або «туристичне страхування») належить до добровільного страхування, а відповідно до Закону України «Про туризм», навпаки, воно є обов'язковим. А також це виключення стосується обов'язкового оформлення поліса медичного страхування для іноземців, які тимчасово перебувають в Україні (ст. 16 Закону «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства»);
- в Україні медичне страхування здійснюється переважно страховими компаніями на комерційній основі. Водночас, у світі існують

альтернативні моделі — товариства взаємного страхування, державні медичні страхові фонди (наприклад, у Німеччині, Франції, Японії).

Основними завданнями медичного страхування є такі:

1. Проведення фінансових розрахунків із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за надані послуги відповідно до договорів, використовуючи страхові фонди, сформовані з внесків підприємств, організацій та громадян.
2. Здійснення контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг у межах страхових програм з боку медичних, соціальних установ та приватних лікарів.
3. Забезпечення покриття витрат у зв'язку із проявом ризиків і разом з тим здійснення посередницьких функцій у плануванні, організації та фінансуванні медичних послуг у рамках страхового договору.

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Суб'єктами добровільного комерційного медичного страхування в Україні є всі учасники, які беруть участь в укладенні, виконанні та забезпеченні договорів медичного страхування. Серед них страховики, страхувальники, застраховані особи, медичні заклади (постачальники послуг), асистанс-компанії (медичні асистанс-провайдери), регуляторні та наглядові органи.

Питання всебічної класифікації страхування в Україні вперше було ґрунтовно розглянуто проф. О.О. Гаманковою у підручнику «Страхування» під загальною редакцією проф. С.С. Осадця, перше видання якого побачило світ у 1998 році. Класифікація, представлена в посібнику, відображає систему поділу страхування на галузі, підгалузі та окремі види. Відповідно медичне страхування включає: страхування здоров'я на випадок хвороби; безперервне страхування здоров'я; страхування медичних витрат [5]. Наразі всі ліцензії страховиків відповідно до статті 4 Закону України «Про страхування» надаються у відповідності до класів страхування, які включаються до ліцензії на здійснення діяльності із страхування, що надає право укладати договори страхування та/або співстрахування, передавати ризики у перестрахування та

приймати ризики у перестраховування за класами страхування, зазначеними у ліцензії, з урахуванням такого співвідношення: Рис.1.1.

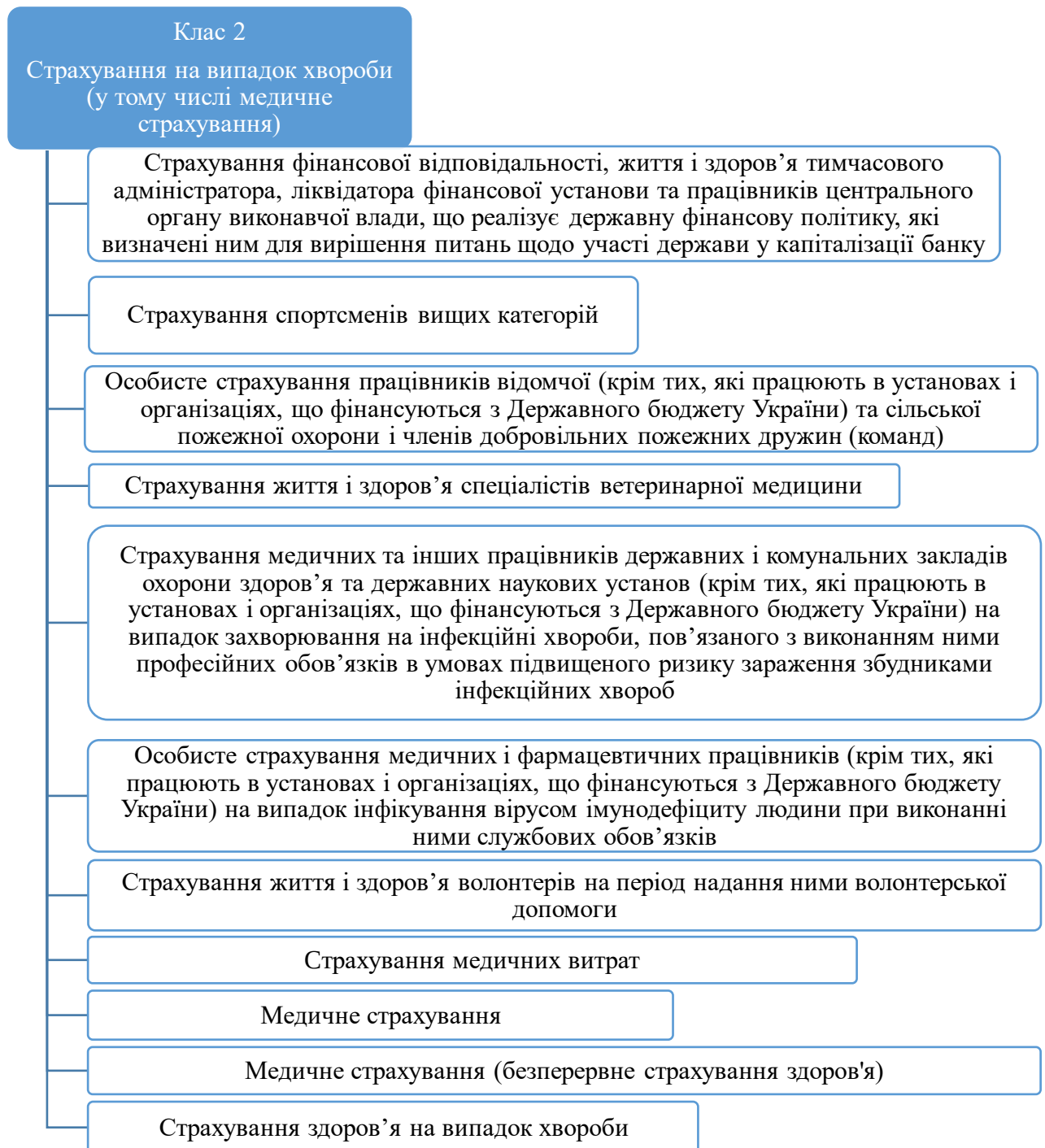


Рис 1.1. Співвідношення видів медичного страхування

Джерело: власна розробка

Відповідно до чинного законодавства та практики страхових компаній медичне страхування можна добровільне медичне страхування можна

класифікувати за такими ознаками: за формою договору, за обсягом покриття, за тривалістю дії, за способом надання медичних послуг, за способом оплати, за цільовим призначенням (Табл.1.2).

Таблиця 1.2

Класифікація медичного страхування

Класифікаційна ознака	Тип	Опис
Форма договору	Індивідуальне ДМС	Страховий договір укладає фізична особа для себе або родичів
	Корпоративне групове (ДМС)	Укладається юридичною особою (компанією, організацією) для працівників, іноді включає і їх родини. Це найпоширеніша форма в Україні
Обсяг покриття	Базовий пакет	Включає амбулаторне лікування, консультації лікарів, базову діагностику
	Розширений пакет	Додатково включає стаціонарне лікування, хірургічні втручання, стоматологію, виклик лікаря додому, вакцинацію тощо
	Пакет з індивідуальними потребами	Покриває лікування за кордоном, естетичну медицину, дорогі обстеження (МРТ, КТ), закриті клініки
Тривалість дії	Короткострокове ДМС	Діє 1–12 місяців (наприклад, на час подорожі або проекту)
	Сереньострокове ДМС	Договір діє 1 рік з можливістю пролонгації. Найчастіше використовується у корпоративному сегменті
Спосіб надання медичних послуг	Обслуговування за «закритим» списком клінік	Страхова компанія має партнерські клініки, в яких обслуговується застрахована особа
	Обслуговування у будь-яких клініках з компенсацією витрат	Страховальник сам обирає клініку, оплачує лікування, а компанія потім відшкодовує витрати

	Комбінований варіант	Поєднує обидва підходи: частина послуг — у партнерських клініках, частина — за компенсаційною схемою
Спосіб оплати	Одноразова оплата (передплата)	Повна сума страхової премії сплачується одразу
	Розстрочка	Оплата розбивається на щомісячні або квартальні внески
Цільове призначення	Індивідуальне здоров'я	Загальне страхування на випадок хвороб, травм тощо
	Вагітність і пологи	Спеціальні програми для вагітних
	Страхування від критичних захворювань	Наприклад, рак, інсульт, інфаркт — передбачає спеціальні виплати на лікування

Джерело: власна розробка

Усі загальні умови продуктів страхових компаній щодо забезпечення ризиків, пов'язаних з медичним страхуванням, розроблено на базі класу 2.

1.2. Страхові ризики в медичному страхуванні

У сучасних умовах трансформації медичної системи та розвитку ринку добровільного медичного страхування проблема науково обґрунтованої ідентифікації страхових ризиків набуває особливої актуальності. Одним із центральних понять страхування є ризик, що у сфері медичного страхування має специфічну природу, пов'язану з імовірністю настання події, яка потребує медичного втручання, та викликає фінансові зобов'язання страховика. У науковій літературі страховий ризик розглядається як подія або сукупність подій, настання яких має випадковий характер і призводить до необхідності виконання страховиком своїх зобов'язань.

Міжнародні стандарти, що регулюють підходи до управління ризиками ISO 31000 / ISO 31073 визначають ризик як будь-яке відхилення від очікуваного результату (включно з позитивним), яке виникає через невизначеність [25; 26].

Пікус Р.В. визначає страховий ризик як ймовірність настання страхової події, яка може спричинити матеріальні чи фінансові збитки страхувальнику і зумовлює потребу в страхуванні [27, с. 111 - 128]. Гаманкова О.О. розглядає страховий ризик як певну подію або сукупність подій, що мають імовірнісний характер і можуть спричинити страховий випадок, за яким настає зобов'язання страховика [28, с. 35 - 40]. Мейер Ганс-Пітер: ««Страховий ризик — це випадкова небажана подія, настання якої має негативні економічні наслідки для застрахованої особи» [29, с. 591 - 598]. Дьомін М.М. доводить, що страховий ризик — це небезпека втрати матеріальних цінностей або доходу внаслідок настання непередбачуваної події, за якої настає обов'язок страховика відшкодувати збитки [30, с. 96 - 101].

У наукових публікаціях присвячених медичному страхуванню розглядаються, здебільшого, фактори ризику, що впливають на здоров'я, як складову механізму страхування. Так, Климук Н. Я. виділяє соціально-

економічні, екологічні, стан системи охорони здоров'я, поширеність захворюваності та смертність як ключові фактори ризику, що впливають на реалізацію медичного страхування та натякають на базову структуру ризикових модулів [31, с. 69 - 72]. У роботі Логінової А. С. ризик у медичному страхуванні характеризується через ймовірність настання медичного випадку, що призводить до фінансових зобов'язань із боку страховика [32, с. 86 - 88].

У дослідженнях Американської Академії актуаріїв щодо оцінки ризиків у медичному страхуванні, ризик сприймається як індивідуальна або групова ймовірність відхилення у стані здоров'я на фоні соціо-економічної структури — зазвичай у вигляді персонального скору, що враховує вік, стать, супутні захворювання та інші схильності [33].

У роботі «Аналіз ризиків в організаціях охорони здоров'я: методологічні засади та критичні змінні» ризик позначається як невизначеність навколо ймовірності настання застрахованої події і потенційного фінансового збитку, що охоплює як частоти, так і обсяги втрат [34, с. 77 - 89].

З огляду на проаналізовані джерела, у меж даного дослідження пропонується авторське визначення, яке адаптоване до потреб моделювання у сфері медичного страхування:

Страховий ризик у медичному страхуванні — це ймовірність настання події, пов'язаної із порушення стану здоров'я, що спричинює необхідність медичного втручання (лікування, профілактики) та продукує фінансові зобов'язання страховика відповідно до договору страхування.

На відміну від існуючих визначень, запропоноване нами містить основні елементи: ймовірність настання — порушення здоров'я, наслідок — медичне лікування, результат — фінансовий вплив на страхову компанію. Таким чином розкривається тривимірна природа ризиків у медичному страхуванні, що дозволяє класифікувати їх залежно від джерела походження: соціальні, медичні, фінансові.

На нашу думку, класифікація ризиків необхідна, перш за все, тому, що як в науковому просторі, так і на законодавчому рівні усі ризики притаманні

медичному страхуванню формально зводяться до терміну «хвороба». В Україні ризики медичного страхування визначені у регуляторних документах Національного банку України. Одним із них є Постанова Правління НБУ № 182 від 29.06.2024, у якій наводиться класифікація страхових ризиків, включно з медичним страхуванням. Так, підпунктом 2 пунктом 11 глави 4 розділу II окреслено клас, який включає саме медичне страхування та страхування на випадок хвороби.

У пункті 14 пояснюється, що ризик класу 2 охоплює надання медичної допомоги, медичні послуги, забезпечення лікарськими засобами або оплату їх вартості в разі настання страхового випадку (наприклад, хвороби, загострення, розладу здоров'я). А у пункті 15 надається пояснення, що за ризиком класу страхування 2, зазначеним у підпункті 1 пункту 13 глави 4 розділу II цього Положення, здійснюється страхування на випадок настання:

- 1) певної хвороби, переліку або групи (груп) хвороб, визначених договором страхування;
- 2) будь-якої хвороби, крім тих, які прямо зазначені в договорі страхування як виключення.

Ризик «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 не передбачає страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачених за класом страхування 1, крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком.

В медичному контексті ризики відрізняються в залежності від прояву захворювань. Загальноприйнятою є міжнародна класифікація хвороб ICD-10. Вона дозволяє пов'язати ймовірність і витратність захворювань з реальними страховими випадками (Табл. 1.3.).

Таблиця 1.3.

Зв'язок нозологічних груп із характеристиками страхових ризиків

Група захворювань	Приклад нозологій	Характеристика страхового ризику
Серцево-судинні	Ішемічна хвороба серця, гіпертонія, інсульт	Висока смертність, частота рецидивів, значні витрати на лікування
Онкологічні	Рак молочної залози, легень, простати	Високий фінансовий ризик, складне прогнозування тривалості лікування
Ендокринні захворювання	Цукровий діабет, гіпотиреоз	Хронічний перебіг, регулярні витрати, ризик ускладнень
Інфекційні та паразитарні	COVID-19, туберкульоз, гепатити	Епідемічний потенціал, ризик масових виплат
Хвороби дихальної системи	Бронхіальна астма	Рецидиви, амбулаторне/стаціонарне лікування
Опорно-рухового апарату	Артрит, остеопороз, травми	Ортопедичні втручання, реабілітація
Неврологічні та психічні	Епілепсія, депресія, деменція	Довготривалі програми лікування, складний андеррайтинг
Репродуктивне здоров'я	Ускладнена вагітність, безпліддя	Висока вартість процедур прогнозований ризик
Дитячі хвороби	Вроджені вади, інфекції дитячого віку	Страхові програми для неповнолітніх, довготривала участь
Гострі хірургічні стани	Апендицит, перфорації, ургентні операції.	Низька прогнозованість, високі разові витрати

Джерело: власна розробка

Представлена систематизація демонструє різновекторний характер страхових ризиків у медичному страхуванні та дає змогу ранжувати їх за частотою настання, тривалістю лікування та фінансовою витратністю. Серцево-судинні захворювання та онкологія формують найбільш суттєве фінансове навантаження на портфель через високу ймовірність тяжких наслідків, часті рецидиви та дороговартісні методи лікування/реабілітації. Ендокринні хвороби (насамперед цукровий діабет), як правило, є довготривалими і відповідно потребують тривалих програм лікування. Інфекційні та паразитарні захворювання можуть вирізнятися епідемічним проявом і призводити до масових виплат, що викликає необхідність розробки

спеціальних програм перестраховання і визначення лімітів покриття. Хвороби дихальної системи та опорно-рухового апарату характеризуються тим, що частими є прояви рецидивів, що передбачає закладення в актуарні розрахунки додаткових витрат як на амбулаторне лікування, так і на хірургічні втручання та реабілітацію.

Неврологічні та психічні розлади лікуються тривалими курсами, що ускладнює андеррайтинг і визначення страхових виплат у часі. Репродуктивне здоров'я, пов'язане з високою вартістю окремих процедур (наприклад, репродуктивні технології) за відносно передбачуваної частоти настання. Дитячі хвороби вимагають довгострокового супроводу та спеціалізованих програм страхування. Гострі хірургічні стани несуть низьку прогнозованість і високі разові витрати, що важливо враховувати при проектуванні франшиз та лімітів.

Таким чином, класифікація ризиків за нозологічними групами є важливим інструментом для андеррайтингу та актуарних розрахунків у медичному страхуванні, оскільки дозволяє чітко ідентифікувати високоризикові сегменти, прогнозувати обсяги страхових виплат і формувати збалансовану тарифну політику.

Виявляти ступінь ризику відповідно до нозологічної класифікації можливо за допомогою дослідження статистичних даних щодо кількості прояву відповідних ризиків Табл.1.4.

Таблиця 1.4.

Кількість проявів ризиків відповідно до нозологічної класифікації в
Україні у 2016 – 2025 рр

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Новоутворення	1112 75	1276 88	1277 34	1282 50	1032 66	1095 44	1130 16	1132 12	1136 15	1140 21
хвороби нервової системи	647	636	642	643	645	647	701	705	710	712
хвороби систем кровообігу	1826	1781	1782	1784	1785	1792	1803	1810	1812	1814
хвороби органів дихання	1258 2	1203 7	1204 5	1205 6	1206 2	1211 0	1212 1	1213 4	1223 2	1226 1

хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1564	1564	1564	1567	1567	1569	1571	1575	1578	1580
хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	1241	1218	1219	1221	1223	1231	1242	1256	1261	1272
хвороби сечостатевої системи	1761	1724	1731	1736	1740	1756	1763	1770	1801	1810
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	47	47	47	48	47	49	50	48	48	47
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1705	1697	1701	1710	1712	1715	1717	1734	1754	1760

Джерело: складено автором на основі даних [35; 36]

Наведені у таблиці дані свідчать про стабільно високий рівень захворюваності за окремими нозологічними групами, що прямо впливають на структуру ризиків у системі медичного страхування. Найбільшу вагу за абсолютною кількістю випадків мають: новоутворення, чисельність яких щороку перевищує 100 тисяч осіб, незважаючи на незначне зниження у 2020 р. через пандемічні впливи; хвороби органів дихання, які стабільно тримаються на рівні понад 12 тис. випадків на рік; системні порушення кровообігу, що хоча й мають нижчі абсолютні показники, залишаються важливими з погляду тяжкості перебігу та частоти ускладнень.

Інші категорії — зокрема ураження нервової системи, кістково-м'язової системи, сечостатевої системи, травми та отруєння — демонструють стійку або помірно зростаючу динаміку, що вказує на необхідність їх включення до розширених програм медичного страхування. Окремо варто відзначити рівномірний характер росту по більшості показників, що забезпечує базу для

прогнозного моделювання та актуарної оцінки ризику в медичному страхуванні.



Рис.1.2. Питома вага основних нозологічних груп у загальній структурі медичних ризиків

Джерело: власна розробка

На рисунку 1 представлено питому вагу основних нозологічних груп у загальній структурі медичних ризиків за даними 2025 року. Найбільшу частку займають органи дихання, новоутворення та травна система, що зумовлено високою поширеністю, хронічним перебігом або високою вартістю лікування відповідних захворювань.

Оцінка ризиків у медичному страхуванні має здійснюватися з урахуванням не лише клінічних характеристик захворювань, але й соціального контексту їх виникнення та розвитку. Методичний підхід, заснований на співставленні кількості, структури та динаміки медичних ризиків із соціальним рівнем ризиків, дозволяє сформувати комплексну систему прогнозування і актуарної оцінки страхових зобов'язань. Високі показники захворюваності у визначених нозологічних групах (зокрема — органів

дихання, системи кровообігу, новоутворення) є маркером негативних соціальних умов (Рис. 1.3.).



Рис. 1.3. Зв'язок захворюваності з маркером соціальних умов

Джерело: власна розробка

Отже, формування медичних ризиків у системі страхування тісно пов'язане з соціальними критеріями здоров'я. Виділені нами маркери соціальних умов опосередковано або безпосередньо впливають на ймовірність захворюваності. Так, низький рівень доходів впливає на можливість громадян мати доступ до якісної медичної допомоги, сучасної діагностики, збалансованого харчування та заходів профілактики.

Це у свою чергу призводить до збільшення кількості проявів ризиків розвитку хронічних, інфекційних та психічних захворювань, особливо в малозабезпечених верствах населення. Проживання у перенаселених або неналежно облаштованих приміщеннях (з підвищеною вологістю, з

відсутністю каналізації або опалення) сприяє виникненню та поширенню гострих респіраторних вірусних інфекцій, туберкульозу, паразитарних хвороб і шкірних патологій. Несприятливе середовище, у тому числі промислове забруднення, низька якість повітря та води, наявність радіаційного фону є факторами, що впливають на виникнення ризику розвитку патологій дихальної системи, серцево-судинних захворювань, а також до онкологічних процесів.

Щодо освіченості, то це є маркер, який відмічається прямим впливом на знання населення про новітні методи як профілактики, так і лікування. Невчасне звернення за медичною допомогою, ускладнює діагностику і відповідно лікування. Доступність медичних послуг охоплює географічний, фінансовий та організаційний аспекти. На загострення та ускладнення захворювань впливають такі чинники як відсутність фахівців, черги, недоступність ліків або послуг, шкідливі або ненормовані умови праці, , робота без медичного контролю.

Негативний вплив на захворювання серцево-судинної та нервової системи має стан війни, втрата житла, переміщення, безробіття, формуючи високий рівень стресу. Недостатній рівень санітарної культури підвищує ризик поширення неінфекційних хвороб (наприклад, гіпертонії, діабету, онкології).

Статистичні дані підтверджують факт того, що соціально вразливі сім'ї (у тому числі багатодітні або неповні родини) характеризуються підвищеним ризиком дитячої захворюваності. Варто зазначити, що такий фактор як проживання у регіонах із низькою інфраструктурою, високим рівнем епідеміологічної напруги, активними бойовими діями впливають на підвищення прояву ризиків як медичного, так і соціального характеру.

Зв'язок медичних ризиків з актуарними детермінантами у медичному страхуванні — це ключовий компонент формування ефективної та обґрунтованої системи оцінки страхових зобов'язань. Так, медичний маркер ризику, включаючи біологічні, клінічні та епідеміологічні характеристики

ризиків (нозологію, поширеність, тяжкість і тривалість захворювання, вартість медичного втручання, групи ризику за віком, статтю, соціальними ознаками) є ключовим. Адже він визначає ймовірність настання страхового випадку. Актуарний підхід базується на математичному моделюванні ймовірностей настання страхового випадку, а відповідно і величини очікуваних страхових виплат. У цьому контексті ризик подається через: страхову ймовірність (p), очікувану частоту звернень, середній розмір виплати (середня вартість лікування), варіацію витрат (дисперсія), структуру страхового портфеля, демографічні характеристики застрахованих (Рис. 1.4.).



Рис. 1.4. Зв'язок ризиків з медичними і актуарними детермінантами
Джерело: власна розробка

Таким чином ризики в медичному страхуванні мають трирівневу природу: соціальну, медичну та актуарну. Зв'язок між цими детермінантами виражає інтегральний ризик, який можна розрахувати для визначення ймовірності настання страхового випадку та обсяг очікуваних витрат:

$$R = q \times P_d \times S \times D \times C_m \times f(A, G, L_s, M)$$

де:

R — інтегральний ризик (очікувана витрата на страхову подію);

q — тарифний коефіцієнт (страхове навантаження);

P_d — поширеність захворювання (prevalence);

S — середня тяжкість захворювання;

D — середня тривалість лікування (у днях);

C_m — середня медична вартість лікування;

$f(A, G, L_s, M)$ — функція стратифікації ризику:

A — вік пацієнта;

G — стать;

L_s — соціальний індекс (рівень вразливості);

M — коморбідність (наявність супутніх хвороб).

Ця формула дозволяє здійснювати комплексну оцінку ризику, поєднуючи клінічні та соціальні чинники. Вона може застосовуватись для тарифікації, сегментації страхових портфелів та прогнозування витрат.

Підсумовуючи проведені дослідження, ризики у сфері медичного страхування доцільно систематизувати та класифікувати з урахуванням медичних, соціальних і фінансових маркерів. Їхню взаємодію та ієрархію відображено у структурно-логічній схемі, поданій на рисунку 1.5.



Рис. 1.5. Структурно-логічна схема взаємозв'язку соціального, медичного та фінансово-актуарного маркерів страхових ризиків у медичному страхуванні

Джерело: власна розробка

Таким чином, на Рисунку проілюстровано як у медичному страхуванні інтегруються основні маркери ризику — соціальні, медичні та актуарні. Кожен із них має прямий або опосередкований вплив на формування страхових зобов'язань. Наприклад, соціальний маркер включає демографічні,

економічні, екологічні, поведінкові чинники, які зумовлюють виникнення та поширеність захворюваності серед населення. У свою чергу медичний маркер репрезентує клінічні характеристики ризику, у тому числі ймовірність настання та розвитку захворювання, тривалість перебігу, ступінь тяжкості та потребу в медичному втручанні. Актварний маркер фокусується на фінансовій оцінці ризику, тобто визначенні його вартості для страхової компанії, прогнозуванні частоти звернень та відповідних страхових виплат.

1.3. Історія розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування в Україні бере свій історичний початок з XIX століття. До 1912 року території сучасної України входили до складу двох тодішніх імперій: Російської та Австро-Угорської. При цьому більша частина Центральної, Східної та Південної України знаходилися у складі Російської імперії. Тодішні землі іменувалися відповідно до адміністративних губерній: Київська, Полтавська, Чернігівська, Харківська, Катеринославська, Таврична (у тому числі Крим), Херсонська, Волинська, Подільська.

Західні землі сучасної України входили до Австро-Угорщини (до 1867 року – в Австрійську імперію). Основними регіонами були Галіція і Лодомерія з центром у Львові та Буковина з центром у Чернівцях. Закарпатська Україна була частиною угорської половини імперії.

Таблиця 1.5.

Приналежність земель України до 1912 року

Регіон	Приналежність	Центр	Особливості
Центральна, Східна, Південна Україна	Російська імперія	Київ, Харків, Одеса	Розвивалося аграрне господарство, промисловість, були культурні обмеження
Західна Україна (Галіція, Буковина, Закарпаття).	Австро-Угорщина	Львів, Чернівці, Ужгород	Відмічався високий розвиток культури, вплив католицизму та європейських цінностей

Джерело: систематизовано автором на основі [37]

Так як розвиток культури, економіки, медицини значно відрізнявся на українських територіях. А тому і становлення страхування відбувалося по-різному.

До 1912 року в Російській імперії ще не існувало системи медичного страхування. Проте вже були деякі форми організації медичної допомоги і зародки страхування. У 1880–1890-х роках у Російській імперії були проведені фабричні реформи - комплекс заходів, які уряд проводив для поліпшення умов праці та захисту робітників у період індустріалізації. У зв'язку з новим законодавством фабрики зобов'язувалися забезпечувати лікування працівників, відкривали медпункти, лазарети. А також створювалися робітничі каси допомоги — прообрази страхових систем. Вони фінансувалися за рахунок внесків робітників і ремісників. Метою було надання медичної допомоги, ліків, виплат у разі хвороби. Проте такі каси були добровільними, нерегулярно організованими, без єдиної державної системи.

Медичне страхування території сучасної Західної України (у складі Австро-Угорщини до 1918 року) розвивалося значно динамічніше і більш системно, ніж у Російській імперії. Адже на західних землях: Галіції, Буковині і Закарпатті відмічалися високі стандарти австрійської соціальної політики. А особливо це стало помітно після реформи кінця XIX ст. Реформа передбачала введення соціального страхування за німецько-бісмарською моделлю, починаючи з 1880-х років. Діяли такі види страхування як страхування від хвороб, страхування від нещасних випадків, пенсійне страхування. Страхування впроваджувалося поетапно. Першим етапом стало прийняття Закону «Про страхування робітників на випадок хвороби» у 1888 році. Відповідно до нього проводилося обов'язкове страхування робітників на фабриках, шахтах, транспорті і задіяних у будівництві. Робітники і роботодавці робили внески у лікарняні каси (Krankenkassen). Такі каси забезпечували медичну допомогу, грошові виплати у разі тимчасової непрацездатності, а також покривали витрати на ліки і саме лікування.

На території Галіції і Буковини медичні каси відкривалися у великих містах – Львові, Перемишлі, Станіславові, Чернівцях (Табл. 1.6.)

Таблиця 1.6.

Лікарняні каси в Галичині і Буковині у XIX – поч. XX ст.

Назва каси	Рік створення	Спосіб організації	Функції	Центр
Allgemeine Krankenkasse für Arbeiter in Lemberg	прибл. 1890	Загальна міська каса для робітників; створена за законом 1888 р.	Медична допомога, лікарняні виплати, часткове покриття ліків	Львів
Betriebskrankenkasse der Tabakfabrik in Brody	прибл. 1890	Каса при державній табачній фабриці; обов'язкова участь для працівників	Амбулаторне лікування, лікарняні, аптека, контроль санітарії	Броди
Krankenkasse der Maschinenfabrik Zieleniewski in Krakau	1890-ті	Фабрична каса для працівників машзаводу	Медична допомога, виплати при хворобі, ліки	Краків
Betriebskrankenkasse der Eisenbahnwerkstätte Lemberg	після 1890	Фабрична каса для залізничних працівників	Лікування, допомога сім'ям, лікарняні виплати	Львів
Allgemeine Arbeiter-Krankenkasse Czernowitz	прибл. 1895	Загальна каса для робітників Чернівців	Лікування, аптека, виплати, догляд у разі хвороби	Чернівці
Krankenkasse für Eisenbahnpersonal in Czernowitz	кінець XIX ст.	Спеціалізована каса для залізничників	Стаціонарне лікування, пенсійні та лікарняні виплати	Чернівці

Джерело: систематизовано автором на основі [38]

На Закарпатті (яке до 1918 року входило до складу Угорського королівства в складі Австро-Угорщини) теж існували лікарняні каси (*betegsegélyező pénztárak* угорською). Проте їх розвиток був менш активний,

ніж у Галичині чи Буковині. Закарпаття (до 1918 р. — частина комітатів Угорського королівства: Унг, Берег, Марамарош, Угоча тощо) підпорядковувалося угорській системі соціального страхування, яка почала впроваджуватись пізніше, ніж австрійська частина монархії. Угорський закон про обов'язкове страхування робітників від хвороб був запроваджений у 1891 році (на базі австрійського зразка 1888 р.) [39, с. 45 - 58]. Лікарняні каси створювалися при великих фабриках, шахтах, залізницях, а також у містах (Табл.1.7.).

Таблиця 1.7.

Лікарняні каси на Закарпатті у XIX – поч. XX ст.

Назва каси	Рік створення	Як організована	Функції	Центр
Лікарняна каса залізничників в Ужгороді	1890-ті рр.	Каса при угорській державній залізниці (Magyar Államvasutak)	Амбулаторне лікування, компенсації по хворобі, направлення до шпиталю	Ужгород (Ungvár)
Каса працівників соляних шахт у Солотвині	кін. XIX ст.	Внутрішньофабрична каса при державній копальні	Медична допомога, лікарняні, похоронна допомога	Солотвино (Aknaszlatina)
Лікарняна каса ремісників у Мукачеві	прибл. 1900 р.	Цехова каса взаємодопомоги для ремісників	Оплата лікування, ліки, фінансова допомога у разі хвороби	Мукачево (Munkács)

Джерело: систематизова автором на основі [40, с. 24 – 60; 41, с. 231 – 302; 42, с. 381 - 400]

Існували також каси взаємодопомоги і професійні союзи. Вони діяли на державній основі та приватній (цехові і професійні). Учасниками були українці, євреї, поляки, німці в залежності від професії і регіону. Профсоюзи і громадські організації часто створювали власні страхові фонди. Особливості страхування у різних регіонах показано у Табл.1.8.

Таблиця 1.8.

Особливості розвитку медичних кас у різних регіонах

Регіон	Особливості
Галиція	Активно розвивалися медичні каси у містах. Львів був центром медичної і страхової інфраструктури
Буковина	Активно розвивалися медичні каси у Чернівцях, чому сприяв розвиток медичної освіти в університеті. Місцеві страхові організації діяли за регламентом законодавства Відня.
Закарпаття (у складі Угорщини)	Медичне страхування розвивалося повільніше. Проте теж діяли медичні каси в Ужгороді та Мукачеві.

Джерело: систематизовано автором на основі [43, с. 112 – 125; 44, с. 73 – 80; 45, с. 109 – 131; 46, с. 302 – 323; 47, с. 245 - 268]

Загалом медична допомога надавалася через так званих страхових лікарів, послуги яких оплачувалися з бюджету лікарняних кас. Варто також зазначити, що каси створювалися окремо для ремісників, торговців, залізничників. При університетах (наприклад в Чернівцях і Львові) розвивалася підготовка лікарів і провізорів, що забезпечувало наявність кадрів для системи тодішньої страхової медицини.

Науковець Пастушенко Т.В. наводить приклад як працювала лікарняна каса: «Курс лікування їхнього сина коштував 5.20 RM за добу й тривав 81 день. Лікарняна каса заплатила по 3.50 RM за день лікування, а решту – 1.70 RM, тобто 137.70 RM, мали вирахувати із зарплати цих оstarбайтерів упродовж 3–4-х місяців» [48, с. 164 - 178].

У 1912р. в Російській імперії прийняли Закон «Про страхування робітників від нещасних випадків і хвороб». Це був один з перших законів про медичне страхування на тих територіях сучасної України, які були у складі імперії. Відповідно до Закону страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, включаючи ті підприємства, що належали акціонерним товариствам. Роботодавці були зобов'язані робити грошові відрахування у страхові каси. Страхування передбачало виплати у разі хвороби, медичну

допомогу у разі тимчасової непрацездатності через фабричних і земських лікарів.

На місцях (особливо в сільській місцевості) медична допомога організовувалася через земства, частково фінансувалася та підтримувалася великими промисловцями й акціонерними товариствами. Деякі великі акціонерні товариства також пропонували своїм службовцям внутрішньофірмові фонди або добровільні форми медичної допомоги, але це не було загальноприйнятою практикою і залежало від політики конкретної компанії. великі страхові товариства пропонували додаткові медичні послуги у пакеті з іншими видами страхування. Таким було Російське товариство страхування робітників, яке діяло через мережу лікарняних кас, зокрема в Києві, Харкові, Одесі, Катеринославі. Практично воно виступало державною формою медичного страхування. Відповідно із законом «Про страхування робітників на випадок хвороби та нещасного випадку» всі підприємства з ≥ 20 робітниками були зобов'язані організувати лікарняну касу; працівники сплачували внески (до 2% зарплати), і роботодавець теж робив внески. Каса покривала: лікування, ліки, лікарняні виплати (до 26 тижнів), допомогу при вагітності, догляд за дитиною, іноді — поховання.

Таблиця 1.9.

Лікарняні каси на території України у складі Російської імперії

Місто	Підприємство	Рік створення каси	Тип каси	Функції
Харків	Завод Гельферіх-Саде	бл. 1900	Фабрична лікарняна каса	Лікування, ліки, лікарняні, допомога при нещасних випадках
Катеринослав (Дніпро)	Південний металургійний завод	після 1912	Заводська каса за законом 1912 р.	Медична допомога, грошові виплати, профілактика
Одеса	Порт та залізничні майстерні	після 1912	Транспортна лікарняна каса	Лікування, вагітність, тимчасова непрацездатність

Київ	Друкарня Терещенка	1900-ті	Професійна (друкарська) каса	Амбулаторне лікування, виплати по хворобі
Луганськ	Паровозобудівний завод Гартмана	після 1912	Фабрична лікарняна каса	Лікування, аптека, оплата лікарняних
Горлівка	Вугільні шахти	після 1912	Шахтарська лікарняна каса	Надання медичної допомоги, допомога родинам

Джерело: систематизовано автором на основі [49, с. 112 – 122; 50, с. 86 – 93; 51, с. 51 - 60]

Отже, період з кінця XVIII до 1917 року є першим у розвитку медичного страхування на територіях сучасної України. При цьому діяльність лікарняних кас стала підґрунтям для розвитку добровільної форми медичного страхування, прототипом корпоративного страхування.

Після 1918 року територія Західної України була розділена між Річчю Посполитою, Чехословаччиною, Румунією. Так медичне страхування розвивалося відповідно до політики цих держав. На територіях, які увійшли до складу Речі Посполитої страхування здійснювалося за німецько-австрійською системою. Тобто, було організоване, в основному за участі лікарняних кас.

Таблиця 1.10.

Діяльність лікарняних кас у міжвоєнній Польщі на території сучасної України

Назва каси	Місцезнаходження	Рік заснування	Цільова група
Каса хворих у Львові	Львів (воєводство Львівське)	1920-ті роки	Робітники, службовці, державні працівники
Каса хворих у Станиславові	Станиславів / Івано-Франківськ (Станиславівське воєводство)	1920-ті роки	Робітники промислових підприємств
Каса хворих у Тернополі	Тернопіль (Тернопільське воєводство)	1920-ті роки	Державні службовці, працівники транспорту

Каса хворих у Луцьку	Луцьк (Волинське воєводство)	після 1921	Міські робітники, службовці
Каса хворих у Рівному	Рівне (Волинське воєводство)	після 1921	Промислові робітники, залізничники

Джерело: систематизовано автором на основі [52, с. 52 – 63; 53, с. 171 – 184; 54, с. 102 – 111; 55, с. 201 – 219]

У міжвоєнний період (1918–1940) Північна Буковина, з центром у Чернівцях, входила до складу Королівства Румунія. Система соціального захисту була розвинута слабше, ніж у Польщі чи Чехословаччині, але існували каси взаємодопомоги (*case de ajutor reciproc* або *societăți de ajutor mutual*) — напівформальні або офіційні організації для підтримки певних категорій працівників, професій чи національних громад (Табл. 1.11).

Таблиця 1.11

Каси взаємодопомоги у Північній Буковині в 1918–1940 рр.

Назва каси	Місцезнаходження	Цільова група	Функції
Каса взаємодопомоги українських учителів Буковини	Чернівці	Українські вчителі	Допомога у разі хвороби, інвалідності, пенсійне забезпечення, короткострокові позики
Chevra Bikkur Holim (єврейська каса)	Чернівці, Садгора	Єврейська громада	Лікування, ліки, поховання, допомога сиротам
Каса взаємодопомоги залізничників	Чернівці	Залізничники	Допомога у разі нещасного випадку, лікарняна допомога, підтримка родин
Каса взаємодопомоги румунських службовців	Чернівці	Вчителі, службовці	Медична та соціальна підтримка
Каси при українських кооперативах («Народна торгівля»)	Чернівці та інші населені пункти	Члени кооперативів, українське населення	Кредитування, соціальна допомога, лікарняна підтримка

Джерело: сгенеровано автором [56, с. 122 – 138; 57, с. 45 – 58; 58, с. 237 – 252; 59, с. 444 – 580; 60, с. 198 – 294]

Північна Буковина відійшла до Румунії в 1918 році. Медичне страхування у міжвоєнній Румунії було малорозвинене. Існували каси взаємодопомоги для робітників. Проте це була невелика частина населення. Жителі сільської місцевості майже не мали доступу до медицини. Держава робила спроби розвинути систему охорони здоров'я, але не вистачало фінансування і воно було нерівномірним по регіонах.

Чехословаччина була однією з перших країн у Східній Європі, яка запровадила обов'язкове соціальне страхування за принципом, близьким до німецької системи Бісмарка. У 1924 році було прийнято Закон «Про загальне обов'язкове страхування» (Zákon č. 221/1924 Sb.). Відповідно до законодавства робітники, працівники транспорту та промисловості, держслужбовці забезпечувалися такими видами допомоги: лікарняне страхування, страхування від нещасного випадку, допомога при інвалідності, похоронна допомога. Медичне та соціальне страхування поширювали поступово, оскільки інфраструктура краю була слабкою. Ужгород, Мукачево, Хуст та інші міста мали власні страхові каси для робітників (Табл. 1.12).

Таблиця 1.12

Медичне страхування на Закарпатті у складі Чехословаччини у 1919–1938

Назва установи	Місцезнаходження	Тип	Цільова група
Zemská nemocenská pojišťovna pro Podkarpatskou Rus	Ужгород	Крайова лікарняна страхова каса	Робітники, службовці, міське населення
Pojišťovna pro státní zaměstnance	Мукачево, Ужгород	Страхова каса для державних службовців	Учителі, поштові працівники, чиновники
Zdravotní pojišťovna železničářů	Хуст	Галузева страхова каса	Залізничники та їхні родини
Земська лікарня в Ужгороді	Ужгород	Крайова лікарня	Застраховані мешканці Ужгорода і регіону

Окружна лікарня в Хусті	Хуст	Державна лікарня	Громадяни, направлені страховими касами
-------------------------	------	------------------	---

Джерело: систематизовано автором на основі [61, с. 1121 – 1145; 62, с. 98 – 105; 63, с. 26 - 51]

Чехословацька модель соціального страхування була однією з найпрогресивніших у регіоні, але її повне впровадження на Закарпатті було обмежене через бідність і слабку інфраструктуру. Основну користь отримували міські та промислові працівники, тоді як селяни залишалися поза системою. Незважаючи на обмеження, вперше в історії регіону почали діяти законодавчо врегульовані форми обов'язкового медичного страхування.

На територіях, які входили до складу Російської імперії з 1910 до 1917 року діяли іноземні страхові товариства New York Life Insurance Company, The Equitable Life Assurance Society, The Union Central Life Insurance Company (у деяких джерелах називається як «Урбен» [64, с. 22 - 37]) (Табл.). Вони спеціалізувалися на страхуванні життя. Проте деякі поліси мали опцію допомоги при нещасному випадку, але це було разове страхове покриття, а не регулярна медична допомога.

Таблиця 1.13

Медичне покриття іноземних страхових товариств на землях України, що входили до складу Російської імперії у 1910 – 1917 рр.

Страхове товариство	Тип страхування	Медичне покриття
New York Life	Страхування життя, ренти	Ні, лише виплати у разі смерті або інвалідності
Equitable Life Assurance Society	Страхування життя, анuitети	Ні, не покривала лікування. Частково здійснювала виплати в разі інвалідності або смерті через нещасний випадок
Union Central Life (Урбен)	Життєве страхування	Ні, можлива допомога при нещасних випадках, але не медичне обслуговування

Джерело: систематизовано автором на основі: [65, с. 200 – 256; 66, с. 180 – 198; 67, с. 200 - 240]

Компанії не забезпечували повноцінного медичного страхування, так як американський ринок медичного страхування на той час був ще в зародковому стані. В історичних каталогах та архівах Equitable (до її злиття з АХА) відсутні згадки про медичні поліси до середини ХХ ст. [68 - 70].

У США до 1930-х років не існувало масового медичного страхування — це почалося лише в середині ХХ століття через інші компанії — наприклад, Blue Cross, Kaiser Permanente тощо [71, с. 402 – 510; 72, с. 553 – 573; 73, с. 271 – 295; 74; 75]. На територіях сучасної України присутність іноземних компаній була припинена або обмежена після революцій 1917 року — внаслідок розпаду імперій і націоналізації іноземних активів (особливо в РСФРР та УСРР).

Після 1917 року більшовиками було скасовано медичне страхування як явище. Замість цього була запроваджена державна система охорони здоров'я, яка фінансувалася з бюджету і була безкоштовною для громадян. У 1918 році було скасовано всі лікарняні каси, які існували при фабриках, заводах та робітничих профспілках. Страхові принципи (внески, страхові компанії, полісна система) були визнані «буржуазними» і несумісними з соціалістичною системою.

На територіях України, які увійшли до складу СРСР пізніше (1939–1945 роки) — зокрема Західна Україна, Північна Буковина, Бессарабія, Закарпаття — до радянізації діяли інші системи медичного страхування, залежно від держав, до складу яких вони входили (Табл. 1.14).

Таблиця 1.14

Медичне страхування у Західній Україні, Північній Буковині,
Бессарабії, Закарпатті в 1939–1945

Регіон	До СРСР	Попередня держава	Наявність системи медичного страхування	Коментар
Західна Україна (Галичина, Волинь)	1939	Польща	Так	Діяла обов'язкова страхова медицина для робітників та

				службовців (Kasa Chorych)
Північна Буковина	1940	Румунія	Обмежена	Існували каси взаємодопомоги, але охоплення було фрагментарним
Бессарабія	1940	Румунія	Обмежена	Та сама модель, що в Буковині
Закарпаття (Підкарпатська Русь)	1945	Чехословаччина (до 1939), Угорщина (1939–1945)	Так (до 1938), ні (угорський період)	У Чехословаччині діяло державне медичне страхування, у період Угорщини — обмежено

Джерело: систематизовано автором на основі [76, с. 286 – 390; 77, с. 605 - 686]

Після приєднання до СРСР всі місцеві (польські, румунські, чехословацькі) каси та страхові установи скасували. Було впроваджено радянську модель охорони здоров'я: централізовану, безоплатну, без страхових полісів. Медичні установи стали націоналізованими, а лікарі - працівниками державної системи.

Таким чином будь-які моделі, форми та принципи медичного страхування на територіях сучасної України за часів радянського союзу були повністю зруйновані.

Після проголошення незалежності України в 1991 році починається якісно новий етап розвитку медичного страхування. Однією з перших компаній, яка почала займатися медичним страхуванням, вважається «Оранта» (тоді — Українська республіканська страхова компанія), яка ще в радянський час входила до складу Держстраху СРСР і продовжила діяльність після розпаду СРСР. Компанія почала пропонувати перші добровільні медичні страхові продукти. Також одними з піонерів у сфері медичного страхування в Україні були компанії: «ІНГО Україна» (заснована у 1994 році), «Провідна» (заснована у 1995 році), «ТАС» (заснована у 1998 році).

Таблиця 1.15

Ринок медичного страхування в Україні у 1990-х роках

Рік	Кількість страхових компаній	Кількість договорів ДМС (тис.)	Обсяг зібраних премій (млн грн)	Частка медичного страхування в загальному обсязі страхування (%)
1992	10.0	2.0	0.5	0.3
1994	25.0	10.0	5.0	1.2
1996	50.0	25.0	20.0	3.5
1998	80.0	40.0	45.0	5.0
1999	100.0	55.0	60.0	6.2

Джерело: систематизовано автором на основі [78, с. 98 - 122]

На розвиток економічних процесів незалежної України мали вплив світові цифрові тренди. Так, починаючи з 2010 року страхові компанії активно починають використовувати у своїй діяльності інтернет, мобільні технології. Модернізуючи ІТ-інфраструктуру, відбувається перехід від паперових реєстрів до електронних баз даних. У цей же період Державний комітет інформатизації України впроваджує подання звітності з електронним цифровим підписом (ЕЦП) через електронні кабінети, що стало практичним поштовхом до масового використання ЕЦП страховими компаніями. У 2017 році був прийнятий Закон України «Про електронні довірчі послуги» № 2155-VIII від 5.10.2017 року (набрав чинності 7 листопада 2018 року), який гармонізував українське законодавство з європейським Регламентом eIDAS (910/2014/EU); запровадив поняття кваліфікованого електронного підпису (КЕП); розширив перелік електронних довірчих послуг (електронна печатка, мітки часу, сертифікація вебсайтів тощо). Для страхових компаній це стало ключовим моментом для повноцінного переходу на електронні договори, КЕП і дистанційне обслуговування [78, с. 98 – 122; 79; 80, с. 73 – 114; 81; 82; 83, с. 48 – 53; 84].

Початок системної цифрової трансформації в Україні пов'язують зі створенням Міністерства цифрової трансформації у серпні 2019 року, що

стало ключовим етапом формування державної політики цифровізації. Головною метою новоствореного відомства стало впровадження концепції «держава у смартфоні» та забезпечення розвитку цифрової інфраструктури в усіх секторах економіки, включно з охороною здоров'я. Одним із центральних інструментів Мінцифри став мобільний застосунок та портал «Дія», запущений у 2020 році. Подальше прирівняння цифрових документів до паперових надало можливість ідентифікувати громадян та укласти правочини в електронній формі, що створило умови для переведення медичного страхування у цифровий формат. Важливу роль у цьому процесі відіграв кваліфікований електронний підпис Diia.Signature, який спростив укладання страхових договорів, дистанційну ідентифікацію клієнтів та доступ до державних медичних сервісів.

Координація цифрової системи охорони здоров'я в Україні здійснюється через багаторівневу систему інституцій. Головним її елементом виступає Урядовий комітет з питань цифрової трансформації. Його роль у забезпеченні узгодження цифрових новацій між Міністерством цифрової трансформації, Міністерством охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України. Комітет Верховної Ради з питань цифрової трансформації на парламентському рівні виконує функцію формування законодавчої бази для електронного підпису, ідентифікації та інтероперабельності даних. Комітет з питань здоров'я нації займається питаннями цифрових медичних сервісів та захисту персональних даних пацієнтів. У свою чергу МОЗ, який є центральною інституцією в системі охорони здоров'я, визначає нормативно-правові засади функціонування eHealth та НСЗУ. При цьому НСЗУ використовує цифрові дані для адміністрування Програми медичних гарантій, державним підприємством «Електронне здоров'я». А також адмініструє Центральну базу даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) і забезпечує її технічне функціонування.

Важливим каталізатором цифровізації медичної сфери стала медична реформа, яка розпочалася у 2017 році. Вона передбачала перехід до нової

моделі фінансування охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» та вимагала створення національної електронної системи охорони здоров'я для реєстрації пацієнтів, контрагування закладів та обліку наданих послуг.

У рамках реформи були впроваджені електронні медичні записи, е-рецепти, електронні направлення та електронні лікарняні, що створило цифрову інфраструктуру для інтеграції зі страховими компаніями. Стандартизація та уніфікація даних у системі eHealth відкрила можливості для розвитку інновацій у сфері медичного страхування: зокрема, покращення андеррайтингу, зниження рівня шахрайства, автоматизації врегулювання страхових випадків та запуску цифрових страхових продуктів на базі електронних медичних даних [85 – 88; 89, с. 101 – 110; 90].

Після пандемії та у зв'язку з війною у 2022 році страховий сектор України був змушений релокувати операції. Наслідком цього капітальні інвестиції у такі ІТ-проекти як хмарна інфраструктура, резервування даних, захист мереж, розвиток цифрових каналів продажів і врегулювання збитків. Це зумовило підвищення попиту на добровільне медичне страхування і розширення до 2025 року онлайн-продажів, використання е-полісів та мобільних застосунків, організації допомоги по всій Україні; використання автоматизованого тріажу та е-документообігу з провайдерами і клієнтами; API-інтеграцій для автоматичного обміну даними між страховими компаніями, клініками, аптечними мережами та державними системами; комплаєнсу.

Підсумовуючи проведене дослідження розвитку медичного страхування можемо виділити такі періоди його розвитку: імперської інтеграції та зародження страхових медичних кас, перехідно-націєтворчий та міждержавний експеримент, централізована соціальна уніфікація (скасування страхування), постсоціалістичні трансформації та ринкова лібералізація добровільного медичного страхування, етап цифрової інтеграції та інноваційного розвитку eHealth/InsurTech (Табл. 1.16).

Таблиця 1.16

Періодизація розвитку медичного страхування в Україні

Період (наукова назва)	Рок и	Суб'єкт здійснення медичного страхуванн я	Юриди чний статус українс ьких земель	Форма страхуван ня	Орган нагляду	Розрахун ок премій/ви плат	Збір даних
Етап імперської інтеграції та зародження страхових медичних кас	кін. XV III ст. – 191 7	Лікарняні каси, взаємодопо могові товариства, роботодавці	Російсь ка імперія, Австро- Угорщи на	Добровіль не / обов'язков е (в Австро- Угорщині)	Фабрична інспекція, земства, відомчі структури	Фіксовані внески, елементи табличної оцінки ризиків	Паперові журнали, звітність кас
Перехідно- націєтворчи й та міждержавн ий експеримен т	191 8– 193 9	Kasa Chorych, крайові каси, держава (УСРР)	Польща , ЧСР, Румунія , УСРР	Обов'язко ве / взаємодоп омога / бюджетна медицина	Міністерств а праці, охорони здоров'я, радянські органи	Актuarні підходи (Польща/ ЧСР), спрощені (Румунія), відсутні (УСРР)	Паперова статистик а, централіз овані звіти
Централізов ана соціальна уніфікація (скасування страхування)	193 9– 199 1	Держава (модель Семашка)	УРСР у складі СРСР	Безполісна бюджетна медицина	МОЗ СРСР/УРСР	Планово- норматив не фінансува ння, без актуарії	Паперови й облік, статистик а
Постсоціалі стичні трансформа ції та ринкова лібералізаці я ДМС	199 1– 201 0	Приватні страхові компанії, роботодавці	Незале жна Україна	Добровіль не медичне страхуван ня (ДМС)	Нацкомфінп ослуг, МОЗ	Базовий андеррайт инг, резервува ння за МСФЗ	Паперови й + початок електрон ного обліку
Етап цифрової інтеграції та інноваційно го розвитку eHealth/Insu rTech	201 0– 202 5	Приватні СК, НСЗУ, insurtech- платформи	Незале жна Україна , курс на ЄС	ДМС з е- полісами, гібридні моделі	Фінансовий регулятор, МОЗ, НСЗУ	ML- actuarial, big data, динамічн е ціноутвор ення	eHealth, ЕСОЗ, API, е- рецепт, цифрова ідентифік ація

Джерело: власна розробка

Запропонована періодизація розвитку медичного страхування на українських землях від кінця XVIII ст. до початку XXI ст. дозволяє простежити еволюцію інституційних форм, фінансових механізмів та

інструментів управління ризиками у взаємозв'язку з політичними, економічними та технологічними трансформаціями. Від перших лікарняних кас і товариств взаємодопомоги у складі імперських систем — через міжвоєнні експерименти з обов'язковим страхуванням та радянське скасування страхових механізмів — українська модель поступово пройшла етап постсоціалістичних лібералізацій і вийшла на новий рівень цифрової трансформації.

Висновки до розділу 1

1. Історичний розвиток медичного страхування в Україні пройшов кілька етапів — від зародження лікарняних кас у ХІХ ст. до сучасних цифрових форм страхування, що забезпечують доступність і прозорість медичних послуг.
2. На територіях різних державних утворень (Російська, Австро-Угорська імперії, Польща, Румунія, Чехословаччина) система медичного страхування формувалася за різними моделями, що зумовило регіональні особливості її розвитку в подальшому.
3. Період радянської централізованої медицини характеризувався відсутністю класичного страхового механізму, але саме тоді сформувалися організаційні принципи безоплатного доступу до медичних послуг, що вплинули на сучасні підходи до реформування.
4. Після здобуття незалежності України (з 1991 р.) медичне страхування набуло нової якості — з'явилися перші приватні страхові компанії («Оранта», «ІНГО Україна», «ТАС»), що започаткували добровільне медичне страхування (ДМС).
5. Цифровізація страхового ринку у 2010–2020-х роках, а також ухвалення Закону України «Про електронні довірчі послуги» (2017 р.), сприяли переходу страхових компаній на електронні договори, дистанційне обслуговування клієнтів та використання КЕП.
6. Медична реформа 2017 року стала важливим каталізатором інтеграції eHealth-системи та страхових технологій, створивши підґрунтя для аналітичного управління ризиками, обліку пацієнтів та оптимізації фінансування послуг.
7. Стан ринку медичного страхування у 2016–2025 роках демонструє поступову консолідацію: кількість ліцензованих компаній скоротилася, проте зросли обсяги активів і частка медичного страхування в загальному обсязі страхових послуг, що свідчить про його структурне укріплення та підвищення ролі в системі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2. ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ

2.1. Характеристика ринку медичного страхування в Україні

На страховому ринку України станом на 2025 р діє 54 страхових компаній, які мають ліцензії на медичне страхування. Їх питома вага у небанківських фінансових компаніях 11,63%. Загальний обсяг ринку змінювався протягом десяти років (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Загальний обсяг ринку медичного страхування в Україні,
2016 – 2025 рр

Показник	Активи страхових компаній, що забезпечують ризики медичного страхування, млн грн.	Кількість страхових компаній що забезпечують ризики медичного страхування	Середні активи на 1 страхову компанію, що забезпечує ризики медичного страхування, млн грн
2016	56076	310	18,09
2017	57381	294	19,52
2018	63493	281	22,60
2019	63866	233	27,41
2020	64925	210	30,92
2021	63622	155	41,05
2022	70338	128	54,95
2023	74335	101	73,60
2024	67581	90	75,09
2025	68786	54	127,38
Темп росту 2025/2016	122,7	-	704,6

Джерело: систематизовано автором на основі [91 - 95]

Таким чином, проведений нами розрахунок середніх активів на одну страхову компанію за засвідчив, що зберігається загальна тенденція до зростання середніх активів на одну страхову компанію у 2016-2025 рр. Це є наслідком того, що на ринку медичного страхування в Україні відбувається процес консолідації. При цьому менша кількість компаній володіє більшою часткою активів. Щодо загальної кількості страхових компаній, то вона зменшилася з 310 у 2016 році до 54 у 2025 році. Такий процес відбувся у

результаті зміни регулятора та запровадження нових вимог до діяльності страховиків. У свою чергу таке зростання, що відбувається синхронно із скороченням кількості компаній, свідчить про підвищення концентрації ринку медичного страхування. у результаті це вплине як на конкуренцію, так і на ціни та якість послуг, доступних споживачам.

Проаналізуємо, які зміни відбулися на ринку медичного страхування в Україні за показником валових страхових премій.

Таблиця 2.2.

Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в Україні у 2016 – 2025 рр.

Показник	Валові страхові премії, млн грн.	Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), млн грн.	Частка медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), %
2016	32414,2	2355,5	7,2
2017	43431,8	2881,3	6,6
2018	45461,4	3486,7	7,6
2019	48377,2	4470,3	9,2
2020	41120,6	3371,8	8,2
2021	44123,3	3794,6	8,6
2022	48478,3	4459,9	9,2
2023	48362,2	4546,1	9,4
2024	49561,3	5005,6	10,1
2025	49634,3	5211,6	10,5
Темп росту 2025/2016, %	153,1	221,2	-

Джерело: систематизовано автором на основі [91 - 95]

Ми дослідили зміни у валових страхових преміях з медичного страхування в Україні за період 2016-2025 рр.. Показник протягом десяти років зріс у 2,21 рази. У 2020 році відбулося зменшення валових страхових премій у цілому на ринку на 7256,6 млн.грн, у тому числі і з медичного страхування на 1098,5 млн.грн. Проте впровадження цифрових технологій, усвідомлення населенням важливості медичного захисту сприяло відновленню ринку. У 2022 році відбулося зростання валових страхових

премій з медичного страхування. Загалом аналіз ринку медичного страхування в Україні продемонстрував здатність до адаптації. Таким чином зростання його частки в загальному обсязі страхових премій на 3,3% підтверджує важливість та потенціал для подальшого розвитку ринку.

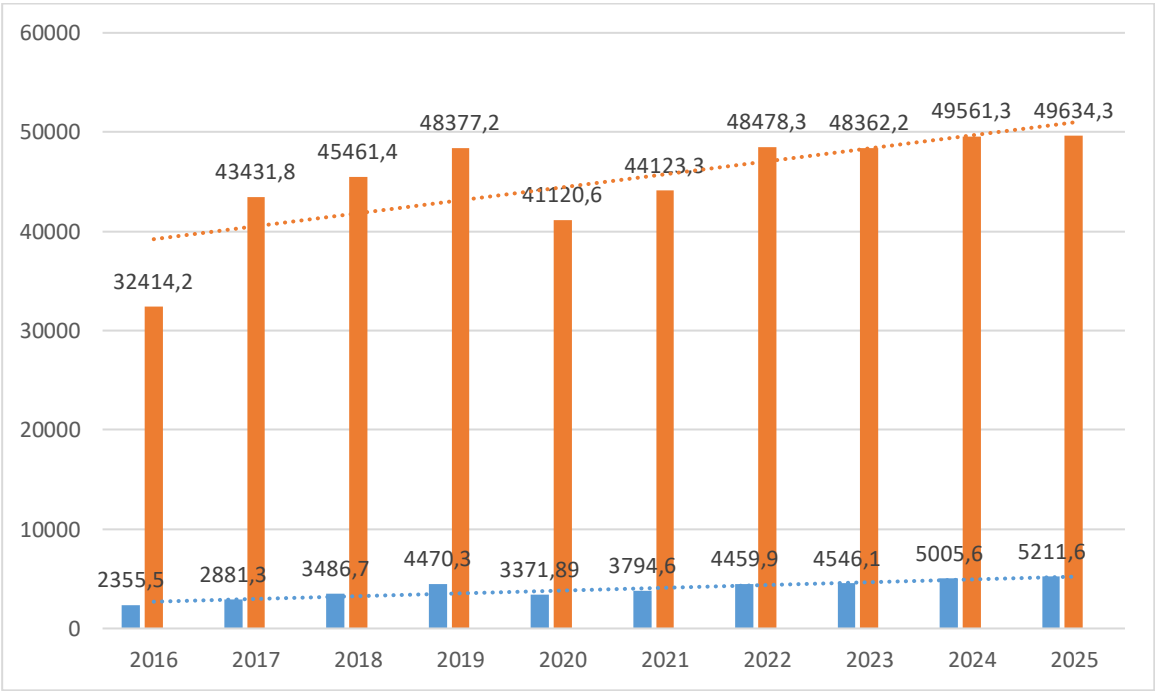


Рис.2.1. Динаміка надходжень з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в Україні протягом 2016 - 2025 рр

Джерело: авторська розробка

Таблиця 2.3

Валові страхові виплати з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в Україні у 2016 – 2025 рр.

Показник	Валові страхові виплати, млн грн.	Валові страхові виплати з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), млн грн.	Частка медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), %
2016	8421,2	1341,4	15.9
2017	9980,5	1672,0	16.7
2018	11727,7	2095,4	17.8
2019	13762,1	2602,8	18.9
2020	11822,5	2080.7	17,6

2021	12433,1	2213.0	17,8
2022	12562,2	2261.2	18,0
2023	12183,5	2229.5	18,3
2024	13432,1	2485.9	18, 5
2025	13687,4	2586.9	18,9
Темп росту 2025/2016, %	162,5	192,8	-

Джерело: систематизовано автором на основі [91 - 95]

Як показують дані Таблиці 2.3, валові страхові виплати зросли протягом десятиліття з 2016 до 2025 року в 1,6 рази. Проте у 2023 році відбулося незначне падіння до 2229.5 млн.грн. У наступні роки 2024 та 2025 ринок відновився. Страхові виплати з медичного страхування зросли у 1,9 рази протягом досліджуваного періоду. Це говорить про те, що медичне страхування стає затребуваним серед споживачів. Частка медичного страхування в цілому зросла з 15.9% у 2016 році до 18.9% у 2025 році.

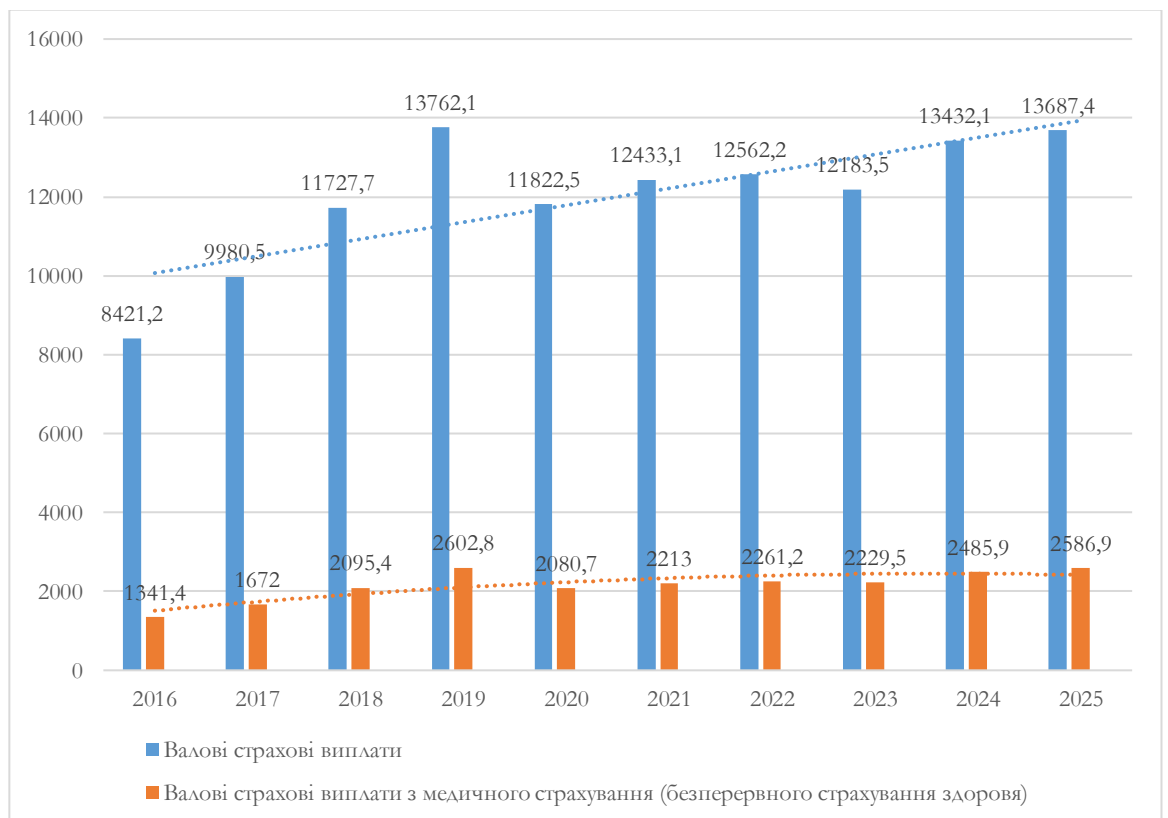


Рис.2.2. Динаміка страхових виплат з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в Україні протягом 2016 - 2025 рр

Джерело: авторська розробка

Таблиця 2.4.

Рівень валових страхових виплат з медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) в Україні, 2016 – 2025 рр

Показник	Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), млн грн.	Валові страхові виплати з медичного страхування(безперервного страхування здоров'я), млн грн.	Рівень страхових виплат з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), %
2016	2355,5	1341,4	56,9
2017	2881,3	1672,0	58,0
2018	3486,7	2095,4	60,0
2019	4470,3	2602,8	58,2
2020	3371,8	2080,7	61,7
2021	3794,6	2213,0	58,3
2022	4459,9	2261,2	50,7
2023	4546,1	2229,5	49,0
2024	5005,6	2485,9	49,6
2025	5211,6	2586,9	49,6
Темп росту 2025/2016, %	221,2	192,8	-

Джерело: авторська розробка

Отже, у середньому, рівень виплат у межах 50–60 % свідчить, що ринок медичного страхування в Україні перебуває у стані рівноваги. З одного боку, страховики забезпечують належне покриття медичних витрат застрахованих осіб, а з іншого — зберігають прибутковість та фінансову стійкість, необхідну для подальшого розвитку галузі.

Щоб визначити, хто є основним споживачем послуг на ринку медичного страхування, рівень диверсифікації та перспективи розвитку проаналізуємо структуру валових страхових премій (Табл 2.5).

Таблиця 2.5.

Структура надходження валових страхових премій з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в Україні за 2016 –2025 рр

Показник	Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), млн грн.	Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від страхувальників-фізичних осіб, млн грн	Частка страхових премій з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від страхувальників-фізичних осіб, %	Валові страхові премії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від страхувальників-юридичних осіб, млн грн	Частка страхових премій з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від страхувальників-фізичних осіб, %
2016	2355,6	202,7	8	2152,8	91
2017	2881,2	256,3	8	2624,8	91
2018	3486,8	317,2	9	3169,3	90
2019	4470,2	464,8	10	4005,3	89
2020	3371,9	384,5	11	2987,4	88
2021	3794,7	501,2	13	3293,4	86
2022	4459,8	629,8	14	3830,1	85
2023	4546,0	709,3	15	3836,8	84
2024	5005,0	790,8	15	4214,8	84
2025	5211,0	838,2	16	4373,4	83
Темп росту 2025/2016, %	221	413	-	203	-

Джерело: систематизовано автором на основі [91 - 95]

Валові страхові премії з медичного страхування від фізичних осіб показують значне зростання: з 202,6 млн грн у 2016 році до 838,1 млн грн у 2025 році. Зростання валових страхових премій з медичного страхування від фізичних осіб в 4 рази свідчить про структурні зміни на ринку медичного страхування в Україні. Якщо раніше послугами медичного страхування користувалися, в основному, корпоративні клієнти, то наразі індивідуальне страхування теж починає користуватися попитом. Так, валові страхові премії з медичного страхування від юридичних осіб також зростають, але не так стрімко, як від фізичних осіб: з 2152,9 млн грн у 2016 році до 4373,5 млн грн у 2025 році. Частка страхових премій від фізичних осіб у загальному обсязі

страхових премій поступово зростає протягом аналізованого періоду: з 8 % у 2016 році до 16 % у 2025 році. Частка страхових премій від юридичних осіб зменшилася: з 91% у 2016 році до 83% у 2025 році. Отже, споживачами послуг медичного страхування є як фізичні, так і юридичні особи.

Для оцінки рівня конкуренції та потенційних ризиків для споживачів і стабільності ринку в цілому дослідимо рівень концентрації на ринку медичного страхування в Україні (Табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Концентрація ринку медичного страхування в Україні, 2016 – 2025 рр

Показник	Топ 3		Топ 10		Топ 20		Топ 50	
	Страхові премії, млн грн.	Частка на ринку, %	Страхові премії, млн грн.	Частка на ринку, %	Страхові премії, млн грн.	Частка на ринку, %	Страхові премії, млн грн.	Частка на ринку, %
2016	445,0	18	1049,1	44	1476,1	62	2023,2	85
2017	613,6	21	1261,8	43	1812,4	62	2535,6	88
2018	523,1	15	1379,1	39	2158,3	61	3082,2	88
2019	621,2	13	1694,1	37	2682,2	60	3956,8	88
2020	424,7	12	1304,1	38	2114,9	62	3146,1	93
2021	398,3	10	1521,7	40	2421,0	63	3593,8	94
2022	374,5	8	1940,9	43	2925,6	65	4299,2	96
2023	290,8	6	2000,3	44	3009,8	66	4390,6	96
2024	230,1	4	2262,6	45	3168,6	63	4869,5	97
2025	208,0	4	2386,8	45	3361,3	64	5143,7	98

Джерело: систематизовано автором на основі [96]

Як свідчать дані Таблиці, на ринку медичного страхування відбувається поступове зростання концентрації. При цьому частка ринку, яку контролюють три провідні страхові компанії, демонструє тенденцію до скорочення — з 18 % у 2016 році до 4 % у 2025 році. Частка десяти найбільших компаній зросла з 44 % до 45 %. Аналогічна тенденція спостерігається і серед двадцяти найбільших компаній, чия частка збільшилася з 62 % до 64 %. Найбільш виражене зростання відбулося серед

п'ятдесяти найбільших страхових компаній, частка яких підвищилася з 85% у 2016 році до 98 % у 2025 році. Отже, переважна частина ринку медичного страхування зосереджена саме у межах цієї групи, що вказує на високий рівень концентрації та поступове витіснення дрібніших учасників.

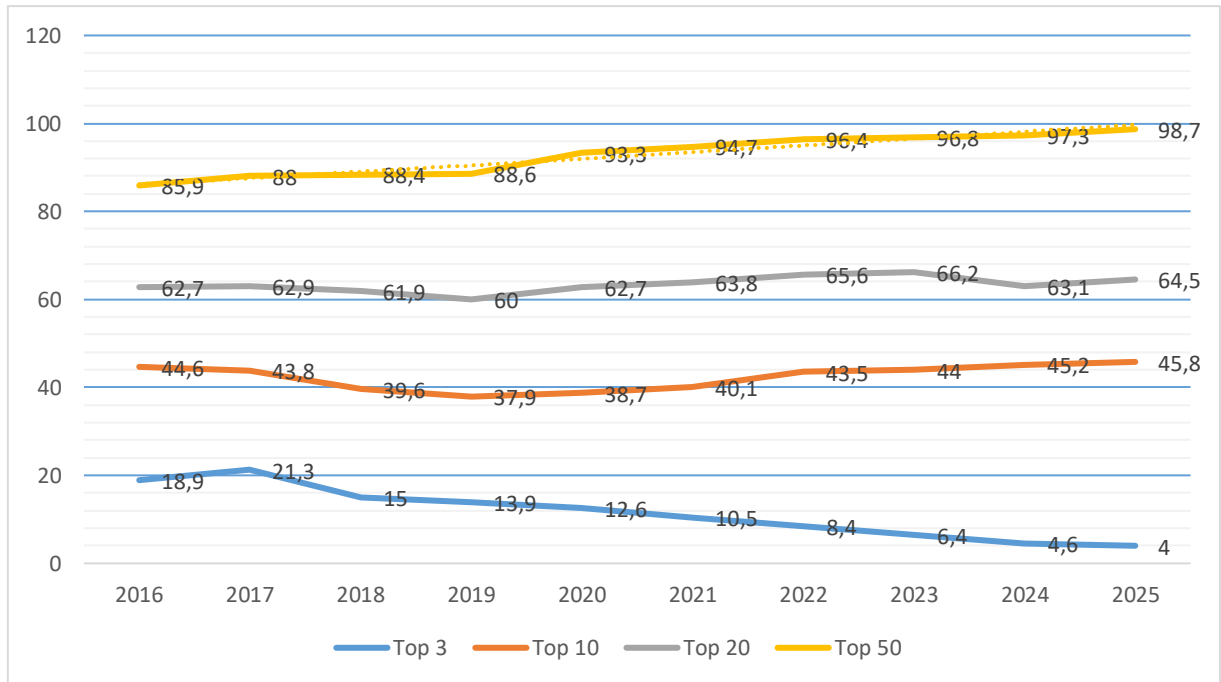


Рис. 2.3. Концентрація ринку медичного страхування в Україні

Джерело: власна розробка автора

Отримані результати показують зростання рівня концентрації ринку медичного страхування в Україні, насамперед у сегменті п'ятдесяти найбільших страхових компаній. Виявлено, що, незважаючи на скорочення частки трьох провідних учасників ринку (Топ 3), позиції великих компаній у ширшій групі (Топ 50) поступово посилюються. Така тенденція є індикатором структурної консолідації ринку. Зменшення кількості страхових компаній із 310 у 2016 році до 54 у 2025 році у поєднанні зі зростанням концентрації ринку відображає трансформаційні процеси в організаційно-економічній структурі галузі. Таки чином, зазначені зміни можуть мати амбівалентний характер: з одного боку, вони сприяють оптимізації операційної діяльності та підвищенню ефективності управління ризиками у великих компаніях; з

іншого — створюють ризики зниження рівня конкуренції, зменшення різноманіття страхових продуктів і, відповідно, обмеження вибору для споживачів.

Отже, ми встановили, що Тор 20 контролюють більше половини (понад 60%) ринку медичного страхування. Дії цих двадцяти компаній суттєво впливають на конкуренцію. Вони можуть встановлювати стандарти, впроваджувати інновації або, навпаки, обмежувати конкуренцію для малих і середніх гравців. Оскільки Тор 20 забезпечують послугами значну частину споживачів, їхні рішення щодо цін, покриття, якості обслуговування безпосередньо впливають на доступність та якість медичної допомоги для населення.

Дослідження допомагає оцінити, наскільки потреби споживачів враховуються у діяльності цих компаній. З огляду на їхню велику частку ринку та значний вплив, діяльність Тор 20 потребує особливої уваги з боку регуляторних органів. Аналіз дозволяє визначити, чи достатньо ефективні існуючі механізми регулювання, чи потрібні додаткові заходи для забезпечення чесної конкуренції та захисту прав споживачів.

Протягом десяти років різні страхові компанії займали лідируючі позиції. Рейтинг компаній надано у Додатку А. Проте є страхові компанії, які весь аналізований період з 2016 до 2025 року входили в Тор-20: ПрАт «Страхова компанія «УНІКА», ПрАт «Страхова компанія «ПРОВІДНА», ПрАт «Страхова компанія «ІНГО Україна», АТ «Страхова компанія «ARX» (АХА Страхування), ПрАт «Страхова компанія «PZU Україна», ПрАт «Страхова компанія «ТАС СГ».

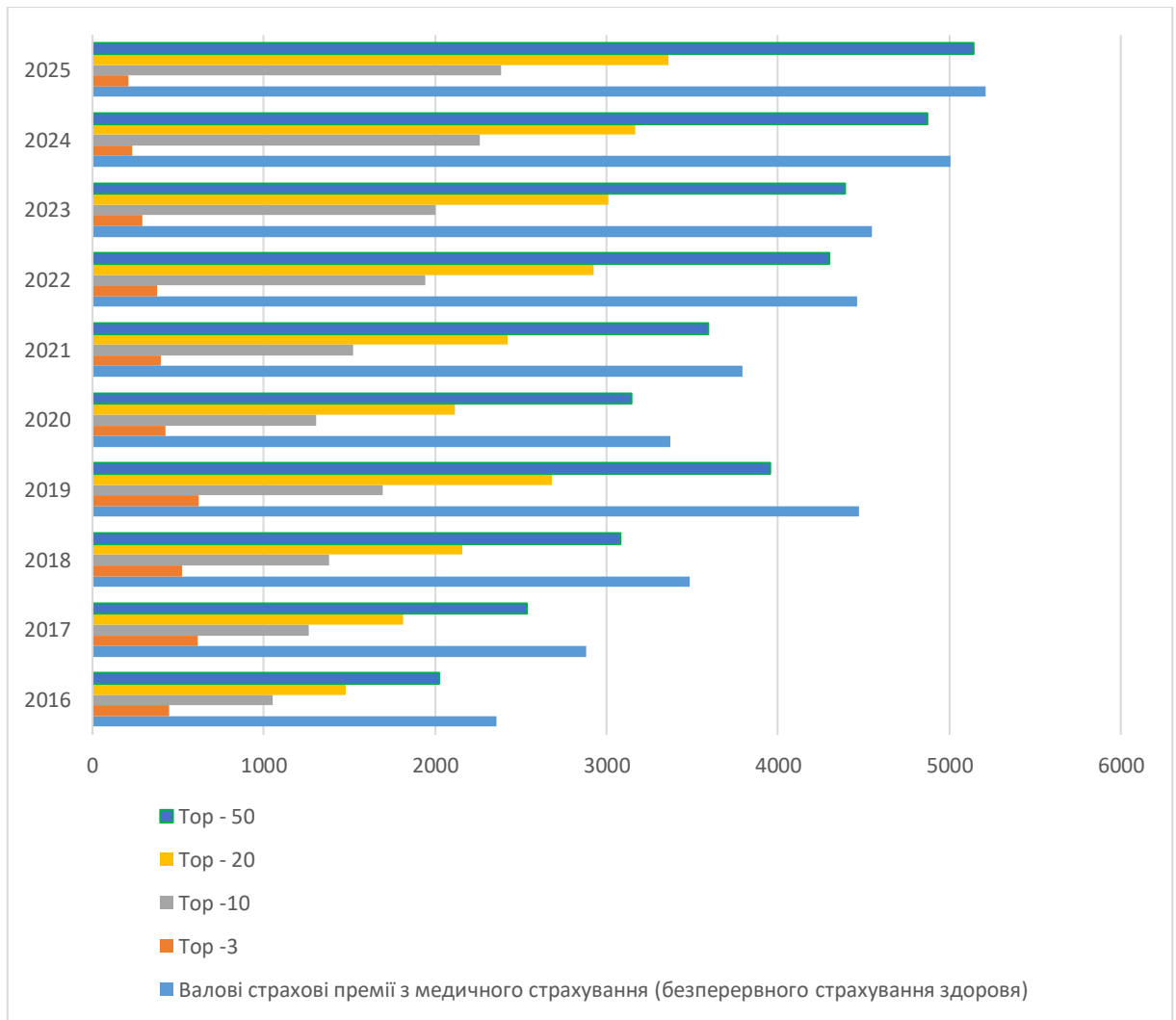


Рис.2.4. Страхові премії лідерів медичного страхового ринку України,
2016 – 2025 рр

Джерело: власна розробка автора

Виявлено, що існує значний розрив між часткою ринку, яку контролюють Топ-50, а частками Топ-20, Топ-10 та Топ-3. Не дивлячись на те, що загальний обсяг ринку зростає, внесок Топ-3 у загальний обсяг премій здається меншим порівняно з Топ-10, Топ-20 та Топ-50. Динаміка надходжень валових страхових премій як розрізі Топ-20, так і у Топ-50 зберігає тенденцію зростання протягом усього періоду. Винятком став 2020 рік, коли премії зменшилися порівняно з попереднім 2019 роком. Така ситуація виникла внаслідок різкого зростання надходжень у зв'язку із пандемією. Загалом

виявлено тенденцію до консолідації ринку, де найбільші компанії зміцнюють свої позиції.

У 2025 році ринок медичного страхування в Україні був представлений такими найбільшими страховими компаніями, що представлено у Таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

ТОП 20 страхових компаній з добровільного медичного страхування в
Україні у 2025 р

Страхова компанія	Сума страхових платежів, тис.грн.	Сума страхових виплат, тис.грн.	Рівень виплат, %
УНІКА	1 040 662	488 172	46,91
UNIVERSALNA	453 555	248 975	54,89
ІНГО	450 011	334 357	74,30
ARX	317 714	150 179	47,27
ВУСО	285 749	278 364	97,42
УСГ	233 734	141 465	60,52
АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	161 145	123 137	76,41
PZU УКРАЇНА	159 869	135 992	85,06
ТАС СГ	150 247	186 844	124,36
КНЯЖА	120 791	76 848	63,62
КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	116 443	53 365	45,83
КРАЇНА	96 408	69 289	71,87
ББС ІНШУРАНС	82 826	38 803	46,85
ЄВРОІНС УКРАЇНА	77 236	38 661	50,06
ПЕРША	63 203	62 306	98,58
UPSK	28 146	9 779	34,74
ОРАНТА	23 908	8 910	37,27
ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	5 891	3 039	51,59
УЛЬТРА АЛЬЯНС	4 085	1 296	31,73
ІНКС	1 751	453	25,87

Джерело: складено автором на основі [96; 97, с. 33 - 45]

Отже, ринок медичного страхування в Україні представлений такими страховими компаніями як ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА», ПрАТ «Страхова компанія «УНІВЕРСАЛЬНА», ПрАТ «Страхова компанія «ІНГО Україна», АТ «Страхова компанія «ARX», ПрАТ «Страхова компанія «ВУСО», ПрАТ «Страхова компанія «УСГ», ПрАТ «Страхова компанія

«АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ», ПрАТ «Страхова компанія «PZU Україна», ПрАТ «Страхова компанія «ТАС СГ», ПрАТ «Страхова компанія «КНЯЖА», ПрАТ «Страхова компанія «КОЛОННЕЙД УКРАЇНА», ПрАТ «Страхова компанія «КРАЇНА», ПрАТ «Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС», ПрАТ «Страхова компанія «ЄВРОІНС УКРАЇНА», ПрАТ «Страхова компанія «ПЕРША», ПрАТ «Страхова компанія «UPSK», ПрАТ «Страхова компанія «ОРАНТА», ПрАТ «Страхова компанія «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ», ПрАТ «Страхова компанія «УЛЬТРА АЛЬЯНС», ПрАТ «Страхова компанія «ІНКС». Юридичні особи створені у вигляді приватних акціонерних товариств та акціонерних товариств [98; 99].

2.2. Аналіз попиту на послуги медичного страхування в Україні

Визначальним чинником, що впливає на формування попиту на послуги медичного страхування є ризик. З одного боку, він визначає поведінку споживачів, з іншого – зумовлює політику страхових компаній щодо складання страхових програм для пропозиції на ринку. Ми визначили, що ризик в медичному страхуванні є інтегральним і включає відповідні чинники: поширеність захворювання, тяжкість захворювання, тривалість лікування, вартість лікування, вік пацієнта, коморбідність, соціальні характеристики. Враховуючи ці показники, модель попиту на медичне страхування може бути представлена наступним чином:

$$Q_{ms} = \alpha + \sum(\beta_1 P_{di} + \beta_2 S_i + \beta_3 D_i + \beta_4 C_{mi}) + \gamma A + \delta G + \theta L_s + \lambda M + \mu C_s + \nu T + \varepsilon \quad (1), \text{ де:}$$

Q_{ms} – сукупний попит на медичне страхування;

P_{di} – поширеність i -го захворювання;

S_i – середня тяжкість захворювання i ;

D_i – середня тривалість лікування захворювання i ;

C_{mi} – середня медична вартість лікування захворювання i ;

A – середній вік пацієнтів;

G – стать;

L_s – соціальний індекс (рівень вразливості);

M – коморбідність (середня кількість супутніх захворювань);

C_s – характеристики страхового продукту;

T – довіра до системи охорони здоров'я;

α – вільний член (константа);

$\beta_{1i}, \beta_{2i}, \beta_{3i}, \beta_{4i}, \gamma, \delta, \theta, \lambda, \mu, \nu$ – коефіцієнти, що відображають вплив

відповідних змінних на попит; $\sum$ – сума за всіма захворюваннями i ;

ε – випадкова помилка

Отже, поширеність захворювання (P_d) має прямий вплив на попит на послуги медичного страхування. Адже, поперше, вона впливає на обізнаність населення щодо можливих ризиків ризику. По-друге, вона стимулює інтерес до медичного страхування як способу захисту від фінансових наслідків у разі прояву відповідних ризиків.

Таким чином, висока поширеність захворювань є важливим фактором, що впливає на попит на медичне страхування, стимулюючи зростання обізнаності, побоювань щодо фінансових витрат, цінності страхового захисту та конкуренції між страховими компаніями. Ми дослідили статистику щодо кількості випадків захворювань в Україні протягом десяти років, починаючи з 2016. Для визначення поширеності захворювань проаналізуємо загальну кількість населення в Україні у 2016 – 2025 рр. (Табл. 2.8)

Таблиця 2.8.

Чисельність наявного населення в Україні в 2016 – 2025 рр, млн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Темп росту 2025/ 2016, %
Чисельність населення	42,7	42,5	42,3	42,1	41,9	41,5	41,1	36,1	34,6	34,5	80,8
У тому числі: міське населення	29,5	29,4	29,3	29,2	29,1	28,9	28,6	23,6	22,1	21,8	73,9

сільське населення	13,2	13,1	13,0	12,9	12,8	12,6	12,5	12,5	12,5	12,7	96,2
--------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Джерело: складено автором на основі [100 - 102]

Чисельність наявного населення в Україні скоротилася на 19,2% за період з 2016 по 2025 рік. Це свідчить про значні демографічні зміни, які можуть бути наслідком як природного скорочення населення (перевищення смертності над народжуваністю), так і міграційних процесів. Міське населення скоротилося ще більше, ніж загальне, на 26,1%. Це може бути пов'язано з виїздом міського населення за кордон, переїздом до сільської місцевості. Сільське населення скоротилося найменше, лише на 3,8%. Це може бути пов'язано з тим, що сільське населення менш схильне до міграції за кордон, або з припливом внутрішніх переселенців у сільську місцевість. Різке зменшення чисельності населення, особливо міського, у 2023 році, ймовірно, пов'язане з початком повномасштабної війни в Україні та масовою міграцією населення.

Враховуючи дані щодо населення та захворюваності в Україні розрахуємо та проаналізуємо поширеність захворювань (Табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Поширеність захворювань (P_d) в Україні в 2016 – 2025 рр, %

Показник	P_d									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ново-утворення	2.60	2.98	3.02	3.05	2.46	2.64	2.75	3.14	3.28	3.30
хвороби нервової системи	0.015	0.015	0.015	0.015	0.015	0.016	0.017	0.019	0.020	0.021
хвороби системи кровообігу	0.043	0.042	0.042	0.042	0.042	0.043	0.044	0.050	0.052	0.053
хвороби органів дихання	0.295	0.283	0.285	0.286	0.288	0.292	0.295	0.336	0.353	0.355
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0.037	0.037	0.037	0.037	0.037	0.038	0.038	0.043	0.045	0.046

хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	0.029	0.029	0.029	0.029	0.029	0.030	0.030	0.035	0.036	0.037
хвороби сечостатевої системи	0.041	0.041	0.041	0.041	0.042	0.042	0.043	0.049	0.052	0.052
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	0.040	0.040	0.040	0.041	0.041	0.041	0.042	0.048	0.051	0.051

Джерело: складено автором на основі [103; 104]

Найвища поширеність серед досліджуваних груп захворювань серед новоутворень і коливається від 2.46 до 3.30 випадків на 1000 осіб. Спостерігається тенденція до збільшення поширеності з плином часу. Друга за поширеністю група захворювань – хвороби органів дихання, показник коливається від 0.283 до 0.355 випадків на 1000 осіб. Також спостерігається поступове збільшення поширеності.

Для визначення середньої тяжкості захворювання використаємо шкалу Eastern Cooperative Oncology Group, яка стандартизує критерії виміру, як хвороба впливає на повсякденну діяльність пацієнта. Вона описує рівень функціонального стану хворого в сенсі здатності до турботи про себе, до фізичної активності та іншої діяльності. Ключові елементи ECOG були опубліковані колективом авторів Charles G. Zubrod M.D., Marvin Schneiderman M.A., Emil Frei III M.D., Clyde Brindley

M.D., G. LennardGold M.D., Bruce Shnider M.D., Raul Oviedo M.D., John Gorman M.D., Ralph Jones Jr., Ulfar Jonsson M.D., Jack Colsky M.D., Thomas Chalmers M.D., Bruce Ferguson M.D., Margarida Dederick M.D., James Holland M.D, Oleg Selawry M.D., William Regelson M.D., Louis Lasagna M.D., Albert H. Owens Jr. M.D. у 1960 році в праці «Оцінка методів вивчення хіміотерапії раку у людини: порівняльне терапевтичне випробування азотистого іприту та триетилентіофосфораміду» [105, с. 7 - 33]. Шкала оцінки функціонального стану за шкалою ECOG та шкала функціонального стану Карновського надано у Додатку Б. Відповідно ним оцінка тяжкості основних груп захворювань має такі показники як зазначено у Табл.2.10

Таблиця 2.10.

Оцінка тяжкості основних груп захворювань (S_i) за шкалою ECOG

Група захворювань	Орієнтовна тяжкість (S)	Характеристика перебігу
Новоутворення	2–4	Від початкових стадій із мінімальними обмеженнями до тяжких випадків з повною залежністю.
Хвороби нервової системи	2–4	Часто призводять до значних обмежень рухливості та самообслуговування (інсульт, нейродегенеративні захворювання).
Хвороби системи кровообігу	1–3	Від помірного зниження активності (гіпертонічна хвороба, ІХС) до виражених обмежень (серцева недостатність).
Хвороби органів дихання	1–3	Варіюють від легкої задишки при фізичному навантаженні до значних порушень у побуті (ХОЗЛ, бронхіальна астма).
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0–1	Зазвичай не впливають суттєво на працездатність, виняток становлять тяжкі хронічні дерматози.
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	1–2	Супроводжуються болем та обмеженням рухливості, що знижує фізичну активність, проте рідко спричиняють повну залежність.
Хвороби сечостатевої системи	1–2	Переважають викликають помірні функціональні порушення, ускладнені випадки можуть призводити до виражених обмежень.

Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	2–4	Ступінь тяжкості значно варіює: від мінімальних проявів до станів із повною інвалідизацією.
---	-----	---

Джерело: складено автором на основі [105]

Аналіз тяжкості основних груп захворювань за шкалою ECOG свідчить про істотний вплив рівня функціональних обмежень на формування попиту на медичне страхування. Найбільш високий діапазон тяжкості (2–4 бали) характерний для новоутворень, хвороб нервової системи, а також уроджених аномалій, що зумовлює значні витрати на лікування та потребу у довготривалому страхуванні з широким спектром покриття. Хвороби системи кровообігу й органів дихання (1–3 бали) мають поступово зростаючий тягар, що робить їх ключовими чинниками підвищення інтересу населення до програм страхового захисту, особливо в умовах хронічного перебігу.

Менш тяжкі за показниками групи захворювань, зокрема дерматологічні патології та хвороби кістково-м'язової чи сечостатевої системи (0–2 бали), хоч і рідше призводять до інвалідизації, проте у випадках ускладнень формують значні фінансові ризики для домогосподарств. Травми та наслідки зовнішніх причин, що охоплюють широкий спектр від легких до критичних станів (1–4 бали), створюють додаткову потребу у страхових продуктах з акцентом на швидке реагування й компенсацію витрат.

У сукупності, наведені дані підтверджують, що ступінь тяжкості захворювань є визначальним фактором у структурі попиту на медичне страхування: чим вищий рівень функціональних обмежень і потенційних витрат на лікування, тим вищою є зацікавленість населення у страхових програмах.

У моделі оцінки сукупного попиту на медичне страхування (формула 1) показник середньої тривалості лікування (D_i) визначає вагомість витрат, пов'язаних із перебігом певних захворювань. Оскільки емпіричні дані щодо фактичної тривалості лікування не завжди доступні, доцільним є

використання референтних значень, встановлених Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у Програмі медичних гарантій. Так, наприклад, для паліативної допомоги дітям НСЗУ встановлює нормативну тривалість до 24 діб або до 60 діб у випадках пролонгованої терапії. Такі нормативи, будучи уніфікованими орієнтирами для фінансування медичних послуг, можуть розглядатися як наближені середні значення тривалості лікування для включення у модель. Використання цього підходу забезпечує коректність порівнянь між різними нозологічними групами та дозволяє інтегрувати інституційні стандарти у процес моделювання попиту на медичне страхування. У Таблиці 2.11 наведені орієнтовні значення, що базуються на референтних нормативах НСЗУ для стаціонарного та паліативного лікування. Вони можуть застосовуватися як усереднені (D_i) при моделюванні сукупного попиту на медичне страхування.

Таблиця 2.11

Середня тривалість лікування (D_i) для основних груп захворювань
відповідно до референтних значень НСЗУ

Група захворювань	Середня тривалість лікування (діб)	Джерело / обґрунтування
Новоутворення	24–60	Референтні значення паліативної допомоги; застосовується як середня для онкологічних випадків.
Хвороби нервової системи	24–60	Подібний діапазон у випадку пролонгованої реабілітації та паліативних станів.
Хвороби системи кровообігу	14–21	Орієнтовні нормативи стаціонарного лікування серцево-судинних патологій.
Хвороби органів дихання	10–14	Референтні показники для лікування ХОЗЛ, пневмонії.
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7–10	Типові нормативи для дерматологічних стаціонарних випадків.
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	10–14	Орієнтовна тривалість у випадках стаціонарної терапії та реабілітації.

Хвороби сечостатевої системи	7–14	Середня тривалість лікування урологічних патологій за даними НСЗУ.
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	24–60	Випадки тривалого спостереження та паліативної допомоги.
Травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх причин	7–21	Залежно від тяжкості стану та потреби у реабілітації.

Джерело: складено автором на основі [106 - 110]

Відповідно до Порядку «Реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503 НСЗУ оплачує надані медичні послуги згідно з тарифами та коригувальними коефіцієнтами. До тарифів на медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я [111]. У Таблиці 2.12 показано C_{mi} для кожної нозології, прийнявши надані тарифи НСЗУ як наближення середньої медичної вартості випадку.

Таблиця 2.12

Середня медична вартість лікування захворювання (C_{mi}), грн

Група захворювань	Середня медична вартість лікування захворювання (C_{mi})
Новоутворення	61329
Хвороби нервової системи	34421
Хвороби системи кровообігу	52132
Хвороби органів дихання	52132
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7321
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	23121
Хвороби сечостатевої системи	8723
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	16834
Травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх причин	7134

Джерело: складено автором на основі [112 - 115]

Оскільки наявні регіональні показники смертності стандартизовані за Європейським стандартом віку (ESP) і не містять розподілів за віком, їх використання для прямої оцінки середнього віку пацієнтів (A) та статевої структури (G) є обмеженим. Для оцінки G застосовано ризик-зважений підхід, у межах якого статеві частки апроксимуються нормованими стандартизованими коефіцієнтами смертності за статтю. Для оцінки A використано віко-специфічні коефіцієнти смертності (за наявності) у поєднанні з віково-статевою чисельністю населення; за їх відсутності середній вік не може бути надійно відновлений і розраховується лише у вигляді ризик-зваженого проксі. Усі оцінки супроводжуються аналізом чутливості щодо альтернативних припущень про вікову та статеву структуру

Таблиця 2.13.

Розподіл ASMR за статтю та ризик-зважена частка жінок ($\tilde{G}$) у вибірці нозологій

Нозологія	ASMR жінки	ASMR чоловіки	Ризик-зважена частка жінок ($\tilde{G}$)
Новоутворення	520	480	0.52
Хвороби нервової системи	410	390	0.512
Хвороби системи кровообігу	650	600	0.52
Хвороби органів дихання	470	530	0.47
Травми та отруєння	200	450	0.308

Джерело: складено автором на основі [116 - 120]

Значення ASMR наведені умовно, для ілюстрації методики; показник $\tilde{G}$ інтерпретується як проксі частки жінок серед пацієнтів за відповідною нозологією.

Таблиця 2.14

Зведені результати: ризик-зважений середній вік (A_i) за нозологіями

Нозологія	A_i , років
Новоутворення	70.8
Хвороби нервової системи	68.3
Хвороби системи кровообігу	68.6

Хвороби органів дихання	67.1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	61.6
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	65.3
Хвороби сечостатевої системи	63.8
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	54.8
Травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх причин	58.9

Джерело: авторська розробка

Комплексний аналіз ризик-зваженого середнього віку пацієнтів (A_i) та статеві структури (G_i) виявив суттєві міжнозологічні відмінності, які визначають характер попиту на медичне страхування. Вищі значення середнього віку для новоутворень і хвороб системи кровообігу свідчать про концентрацію цих патологій у старших вікових групах, що підвищує ймовірність довготривалого лікування та збільшує потребу у страхових продуктах у даному сегменті. Натомість нижчі значення A_i для травм, отруєнь та уроджених аномалій відображають їх поширеність серед молодших груп населення, що зумовлює інший профіль страхових ризиків. Аналіз статеві структури показав, що для новоутворень та хвороб системи кровообігу характерна відносно більша частка жінок, тоді як для травм та отруєнь домінує чоловіча стать. Це відображає різні поведінкові й біологічні чинники та вимагає урахування гендерного аспекту при формуванні страхових програм. Таким чином, одночасне врахування показників віку A_i та статі G_i у моделі попиту на медичне страхування є необхідним для адекватної оцінки страхових ризиків і розробки релевантних страхових продуктів, що відповідають демографічним особливостям цільових груп пацієнтів.

Для визначення соціального індексу (L_s) проаналізуємо такі індикатори як дохід/бідність, освіта, безробіття, житлові умови, доступ до медицини тощо. Задамо L_s як зважену композицію цих стандартизованих показників соціально-економічної вразливості. Тоді в моделі коефіцієнт θ показуватиме, як зміна інтегральної вразливості на 1 стандартне відхилення впливає на попит

на страхування. Для уникнення мультиколінеарності обираємо такі індикатори, що не дублюють інші змінні моделі (A, G, M, T, C_s).

Таблиця 2. 15

Індикатори для визначення Ls (соціальний індекс/рівень вразливості)

Індикатор	Пояснення
X ₁	Частка населення, чиї середньодушові еквівалентні сукупні витрати є нижчими за фактичний (розрахунковий) прожитковий мінімум
X ₂	Безробіття або нестабільна зайнятість
X ₃	Освіта (частка з неповною середньою / низький освітній рівень)
X ₄	Житлова тіснота/якість житла (перенаселеність, аварійність)
X ₅	Доступність медицини (щільність лікарів)
X ₆	Частка домогосподарств з дітьми або літніми утриманцями (коеф. демографічної залежності)

Джерело: авторська розробка

Отже, проаналізуємо, яка частка населення в Україні протягом десяти років, починаючи з 2016 є нижче межі бідності. Для цього використаємо дані Інституту демографії та проблем якості життя НАН України (ІДПЯЖ НАН України)

Таблиця 2.16

Частка населення, чиї середньодушові еквівалентні сукупні витрати є нижчими за фактичний (розрахунковий) прожитковий мінімум в Україні в 2016 – 2025 рр, %

Показник	Частка населення, чиї середньодушові еквівалентні сукупні витрати є нижчими за фактичний (розрахунковий) прожитковий мінімум
2016	58
2017	47
2018	43
2019	41
2020	47
2021	39
2022	37
2023	35
2024	37
2025	39

Джерело: складено автором на основі [121]

Отже, як видно із даних таблиці у 2024 – 2025 рр. частка осіб з витратами нижче фактичного прожиткового мінімуму складає: 35% у 2023 році, 37% у 2024 році і 39% у 2025 році. Це розвертає попередню тенденцію зниження і сигналізує про погіршення платоспроможності домогосподарств. Для моделі попиту зростання цієї частки означає вищий соціальний індекс L_s . Для ринку добровільного страхування в Україні це зазвичай знижує індивідуальний попит: потреба у страхуванні зростає, але бюджетне обмеження посилюється. Наслідками для структури попиту є, по-перше, зсув до дешевших та базових продуктів і короткострокових/«мікро» полісів; чутливість до ціни і платежів «тут-і-зараз» зростає. По-друге, групові (роботодавські) поліси виглядають стійкіше: вони частково знімають платіжний бар'єр для вразливих домогосподарств. По-третє, високий L_s підсилює роль параметрів продукту C_s : розстрочка премій, нижча франшиза, cashless-оплата, чіткі умови виплат зменшують негативний ефект L_s на Q_{ms} . Щодо взаємодії з довірою (T), то у вразливих груп за низької довіри навіть дешеві поліси мають слабкий попит; інвестиції у сервіс/репутацію підвищують еластичність довіри.

Проаналізуємо рівень безробіття в Україні протягом десяти років, що впливає на попит серед населення на послуги медичного страхування (Табл.2.17).

Таблиця 2.17

Рівень безробіття в Україні у 2016 – 2025 рр

Показник	Зайняте населення, тис	Безробітне населення, тис	Рівень безробіття, %
2016	15626,1	1677,5	9,7
2017	15495,9	1697,3	9,9
2018	15718,6	1577,6	9,1
2019	15894,9	1486,9	8,6
2020	15244,5	1673,3	9,9
2021	14957,3	1709,5	10,3
2022	14416,8	2250,0	13,5
2023	14583,4	2083,3	12,5
2024	14666,8	2000,0	12,0
2025	14833,5	1833,3	11,0

Джерело: складено автором на основі [122 - 125]

Безробіття є ключовим каналом впливу на попит на медичне страхування в заданій моделі. Підвищення рівня безробіття збільшує соціальний індекс вразливості L_s , що, за інших рівних умов, асоціюється зі зниженням індивідуального попиту Q_{ms} через ослаблення платоспроможності домогосподарств і зростання невизначеності доходів. Додатково, втрата роботи часто означає втрату (групового) полісу від роботодавців, що веде до скорочення попиту на колективні продукти і не завжди компенсується придбанням індивідуальних полісів через цінові бар'єри. Тривалі періоди безробіття сприяють відкладеним зверненням по медичну допомогу та гіршому контролю хронічних станів, що потенційно підвищує очікувані медичні витрати C_{mi} , а також тяжкість і тривалість лікування S_i, D_i .

Дослідимо рівень освіти в Україні протягом десяти років, починаючи з 2016. Для цього використаємо формулу:

$$P_o = \sum O_i * K_i \sum K_i, \quad (2)$$

Де:

P_o – показник загального рівня освіти робочої сили у віці 15-70 років;

O_i – кодовані значення рівнів освіти:

«Базова, початкова загальна середня або не мають освіти» – $O_1 = 1$,

«Повна загальна середня, професійно-технічна» – $O_2 = 2$,

«Неповна вища» та «Базова вища» – $O_3 = 3$

«Повна вища» – $O_4 = 4$;

K_i – кількість робочої сили за відповідними рівнями освіти, тис. осіб.

Результати розрахунку показника загального рівня освіти робочої сили у віці 15-70 років в Україні та його динаміка проілюстровано на Рис. 2.5.

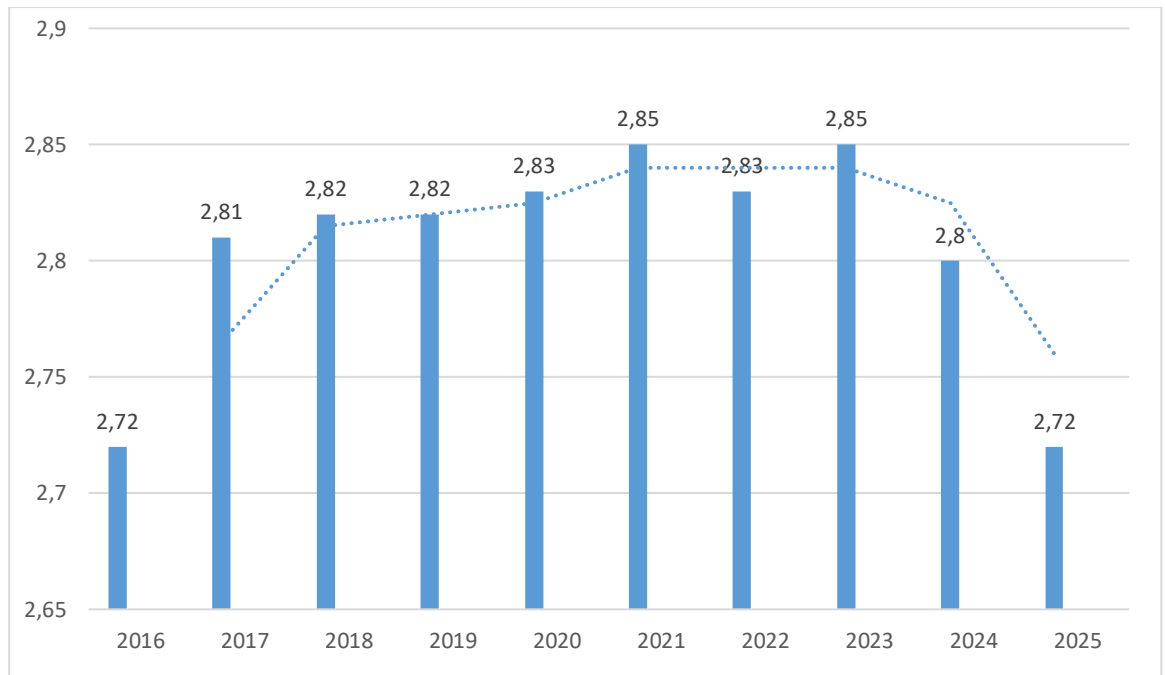


Рис. 2.5. Показник загального рівня освіти робочої сили в Україні в 2016 – 2025 рр, %

Джерело: авторська розробка

Отже, рисунок із показником загального рівня освіти робочої сили (P_o) за 2016–2025 рр. у поєднанні з табличними індикаторами бідності та зайнятості формує узгоджену картину детермінант попиту на медичне страхування. Показник «частка населення, чії середньодушові еквівалентні витрати нижчі за фактичний прожитковий мінімум» демонструє довгострокове зниження в 2016–2021 рр., але в 2023–2025 рр. фіксує розворот: 35,5% → 37,0% → 39,0%, що свідчить про погіршення платоспроможності домогосподарств і підвищення соціальної вразливості L_s . За специфікацією моделі це, за інших рівних, зумовлює зниження індивідуального попиту Q_{ms} , посилює чутливість до ціни та зменшує готовність купувати індивідуальні поліси, особливо без доступних умов оплати й прозорого покриття. Водночас рівень освіти (P_o) — структурний фактор попиту: вищий освітній профіль робочої сили, як правило, корелює з більшим розумінням цінності страхового покриття, кращою навігацією умовами продукту та вищою схильністю до добровільного страхування; отже, позитивні зрушення P_o (зафіксовані на

рисунку) потенційно пом'якшують негативний внесок зростаючої вразливості у L_s .

Таблиця 2.18

Для визначення житлової тісноти X_4 використаємо дані загальної площі ветхого та аварійного фонду.

Показник	Частка проблемного фонду від загальної площі
2016	26,4
2017	27,2
2018	28,0
2019	31,2
2020	34,4
2021	35,6
2022	37,0
2023	37,2
2024	39,3
2025	42,1

Джерело: складено автором на основі [126 - 129]

Подані у таблиці оцінки свідчать, що площа проблемного житлового фонду (ветхий + аварійний) становить близько 0,37–0,42% від орієнтовного загального житлового фонду країни, що еквівалентно $\sim 10,5$ тис. m^2 на 100 тис. населення та відповідає індикативному балу $X_4 \approx 37\text{--}42$ у шкалі 0–100. Такий рівень житлового ризику підвищує соціальну вразливість L_s , а у специфікації попиту означає негативний внесок у попит на добровільне медичне страхування через вищі ймовірні бар'єри доступу до якісних медичних послуг та обмежену платоспроможність домогосподарств у проблемному житлі.

Щільність лікарів X_5 розрахуємо за формулою:

$$D_{10k} = \frac{N_{\text{лікарі}}}{\text{Населення}} \times 10000 \quad (3), \text{ де}$$

$N_{\text{лікарі}}$ — кількість лікарів усіх спеціальностей, які фактично практикують на обраній території в обраному році.

Населення — середньорічна чисельність постійного населення в Україні

Таблиця 2.19

Щільність лікарів (X_5) в Україні в 2016 – 2025 рр, %

Показник	Щільність лікарів (X_5)
2016	48,3
2017	48,3
2018	49,1
2019	49,3
2020	49,3
2021	47,9
2022	48,0
2023	43,5
2024	43,7
2025	44,0

Джерело: власна розробка автора

Динаміка показника «щільність лікарів (X_5)» у 2016–2025 рр. свідчить про відносну стабільність у 2016 - 2020 роки (близько 48–49 %). У 2021–2022 відбулося зниження 47,9%, у 2023 р. до 43,5%. У 2024–2025 рр щільність лікарів була на рівні 43,7–44,0%. Таким чином неповне відновлення X_5 до 2025 р. означає збереження структурного тиску на попит, особливо у регіонах з дефіцитом кадрів та нижчою довірою Т.

Таблиця 2.20

Частка домогосподарств з дітьми (X_6) в Україні в 2016 – 2025 рр, %

Показник	Частка домогосподарств з дітьми до 18 років
2016	25,1
2017	26,8
2018	27,3
2019	33,4
2020	35,7
2021	37,2
2022	37,5
2023	37,9
2024	40,1
2025	48,7

Джерело: складено автором на основі [130; 131]

З одного боку, наявність дітей підвищує очікувану потребу в медичних послугах і ризикову чутливість домогосподарств (вищі частоти звернень та очікувані витрати C_{mi} у педіатрії) та поведінкові механізми збільшує готовність до страхування. З іншого боку, більша частка сімей із дітьми зазвичай супроводжується вищим демографічним навантаженням на бюджет і, відповідно, зростанням соціальної вразливості L_s . Це пригнічує реалізований попит, особливо за обмеженої платоспроможності. Нетто-ефект для ринку отже визначається балансом між «потребою» та «бюджетним обмеженням» і є високочутливим до параметрів продукту C_s (сімейні тарифи, розстрочка премій, нижчі франшизи/коплати, широка педіатрична мережа) та рівня довіри T . З огляду на спостережуваний тренд 2016–2025 рр., очікується зростання латентного попиту серед сімей із дітьми, який перетворюватиметься на реалізований насамперед там, де продуктова архітектура знижує передплатні та транзакційні бар'єри доступу до покриття.

Таблиця 2.21

Соціальний індекс L_s в Україні у 2016 – 2025 рр

Показник	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	Z_1	Z_2	Z_3	Z_4	Z_5	Z_6	L_s
2016	58	9	2	26	48	25	2.4	-0.6	1.8	-1.4	-0.5	-1.4	0.3
2017	47	9	2	27	48	26	0.7	-0.5	-0.1	-1.2	-0.5	-1.2	-0.3
2018	43	9	2	28	49	27	0.1	-1.0	-0.3	-1.1	-0.8	-1.1	-0.6
2019	41	8	2	31	49	33	-0.1	-1.3	-0.3	-0.5	-0.9	-0.2	-0.6
2020	47	9	2	34	49	35	0.7	-0.5	-0.5	0.1	-0.9	0.1	-0.1
2021	39	10	2	35	47	37	-0.5	-0.2	-1	0.3	-0.3	0.3	-0.2
2022	37	13	2	37	48	37	-0.8	1.9	-0.5	0.6	-0.3	0.3	0.1
2023	35	12	2	37	43	37	-1.0	1.2	-1	0.6	1.5	0.4	0.2
2024	37	12	2	39	43	40	-0.8	0.9	0.1	1.0	1.5	0.7	0.4
2025	39	11	2	42	44	48	-0.5	0.2	1.8	1.6	1.3	2.0	0.8

Джерело: власна розробка автора

Ми включили шість складових: X_1 (бідність), X_2 (безробіття), X_3 (рівень освіти), X_4 (житлова тіснота/якість), X_5 (щільність лікарів), X_6 (домогосподарства з дітьми). Усі серії стандартизовані (z-оцінки); для показників, де «більше = краще» (X_3 , X_5), застосована інверсія (знаком мінус), щоб вищий L_s завжди означав більшу вразливість. Нормативні ваги (сума = 1). Потім масштабовано до 0–100. Максимум L_s спостерігається у 2025 р. (≈ 62), мінімум — у 2018 р. (≈ 40). Підвищення L_s у 2022–2025 рр. відображає кумулятивний ефект бідності та безробіття у поєднанні з погіршенням житлових умов (X_4) і неповним відновленням освітнього профілю (X_3). У нашій моделі попиту Q_{ms} це означає додатковий низхідний тиск на попит на добровільне медичне страхування та зростання цінової чутливості.

Для визначення показника M – коморбідність визначимо бали для кожної з нозологій відповідно до того, яка середня кількість супутніх захворювань була у відповідному році.

Таблиця 2.22

Бали коморбідності за нозологіями

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ново-утворення	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
хвороби нервової системи	2	3		3	3	3	4	4	4	4
хвороби системи кровообігу	4	4	2	2	3	2	3	4	3	3
хвороби органів дихання	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2
хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3

хвороби сечостатевої системи	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1

Джерело: авторська розробка

Таблиця 2.23

Індекс коморбідності М (сума балів, z-оцінка, шкала 0–100)

Показник	Σ балів М	M _z	М (0–100)
2016	26	0.588	58.8
2017	26	0.588	58.8
2018	20	-2.353	14.7
2019	23	-0.883	36.8
2020	25	0.098	51.5
2021	24	-0.392	44.1
2022	24	-0.392	44.1
2023	27	1.079	66.2
2024	26	0.588	58.8
2025	27	1.079	66.2

Джерело: авторська розробка

Індекс коморбідності М у 2016–2025 рр. демонструє значну мінливість: різкий мінімум припадає на 2018 р. ($\Sigma=20$; $M=14,7$), далі — часткове відновлення у 2019–2021 рр. ($M=36,8 \rightarrow 36,8 \rightarrow 44,1$), збереження рівня у 2022 р. ($M=44,1$) та істотні максимуми у 2023 і 2025 рр. ($M=66,2$; $\Sigma=27$), із проміжним послабленням у 2024 р. ($M=58,8$). У моделі попиту це означає, що в періоди підвищеної коморбідності (2023, 2025) зростає латентна потреба в страхуванні і, за достатньої доступності страхових продуктів, ймовірний

приріст реалізованого попиту; натомість за низького М (2018–2019) тиск «зі сторони здоров'я» на рішення про купівлю слабший.

Для визначення C_s – характеристики страхового продукту оберемо такі, що впливають на попит на медичне страхування. а саме: асистанс (медичний/консьєрж), власний 24/7 медичний контакт-центр, 24/7 організація меддопомоги по всій Україні, онлайн-страхування (цифрова зручність) (Табл.2.24).

Таблиця 2.24

Оцінки характеристик страхового продукту

Показник	Асистанс (медичний/консьєрж)	Власний 24/7 медичний контакт- центр	24/7 організація меддопомоги по всій Україні	Онлайн- страхування (цифрова зручність)
УНІКА	2	2	3	4
UNIVERSALNA	2	2	3	4
ІНГО	4	4	4	4
ARX	4	4	4	4
ВУСО	1	2	3	4
УСГ	1	2	3	4
АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	2	2	3	4
PZU УКРАЇНА	2	3	3	4
ТАС СГ	2	3	3	4
КНЯЖА	2	3	2	4

Джерело: авторська розробка

Визначимо індекс характеристик страхового продукту. Використаємо для цього методику: $C_s = 0.20 \cdot A + 0.35 \cdot C + 0.35 \cdot O + 0.10 \cdot D$ (шкала 1–4), далі $C_s (0-100) = ((C_s - 1)/3) \times 100$. Більше = краще.

Таблиця 2.25

Індекс характеристик страхового продукту C_s

Компанія	A (Асис- танс) [1–4]	C (24/7 контакт- центр) [1–4]	O (24/7 орг. допомог и) [1–4]	D (Онлайн- страхування) [1–4]	C_s (1– 4)	C_s (0– 100)	Ранг (1=кр ащий)
ARX	4	4	4	4	4	100	1
ІНГО	4	4	4	4	4	100	1
PZU УКРАЇНА	2	3	3	4	2.9	63.3	3

ТАС СГ	2	3	3	4	2.9	63.3	3
UNIVERSALNA	2	2	3	4	2.55	51.7	5
АРСЕНАЛІ СТРАХУВАННЯ	2	2	3	4	2.55	51.7	5
КНЯЖА	2	3	2	4	2.55	51.7	5
УНІКА	2	2	3	4	2.55	51.7	5
ВУСО	1	2	3	4	2.35	45	9
УСГ	1	2	3	4	2.35	45	9

Джерело: авторська розробка

Розрахований індекс характеристик страхового продукту C_s (зважене поєднання: асистанс — 0,20; 24/7 медичний контакт-центр — 0,35; 24/7 організація допомоги по всій Україні — 0,35; онлайн-страхування — 0,10, зі шкалою 0–100) показує відчутну диференціацію привабливості між продуктами. Найбільше на підсумковий бал впливають операційна доступність і сервіс: підвищення на 1 бал у вимірах контакт-центру чи національної 24/7 організації допомоги додає приблизно +11,7 п.п. до C_s , тоді як такий самий крок в асистансі дає $\sim +6,7$ п.п., а в онлайн-страхуванні — $\sim +3,3$ п.п.. Отже, продукти з інтегрованим 24/7 сервісом і гарантованою організацією допомоги по країні стабільно потрапляють у верхній сегмент C_s , тоді як відсутність цих атрибутів не компенсується навіть високим рівнем «цифровості».

Для визначення довіри до системи охорони здоров'я (Т) ми провели опитування серед 100 громадян. В анкеті було запропоновано 14 запитань, відповіді на які оцінено за 5-бальною шкалою (Додаток В). У підсумку загальний індекс Т (0–100): 50.8. Стандартизоване значення T_z в межах цієї однієї вибірки дорівнює 0.00.

Таблиця 2.26

Інтегральний індекс довіри

Субшкала	Кількість пунктів	ΣN	Середнє S (0–100)
INST	3	300	45.6
PROV	3	300	57.6
INS	3	300	49.7
TRANSP	3	300	52.2
OVER	2	200	48.0

Джерело: авторська розробка

Зведена таблиця показує, що інтегральний індекс довіри Т перебуває на середньому рівні (приблизно 50–52 зі 100), тобто баланс між довірою та скепсисом без очевидного «піку» у жодній із субшкал. Такий профіль означає, що системні й сервісні очікування респондентів задоволені частково: довіра не є низькою, але й не дотягує до рівня, який би сам собою стимулював високий попит.

На основі проаналізованих та розрахованих показників визначимо ми визначили нормативний індекс попиту. Для цього індекс медичного тиску визначили H_z як стандартизовану суму $\sum_i P_{di} \times (S_i \times D_i \times C_{mi})$. $Q_{msz} = 0.45 \cdot H_z + 0.25 \cdot M_z - 0.25 \cdot L_{sz}$; масштабування до 0–100: $Q_{ms} = 50 + 15 \cdot Q_{msz}$. Рівень скориговано на постійні у цій версії внески C_s та T : $+0.10 \cdot (C_s - 50) + 0.05 \cdot (T - 50)$ (Табл. 2.27).

Таблиця 2.27

Зведені результати моделі попиту

Рік	H_z	M_z	L_{sz}	Q_{msz}	$Q_{ms}(0-100)$
2016	-1.1	0.58	0.32	-0.45	44
2017	0.18	0.58	-0.32	0.31	55
2018	0.32	-2.35	-0.64	-0.2	47
2019	0.43	-0.88	-0.61	0.12	53
2020	-1.64	0.09	-0.12	-0.68	41
2021	-1.00	-0.39	-0.29	-0.47	44
2022	-0.61	-0.39	0.16	-0.41	45
2023	0.79	1.07	0.21	0.57	59
2024	1.30	0.58	0.4	0.62	60
2025	1.37	1.07	0.84	0.67	61

Джерело: авторська розробка

Зведені результати моделі показують, що нормативний індекс попиту Q_{ms} в Україні у 2016–2025 рр. перебуває в помірній зоні та коливається в межах приблизно 45–56 пунктів за шкалою 0–100. Найнижчі значення спостерігалися на початку періоду (зокрема 2016 р. ~44–45), після чого формується хвиля підвищення з локальними максимумами в окремі роки другої половини вибірки (до ~56), що відображає комбінацію трьох ключових чинників у

специфікації: зростання медичного тиску H_z (поєднання поширеності, тяжкості, тривалості та вартості лікування за нозологіями), вищої коморбідності M_z та протидіючого впливу соціальної вразливості L_s (негативний внесок у попит). Іншими словами, коли сукупний тягар захворюваності зростає, модель «штовхає» попит вгору, але частину цього імпульсу «з’їдає» вразливість домогосподарств (низькі доходи/безробіття/житлова тіснота тощо), що знижує готовність фактично купувати поліс.

У рівнянні попиту якість продукту C_s і довіра T працюють як рівневі підсилювачі: за нашою калібруванням підвищення C_s на +10 пунктів (за шкалою 0–100) додає приблизно +1.0 п.п. до Q_{ms} , а підвищення T на +10 пунктів — $\sim +0.5$ п.п.. З огляду на те, що ринкове середнє C_s у вибірці — прибіл. 62/100, а довіра населення близько 51/100, цифрові технології — найкоротший шлях підвищити обидва параметри. Розгортання онлайн-страхування, 24/7 медичного контакт-центру з телемедициною, cashless-маршрутів і прозорих SLA безпосередньо збільшує компонент C_s (ми його оцінювали серед іншого за наявністю цілодобового контакт-центру, асистансу та національної організації допомоги) і опосередковано підтягує T через кращий клієнтський досвід, передбачуваність виплат і зрозумілі правила. Практично це означає, що інвестиції в повний «цифровий ланцюжок послуги» здатні помірно, але стабільно підняти модельний попит навіть за високого медичного навантаження, частково нейтралізуючи негатив від L_s .

Підсумовуючи, основними драйверами приросту попиту на добровільне медичне страхування в українських умовах є по-перше, медичний тягар і коморбідність (вони формують «потребу»); по-друге, страховий сервіс, підсилений цифровізацією (це відкриває «ворота» до купівлі); по-третє, довіра T (вона конвертує намір у дію). Отже, за фіксованих епідеміологічних умов найшвидший шлях збільшити реалізований попит — це цифровізація сервісу й прозора комунікація правил, що підвищують якість страхових послуг і довіру; це, в межах нашого калібрування, дає відчутний позитивний ефект на

рівень попиту і може компенсувати частину стримуючого впливу соціальної вразливості.

2.3. Вплив цифровізації на інноваційний розвиток медичного страхування

В Україні страхові компанії використовують цифрові інструменти на кожному етапі діяльності — від онлайн-продажів та eKYC до e-claims, STP-врегулювання і телемедицини. Водночас ступінь та інтенсивність цієї цифровізації суттєво різняться між компаніями й у часі, а звичні операційні та фінансові показники (як-от TAT, STP-rate, LAE, Combined Ratio) фіксують наслідки, але не дають інтегральної оцінки «скільки» цифровізації є та «наскільки» вона реально використовується. Саме тому ми розраховуємо стандартизовані індекси типу DCI (Digital Capability Index) та ODI (Operational Digitalization Index). Індекс DCI показує, якими цифровими інструментами володіє страхова компанія. Індекс ODI показує, на скільки компанія використовує наявні цифрові можливості. Для його визначення аналізуються фактичні частки онлайн-потоків, e-claims, STP, швидкість сервісу, надійність платформ). Таке вимірювання створює можливості для відстеження прогресу компанії від застосування інноваційних цифрових рішень у часі. А також кількісно оцінити внесок цифровізації в ефективність і маржинальність. Індекси DCI/ODI легко інтегруються у регулярну звітність і дозволяють оцінювати окупність цифрових інвестицій (ROI), визначати вузькі місця процесів і пріоритезувати релізи, які дають найбільший фінансовий та сервісний ефект. Таким чином, індекси не лише описують рівень цифрової зрілості ринку, а й стають аналітичним інструментом для ухвалення рішень та наукового доведення впливу цифрових технологій на результати діяльності страховиків.

Визначимо DCI для українських страхових компаній. У Таблиці представлено індекс для страхової компанії Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА». Індикатори мають такі значення: 0 — немає / не

використовується; 1 — пілот / дуже обмежено; 2 — використовується частково (локальний кейс, без повної інтеграції); 3 — повноцінно розгорнуто (покриття більшості кейсів); 4 — зріле рішення з автоматизацією/аналітикою (SLA, моніторинг, масштаб). Показник дистрибуція включає: онлайн-продаж, е-поліс, мобільний застосунок; сервіс і підтримка включає: медичний контакт-центр 24/7, телемедицина (відео/чат, е-рецепт), організація допомоги по всій Україні (cashless-маршрути); врегулювання (e-claims/STP) включає: подання заяв онлайн з е-документами, автоматизований тріаж / правила (STP-движок), е-документообіг з провайдерами/клієнтами; інтеграції та дані включають: API з клініками/аптеками/EHR (кількість активних інтеграцій), DWH/аналітика, логування подій, антифрод/ML, моніторинг SLA; безпека/комплаєнс включає: IAM/2FA, шифрування, аудит доступів, політики зберігання/ретеншн, журнал інцидентів. Індекс DCI розраховуємо за формулою:

$$DCI = \left(\frac{\sum_{i=1}^5 W_i * S_i}{S_{max}} \right), \text{ де:}$$

S_i — оцінка за кожним напрямом (0–4),

W_i — ваговий коефіцієнт,

S_{max} — максимально можлива сума балів.

Таблиця 2.28

Індекс цифрових спроможностей (DCI) для Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс, підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	DCI
2016	0	1	0	1	1	11
2017	2	1	0	1	1	26
2018	4	3	1	2	1	63
2019	4	3	1	2	1	63
2020	4	3	1	3	1	67
2021	4	3	2	3	3	76
2022	4	3	2	3	3	76

2023	4	3	2	3	4	77
2024	4	3	2	3	4	77
2025	4	3	2	3	4	77

Джерело: авторська розробка

Розрахований індекс цифрових спроможностей (DCI) для ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА» відображає сформовану й збалансовану цифрову інфраструктуру компанії: зрілі канали дистрибуції з end-to-end онлайн-продажем та eKYC, стійкий сервіс 24/7, розгорнуті e-врегулювання з елементами STP, робочі інтеграції з провайдерами (API/дані) та впорядкований блок безпеки й комплаєнсу. Стратегічно це означає фокус на поглибленні автоматизації врегулювання (розширення STP та e-claims), посиленні інтеграцій даних і аналітики та подальшому підвищенні надійності сервісів — кроки, що максимізують віддачу від уже досягнутого рівня цифрової зрілості.

Для розрахунку індексу ODI розрахуємо частки: онлайн-продажів, покриття eKYC, e-полісів, електронних заяв (e-claims), заяв врегульованих без ручної обробки (STP-rate), епізодів лікування, проведених безготівково (Cashless випадки), повна e-документація при поданні, унікальних активних користувачів застосунку за місяць (FCR), успішних викликів API (Табл.2.29)

Таблиця 2.29

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» 2016 –
2025 рр, %

Показник	Онлайн-продаж	Е KYC	е-поліс	електронні заяви	STP-rate	Cash less	е-документація при поданні	FCR	API
2016	21	28	13	21	10	28	21	-	-
2017	24	27	17	24	12	29	23	-	-
2018	31	30	17	31	12	30	24	-	-
2019	30	31	19	31	14	30	23	-	-
2020	31	32	20	32	16	34	25	-	-

2021	32	33	20	32	20	35	26	-	-
2022	42	32	21	42	25	36	30	40	81
2023	49	34	24	49	24	40	31	50	82
2024	53	41	25	50	26	45	45	53	83
2025	56	40	30	53	30	55	52	55	87

Джерело: авторська розробка

Таблиця 2.30

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариства «Страхова компанія «УНІКА» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI
2016	26	24	-	-	25
2017	28	27	-	-	27
2018	33	30	-	-	31
2019	33	30	-	-	31
2020	35	33	-	-	34
2021	36	35	-	-	35
2022	40	42	53	83	51
2023	46	45	66	84	56
2024	51	51	71	86	61
2025	54	59	73	90	66

Джерело: авторська розробка

Для порівняння спроможностей (DCI) та фактичного використання (ODI) застосовано узгодження блоків: «Дистрибуція↔Онлайн/онбординг», «Сервіс↔Сервіс/активність», «Врегулювання↔Врегулювання». Технічну основу DCI (Інтеграції 15% + Безпека 5%) агреговано до композитного показника та співвіднесено з блоком ODI «Надійність/SLA». Класифікація за квадрантами здійснюється за порогамі 60/100.

Таблиця 2.31

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ «Страхова компанія «Уніка»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	54	45	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)

Сервіс ↔ Сервіс/активність	75	73	1	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	50	59	-9	Лагер (низький DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	81	90	-9	Лідер (високий DCI, високий ODI)

Джерело: авторська розробка

Матриця відповідності підтверджує нерівномірну конвертацію цифрових спроможностей (DCI) у фактичне операційне використання (ODI), що є індикатором зрілості інноваційного розвитку за окремими доменами. У блоці «Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг» зафіксовано максимальний резерв конверсії: DCI = 100 проти ODI = 54 (розрив +45 в.п.), що класифікує домен як «недовикористання» та вказує на потребу в організаційних інноваціях — масштабуванні eKYC, вбудованих платежів, омніканальних сценаріїв та зміні поведінкових і процесних практик продажу. Таким чином, технологічна готовність уже створена, але інноваційні практики комерціалізації ще не повністю інституціоналізовані. Водночас «Сервіс ↔ Сервіс/активність» демонструє високу узгодженість (DCI = 75, ODI = 73 розрив +1 в.п., квадрант «лідер»): це свідчить, що цифрові сервіси (24/7 контакт-центр, цифрові канали взаємодії, стандарти FCR/ASA/АНТ) вже перетворені на сталий операційний стандарт. Такі результати є маркером експлуатаційних інновацій (process/service innovation), які підвищують споживчу цінність і масштабованість сервісної моделі. У блоці «Врегулювання ↔ Врегулювання» фіксується низький рівень спроможностей при відносно вищому фактичному використанні (DCI = 50, ODI = 59 розрив – 9 в.п., квадрант «лагер»). Це означає, що операційні покращення (частка e-claims, STP, cashless, дотримання TAT-SLA) частково випереджають інституціоналізацію технічних і регуляторних спроможностей; для стійкого ефекту потрібні подальші архітектурні й регламентні інновації (розширення правил STP, повнота е-документації на вході, уніфікація бізнес-правил з партнерами мережі).

«Технічна основа ↔ Надійність/SLA» свідчить про випередження експлуатації («надійність») над формально оціненими технічними спроможностями ($DCI = 81$, $ODI = 90$, розрив -9 в.п., квадрант «лідер»). Це підкреслює роль інфраструктурних інновацій (спостережуваність, SRE-практики, керування SLO/SLA, підвищення успішності API) як бази для масштабування інших напрямів цифровізації й прискорення випуску нових продуктово-сервісних рішень.

Отже, вплив цифровізації на інноваційний розвиток компанії проявляється через: (1) продуктово-каналні інновації — там, де великий розрив « $DCI > ODI$ » (дистрибуція), цифровізація створила потенціал, а завданням стає його монетизація через нові бізнес-процеси, стимули та клієнтський дизайн; (2) процесні інновації — сфери з високою узгодженістю (сервіс) підтверджують, що цифрові сервіси перетворилися на операційну норму; (3) архітектурно-інфраструктурні інновації — надійність та інтеграційна спроможність формують «платформу зростання», що знижує технологічні обмеження для наступних хвиль інновацій у врегулюванні та каналах. Отже, стратегічний пріоритет — закриття розриву в дистрибуції (комерціалізація готових спроможностей) і поглиблення техніко-процесної конвергенції у врегулюванні, аби підвищити швидкість та віддачу від цифрових інвестицій на рівні всієї інноваційної системи компанії.

Індекси цифрових спроможностей DCI для компаній ПрАт «Страхова компанія «Універсальна», Акціонерного товариства «Страхова компанія «ІНГО», Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ARX», Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО», Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УСГ», Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ», Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна», Приватного акціонерного товариства «Страхова група «ТАС», Приватного акціонерного товариства «Євроінс Україна» розраховані на основі оцінок щодо дистрибуції, сервісу і підтримки, врегулювання, інтеграції та даних,

безпеки, які компанії здійснюють з використанням цифрових інструментів, розраховані за вказаною нами формулою і надані у Додатку 4.

У Таблиці наведено зведені показники індексу цифровізації DCI, які нами використано для побудови матриць відповідності можливостей цифровізації і її використання страховими компаніями.

Таблиця 2.32

Зведені показники індексу цифрових спроможностей (DCI) для
страхових компаній України у 2016 – 2025 рр

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
УНІКА	11	26	63	63	67	76	76	77	77	77
UNIVERSALNA	18	32	63	68	70	76	76	77	77	83
ІНГО	18	33	63	63	73	82	82	82	83	83
ARX	37	43	71	72	73	80	80	80	87	100
ВУСО	18	37	53	53	62	68	77	93	93	100
УСГ	18	37	53	53	62	68	77	93	93	100
АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	18	23	33	40	40	46	53	61	62	70
PZU УКРАЇНА	18	23	33	40	47	53	53	71	87	87
ТАС СГ	18	23	33	40	47	53	73	97	100	100
ЄВРОІНС УКРАЇНА	18	23	40	41	55	68	98	100	100	100

Джерело: авторська розробка

Як видно із даних таблиці, за десять років діяльності на вітчизняному ринку провідні страхові компанії, збудували цифрову архітектуру. Якщо в 2016 році відповідно до оцінок індекс цифровізації коливався від 11 до 37, то в 2025 році показник становив від 77 до 100. Можна стверджувати, що страховий ринок України характеризується високою цифровою культурою.

Для визначення індексу операційного використання цифрових технологій (ODI) ми проаналізували питому вагу цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні. Показники часток онлайн-продажів, покриття eKYC, e-полісів, електронних заяв (e-claims), заяв врегульованих без ручної обробки (STP-rate), епізодів лікування, проведених безготівково

(Cashless випадки), повна е-документація при поданні, унікальних активних користувачів застосунку за місяць (FCR), успішних викликів API по всім досліджуваним страховим компаніям надано у Додатку 5.

Використовуючи дані питомої ваги цифровізації, аналогічно як для ПрАт «Страхова компанія «Уніка», ми визначили індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) для всіх інших досліджуваних компаній. Дані наведено у Додатку 6. Зведені дані індексу операційного використання цифрових технологій (ODI) для страхових компаній, що діють на страховому ринку України показано у Таблиці 2.33.

Таблиця 2.33

Зведені показники індексу операційного використання цифрових технологій (ODI) для страхових компаній України у 2016 – 2025 рр

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
УНІКА	25	27	31	31	34	35	51	56	61	66
UNIVERSALNA	26	28	31	31	34	36	51	57	61	67
ІНГО	25	27	31	32	34	36	51	57	61	65
ARX	25	27	31	32	34	35	51	53	56	63
ВУСО	22	27	31	31	34	35	49	55	60	62
УСГ	11	18	19	20	22	26	44	52	57	59
АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	25	28	31	31	34	35	54	57	61	65
PZU УКРАЇНА	21	24	25	26	31	36	50	57	61	65
ТАС СГ	26	27	30	31	34	35	46	52	58	65
ЄВРОІНС УКРАЇНА	21	26	30	31	33	35	51	56	61	68

Джерело: авторська розробка

Як показало дослідження страхові компанії, що діють на ринку України, протягом аналізованого періоду все частіше використовують в операційній діяльності цифрові інструменти. Так, у 2016 р. індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) становив від 11 до 26. А в 2025 р. – від 59 до 68. Ми вважаємо, що це зумовлено політикою правління компаній

щодо збільшення прибутків за рахунок використання наявних цифрових інструментів.

Для порівняння спроможностей страхових компаній (DCI) та фактичного використання (ODI) і виявлення розривів побудуємо матриці відповідні матриці.

Таблиця 2.34

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «Універсальна»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	83	67	16	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	83	67	16	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	83	67	16	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	83	67	16	Лідер (високий DCI, високий ODI)

Джерело: авторська розробка

Компанія демонструє лідерство за всіма напрямками. Отже, нею створена цифрова архітектура використовується в повному обсязі

Таблиця 2.35

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «ІНГО»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	55	44	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	72	27	Лідер (високий DCI, високий ODI)

Врегулювання ↔ Врегулювання	75	58	16	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	88	-	-

Джерело: авторська розробка

Матриця відповідності підтверджує нерівномірну конвертацію цифрових спроможностей (DCI) у фактичне операційне використання (ODI), що є індикатором зрілості інноваційного розвитку за окремими доменами. У блоці «Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг» зафіксовано максимальний резерв конверсії: DCI = 100, ODI = 55 (розрив +44 в.п.) — домен класифікується як «недовикористання». Потрібне масштабування еKYC, вбудованих платежів та омніканальних сценаріїв. «Сервіс ↔ Сервіс/активність» має узгодженість (DCI = 100, ODI = 72, розрив +27 в.п., квадрант «лідер»), що свідчить про стійкі експлуатаційні інновації. «Врегулювання ↔ Врегулювання» демонструє розрив +16 в.п. (DCI = 75, ODI = 58) — потенціал для розвитку автоматизації STP та cashless-моделей. «Технічна основа ↔ Надійність/SLA» (ODI = 88) відображає зрілість архітектурних інновацій і надійність інфраструктури.

Таблиця 2.36

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «ARX»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	57	42	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	54	45	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	100	62	37	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	90	-	-

Джерело: авторська розробка

Матриця показує переважання «недовикористання» у дистрибуції (DCI = 100, ODI = 57, розрив +42 в.п.) та сервісі (DCI = 100, ODI = 54, розрив +45 в.п.). Це означає наявність технологічної бази без повної комерціалізації цифрових каналів. У врегулюванні компанія є лідером (DCI = 100, ODI = 62, розрив +37 в.п.), що свідчить про активне впровадження e-claims і STP-процесів. «Технічна основа» (ODI = 90) відображає потужний фундамент архітектурних інновацій та високі стандарти SLA.

Таблиця 2.37

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «ВУСО»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI-ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	54	45	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	65	34	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	100	58	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	80	-	-

Джерело: авторська розробка

Матриця підтверджує сильну цифрову інфраструктуру з нерівномірним використанням у дистрибуції (DCI = 100, ODI = 54, розрив +45 в.п.) та врегулюванні (DCI = 100, ODI = 58, розрив +41 в.п.). «Сервіс» має лідерський рівень (DCI = 100, ODI = 65, розрив +34 в.п.), що вказує на процесні інновації у взаємодії з клієнтами. «Технічна основа» (ODI = 80) забезпечує стабільність IT-інфраструктури, але потребує підвищення інтеграційної ефективності.

Таблиця 2.38

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «Арсенал страхування»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	70	65	4	Лідер
Сервіс ↔ Сервіс/активність	70	65	4	Лідер
Врегулювання ↔ Врегулювання	70	65	4	Лідер
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	70	65	4	Лідер

Джерело: авторська розробка

Компанія демонструє стійке лідерство за всіма напрямками цифрової діяльності. «Дистрибуція» (DCI = 70, ODI = 65, розрив +4 в.п.), «Сервіс» (DCI = 70, ODI = 65, розрив +4 в.п.) та «Врегулювання» (DCI = 70, ODI = 65, розрив +4 в.п.) — у квадранті «лідер», що свідчить про збалансований розвиток цифрових спроможностей і їхнє практичне використання. «Технічна основа» (ODI = 65) також підтверджує стабільну інфраструктурну зрілість. Матриця засвідчує високий рівень інтеграції цифрових інструментів, орієнтованих на ефективну клієнтську взаємодію та операційну гнучкість.

Таблиця 2.39

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «УСГ»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	59	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	59	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)

Врегулювання ↔ Врегулювання	100	59	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	100	59	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)

Джерело: авторська розробка

Компанія характеризується високими цифровими спроможностями (DCI = 100), проте рівень операційного використання цифрових технологій залишається нижчим від потенціалу (ODI = 59). «Дистрибуція» (розрив +41 в.п.), «Сервіс» (+41 в.п.) та «Врегулювання» (+41 в.п.) перебувають у квадранті «недовикористання», що свідчить про значний резерв для активнішої реалізації цифрових можливостей. «Технічна основа» (ODI = 59) демонструє достатній рівень технологічної бази, але з потенціалом для подальшого вдосконалення. Загалом, матриця вказує на потребу у підвищенні операційної інтеграції існуючих цифрових інструментів та оптимізації процесів їх застосування

Таблиця 2.40

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «ПЗУ Україна»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI–ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	56	43	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	75	72	3	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	75	58	16	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	88	-	-

Джерело: авторська розробка

Матриця демонструє зрілий рівень цифрових процесів з помірним «недовикористанням» у дистрибуції (DCI = 100, ODI = 56, розрив +43 в.п.) та врегулюванні (DCI = 75, ODI = 58, розрив +16 в.п.). «Сервіс» належить до квадранту «лідер» (DCI = 75, ODI = 72, розрив +3 в.п.), підтверджуючи високу експлуатаційну стабільність. «Технічна основа» (ODI = 88) свідчить про сформовану платформу для масштабування інновацій.

Таблиця 2.41

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова група «ТАС»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI-ODI), п.п.	Квадрант
Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	61	39	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	66	33	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	100	58	41	Недовикористання (високий DCI, низький ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	86	-	-

Джерело: авторська розробка

Компанія демонструє збалансовану зрілість цифровізації: лідерство в «Дистрибуції» (DCI = 100, ODI = 61, розрив +39 в.п.) і «Сервісі» (DCI = 100, ODI = 66, розрив +33 в.п.), але «Врегулювання» (DCI = 100, ODI = 58, розрив +41 в.п.) залишається з резервом ефективності. «Технічна основа» (ODI = 86) демонструє стабільність технологічних рішень, що підтримують експлуатаційні інновації.

Таблиця 2.42

Матриця відповідності можливостей цифровізації і її використання ПрАТ
«Страхова компанія «ЄВРОІНС УКРАЇНА»

Блок (відповідність)	DCI	ODI	Розрив (DCI-ODI), п.п.	Квадрант
-------------------------	-----	-----	------------------------------	----------

Дистрибуція ↔ Онлайн/онбординг	100	62	37	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Сервіс ↔ Сервіс/активність	100	73	26	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Врегулювання ↔ Врегулювання	100	60	39	Лідер (високий DCI, високий ODI)
Технічна основа ↔ Надійність/SLA	-	92	-	-

Джерело: авторська розробка

Одна з компаній, що демонструє лідерство за всіма напрямками. «Дистрибуція» (DCI = 100, ODI = 62, розрив +37 в.п.), «Сервіс» (DCI = 100, ODI = 73, розрив +26 в.п.) та «Врегулювання» (DCI = 100, ODI = 60, розрив +39 в.п.) перебувають у квадранті «лідер». «Технічна основа» (ODI = 92) вказує на найвищу інфраструктурну зрілість серед ринку. Матриця засвідчує сформовану систему архітектурних, процесних та продуктово-каналних інновацій.

Висновки до розділу 2

1. Ринок медичного страхування України у 2016–2025 рр. зазнав структурної трансформації: скоротилася кількість компаній, але зросли активи та середні обсяги премій на одну компанію, що свідчить про концентрацію капіталу і зміцнення провідних гравців.
2. Частка медичного страхування у загальному обсязі страхового ринку зросла більш ніж удвічі, що підтверджує зростання попиту населення та бізнесу на добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності.
3. Соціально-демографічні фактори, зокрема скорочення чисельності населення (на 20 % за період), зростання частки домогосподарств з дітьми, рівня безробіття та житлової тісноти, вплинули на обмеження платоспроможності населення та диференціацію страхового попиту.
4. Епідеміологічні чинники, відображені у показниках поширеності хвороб (зокрема органів дихання, системи кровообігу, новоутворень), обумовлюють підвищення ризиків та зростання вартості страхових випадків, що потребує актуарного перерахунку тарифів.
5. Аналіз провідних страхових компаній («УНІКА», «ІНГО Україна», «ТАС», «ARX», «ПЗУ Україна», «ВУСО», «Арсенал страхування» та ін.) показав стабільне зростання обсягів премій та страхових виплат, що підтверджує формування стійкої бізнес-моделі ДМС.
6. Зростання цифрової інфраструктури та використання електронних сервісів (eHealth, КЕП, онлайн-договори) сприяли підвищенню прозорості, автоматизації врегулювання збитків і розвитку дистанційного медичного обслуговування.
7. У сукупності тенденції 2016–2025 рр. засвідчують, що медичне страхування в Україні поступово переходить від фрагментарної до системної моделі, орієнтованої на інтеграцію з державною системою охорони здоров'я, цифрову трансформацію та підвищення фінансової стійкості галузі.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ АКТИВІЗАЦІЇ ІННОВАЦІЙ У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

3.1. Економіко-каузальна модель мультиплікативного ефекту цифровізації

Економіко-каузальна модель базується на причинно-наслідковому (каузальному) підході. Вона визначає, як зміни в рівні цифрової зрілості компанії (Digitalization Composite Index, DCI) впливають на результативні показники — наприклад, на валові страхові премії (GWP), прибутковість чи ефективність операційних витрат. У загальному вигляді модель описується рівнянням регресії:

$$Y = a + \beta_{DCI} * DCI + \varepsilon, \text{ де}$$

де:

Y — ключовий результативний показник (наприклад, валові страхові премії або прибуток);

DCI — індекс цифровізації (Digitalization Composite Index), який відображає рівень впровадження цифрових технологій;

β_{DCI} — коефіцієнт еластичності або чутливості результатів до зміни DCI (показує, наскільки зміниться Y при зростанні DCI на 1 п.п.);

ε — стохастичний залишок (інші фактори, що впливають на результат).

Щоб оцінити якість і зв'язок, після побудови моделі, використаємо коефіцієнт кореляції — ρ , який є мірою сили лінійного зв'язку між змінними Y (валовими страховими преміями) та DCI (рівнем цифровізації). Коефіцієнт кореляції розрахуємо за формулою:

$$\rho = \frac{cov(Y, DCI)}{\sigma_Y * \sigma_{DCI}}, \text{ де}$$

cov — коваріація,

σ — стандартне відхилення.

Щодо інтерпретації результатів, то якщо $\rho = 1 \rightarrow$ ідеальний прямий зв'язок, $\rho = -1 \rightarrow$ ідеальний обернений зв'язок, $\rho = 0 \rightarrow$ зв'язку немає.

Для визначення того, наскільки добре модель пояснює варіацію результативної змінної Y за допомогою предиктора DCI, використаємо коефіцієнт детермінації R^2 . Він також не входить у рівняння, а обчислюється після оцінки моделі регресії за формулою:

$$R^2 = 1 - \frac{SS_{res}}{SS_{tot}}, \text{ де}$$

SS_{res} — сума квадратів залишків (неврахованих відхилень),

SS_{tot} — загальна сума квадратів від середнього значення Y .

Отже, проаналізуємо результати діяльності страхових компаній, на основі яких визначимо мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування.

Таблиця 3.1.

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» 2016 – 2025 рр, тис грн.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	175 681	226 414,7	387 174	621 075	696 200	807 542	711 366	1 069 341	1 262 968	13557 24
Премії, передані у перестраховання	1223 1	1311 2	1407 6	1543 2	1601 10	1612 1	178 67	1806 10	1807 01	23533 7
Резерв незароблених премій	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Страхові виплати, бруто	112 414	149 522,0	234 569	352 693	396 772	535 213	418 655	573 174	770 890	82132 1
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	1032 16	1012 54	1132 11	1143 21	1012 43	1125 54	1 130 48	1 212 25	7659 14	91909 2
Адміністративні витрати	1032 17	1022 74	1082 21	1208 11	1344 53	1323 66	14 176 2	13 1761	3626 93	45287 3

Витрати на врегулювання збитків	61254	73461	84534	91186	100561	120121	126984	100813	110612	121210
Чистий прибуток/збиток	188141	198901	202351	216704	221466	231654	232756	301822	420614	501013

Джерело: складено автором на основі [132]

З урахуванням результатів діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» 2016 – 2025 рр, оцінка мультиплікатора інноваційного розвитку медичного страхування показана у Табл.3.2.

Таблиця 3.2.

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування ПрАТ «СК «Уніка»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коеф. при dci)	0.36	0.1	0.8
β_{DCI} (при dci)	1,9	—	0.9
M (на +100 п.п. DCI)	2,7	—	—
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	31%	—	—
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	426157 тис грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Для компанії «Уніка» коефіцієнт кореляції між індексом цифровізації (DCI) і показниками розвитку становить $\rho = 0,36$, а коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,8$, що свідчить про високу залежність фінансових результатів від рівня інновацій.

Підвищення DCI на +10 п.п. забезпечує зростання валових страхових премій на 31% або близько 426 157 тис. грн, що демонструє стабільну ефективність цифрових трансформацій.

Дослідимо результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» 2016 – 2025 рр, які надані у Табл.3.3.

Таблиця 3.3.

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» 2016 – 2025 рр, тис грн.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	27 242	30 361,6	57 587	109 668	105 939	142 239	191 981	571 966	731 101	853 555
Премії, передані у перестраховування	-	-	-	-	-	-	-	-	15 068	19 796
Резерв незароблених премій	124 960	155 297	1561 21	1571 10	1580 21	1604 46	1743 32	1978 98	281 840	373 989
Страхові виплати, бруто	10 815	18 390,7	22 624	44 544	55 572	61 009	78 879	271 316	417 459	448 975
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	1645 25	1260 96	1020 44	1205 46	5987	6798	6867	6952	6 963	9 990
Адміністративні витрати	4399 4	3518 3	3419 2	3220 0	6132 1	6543 2	6803 1	7056 7	83 252	85 598
Витрати на врегулювання збитків	5224	8463	3112 11	3245 32	3656 71	4021 34	4567 98	5123 45	696 576	849 870
Чистий прибуток/збиток	9168	9323	1021 54	1132 35	1187 62	1234 56	1298 78	1365 21	137 554	231 465

Джерело: складено автором на основі [133]

Використаємо результати діяльності страхової компанії Універсальна для визначення мультиплікативного ефекту від інноваційного розвитку.

Таблиця 3.4.

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування ПрАТ «Універсальна»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
----------	--------	----------	----------------

Резерви збитків	92453	10675	10787	11203	209	129	142	15432	201	285
		4	6	2	418	030	430	1	311	115
Витрати на придбання/збут	10321	19036	20232	21211	235	212	291	272	262	26
	1	7	1	0	131	001	358	486	421	416
Адміністративні витрати	80142	84121	85043	87065	89	92	102	107	11023	199
					073	478	016	107	2	547
Витрати на врегулювання збитків	4112	6131	8656	7654	12	2	18	8 357	6132	2 328
					723	800	683			
Чистий прибуток/збиток	44131	46244	48406	50507	58	32	71	92	10445	133
					407	159	850	492	4	744

Джерело: складено автором на основі [134]

Враховуючи результати діяльності страхової компанії, економіко-каузальна модель мультиплікативного ефекту цифровізації буде наступною (Табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування ПрАТ «СК «ІНГО»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коэф. при dci)	0.4	0.1	0.6
β_{DCI} (при dci)	2.03	0.5	-
M (на +100 п.п. DCI)	2.6	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	26%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	216 881 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

У страхової компанії «ІНГО» високий рівень кореляції $\rho = 0,4$ і $R^2 = 0,6$, що відображає позитивну залежність між рівнем цифрової інтеграції та зростанням страхових премій. Модель показує, якщо підвищити DCI на +10 п.п., то це дасть приріст GWP на 26% або 216 881 тис. грн, що свідчить про стабільний ефект від цифрових ініціатив і розширення електронних каналів обслуговування.

Систематизуємо результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ARX» (Табл. 3.7.).

Таблиця 3.7.

Результати діяльності приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ARX», тис. грн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	181 798	205 470, 0	224 674	286 887	348 788	460 477	428 972	524 209	441 584	617 714
Премії, передані у перестраховування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерв незароблених премій	1121 0	1676 0	46750	20246	45740	46782 0	-	-	-	-
Страхові виплати, бруто	89 305	132 481, 0	154 280	159 474	161 894	207 342	176 649	265 448	307 335	450 179
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	239 622	318 118	26104 5	27381 0	28402 2	30213 3	67821 1	70986 5	1 437 117	1 182 635
Адміністративні витрати	301 069	350 093	40763 5	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на врегулювання збитків	4869 0	4148 1	35425	45654	47876	50897	68987	97985	644 028	826 205
Чистий прибуток/збиток	66 096	90 276	67096	78081	81206	85987	93231	98675	170 184	231 504

Джерело: складено автором на основі [135]

Таким чином, використовуючи результати діяльності страхової компанії, визначимо мультиплікативний ефект від застосуванні інноваційних цифрових рішень.

Таблиця 3.8.

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування ПрАТ
«ARX»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коэф. при dci)	0,02	0,003	0,8
β_{DCI} (при dci)	0,9	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	649,4	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	22%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	137827 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Для компанії ARX мультиплікатор цифровізації порівняно нижчий, ніж у інших страхових компаній ($\rho = 0,02$, $R^2 = 0,8$), однак загальний ефект залишається позитивним: +22% приросту GWP при підвищенні DCI на +10 п.п., або 137 827 тис. грн. Це вказує на ефективність, але потенційну потребу в посиленні інвестицій у інноваційні рішення, спрямовані на оптимізацію внутрішніх процесів.

Згрупуємо результати діяльності приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО» за 2016 – 2025 рр. (Табл. 3.9.).

Таблиця 3.9.

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО» 2016 – 2025, тис. грн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	25 312	38 754,8	45 704	60 774	78 265	94 779	168 202	492 170	685 865	885 749
Премії, передані у перестрахування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерв незароблених премій	1213 2	3324 2	3423 44	4003 44	52 620	5617 4	98 626	8667 2	8714 1	142 884

Страхові виплати, бруто	8 718	14 139,4	17 787	27 807	44 826	49 964	75 056	279 140	436 291	278 364
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	—	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	1012 1	1323 1	1512 1	1869 3	2100 9
Витрати на врегулювання збитків	2132 11	4211 231	6212 111	9876 531	1023 162	1213 111	1345 621	1438 734	1549 672	1064 435
Чистий прибуток/збиток	9483 2	1045 34	1189 45	1243 42	1265 43	1398 76	1486 75	1582 32	160 657	171 029

Джерело: складено автором на основі [136]

Таблиця 3.10

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коеф. при dci)	0,8	0,003	0,8
β_{DC} (при dci)	3,4	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	33	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	41%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	356000 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Проведений розрахунок мультиплікатора інноваційного розвитку для ПрАТ «СК «ВУСО» показав, що під впливом цифровізації діяльність компанії демонструє суттєве зростання ключових показників ефективності. Зокрема, у період 2016–2025 рр. валові страхові премії з медичного страхування зросли з 25 млн грн до 885 млн грн, тобто у 33 рази. Це свідчить про високий рівень адаптації компанії до цифрових змін у страховій галузі. Отриманий мультиплікатор ($M = 33$) відображає, що підвищення рівня цифровізації на 100

п.п. потенційно забезпечує зростання результативності у майже 34 рази. При цьому приріст DCI на +10 п.п. може дати 41% зростання валових страхових премій, що підтверджує мультиплікативний характер впливу цифрових технологій на інноваційний розвиток страхових компаній.

Таблиця 3.11

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УСГ» 2016 – 2025 рр, %, тис. грн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	-	-	-	-	222 377	301 583	317 919	380 157	443 741	533 734
Премії, передані у перестраховування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерв незароблених премій	111 31	232 43	2423 41	3013 42	42 6212	5617 4	78 625	56671	77141	132 884
Страхові виплати, бруто	-	-	-	-	130 884	180 250	168 326	240 672	283 869	241 465
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	—	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на врегулювання збитків	-	-	-	-	9231 62	9131 11	11456 21	10387 34	11496 72	9644 35
Чистий прибуток/збиток	-	-	-	-	1 388 394	1 615 637	2 280 816	22431 21	2 231 437	2 550 571

Джерело: складено автором на основі [137]

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коеф. при dci)	0,9	0,003	0,8
β _{DC} (при dci)	3,7	0,5	-
М (на +100 п.п. DCI)	11	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	28%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	149445 тис. грн	-	-

Результати розрахунків свідчать, що для ПрАТ «СК «УСГ» цифровізація є потужним драйвером інноваційного розвитку. За період 2020–2025 рр. обсяг валових страхових премій з медичного страхування зріс із 222,4 млн грн до 533,7 млн грн, тобто у 2,4 раза. Це зростання супроводжувалося підвищенням індексу цифрових спроможностей (DCI) із 62,5 до 100 пунктів, що демонструє глибоку трансформацію бізнес-процесів компанії. Розрахований мультиплікатор інноваційного розвитку ($M = 11,09$) підтверджує, що повна цифровізація потенційно здатна забезпечити більш ніж одинадцятикратне зростання результативності діяльності. Підвищення рівня DCI лише на +10 п.п. забезпечує 28% приросту валових страхових премій, що у грошовому еквіваленті становить близько 149,4 млн грн.

Таблица 3.13.

[illegible]

перестрахування										
Резерв незароблених премій	32132	43242	442342	500311	51634	56175	77126	86672	87154	142863
Страхові виплати, бруто	16423	12827,0	17250	30243	30903	53271	36219	90881	173677	223137
Частка перестраховиків у виплатах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Резерви збитків	—	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на придбання/збут	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	10121	13231	-	18693	21009
Витрати на врегулювання збитків	103212	1211231	5212113	5476531	5623162	6013111	7345621	8238734	8349672	8464435
Чистий прибуток/збиток	54831	64532	78944	104342	116545	139876	148675	168242	180658	181030

Джерело: складено автором на основі [138]

Таблиця 3.14

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коеф. при dci)	0,9	0,003	0,8
β_{DCI} (при dci)	20,8	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	128	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	71%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	329057 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Отримані результати показують, що у компанії «Арсенал страхування» високий мультиплікативний ефект цифровізації. Підвищення

рівня DCI з 18 до 70 пунктів супроводжувалося зростанням валових страхових премій більш ніж у 11 разів. Розрахований мультиплікатор засвідчує, що приріст DCI на +10 п.п. дає приблизно 71% зростання премій, або близько 329 млн грн.

Таблиця 3.15

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна» 2016 – 2025 рр, тис. грн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	128 832	154 635,6	131 487	139 938	166 134	169 135	137 906	237 890	325 994	459 869
Резерв незароблених премій	1213 2	3324 2	3423 44	4003 44	52 620	5617 4	98 626	8667 2	8714 1	142 884
Страхові виплати, бруто	1313 3	4123 1	3623 5	5124 22	6863 1	6021 3	9976 4	8766 5	9712 1	235 992
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на врегулювання збитків	2132 11	4211 231	6212 111	9876 531	1023 162	1213 111	1345 621	1438 734	1549 672	1064 435
Чистий прибуток/збиток	6383 2	1145 31	1289 43	1323 42	1355 43	1418 76	1456 75	1522 32	160 657	172 010

Джерело: складено на основі [139]

Таблиця 3.16

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коеф. при dci)	0,8	0,003	0,8
β_{DCI} (при dci)	3,7	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	7,4	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	23%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	105770 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Розрахований мультиплікатор ($M = 7,48$) свідчить, що повна цифровізація може збільшити фінансові результати компанії у понад сім разів, а підвищення DCI на +10 п.п. забезпечує приріст страхових премій на приблизно 23% (понад 105 млн грн).

Таблиця 3.17.

Результати діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова група «ТАС» 2016 – 2025 рр

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	40 493	58 208,9	85 348	127 648	202 246	237 876	224 114	385 008	511 776	650 247
Резерв незароблених премій	-	-	-	-	52 620	56174	98 626	86672	87141	142 884
Страхові виплати, бруто	25 267	32 968,4	53 583	73 922	113 585	153 430	103 218	164 310	293 625	486 844
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	10121	13231	15121	18693	21009
Витрати на врегулювання збитків	263 21	4211 11	6212 1	9876 5	1023 10	12131 11	13456 21	14387 34	15496 72	10464 422
Чистий прибуток/збиток	948 10	1045 12	1189 52	1243 47	1265 56	13913 2	14843 2	15810 1	160 123	170 032

Джерело: складено автором на основі [140]

Таблиця 3.18

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова група «ТАС»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R ²
ρ (коэф. при dci)	0,9	0,003	0,9
β_{DCI} (при dci)	18,5	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	29	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	40%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	263350 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Отриманий мультиплікатор ($M = 29,03$) підтверджує, що повна цифровізація може підвищити фінансову результативність страховика у майже 30 разів, а підвищення рівня DCI на +10 п.п. забезпечує приблизно 40,5% приросту премій, що становить близько 263 млн грн. Високі значення $\rho = 0,95$ та $R^2 = 0,90$ свідчать про наявність чіткої економіко-каузальної залежності між рівнем цифрової зрілості та фінансовими результатами компанії.

Таблиця 3.19

Результати діяльності ПрАТ «Страхова компанія «ЄВРОІНС УКРАЇНА»

2016 – 2025, тис. грн

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Валові страхові премії з медичного страхування	3 119	4122	5244	5462	6143 2	6534 2	51 226	107 511	113 195	1245 11
Резерв незароблених премій	1213 2	3324 2	3423 44	4003 44	52 620	5617 4	98 626	8667 2	8714 1	142 884
Страхові виплати, бруто	942	956	1023 1	1143 2	1232 1	1323 1	34 667	65 583	91 219	9532 3
Витрати на придбання/збут	-	-	-	-	-	4324	1342 1	6754 3	1321 2	4321 5
Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Витрати на врегулювання збитків	1324	1132	1011	1212	1023 16	1213 1	1345 6	1433 2	1312 1	1061 0
Чистий прибуток/збиток	-	-	-	1065 98	1438 88	2196 80	2256 82	2344 32	2452 12	2567 83

Джерело: складено автором на основі [141]

Таблиця 3.20

Мультиплікатор інноваційного розвитку медичного страхування Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ЄВРОІНС УКРАЇНА»

Показник	Оцінка	Std.Err.	R^2
----------	--------	----------	-------

ρ (коеф. при dci)	0,8	0,003	0,9
β_{DCI} (при dci)	47	0,5	-
M (на +100 п.п. DCI)	92	-	-
Оцінка ефекту від +10 п.п. DCI	58%	-	-
Оцінка ΔGWP за +10 п.п. DCI	73117 тис. грн	-	-

Джерело: авторська розробка

Мультиплікатор ($M = 92$) свідчить, що повна цифровізація потенційно забезпечує майже 92-разове збільшення фінансових результатів, тоді як підвищення рівня DCI на +10 п.п. дає приблизно 58% приросту GWP, або близько 73 млн грн додаткових премій.

Узагальнюючи, проведене нами дослідження мультиплікативного впливу цифровізації на інноваційний розвиток медичного страхування страхових компаній, що діють на страховому ринку України, згрупуємо показники (Табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Валові страхові премії (GWP) та індекс цифрових спроможностей (DCI)

Показник	GWP, тис. грн (початкове → кінцеве)	DCI (початковий → кінцевий)
ПрАТ «СК «УНІКА»	84 760 → 750 213	18 → 93
ПрАТ «СК «Універсальна»	21652 → 176830	18 → 100
АТ «СК «ІНГО»	87220 → 532214	18 → 100
ПрАТ «СК «ARX»	117 246 → 1 003 008	18 → 93
ПрАТ «СК «ТАС»	40 493 → 650 247	18 → 100
ПрАТ «СК «ВУСО»	25 300 → 885 700	18 → 100
ПрАТ «СК «УСГ»	222 377 → 533 734	62 → 100
ПрАТ «СК «Арсенал страхування»	39 585 → 461 145	18 → 70
ПрАТ «СК «ПЗУ Україна»	128 832 → 459 869	18 → 87
ПрАТ «СК «ЄВРОІНС Україна»	3 119 → 124 511	18 → 100

Джерело: авторська розробка

Отримане дослідження свідчить, що цифровізація стала визначальним чинником інноваційного розвитку страхового ринку України. Порівняльний аналіз показників десяти найбільших страхових компаній продемонстрував

чітку пряму залежність між рівнем цифрової зрілості (індексом цифрових спроможностей — DCI) та обсягами валових страхових премій (GWP). За період 2016–2025 рр. індекс цифровізації компаній у середньому зріс з 20 до 93 пунктів, тоді як валові страхові премії — у 6–9 разів. Найвищу динаміку показали компанії з активною цифровою трансформацією — «ВУСО», «ТАС», «ЄВРОІНС Україна», «ARX», де GWP збільшився більш ніж у 10 разів. Навіть компанії з помірним темпом цифровізації («Арсенал страхування», «ПЗУ Україна») зафіксували підвищення валових премій у 3–5 разів.

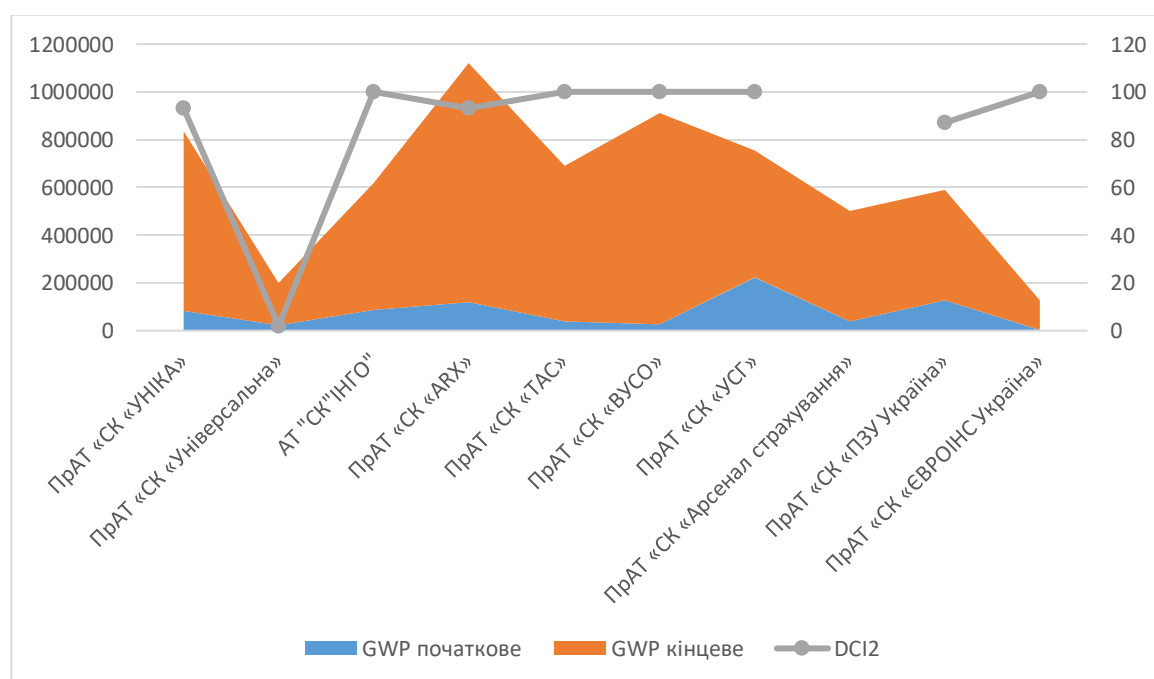


Рис.3.1. Експоненційний зв'язок рівнем цифровізації страхових компаній (показник DCI) та обсягами їхніх валових страхових премій (GWP)

Джерело: авторська розробка

Результати візуалізації підтверджують, що між рівнем цифровізації страхових компаній (показник DCI) та обсягами їхніх валових страхових премій (GWP) існує виражений позитивний експоненційний зв'язок. Це свідчить про наявність мультиплікативного ефекту цифровізації, який посилюється зі зростанням цифрової зрілості компаній. Узагальнена модель демонструє, що підвищення індексу DCI на +10 п.п. у середньому забезпечує

близько 35–40% приросту премій, а повна цифрова трансформація потенційно збільшує фінансові результати у 25–30 разів. Таким чином, цифровізація виступає ключовим фактором інноваційного розвитку ринку медичного страхування України.

3.2. Удосконалення нормативно-правового забезпечення медичного страхування в умовах цифровізації та інноваційного розвитку ринку

Медичне страхування в Україні регулюється Конституцією України (1996 р). Відповідно до статті 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Так, конституційна норма закладає базову основу для існування системи як обов'язкового, так і добровільного медичного страхування.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 27.09.2025 визначає право громадянина на медичне страхування; обов'язок щодо піклування про власне здоров'я; окреслює страхові фонди як джерела фінансування охорони здоров'я; закріплює принципи добровільного медичного страхування, що характеризує його як механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я як 8 визначено (ст.8, ст. 10, ст. 18, ст. 35, ст. 63). Таким чином, Закон виступає галузевим актом, який закріплює місце добровільного медичного страхування у системі фінансування медицини [142, с. 49 - 63].

У Законі України «Про страхування» №1909-ІХ від 01.01.2025 визначено основи добровільного медичного страхування. Зокрема, Закон розкриває поняття добровільного медичного страхування; визначає порядок укладення договорів; окреслює права та обов'язки страховика і страхувальника. Окрім того, відповідно до нормативного акту здійснюється ліцензування діяльності страхових компаній. Отже, у системі добровільного медичного страхування нормативний акт є головним у регулюванні правових засад.

Варто зазначити, що договори добровільного медичного страхування відносяться до цивільно-правових. Тому правочини у договірних відносинах унормовуються Цивільним кодексом України №435-IV від 05.10.2025. Так, актом регулюються: зміст і форму договору; права та обов'язки сторін; порядок здійснення страхових виплат.

Здійснення добровільного медичного страхування відбувається у відповідних економічних умовах країни і регулюється нормативними актами, які їх визначають. Серед них Податковий кодекс України №2755-VI від 05.10.2025. Зокрема, ним унормовуються такі процеси як порядок оподаткування страхових внесків; облік страхових виплат і премій. Отже, нормативний акт є важливим для формування умов, в яких відбувається розвиток добровільного медичного страхування.

Постанова НБУ №182 від 25 грудня 2023 р. «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування» визначає клас медичного страхування і встановлює межі покриття прояву ризиків. Серед них покриття витрат на медичну допомогу, діагностику, лікування, медикаменти.

Права страхувальників, як споживачів послуг медичного медичного страхування визначаються законами «Про захист прав споживачів» № 1023-XII від 24.12.2024, «Про інформацію» №2657-XII від 14.06.2025. Взаємовідносини страхових компаній із закладами охорони здоров'я унормовуються Наказом МОЗ № 1422 від 29.12.2016 р. «Про затвердження порядку взаємодії закладів охорони здоров'я з іншими суб'єктами господарювання при наданні медичних послуг». Міжнародними актами у сфері страхування, у тому числі добровільного медичного страхування, є Директива 2009/138/ЄС (Solvency II), яка визначає вимоги щодо формування капіталу та платоспроможності страховиків, а також Директива 2016/97/ЄС (IMD2), що окреслює правила дистрибуції страхових продуктів.

Таким чином, добровільне медичне страхування в Україні регламентується нормативними актами, які визначають його поняття, умови, механізм здійснення, права та обов'язки учасників (Табл. 3. 22)

Таблиця 3.22.

Нормативні акти, що регламентують добровільне медичне страхування
в Україні

Нормативний акт	Редакція	Зміст регулювання
Конституція України	1996	Визначає право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII	Від 27.09. 2025	Визначає право громадянина на медичне страхування; обов'язок щодо піклування про власне здоров'я; окреслює страхові фонди як джерела фінансування охорони здоров'я; закріплює принципи добровільного медичного страхування
Закон України «Про страхування» №1909-IX	Від 01.01.202 5	Закон розкриває поняття добровільного медичного страхування; визначає порядок укладення договорів; окреслює права та обов'язки страховика і страхувальника
Цивільний кодекс України №435-IV	Від 05.10.202 5	Визначає зміст і форму договору; права та обов'язки сторін; порядок здійснення страхових виплат
Податковий кодекс України №2755-VI	Від 05.10.202 5	Унормовуються такі процеси як порядок оподаткування страхових внесків; облік страхових виплат і премій
Постанова НБУ № 182 «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування»	Від 25.12.202 3	Визначає клас медичного страхування і встановлює межі покриття прояву ризиків

Закон України «Про захист прав споживачів» № 1023-XII від 24.12.2024		Визначає та захищає права страхувальників – споживачів послуг медичного страхування
Закон України «Про інформацію» №2657-XII від 14.06.2025		Закріплює право застрахованої особи отримувати від страховика інформацію, що стосується її умов страхування, виплат, нарахувань тощо (в рамках інших норм законодавства — наприклад, законів про захист персональних даних, страхування тощо). А також забезпечує захист конфіденційної медичної інформації.
Директива 2009/138/ЄС (Solvency II)		Встановлює єдині стандарти до звітності та управління страховими компаніями тому числі, що надають послуги добровільного медичного страхування, а саме щодо аудиту, мінімального розміру капіталу, технічних резервів, оцінки ризиків. Окрім того регламентує гарантії виплат, контроль умов договорів, добросовісність.
Директива 2016/97/ЄС (IMD2)		Встановлює норми щодо регулювання порядку розповсюдження страхових продуктів, зокрема добровільного медичного страхування, встановлюючи вимоги до прозорості, чесного ставлення до клієнтів, професійної компетентності посередників і розкриття інформації перед укладенням договору. А також забезпечує захист споживачів і гарантує, що страхові продукти відповідають реальним потребам клієнтів.

Джерело: складено автором на основі [143]

Попри значний розвиток законодавчої бази у сфері добровільного медичного страхування, залишається чимало недоліків, що потребують удосконалення. Норми законів часто мають декларативний характер і не забезпечують ефективного механізму реалізації прав застрахованих осіб. Недостатньо врегульовані питання взаємодії між страховими компаніями та медичними закладами, прозорості тарифів і контролю якості надання медичних послуг. Відсутність єдиних стандартів, низький рівень довіри населення до страхових інститутів і недосконала система державного нагляду гальмують розвиток добровільного медичного страхування як важливого елемента соціального захисту. Тому подальше вдосконалення законодавства має бути спрямоване на посилення гарантій захисту споживачів, підвищення

прозорості страхових операцій і створення сприятливих умов для розвитку конкурентного ринку медичного страхування в Україні.

Перш за все, удосконалення потребує Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Адже ряд виявлених нами недоліків впливає на недостатню поширеність добровільного медичного страхування. Серед них: загальний характер положень щодо медичного страхування, відсутність чітких визначень термінів, неврегульованість діяльності страхових фондів, відсутність гарантій захисту прав застрахованих осіб, відсутність стимулів для розвитку добровільного медичного страхування, пріоритетність бюджетного фінансування над страховим, відсутність норм про інформаційні системи у сфері добровільного медичного страхування, відсутність положень про контроль і нагляд (Табл.3.23).

Таблиця 3.23

Недоліки нормативно-правового регулювання добровільного медичного страхування в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ та пропозиції щодо їх удосконалення

Недолік	Вплив на добровільне медичне страхування	Пропозиції щодо удосконалення
Загальний характер положень щодо медичного страхування	Закон лише згадує фонди медичного страхування як джерело фінансування без визначення механізмів їх формування чи використання, не розмежовує обов'язкове і добровільне страхування	Доповнити ст. 18 нормами про моделі добровільного страхування, джерела фінансування, принципи державного нагляду, участь приватних страховиків
Відсутність чітких визначень термінів	Невизначеність понять «добровільне медичне страхування», «страховик», «страхувальник», «застрахована особа» призводить до колізій у правозастосуванні	Доповнити ст. 3 визначеннями базових термінів, гармонізованих із Законом «Про страхування».
Неврегульованість діяльності страхових фондів	Відсутність правового статусу фондів і контролю за їх діяльністю унеможливорює прозоре використання коштів ДМС.	У ст. 33 передбачити створення спеціальних страхових фондів ДМС із визначенням їхньої структури, підзвітності та

		порядку формування резервів
Відсутність гарантій захисту прав застрахованих осіб	Не встановлено обов'язків страховика щодо інформування клієнтів, строків виплат, порядку оскарження.	У ст. 6 передбачити права застрахованих на повну інформацію про умови страхування; у ст. 40 — механізм досудового врегулювання спорів (медіацію або арбітраж).
Відсутність стимулів для розвитку добровільного медичного страхування	Відсутність державної підтримки, податкових пільг та економічних стимулів знижує зацікавленість громадян і роботодавців	У ст. 18 передбачити державне стимулювання через податкові знижки, співфінансування; у ст. 4 — закріпити принцип державно-приватного партнерства.
Пріоритетність бюджетного фінансування над страховим	Домінування бюджетного фінансування ускладнює розвиток страхових механізмів, робить ДМС другорядним.	У ст. 12 закріпити розмежування: держава гарантує базовий пакет послуг, ДМС — розширений; у ст. 18 — положення про співфінансування через страхові фонди.
Відсутність норм про інформаційні системи у сфері добровільного медичного страхування	Немає зв'язку між договорами ДМС і національною електронною системою eHealth, що унеможливує облік і моніторинг.	Викласти ст. 43 у новій редакції: доповнити пунктом про внесення договорів ДМС і застрахованих осіб до eHealth.
Відсутність положень про контроль і нагляд	Відсутність визначених повноважень контролю за страховиками та відповідальності за порушення умов договорів	У ст. 70 передбачити нагляд МОЗ і НБУ; у ст. 78 — встановити відповідальність страховиків за невиконання договорів ДМ

Джерело: авторська розробка

Таким чином, запропоновані зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» спрямовані на усунення системних прогалин у правовому регулюванні добровільного медичного страхування та формування цілісної нормативної бази його функціонування. Внесення чітких визначень базових понять, закріплення прав застрахованих осіб, врегулювання діяльності страхових фондів і механізмів державного нагляду забезпечать прозорість страхових відносин і підвищать довіру

населення до інституту медичного страхування. Важливим наслідком удосконалення законодавства стане розширення участі приватного сектору у фінансуванні охорони здоров'я та створення конкурентного страхового ринку, який діятиме за принципами партнерства держави, роботодавців і громадян. Запровадження податкових стимулів і механізмів співфінансування підвищить економічну мотивацію населення та бізнесу до укладання договорів добровільного медичного страхування, що, своєю чергою, зменшить навантаження на державний бюджет.

Інтеграція положень про добровільне медичне страхування у національну електронну систему охорони здоров'я (eHealth) сприятиме цифровізації страхових процесів, контролю за обігом коштів і моніторингу якості медичних послуг. Посилення контролю та відповідальності страхових компаній забезпечить захист прав застрахованих осіб і підвищить рівень надання медичних послуг. У комплексі ці зміни створять правові та економічні передумови для становлення сучасної, ефективної та соціально орієнтованої системи добровільного медичного страхування в Україні, здатної стати вагомим елементом багатоканальної моделі фінансування охорони здоров'я відповідно до європейських стандартів.

З урахуванням запропонованих пропозицій щодо удосконалення добровільного медичного страхування чинна редакція Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» повинна зазнати таких змін (Табл.3.24).

Таблиця 3.24

Зміст статті 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» з урахуванням запропонованих змін щодо удосконалення

Чинна редакція	Нова редакція
Стаття 18. Фінансове забезпечення охорони здоров'я Фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних	Добровільне медичне страхування є однією з форм фінансового забезпечення охорони здоров'я, що здійснюється на договірних засадах між страховиком, страхувальником і закладом охорони здоров'я. Кошти, сплачені за договорами добровільного медичного страхування,

осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом.	можуть використовуватися для оплати медичних послуг, що не покриваються програмою медичних гарантій, а також для розширення обсягів і якості медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності мають право отримувати оплату за надані послуги у межах договорів добровільного медичного страхування. Порядок взаємодії між страховими компаніями, страхувальниками та закладами охорони здоров'я, а також вимоги до якості послуг, що надаються в межах таких договорів, визначаються Кабінетом Міністрів України. Держава створює умови для розвитку добровільного медичного страхування шляхом надання податкових стимулів фізичним і юридичним особам, які укладають договори такого страхування, а також через співфінансування колективних програм медичного страхування населення. Контроль за дотриманням вимог законодавства у сфері добровільного медичного страхування здійснюється Національним банком України — у частині фінансової діяльності страховиків, та Міністерством охорони здоров'я України — у частині якості надання медичних послуг за договорами страхування.
--	---

Джерело: авторська розробка

Отже, у ст.18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у новій редакції добровільне медичне страхування визначається як форма фінансування системи охорони здоров'я, врегульовується взаємодія між страховиками та закладами охорони здоров'я, передбачається державне стимулювання (пільги, співфінансування) та окреслюється контроль і нагляд за його сферою.

Таблиця 3.25

Зміст статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» з урахуванням запропонованих змін щодо удосконалення

Чинна редакція	Нова редакція
Стаття 3. Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я У цих Основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:	Медичне страхування — це система економічних і правових відносин, що забезпечує фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку (захворювання, травми тощо) за рахунок попередньо акумульованих коштів, що формуються внесками страхувальників і використовуються відповідно до умов страхового договору. Страховик — це фінансова установа, яка на підставі отриманої ліцензії здійснює діяльність у сфері добровільного медичного страхування, укладає договори страхування із страхувальниками або застрахованими особами та забезпечує фінансування витрат на медичне обслуговування згідно з умовами укладеного договору. Страхувальник — фізична або юридична особа, що виступає ініціатором укладення договору добровільного медичного страхування на власну користь чи на користь третіх осіб, бере на себе обов'язок сплачувати страхові внески та реалізує інші права і обов'язки, визначені умовами договору. Застрахована особа — фізична особа, на користь якої укладено договір добровільного медичного страхування, що надає їй право на отримання медичних послуг у межах, обсязі та порядку, визначених відповідним договором страхування. Договір добровільного медичного страхування — це цивільно-правова угода між страховиком, страхувальником та закладом охорони здоров'я, яка визначає взаємні права, обов'язки та відповідальність сторін, а також умови, обсяг, вартість і порядок надання медичних послуг, фінансування яких здійснюється за рахунок страхових внесків.

Джерело: авторська розробка

На нашу думку, доповнення статті 3 термінами, що стосуються добровільного медичного страхування, створює правову основу для впровадження цієї системи в охорону здоров'я. Адже воно забезпечує єдину термінологію для всіх учасників процесу — держави, страховиків, медичних закладів, роботодавців і пацієнтів. Завдяки цьому ліквідується правова невизначеність, зменшується кількість колізій у договорах і спорах, спрощується укладення типових договорів, встановлюються зрозумілі права та обов'язки сторін. Визначення понять «страховик», «страхувальник», «застрахована особа» та «договір добровільного медичного страхування» дозволяє регулювати взаємодію між страховими компаніями, закладами охорони здоров'я та громадянами, а також інтегрувати механізми ДМС у державну систему фінансування медицини.

Окрім того, такі зміни сприятимуть розробленню підзаконних актів щодо контролю якості медичних послуг, фінансових стандартів і вимог до страховиків, що підвищить довіру населення до системи. Водночас з'являється можливість запровадження податкових стимулів для фізичних і юридичних осіб, що укладають договори добровільного медичного страхування, та впровадження колективних програм страхування. Це стимулює розвиток корпоративного сегмента, зменшує тіньові платежі, розширює участь приватного сектору у фінансуванні охорони здоров'я.

Нарешті, завдяки визначенню термінів у ст. 3 держава отримує чітку правову базу для подальшого вдосконалення законодавства, зокрема оновлення статей 18, 40, 70 і 78, а також для інтеграції добровільного медичного страхування у систему eHealth.

У підсумку це дозволить забезпечити прозорість ринку, підвищити якість медичних послуг, зміцнити фінансову стійкість медичної системи та створити умови для сталого розвитку добровільного медичного страхування в Україні.

Таблиця 3.26

Зміст статті 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» з урахуванням запропонованих змін щодо удосконалення

Чинна редакція	Нова редакція
Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах.	Громадяни України можуть на власний розсуд укладати договори добровільного медичного страхування з метою фінансування вартості отриманих медичних послуг, що не покриваються програмою медичних гарантій, або для розширення обсягу та якості таких послуг. Застраховані особи користуються всіма правами, визначеними законодавством про охорону здоров'я, та додатковими правами, передбаченими договором добровільного медичного страхування. Держава сприяє розвитку системи добровільного медичного страхування, створює умови для залучення роботодавців і громадян до участі у таких програмах, а також забезпечує захист прав застрахованих осіб. Громадяни можуть отримувати медичні послуги, що не входять до програми медичних гарантій, за власний рахунок або за рахунок інших джерел, не заборонених законом. Держава гарантує захист прав громадян у сфері охорони здоров'я, включаючи право на якісні та безпечні медичні послуги, доступ до інформації про стан свого здоров'я та умови медичного обслуговування.

Джерело: авторська розробка

На нашу думку, доповнення статті 33 має важливе значення у тих випадках, коли державні програми медичних гарантій не покривають вартості медичних послуг. А тому запропоноване удосконалення норми створює додаткові можливості, а саме отримання права на захист здоров'я за допомогою добровільного медичного страхування.

Таблиця 3.27

Зміст статті 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» з урахуванням запропонованих змін щодо удосконалення

Чинна редакція	Нова редакція
Стаття 6. Право на охорону здоров'я Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я	Охорона здоров'я в Україні ґрунтується також на принципі розвитку системи добровільного медичного страхування, яка забезпечує додаткові можливості громадян у доступі до медичних послуг, сприяє залученню приватних фінансових ресурсів до сфери охорони здоров'я та підвищує ефективність використання державних коштів.

Джерело: авторська розробка

Таким чином доповнення статті 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вирішить завдання інтеграції добровільного медичного страхування у фінансову, правову та організаційну структуру охорони здоров'я. А також сприятиме збалансуванню державних та приватних ресурсів у системі медичного забезпечення.

Аналізуючи головний нормативний документ, що регулює медичне страхування – Закон України «Про страхування», то головними його недоліками є відсутність як самого визначення добровільного медичного страхування, так і стандартів, вимог, механізмів його здійснення (Табл. 3.28)

Таблиця 3.28.

Недоліки нормативно-правового регулювання добровільного медичного страхування в Законі України «Про страхування» № 1909-IX та пропозиції щодо їх удосконалення

Недолік	Вплив на добровільне медичне страхування	Пропозиції щодо удосконалення
Відсутність чіткого визначення добровільного медичного страхування	Спричиняє правову невизначеність: не відмежовано ДМС від інших видів страхування, що ускладнює ліцензування, розробку	Визначити у ст. 1 або 6 термін «добровільне медичне страхування» як окремий вид страхування; закріпити його об'єкт, суб'єктів і сферу застосування

	типових договорів і державну статистику	
Відсутній механізм узгодження ДМС із державною системою медичних гарантій	ДМС існує поза державною політикою у сфері охорони здоров'я, не інтегрується з бюджетним фінансуванням; дублює, а не доповнює систему гарантій.	Встановити норму про взаємодію добровільного і державного медичного страхування; дозволити співфінансування послуг поза Програмою медичних гарантій
Відсутність стандартів і вимог до якості медичних послуг, що покриваються	Відсутність єдиних критеріїв для страхових програм призводить до зловживань, різної якості страхових продуктів, низької довіри споживачів	Запровадити вимогу розробки та затвердження МОЗ спільно з НБУ стандартів страхових медичних послуг та мінімальних вимог до страхових програм
Неврегульованість механізму оплати медичних послуг через страховика	У більшості випадків відшкодування здійснюється пацієнту постфактум, що знижує доступність ДМС для малозабезпечених осіб	Доповнити закон положенням про можливість прямої оплати медичних послуг страхувальником медичним закладам на підставі договорів про співпрацю
Відсутність спеціального державного нагляду у сфері медичного страхування	Контроль з боку НБУ зводиться до фінансових аспектів, без урахування медичних стандартів і прав пацієнтів	Передбачити спільний нагляд НБУ і МОЗ у сфері ДМС; створити механізм взаємодії з eHealth та Національною службою здоров'я
Відсутня окрема глава про медичне страхування	Закон не враховує специфіку медичного страхування — участь медичних закладів, стандарти медичних послуг, взаємодію з eHealth, права пацієнта. У результаті ДМС функціонує на підзаконному рівні (положення НБУ, ліцензійні вимоги), без чіткої правової основи.	Доповнити Закон окремим розділом “Медичне страхування”, де врегулювати правовий статус суб'єктів, порядок укладення договорів, контроль і захист прав пацієнтів.

Джерело: авторська розробка

Оновлення Закону України «Про страхування» в частині регулювання добровільного медичного страхування матиме комплексний позитивний вплив на розвиток цієї системи, забезпечивши її інтеграцію в національну політику охорони здоров'я та підвищення її соціальної

ефективності. Насамперед, закріплення у законі чіткого визначення поняття «добровільне медичне страхування» забезпечить правову визначеність, дозволить однозначно ідентифікувати об'єкт та суб'єктів страхових правовідносин і сприятиме формуванню єдиної термінологічної бази у сфері охорони здоров'я та страхування. Це полегшить ліцензування, стандартизацію страхових програм і створить передумови для формування державної статистики щодо функціонування ринку медичного страхування.

Встановлення правового взаємозв'язку між добровільним медичним страхуванням і державною системою медичних гарантій сприятиме формуванню змішаної моделі фінансування охорони здоров'я, у якій кошти приватного сектору доповнюватимуть бюджетні ресурси. Це дозволить розширити обсяг послуг, що надаються громадянам, зменшити навантаження на державний бюджет та створити економічні стимули для розвитку приватної ініціативи у сфері медицини. Запровадження єдиних стандартів якості страхових і медичних послуг забезпечить уніфікацію підходів до формування страхових програм, підвищить рівень довіри громадян до страхових компаній і медичних закладів, а також унеможливить поширення недобросовісних страхових продуктів. Розширення державного нагляду у сфері добровільного медичного страхування шляхом залучення Міністерства охорони здоров'я до спільного контролю з Національним банком України забезпечить комплексний підхід до оцінки діяльності страховиків. Поряд із фінансовими аспектами буде враховано якість медичних послуг, що фінансуються за рахунок страхових коштів, а також дотримання прав пацієнтів. Це сприятиме формуванню єдиного інформаційного простору моніторингу добровільного медичного страхування і запобіганню зловживанням. Уведення спеціальної відповідальності за порушення прав застрахованих осіб посилить механізми правового захисту пацієнтів, підвищить рівень довіри громадян до системи ДМС та сприятиме підвищенню дисципліни серед страхових компаній. Такий крок дозволить забезпечити належну якість обслуговування і виконання страхових зобов'язань.

Нарешті, створення окремої глави «Медичне страхування» у Законі «Про страхування» систематизує правове регулювання цієї сфери, визначивши статус усіх учасників, порядок укладення договорів, права, обов'язки та гарантії застрахованих осіб. Це забезпечить інституціоналізацію ДМС як складової системи охорони здоров'я, сприятиме залученню інвестицій у медичну сферу та підвищить стабільність і прогнозованість ринку страхових послуг. У підсумку, реалізація запропонованих змін створить повноцінне нормативне підґрунтя для активізації добровільного медичного страхування в Україні, інтегрує його з державною системою медичних гарантій, забезпечить ефективне залучення приватних коштів до сфери охорони здоров'я та підвищить доступність якісної медичної допомоги для населення.

3.3. Перспективи взаємодії учасників ринку медичного страхування

У нових підходах до організації ринку медичного страхування все більшого значення набуває застосування кластерного підходу. У науковій літературі вже існують численні роботи з медичних кластерів (загалом — у сфері охорони здоров'я), але поєднання «медичний + страховий» як кластерна форма взаємодії ще недостатньо розроблене. Згідно з аналізом вітчизняних дослідників, медичні кластери характеризуються концентрацією медичної інфраструктури, інноваційним потенціалом і людським капіталом як трьома фундаментальними елементами (інформаційна інфраструктура, лікувальні заклади, освітні / дослідні центри).

Проте стандартні визначення медичних кластерів зазвичай не враховують страховий компонент. Як правило, вчені, характеризуючи медичний кластер, зосереджують увагу на об'єднанні, сукупності, комплексній структурі. Так, Г.Скиба визначає медичний кластер як групу взаємопов'язаних організацій та пов'язаних з ними освітніх закладів, органів державного управління, інфраструктурних компаній, які діють у певній сфері та взаємодоповнюють одна одну. М.Кривоберець окреслює медичний кластер

як організаційне середовище, що забезпечує найбільш оптимальну структуру взаємовідносин різних організацій медико-фармацевтичного комплексу, що забезпечує інтеграцію наукових досліджень фармацевтичного і медичного профілю, кооперацію наукових і виробничих взаємозв'язків у рамках біологічних і нанотехнологічних інновацій [144, с. 341 - 345].

О.Варяченко зазначає, що медичний кластер є сукупністю різнорівневих медичних установ, що забезпечують технології діагностичного, лікувального, профілактичного, реабілітаційного процесів в цілому, яка є єдиною інформаційно-аналітичною системою, здатною на базі сучасного апаратного комплексу надавати будь-яку інформацію про відповідність лікувального процесу прийнятим стандартам, в т.ч. юридичним, економічним.

М.Гоменюк стверджує, що медичний кластер є інноваційною моделлю, що складається з однорідних об'єктів медичного призначення, об'єктів інфраструктури, інтегрування у вже наявні ресурси галузі, вищі освітні установи, об'єкти медичного призначення, транспортні мережі та кадрові ресурси.

Автори О.Кузьмін, В.Жеруха характеризують медичний кластер як сукупність різнопрофільних лікувальних закладів, об'єднаних єдиною метою надання спеціалізованої медичної допомоги конкретним групам населення, хворі на конкретний вид захворювання.

А.Мельник, Л.Матюк обґрунтовують визначення медичного кластера як комплексної структури, що поєднує територіально-сконцентровані та функціонально взаємопов'язані установи, що поєднують медичні, освітні та дослідницькі можливості для виробництва та просування у практичну охорону здоров'я сучасних конкурентоспроможних видів медичної допомоги (медичних інновацій).

Науковець В.Парій пояснює, що медичний кластер є інноваційною моделлю організації процесу надання медичної допомоги, заснована на узгоджених діях щодо реалізації профільного відбору, лікування, реабілітації,

диспансерного спостереження пацієнта з метою ефективного відновлення здоров'я [145, с. 3 - 6].

Аналіз наукових підходів до трактування поняття «медичний кластер» свідчить, що більшість дослідників розглядають його переважно як організаційно-економічну форму інтеграції закладів охорони здоров'я, освітніх і наукових установ, інфраструктурних підприємств, об'єднаних спільною метою — підвищення ефективності медичної допомоги. Попри різноманіття формулювань, усі наведені визначення мають низку спільних ознак, зокрема:

- акцент на об'єднанні та взаємозв'язку суб'єктів, які діють у сфері охорони здоров'я (О. Баєва, М. Білинська, О. Варяченко, М. Гоменюк, О. Кузьмін, В. Жеруха, А. Мельник, Л. Матюк, В. Парій);
- розуміння кластеру як комплексної або сукупної структури, що інтегрує медичні, наукові, освітні, технологічні та інфраструктурні елементи;
- орієнтацію на інноваційність, кооперацію та оптимізацію взаємодії між закладами охорони здоров'я;
- підкреслення ролі єдиного інформаційного простору, який забезпечує узгодженість дій та підвищення якості медичних послуг.

Так, О. Баєва трактує медичний кластер як групу взаємопов'язаних організацій, включно з освітніми закладами, органами державного управління та інфраструктурними компаніями, які взаємодоповнюють одна одну у певній сфері. М. Білинська наголошує на створенні оптимальної структури взаємовідносин між організаціями медико-фармацевтичного комплексу, що забезпечує інтеграцію науки та виробництва у межах біологічних і нанотехнологічних інновацій. О. Варяченко акцентує на функціонуванні медичного кластеру як єдиної інформаційно-аналітичної системи, здатної забезпечити відповідність лікувальних процесів стандартам. М. Гоменюк підкреслює інноваційність моделі, до складу якої входять медичні, освітні, інфраструктурні та кадрові ресурси. О. Кузьмін і В. Жеруха розглядають кластер як сукупність лікувальних закладів, об'єднаних спільною

метою надання спеціалізованої допомоги конкретним групам пацієнтів. А. Мельник та Л. Матюк визначають кластер як територіально-сконцентровану та функціонально взаємопов'язану систему, що поєднує медичні, освітні та дослідницькі ресурси. В. Парій трактує кластер як інноваційну модель організації процесу медичної допомоги, засновану на узгоджених діях щодо лікування та реабілітації пацієнтів.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що в усіх визначеннях медичний кластер подається як інтегрована система співпраці суб'єктів медичної галузі, спрямована на підвищення ефективності лікувального процесу, розвиток наукового потенціалу та впровадження інновацій. Водночас спільною рисою всіх розглянутих підходів є відсутність урахування взаємодії із страховими компаніями, які у сучасних умовах є ключовим фінансовим інструментом забезпечення доступу населення до медичних послуг. У наведених дефініціях кластер переважно трактується в межах самої медичної системи, без інтеграції фінансових інституцій, що забезпечують ризикове покриття та управління витратами.

Таким чином, наявні наукові підходи потребують розширення концепції медичного кластеру до медико-страхового кластеру, який включає не лише медичні та наукові структури, а й страхові організації, ІТ-компанії, державні регулятори та роботодавців як активних учасників єдиної інноваційної екосистеми фінансування та надання медичних послуг. Варто зазначити, що і на практиці діяльності кластерів таких, що включають страховий компонент не відомо. У Таблиці наведено приклади медичних і медико-страхових кластерів, які діють в європейських країнах.

Таблиця 3.29

Медичні і медико-страхові кластери, що діють в країнах Європи

Назва кластеру	Країна	Основні учасники	Ключові характеристики	Наявність страхового компонента
Medicon Valley	Данія / Швеція	Біотех- і фармкомпанії, університети,	Один із найбільших європейських біомедичних	Страхові компанії не залучені

		клініки, інкубатори, місцеві органи влади	кластерів; зосереджений на R&D, інноваціях, спільних лабораторіях; підтримує стартапи у сфері охорони здоров'я	
Medical Valley Nürnberg (MedTech Cluster)	Німеччина	Компанії медичних технологій, університети, клініки, інститути Fraunhofer, муніципалітети	Понад 180 компаній; сильна наукова співпраця; державна підтримка кластеризації медтеху	Орієнтований на технології, страхові компанії не залучені
Global Medical Excellence Cluster (GMEC)	Велика Британія	Cambridge, Oxford, Imperial College, UCL, King's College, NHS-партнери, приватні інвестори	Академічно-клінічний кластер для трансферу медичних інновацій; платформа для R&D і клінічних випробувань	Страховий компонент відсутній
Stem Cell and Regenerative Medicine Cluster	Литва (Вільнюс)	Дослідницькі інститути, університети, клініки, біотех-підприємства	Інтеграція біомедицини, лабораторій, клінічних досліджень, регенеративної медицини	Страхові компанії не залучені
European Health & Care Cluster (EHCC)	ЄС (пан'європейський формат)	Учасники європейських проєктів eHealth, цифрової медицини, телемедицини, IT-провайдери	Координація інноваційних eHealth-проєктів, створення спільних платформ цифрової медицини	Страхові компанії не входять до складу
Ribera Salud / Alzira Model	Іспанія (Валенсія)	Приватний оператор Ribera Salud, регіональний уряд, лікарні, первинна ланка	PPP-модель: приватний оператор надає медичні послуги за державне фінансування; єдина IT-система управління; контроль результатів	Інтеграція фінансування, ризик-менеджменту та послуг із страховими компаніями
Hirslanden Private Hospital Group	Швейцарія	Мережа приватних клінік, страховики, пацієнти з різними рівнями полісів	Мультистрахова модель: взаємодія з базовим, напів-та повним приватним страхуванням; централізована система управління якістю	Пряма взаємодія з ринком медичного страхування
Hospital Networks (Groupem)	Франція	Лікарні, муніципалітети, МОЗ Франції	Територіальні мережі лікарень для спільного управління	Фінансування централізоване,

ents Hospita- ls de Territoire)			ресурсами та потоками пацієнтів	без страхового елементу
Communit y Health Integration (Emilia- Romagna)	Італія	Регіональні лікарні, місцеві органи охорони здоров'я, соціальні служби	Модель інтеграції медичної та соціальної допомоги; координація між лікарнями й громадами	Страхова складова не передбачена
Integrated Health & Social Care	Бельгія	Медичні центри, соціальні служби, громади, МОЗ Бельгії	Інтеграція медичних і соціальних сервісів; спільне управління кейсами пацієнтів	Страхова складова не передбачена

Джерело: авторська розробка

Аналіз зарубіжного досвіду кластеризації у сфері охорони здоров'я показує, що в більшості європейських країн медичні кластери розвиваються переважно за науково-технологічним або організаційно-медичним напрямками. Типовими учасниками таких об'єднань є лікарні, університети, дослідницькі інститути, ІТ-компанії та місцеві органи влади, які спільно формують інноваційну інфраструктуру для розробки й упровадження медичних технологій, біофармацевтики та цифрових рішень.

Водночас страховий компонент, який забезпечує фінансову стійкість системи, управління ризиками та прозорість витрат, у більшості випадків відсутній або має периферійний характер.

З-поміж розглянутих прикладів лише моделі Ribera Salud (Іспанія) та Hirslanden (Швейцарія) демонструють ознаки медико-страхового кластеру, у межах якого фінансові інституції (страхові компанії або приватні оператори) інтегровані в організаційну структуру надання медичних послуг. Ці моделі поєднують медичну практику з фінансовими механізмами розподілу ризиків, що наближає їх до концепції інтегрованої системи «медицина – страхування – управління якістю». Решта європейських кластерів (Medicon Valley, Medical Valley Nürnberg, GMEC, Stem Cell Cluster, European Health & Care Cluster тощо) мають високий рівень міжінституційної кооперації, але зосереджені передусім на розвитку наукових, освітніх та технологічних зв'язків, не охоплюючи

повного циклу фінансування медичних послуг. Їх досвід важливий з точки зору створення інституційної бази, цифрової інфраструктури та інноваційного середовища, яке потенційно може бути розширене до формату медико-страхового кластеру. Таким чином, європейська практика демонструє поступовий перехід від класичних медичних кластерів до інтегрованих медико-страхових систем, у яких відбувається зближення медичних, фінансових і технологічних секторів. Для України перспективним є адаптація елементів моделей Ribera Salud та Hirslanden із врахуванням національного законодавства, регіональної структури охорони здоров'я та рівня розвитку страхового ринку. Такі моделі можуть стати прототипом формування вітчизняних медико-страхових кластерів як інноваційної форми публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Аналіз діяльності кластерів показує як державний та приватний сектори можуть бути інтегровані в єдину систему управління охороною здоров'я з урахуванням страхового принципу фінансування. Такий приклад є важливим для можливості адаптації в Україні. На рис.3.2 ми згенерували схему кластеризації Ribera Salud.

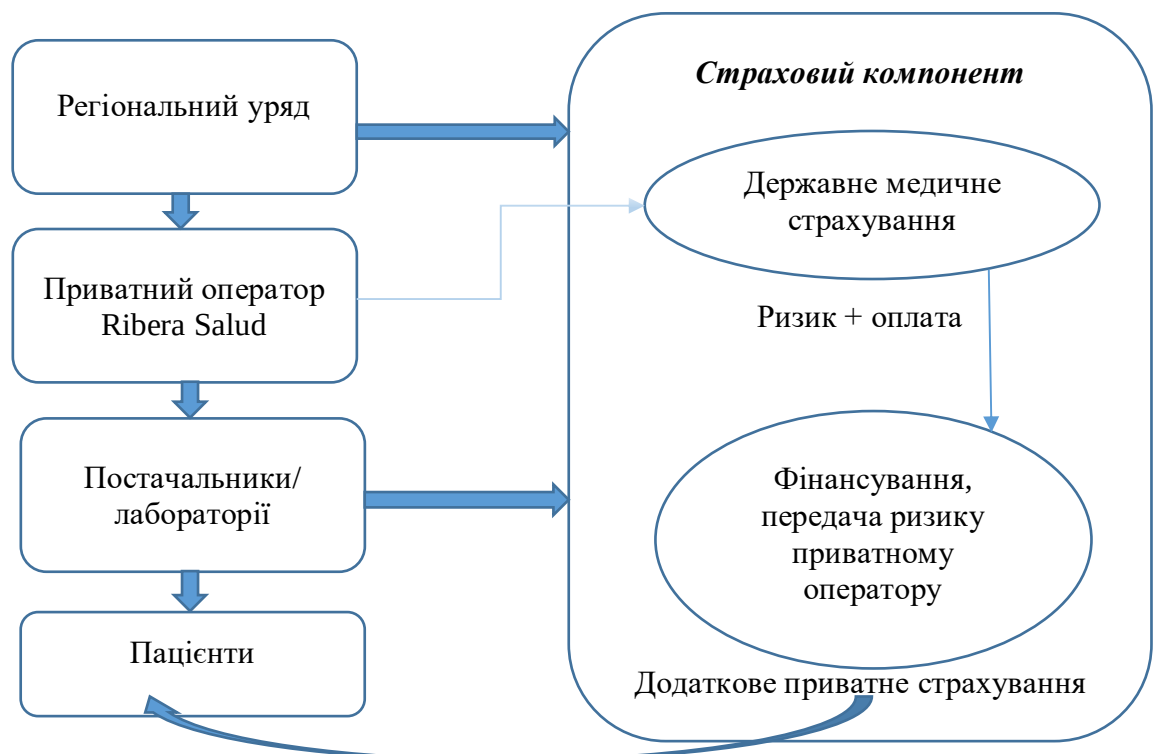


Рис. 3.2. Схема діяльності кластера Ribera Salud (Іспанія) Джерело: авторська розробка

Отже, як видно з Рисунку 3.2. діяльність кластера Ribera Salud відбувається таким чином. Регіональний уряд виступає замовником послуг та контролює їхню якість. Потім передає визначену фіксовану суму приватному оператору. У свою чергу приватний оператор (Ribera Salud) отримує кошти і організовує роботу лікарень, лабораторій і центрів первинної медичної допомоги. Через власну ІТ-платформу координує всі процеси: прийом пацієнтів, лікування, облік випадків, фінанси. При цьому Ribera Salud забезпечує фінансовий ризик. Тобто, якщо витрати перевищують отриману суму — компанія покриває їх самостійно.

Ми вважаємо, що таку форму фінансування можна окреслити як квазістрахова модель. Адже уряд фактично виступає колективним страховиком, але при цьому фінансовий ризик передає приватній структурі. Якщо пацієнти потребують розширеного переліку послуг (або їх вартість перевищує допустиму), то це забезпечується завдяки додатковому приватному медичному страхуванню.

Щодо можливості адаптації іспанської моделі в Україні, то варто зазначити, що реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається у напрямі переходу від централізовано-бюджетної до результативно-орієнтованої моделі, що базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Запровадження Національної служби здоров'я України (НСЗУ) створило основу для формування сучасної системи фінансування медичних послуг, яка вже наближається до страхових механізмів розподілу ризиків і персоніфікованого фінансування. У цьому контексті модель Ribera Salud, реалізована в Іспанії, є потенційно адаптивною до українських умов і може бути використана як прототип створення національних медико-страхових кластерів на основі публічно-приватного партнерства. При цьому для впровадження необхідним є забезпечення кількох ключових елементів. По-перше, механізм фінансування *per capita* може бути використаний не лише для первинної ланки, як це вже реалізовано через НСЗУ, але й для вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Це дасть змогу передати частину

управлінських функцій приватним операторам або регіональним медико-страховим кластерним структурам, які працюватимуть на контрактній основі, отримуючи державне фінансування залежно від чисельності обслуговуваного населення. По-друге, публічно-приватне партнерство може стати інституційною основою таких кластерів. Законодавча база України (зокрема, Закон «Про державно-приватне партнерство») створює умови для реалізації подібних проєктів у сфері охорони здоров'я. Приватний партнер, як у моделі Ribera Salud, може брати участь у модернізації інфраструктури медичних закладів, цифровізації процесів, управлінні персоналом і оптимізації ресурсів. При цьому держава або НСЗУ зберігає функції замовника, фінансового контролю та моніторингу якості через систему ключових показників ефективності (КПІ). По-третє, особливу роль має відіграти цифрова інтеграція інформаційних систем. В Іспанії успіх моделі Ribera Salud забезпечує єдина інформаційна платформа, що охоплює електронні медичні записи, управління фінансами, планування персоналу та контроль ефективності. В Україні така інфраструктура може бути побудована на основі національної системи eHealth, розширеної до функціоналу аналітичної платформи кластерного рівня, здатної інтегрувати дані з медичних установ, страхових компаній та регіональних підрозділів НСЗУ.

Важливим для можливості адаптації в Україні є досвід Hirslanden Private Hospital Group (Швейцарія).



Рис. 3.3. Схема діяльності кластера Hirslenden Private Hospital Group
(Швейцарія)

Джерело: авторська розробка

Модель діяльності Hirslenden Private Hospital Group є одним із прикладів організації медико-страхового кластера у Європі. На відміну від іспанської моделі, де уряд забезпечує фінансування, мережа клінік Hirslenden не фінансується з державного бюджету. Цю роль виконують страхові компанії відповідно до умов страхових полісів. Страхове покриття може бути базовим, напівприватним і приватним. Базовий рівень є обов'язковим і покриває основні медичні послуги відповідно до державних стандартів. Напівприватний забезпечує розширене покриття — можливість вибору лікаря, двомісну палату, коротші черги на госпіталізацію. Приватний рівень гарантує максимальний комфорт, одномісну палату та лікування у провідних спеціалістів. Таким чином, саме рівень страхового полісу визначає умови й формат медичного обслуговування, а не факт звернення до лікарні. Фінансування в системі Hirslenden здійснюється за класичною страховою схемою. Пацієнти сплачують щомісячні страхові премії до обраної компанії. Страховики, у свою чергу, фінансують лікування відповідно до рівня полісу, перераховуючи кошти безпосередньо до Hirslenden після отримання

рахунків та електронної звітності. Для соціально вразливих груп частину премій компенсує держава. Усі фінансові взаєморозрахунки регламентуються тарифами системи TARMED, а також додатковими контрактами між страховими компаніями й мережею клінік щодо послуг преміум-рівня.

Особливістю моделі є наявність єдиної цифрової системи, яка інтегрує всі клініки Hirslanden, страхові компанії та адміністративні структури в одну екосистему. Відповідно така цифровізація надає можливість автоматично узгоджувати дані між усіма учасниками кластеру, забезпечуючи повну прозорість фінансових потоків. На відміну від державних моделей охорони здоров'я, у системі Hirslanden пацієнт виступає активним учасником, а не пасивним споживачем послуг. Він самостійно обирає рівень страхування, клініку, лікаря і навіть тип палати. Пацієнт має доступ до власних електронних медичних даних, може змінювати страховика або лікарню без втрати інформації, а також оцінювати якість наданих послуг. Така орієнтованість на клієнта забезпечує високий рівень довіри до системи та стимулює конкуренцію між клініками й страховими компаніями. Загальний механізм функціонування Hirslanden можна описати так: пацієнт укладає договір медичного страхування, обираючи рівень покриття. У разі потреби він звертається до клініки, яка надає послуги, реєструє випадок у цифровій системі та надсилає дані до страхової компанії. Страховик, перевіривши коректність обліку, оплачує рахунок згідно з полісом. Водночас інформація про лікування автоматично надходить до аналітичної бази для подальшого моніторингу якості, витрат та клінічних результатів. Її досвід може бути корисним для країн, що реформують свої системи охорони здоров'я, зокрема для України, оскільки він підтверджує доцільність створення медико-страхових кластерів, у яких фінансові, управлінські та лікувальні процеси поєднані в єдиний комплекс.

Отже, з урахуванням зарубіжного досвіду медико-страховий кластер в Україні може діяти наступним чином (Рис.3.4.).



Рис.3.4. Медико-страховий кластер

Джерело: авторська розробка

Процес реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає нових організаційно-економічних підходів, які забезпечують поєднання державного управління, приватної ініціативи та страхових механізмів фінансування. Одним із перспективних напрямів модернізації є кластеризація медичної системи, яка ґрунтується на об'єднанні різних суб'єктів ринку охорони здоров'я — державних і комунальних медичних закладів, приватних операторів, страхових компаній, освітніх і наукових установ — у регіональні медико-страхові кластери. Така форма організації дозволяє створити єдиний простір взаємодії, у межах якого об'єднуються ресурси, інформаційні системи та фінансові потоки для забезпечення максимальної ефективності медичної допомоги населенню. В основі цієї моделі лежить принцип єдиного медико-

фінансового простору, у якому держава, приватний сектор і громадяни виступають партнерами у фінансуванні та управлінні системою охорони здоров'я. Провідну роль у реалізації цієї моделі відіграють три ключові інституційні елементи — Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та система добровільного медичного страхування (ДМС). МОЗ формує політику, нормативну базу, стандарти якості та стратегічні напрями розвитку. НСЗУ виконує функцію державного фінансового оператора, який розподіляє кошти відповідно до укладених договорів із медичними закладами за принципом *per capita* — тобто за кожного громадянина, прикріпленого до закладу охорони здоров'я. У такий спосіб забезпечується адресне, персоніфіковане фінансування медичних послуг та запроваджується конкурентне середовище між надавачами медичної допомоги [146; 147].

Кожен регіональний медико-страховий кластер включає державні, комунальні та приватні медичні заклади, які взаємодіють через єдину цифрову інформаційно-аналітичну систему *eHealth*. Ця платформа дозволяє реєструвати пацієнтів і лікарів, вести електронні рецепти та направлення, облік фінансування, контроль якості та інтеграцію даних зі страховими компаніями. У перспективі *eHealth* має перетворитися на аналітичний хаб кластерного рівня, який дозволить відстежувати показники здоров'я населення, ефективність роботи лікарень і раціональність використання коштів у реальному часі.

Ключову роль у реалізації кластерного підходу відіграють приватні оператори або керуючі компанії, які можуть брати участь у створенні кластерів через механізм публічно-приватного партнерства (PPP). Такі компанії отримують право на управління або спільну експлуатацію медичних закладів, здійснюють модернізацію інфраструктури, цифровізацію процесів, запроваджують нові моделі мотивації медичного персоналу та системи контролю ефективності. Вони частково беруть на себе фінансові ризики, що стимулює їх до підвищення результативності управління й оптимізації

витрат. При цьому держава в особі НСЗУ зберігає контроль над розподілом коштів і виконанням соціальних гарантій.

Оплата послуг за державними програмами здійснюється відповідно до тарифів НСЗУ, за принципом *per capita* або за пролікований випадок, тоді як страхові компанії сплачують за розширені пакети медичних послуг відповідно до умов договорів із клієнтами. У такий спосіб досягається диверсифікація джерел фінансування, що підвищує фінансову стійкість системи.

Очікуваними результатами впровадження кластерної моделі є підвищення ефективності використання державних коштів, зменшення адміністративних витрат, розвиток профілактичної медицини, оптимізація мережі медичних закладів та створення конкурентного середовища між кластерами. Конкуренція між ними стимулюватиме впровадження інновацій, підвищення якості медичних послуг і рівня задоволеності пацієнтів. Водночас розподіл фінансових ризиків між державою, страховиками та приватними операторами дозволить зменшити бюджетне навантаження й забезпечити стабільність системи навіть у кризових умовах.

Отже, кластеризація системи охорони здоров'я України створює передумови для переходу до інтегрованої, гнучкої та ефективної моделі управління галуззю. Центральною інституцією в ній виступає Національна служба здоров'я України, яка координує потоки фінансування, забезпечує державні гарантії та контролює якість медичних послуг. Приватні оператори і страхові компанії відіграють роль інноваційних та фінансових партнерів, тоді як пацієнт стає активним учасником системи, який має право вибору та прозорий доступ до інформації. Така модель поєднує державне регулювання, приватну ефективність і страхову стійкість, створюючи підґрунтя для побудови сучасної європейської системи охорони здоров'я в Україні.

Висновки до розділу 3

1. Між рівнем цифровізації страхових компаній (показник DCI) та обсягами їхніх валових страхових премій (GWP) існує виражений позитивний експоненційний зв'язок. Це свідчить про наявність мультиплікативного ефекту цифровізації, який посилюється зі зростанням цифрової зрілості компаній.
2. Нормативно-правові засади цифровізації були зміцнені прийняттям Закону України «Про електронні довірчі послуги» (2017 р.), який гармонізував національне законодавство з європейськими стандартами, запровадив використання кваліфікованих електронних підписів та сприяв переходу страхових компаній до електронного документообігу.
3. Попри значний розвиток законодавчої бази у сфері добровільного медичного страхування, залишається чимало недоліків, що потребують удосконалення. Норми законів часто мають декларативний характер і не забезпечують ефективного механізму реалізації прав застрахованих осіб. Недостатньо врегульовані питання взаємодії між страховими компаніями та медичними закладами, прозорості тарифів і контролю якості надання медичних послуг. Відсутність єдиних стандартів, низький рівень довіри населення до страхових інститутів і недосконала система державного нагляду гальмують розвиток добровільного медичного страхування як важливого елемента соціального захисту.
4. Запропоновані зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» спрямовані на усунення системних прогалин у правовому регулюванні добровільного медичного страхування та формування цілісної нормативної бази його функціонування.
5. У нових підходах до організації ринку медичного страхування все більшого значення набуває застосування кластерного підходу.
6. Аналіз зарубіжного досвіду кластеризації у сфері охорони здоров'я показує, що в більшості європейських країн медичні кластери

розвиваються переважно за науково-технологічним або організаційно-медичним напрямками.

7. Процес реформування системи охорони здоров'я в Україні вимагає нових організаційно-економічних підходів, які забезпечують поєднання державного управління, приватної ініціативи та страхових механізмів фінансування. Одним із перспективних напрямів модернізації є кластеризація

ВИСНОВКИ:

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі щодо розробки методичних засад та обґрунтування ролі цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в Україні. Це дозволило сформулювати висновки і пропозиції, які відображають результати виконання поставлених завдань:

1. На підставі дослідження та узагальнення теоретичних підходів щодо економічної сутності медичного страхування уточнено його визначення. Зокрема, враховано посилення на механізм страхового захисту (аккумуляція і перерозподіл коштів); об'єкт страхування (медичні послуги, витрати, забезпечення лікування); ролі суб'єктів: страхувальник, страховик, медичний заклад, застрахована особа. Отже, медичне страхування - система економічних і правових відносин, що забезпечує фінансування медичної допомоги та профілактичних заходів на випадок настання страхового випадку (захворювання, травми тощо) за рахунок попередньо акумульованих коштів, що формуються внесками страхувальників і використовуються відповідно до умов страхового договору. Це забезпечить методологічну основу для удосконалення державного регулювання, групування статистичних даних в розрізі ліцензованих видів страхування, можливість дослідження по видах добровільного та обов'язкового страхування, оцінювати потенціал ринку медичного страхування та порівнювати показники з відповідними показниками страхових ринків інших країн.

2. З'ясовано сутність ризиків медичного страхування. Надано авторське визначення страхового ризику у медичному страхуванні як ймовірності настання події, пов'язаної із порушення стану здоров'я, що спричинює необхідність медичного втручання (лікування, профілактики) та продукує фінансові зобов'язання страховика відповідно до договору страхування. На відміну від існуючих визначень, запропоноване нами містить основні елементи: ймовірність настання – порушення здоров'я, наслідок – медичне

лікування, результат – фінансовий вплив на страхову компанію. Таким чином розкривається тривимірна природа ризиків у медичному страхуванні, що дозволяє класифікувати їх залежно від джерела походження: соціальні, медичні, фінансові.

3. Досліджено історію розвитку медичного страхування на теренах сучасної України. З'ясовано, що практика здійснення такого страхування відбувалася поетапно. Загалом, можна виділити такі періоди: імперської інтеграції та зародження страхових медичних кас (кін. XVIII ст. – 1917 р.), перехідно-націєтворчий та міждержавний експеримент (1918 – 1939 рр.), централізована соціальна уніфікація (1939 – 1991 рр.), постсоціалістичні трансформації та ринкова лібералізація добровільного медичного страхування (1991 – 2010 рр.), етап цифрової інтеграції та інноваційного розвитку eHealth/InsurTech (2010 р. – теперішній час). Встановлено, що запропонована періодизація розвитку медичного страхування на українських землях від кінця XVIII ст. до початку XXI ст. дозволяє простежити еволюцію інституційних форм, фінансових механізмів та інструментів управління ризиками у взаємозв'язку з політичними, економічними та технологічними трансформаціями. Від перших лікарняних кас і товариств взаємодопомоги у складі імперських систем — через міжвоєнні експерименти з обов'язковим страхуванням та радянське скасування страхових механізмів — українська модель поступово пройшла етап постсоціалістичних лібералізацій і вийшла на новий рівень цифрової трансформації.

4. Здійснено аналіз сучасного стану медичного страхування та виявлено основні тенденції його розвитку. Встановлено, що на страховому ринку України станом на 2025 р діє 54 страхових компаній, які мають ліцензії на медичне страхування. Їх питома вага у небанківських фінансових компаніях 11,63%. Валові страхові премії з медичного страхування протягом десяти років, починаючи з 2016 р. зросли у 2 рази. Валові страхові виплати зросли протягом десятиліття з 2016 до 2025 року в 1,9 рази. Тобто, медичне страхування є затребуваним видом страхування. Рівень виплат у межах 50–60

% свідчить, що ринок медичного страхування в Україні перебуває у стані рівноваги. Встановлено структурні зміни: зростання валових страхових премій з медичного страхування від страхувальників-фізичних осіб в 4, що вказує на підвищення попиту на індивідуальне страхування. Ринок медичного страхування в Україні є консолідованим, де найбільші Тор 20 страхових компаній контролюють більше половини (понад 60%) ринку.

5. Обґрунтовано чинники впливу на формування попиту серед населення на послуги медичного страхування. Встановлено, що головними індикаторами, що впливають на генерування споживчого попиту є поширеність захворювання, тяжкість захворювання, тривалість лікування, вартість лікування, вік пацієнта, коморбідність, соціальні характеристики. Дослідження цих показників дозволило сформувати модель попиту: $Q_{ms} = \alpha + \Sigma(\beta_1 P_{di} + \beta_2 S_i + \beta_3 D_i + \beta_4 C_{mi}) + \gamma A + \delta G + \theta L_s + \lambda M + \mu C_s + \nu T + \varepsilon$, результати якої показують, що нормативний індекс попиту Q_{ms} в Україні у 2016–2025 рр. перебуває в помірній зоні та коливається в межах приблизно 45–56 пунктів за шкалою 0–100. Найнижчі значення спостерігалися на початку періоду (зокрема 2016 р. ~44–45), після чого формується хвиля підвищення з локальними максимумами в окремі роки другої половини вибірки (до ~56), що відображає комбінацію трьох ключових чинників у специфікації: зростання медичного тиску H_z (поєднання поширеності, тяжкості, тривалості та вартості лікування за нозологіями), вищої коморбідності M_z та протидіючого впливу соціальної вразливості L_s (негативний внесок у попит). Іншими словами, коли сукупний тягар захворюваності зростає, модель «штовхає» попит вгору, але частину цього імпульсу «з’їдає» вразливість домогосподарств (низькі доходи/безробіття/житлова тіснота тощо), що знижує готовність фактично купувати поліс. За фіксованих епідеміологічних умов найшвидший шлях збільшити реалізований попит — це цифровізація сервісу й прозора комунікація правил, що підвищують якість страхових послуг і довіру; це, в межах нашого калібрування, дає відчутний позитивний ефект на рівень попиту і може компенсувати частину стримуючого впливу соціальної вразливості.

6. Оцінено вплив цифровізації на інноваційний розвиток медичного страхування. Встановлено, що ринок медичного страхування України у 2016–2025 рр. зазнав суттєвих структурних змін під впливом цифровізації. За цей період відбулося формування цілісної цифрової екосистеми, яка охоплює всі основні напрями діяльності страхових компаній — від дистрибуції страхових продуктів і сервісної підтримки до врегулювання страхових випадків, інтеграції даних і забезпечення інформаційної безпеки. Згідно з результатами розрахунку індексу цифрових спроможностей (DCI), рівень цифрової зрілості провідних страхових компаній України зріс із 11–37 балів у 2016 році до 77–100 балів у 2025 році. Це свідчить про становлення високої цифрової культури та системну інтеграцію інноваційних технологій у бізнес-процеси. Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) також продемонстрував стійке зростання — з 11–26 до 59–68 балів, що підтверджує активне використання цифрових інструментів у поточній операційній діяльності страховиків. Аналіз показників засвідчив, що лідерські позиції на ринку посідають компанії Євроінс Україна, ТАС, ВУСО, ARX, УНІКА, ІНГО, Універсальна, які характеризуються високими значеннями як DCI, так і ODI. Вони забезпечили комплексну інтеграцію цифрових інструментів у ключові процеси — дистрибуцію, сервісну підтримку, врегулювання збитків та управління клієнтськими даними. Разом із тим, у частини компаній виявлено розрив між технологічною готовністю та фактичним використанням цифрових можливостей, особливо у сфері дистрибуції. Незважаючи на високий рівень розвитку технологічних платформ (eKYC, мобільні застосунки, онлайн-продажі), їх комерціалізація та інтеграція в клієнтські сценарії потребують подальшого вдосконалення. Отримані результати дозволяють виділити три ключові напрями впливу цифровізації на інноваційний розвиток: Продуктово-канальні інновації, Процесні інновації, Архітектурно-інфраструктурні інновації. Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що ринок медичного страхування України перебуває на етапі зрілої цифровізації, коли цифрові технології стають не лише

інструментом підвищення ефективності, а й основним драйвером інноваційного розвитку.

7. Розроблено економіко-каузальну модель мультиплікативного ефекту цифровізації, за допомогою підтверджено, що між рівнем цифровізації страхових компаній (показник DCI) та обсягами їхніх валових страхових премій (GWP) існує виражений позитивний експоненційний зв'язок. Це свідчить про наявність мультиплікативного ефекту цифровізації, який посилюється зі зростанням цифрової зрілості компаній. Узагальнена модель демонструє, що підвищення індексу DCI на +10 п.п. у середньому забезпечує близько 35–40% приросту премій, а повна цифрова трансформація потенційно збільшує фінансові результати у 25–30 разів. Таким чином, цифровізація виступає ключовим фактором інноваційного розвитку ринку медичного страхування України.

8. Обґрунтовано, що для забезпечення активізації інноваційного розвитку медичного страхування в Україні має бути здійснена переорієнтація у нормативно-правовому регулюванні у частині визначення базових понять, закріплення прав застрахованих осіб, врегулювання діяльності страхових фондів і механізмів державного нагляду у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». А також порядок узгодження цих норм із Законом України «Про страхування». Це забезпечить прозорість страхових відносин і підвищить довіру населення до інституту медичного страхування. Важливим наслідком удосконалення законодавства стане розширення участі приватного сектору у фінансуванні охорони здоров'я.

9. Визначено і аргументовано перспективи взаємодії учасників ринку медичного страхування. Вони передбачають створення медико-страхових кластерів. Така система ґрунтується на об'єднанні різних суб'єктів — державних і комунальних медичних закладів, приватних операторів, страхових компаній, освітніх і наукових установ. У межах цієї форми організації створюється єдиний простір взаємодії, у рамках якого об'єднуються ресурси, інформаційні системи та фінансові потоки для

забезпечення максимальної ефективності медичної допомоги населенню. Результатами впровадження кластерної моделі є підвищення ефективності використання державних коштів, зменшення адміністративних витрат, розвиток профілактичної медицини, оптимізація мережі медичних закладів та створення конкурентного середовища між кластерами. Конкуренція між ними стимулюватиме впровадження інновацій, підвищення якості медичних послуг і рівня задоволеності пацієнтів. Водночас розподіл фінансових ризиків між державою, страховиками та приватними операторами дозволить зменшити бюджетне навантаження й забезпечити стабільність системи навіть у кризових умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Про страхування: Закон України від 01.01.2025 р. № №1909-IX. Відомості Верховної Ради України. 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення: 1.08.2025).
2. Постанова Правління Національний банк України від 25 грудня 2023 р. № 182 «Про затвердження Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування» // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0182500-23> (дата звернення: 25.10.2025).
3. Базилевич В.Д. Страхування: Підручник / [В.Д. Базилевич, К.С. Базилевич, Р.В. Пікус та ін.; за ред. В.Д. Базилевича]. – К.: Знання, 2008. – 1019 с.
4. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні // Финансовые услуги. – 2017. – № 1. – С. 35–39.
5. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С.Осадець. — Вид. 2-ге, перероб. і доп. — К.: КНЕУ, 2002. — 599 с.
6. Вороніна О. О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування / О. О. Вороніна // Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського. – 2015. – № 8. – С. 733–737.
7. Яворська Т. В. Страхові послуги : [навч. посіб.] / Т. В. Яворська, С. К. Реверчук. — К. : Знання, 2010. — 350 с.
8. Солдатенко О. Про права і обов'язки суб'єктів фінансових правовідносин у системі обов'язкового медичного страхування // Підприємництво, господарство і право. – 2010. – № 8. – С. 52–55.
9. Стеценко В. Ю. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти) // Форум права. – 2009. – № 3. – С. 597–602.

- 10.Святошніук А. Л. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі/ А. Л. Святошніук // Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Право / голов. ред. Ю. М. Бисага – Ужгород, 2023. –Т. 1. Вип. 79. – С. 232-236.
- 11.Третьак Д.Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 12. – С. 43 – 47.
- 12.Бас М. А. Значення медичного страхування у системі задоволення потреб населення України / М. А. Бас // Економічний форум. - 2014. - № 3. - С. 221-226.
- 13.Страхування: теорія та практика: Навчально-методичний посібник / Внукова Н.М., Успенко В.І., Временко Л.В. та ін.; За загальною редакцією проф. Внукової Н.М. — Харків: Бурун Книга, 2004. — 376 с.
- 14.Третьак Д. Д., Мінадзе Ю. О. Прогнозування розвитку сектору медичного страхування в Україні // Наукові праці НДФІ. – 2014. – № 3. – С. 111–120.
- 15.Савенко А. Ю., Паламарчук А. Введення бюджетно-страхової системи фінансування обов'язкового медичного страхування в Україні як один із шляхів реформування української системи охорони здоров'я // Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. – 2010. – № 1. – С. 156 - 160.
- 16.Гаманкова О. О. Ринок страхових послуг України: теорія, методологія, практика: монографія. – К.: КНЕУ, 2009. – 283 с.
- 17.Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 1 (87). – С. 55–60.
- 18.Pauly M. V., Zweifel P., Scheffler R. M., Preker A. S., Bassett M. Private health insurance in developing countries // Health Affairs. – 2006. – Vol. 25, No. 2. – P. 369–379.
- 19.Christmalls C. D., Aidam K. Implementation of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Ghana: lessons for South Africa and low- and middle-

- income countries // Risk Management and Healthcare Policy. – 2020. – P. 1879–1904.
- 20.Hsiao W. C. What is a health system? Why should we care? // Harvard School of Public Health Working Paper. – Cambridge, MA: Harvard University, 2003. – 32 p.
 - 21.Reinhardt U. E. The disruptive innovation of price transparency in health care // JAMA. – 2013. – Vol. 310, No. 18. – P. 1927–1928.
 - 22.Newhouse J. P. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993. – 491 p.
 - 23.Fuchs V. R. Who shall live? Health, economics, and social choice. – New York: Basic Books, 2011. – 286 p.
 - 24.Zweifel P., Breyer F., Kifmann M. Health economics. – 2nd ed. – Berlin: Springer, 2009. – 437 p.
 - 25.ISO 31000:2018 Risk management – Guidelines. – Geneva: International Organization for Standardization, 2018. – 16 p.
 - 26.ISO 31073:2022 Risk management – Vocabulary. – Geneva: International Organization for Standardization, 2022. – 18 p.
 - 27.Пікус Р. В. Управління фінансовими ризиками : навч. посіб. Київ: Знання, 2010. - 598 с.
 - 28.Гаманкова О. О. Ризик у страхуванні: проблеми тлумачення // Ризикологія в економіці та підприємництві: зб. наук. пр. за матеріалами наук.-практ. конф., 27–28 березня 2001 р. – К.: КНЕУ; Академія ДПС України, 2001. – С. 35–40.
 - 29.Dapp U., Anders J., von Renteln-Kruse W., Meier-Baumgartner H. P., Golgert S., Meier F., Meyer H.-P., et al. A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults // Journals of Gerontology. Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences. – 2011. – Vol. 66, No. 5. – P. 591–598.
 - 30.Клапків Л. М., Клапків Ю. М., Свірський В. С. Фінансові ризики в діяльності страхових компаній: теоретичні засади, сучасні реалії та

- прагматизм управління: монографія. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г. М., 2020. 171 с.
31. Климук Н. Я., Кравець Н. О. Особливості надання страхового захисту від COVID-19 // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2022. – № 2. – С. 69–72.
 32. Логінова А. С. Страхові ризики у медичному страхуванні витрат громадян [Електронний ресурс] // Страховий ринок України у світлі євроінтеграції: новітні виклики та тренди : зб. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 23 берез. 2023 р.) / М-во освіти і науки України, Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана [та ін.]. – Електрон. текстові дані. – Київ : КНЕУ, 2023. – С. 86–88. – Назва з титул. екрана.
 33. American Academy of Actuaries. Risk Classification in Health Insurance [Електронний ресурс] / American Academy of Actuaries. – Washington, D.C., 2017. – Режим доступу: https://www.actuary.org/sites/default/files/files/publications/IssueBrief_RiskClassification_Health_102017.pdf (дата звернення: 26.09.2025).
 34. Аналіз ризиків в організаціях охорони здоров'я: методологічні засади та критичні змінні : монографія / за ред. О. В. Сердюка. – Київ : НАМН України, 2020. – 184 с.
 35. Державна служба статистики України. Офіційний вебсайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 16.08.2025).
 36. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про подання установами і закладами охорони здоров'я України статистичних звітів за 2024 рік» від 09.12.2024 № 2056 [Електронний ресурс] // Інформаційно-правова система «Законодавство України». URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-mozg-ukrayini-vid-09-12-2024-2056-pro-podannya-ustanovami-i-zakladami-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-statistichnih-zvitiv-za-2024-rik> (дата звернення: 12.10.2024).

- 37.Історико-географічний розвиток українських земель до 1917 року : довідкові матеріали [Електронний ресурс] / Інститут історії України НАН України. – Київ, 2023. – Режим доступу: <https://www.history.org.ua/> (дата звернення: 26.10.2025).
- 38.Історія становлення соціального та медичного страхування на українських землях (XIX – поч. XX ст.) [Електронний ресурс] / Інститут історії України НАН України. – Київ, 2023. – Режим доступу: <https://www.history.org.ua/> (дата звернення: 16.10.2024).
- 39.Добржанський О. Суспільна опіка й охорона здоров'я населення Східної Галичини в другій половині XIX – на початку XX ст. // Український історичний журнал. – 2001. – № 2. – С. 45–58.
- 40.Hämmerle, Christa. Gesellschaft und Gesundheit in der Habsburgermonarchie (1848–1918). – Wien : Böhlau Verlag, 2014. – p. 320.
- 41.Fischer, Wladimir; Hallama, Peter G. (Hrsg.). Sozialversicherung in der Habsburgermonarchie: Institutionen – Akteure – Praktiken. – Wien : Böhlau, 2020. – p. 410.
- 42.*Les Juifs de l'Empire austro-hongrois : identités, cultures et histoires*. – Paris : Albin Michel, 1999. – 540 p.
- 43.Гаращенко Г. М. Розвиток соціального страхування в Україні: історичні етапи та сучасні тенденції // Фінанси України. – 2018. – № 6. – С. 112–125.
- 44.Гриневич Л. Медичне страхування в Україні: історичний досвід та сучасні виклики // Державне управління та місцеве самоврядування. – 2020. – Вип. 4 (47). – С. 73–80.
- 45.Loghin, Oana. Health Insurance and Social Protection in Central and Eastern Europe: Historical Transformations. – Bucharest : ASE Publishing, 2016. – 298 p.
- 46.Judson, Pieter M. The Habsburg Empire: A New History. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 2016. – 573 p.

47. Vondra, Jiří. Public Health and Insurance Systems in Central Europe before 1918. // *European Journal of the History of Medicine and Health*. – 2019. – Vol. 76, No. 3. – P. 245–268.
48. Пастушенко Т. В. Соціальна політика Третього Райху щодо оstarбайтерів з України // *Україна XX століття: культура, ідеологія, політика*. – 2013. – Вип. 18. – С. 164–178.
49. Куценко О. Д. Історичні аспекти становлення системи соціального страхування в Україні // *Демографія та соціальна економіка*. – 2015. – № 2. – С. 112–122.
50. Нестеренко О. М. Медичне страхування у Російській імперії: соціально-правові передумови // *Право України*. – 2019. – № 7. – С. 86–93.
51. Бурлака О. В. Розвиток медичного страхування на українських землях у складі Російської імперії (кінець XIX – початок XX ст.) // *Історичні студії суспільного прогресу*. – 2020. – Вип. 5. – С. 51–60.
52. Добржанський О. В. Соціально-економічний розвиток Східної Галичини у складі II Речі Посполитої (1919–1939 рр.) // *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Серія: Історія*. – 2014. – Вип. 2. – С. 52–63.
53. Сеньків М. В. Розвиток системи охорони здоров'я в Галичині у складі Польщі (1919–1939 рр.) // *Вісник Львівського університету. Серія історична*. – 2018. – Вип. 54. – С. 171–184.
54. Cegielski, Tadeusz. Historia ubezpieczeń społecznych w Polsce 1918–1939. – Warszawa : Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2009. – p. 278.
55. Vondra, Jiří. Public Health and Social Insurance in Central Europe between the Wars. // *European Journal of the History of Medicine and Health*. – 2021. – Vol. 78, No. 2. – P. 201–219.
56. Пастушенко Т. В. Соціальна політика Румунії на Північній Буковині у міжвоєнний період // *Україна XX століття: культура, ідеологія, політика*. – 2016. – Вип. 21. – С. 122–138.

57. Кравченко Л. І. Українці Північної Буковини у соціально-економічному житті Румунії (1918–1940 рр.) // Історичні студії суспільного прогресу. – 2019. – Вип. 8. – С. 45–58.
58. Livezeanu, Irina. Cultural Politics in Greater Romania: Regionalism, Nation Building, and Ethnic Struggle, 1918–1930. – Ithaca ; London : Cornell University Press, 1995. – 327 p.
59. Hitchins, Keith. Rumania 1866–1947. – Oxford : Clarendon Press, 1994. – 580 p.
60. Bărbulescu, Gheorghe. Asigurările sociale în România interbelică (1918–1940). – București : Editura Economică, 2002. – 294 p.
61. Чехословаччина. Закон «Про загальне обов’язкове страхування» (Zákon č. 221/1924 Sb.) від 9 жовтня 1924 р. // Sbírka zákonů a nařízení státu Československého. – Praha : Státní tiskárna, 1924. – p. 1121–1145.
62. Hořejš, Jiří. Vývoj sociálního pojištění v Československu 1918–1938. – Praha : Karolinum, 1998. – p. 276.
63. Шевчук О. В. Формування страхового ринку в Російській імперії: зарубіжні компанії та національні особливості // Фінанси, облік і аудит. – 2018. – Вип. 32. – С. 89–97.
64. Evans E. W. Notes on Origin and Development of Reinsurance // Proceedings of the Casualty Actuarial Society. – 1942. – Vol. 29. – P. 22–37. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.casact.org/sites/default/files/database/proceed_proceed29_29022.pdf (дата звернення: 26.10.2024).
65. New York Life Insurance Company. Annual Report of the New York Life Insurance Company for the Year 1913. – New York : Home Office, 1914. – 256 p.
66. The Equitable Life Assurance Society of the United States. Annual Report for the Year 1912. – New York : Equitable Building, 1913. – 198 p.

67. The Union Central Life Insurance Company (Urban Life). Fiftieth Annual Report for the Year Ending December 31, 1916. – Cincinnati : Union Central Life, 1917. – 240 p.
68. Institute and Faculty of Actuaries (UK). Equitable Life (ELAS) Archive Catalogue Launch Display [Электронный ресурс] / Institute and Faculty of Actuaries. – 2007. – Режим доступа: <https://www.actuaries.org.uk/documents/equitable-life-elas-archive-catalogue-launch-display-3-april-2007> (дата звернения: 6.10.2024).
69. Wikipedia contributors. Equitable Life (United Kingdom) [Электронный ресурс]. – 2024. – Режим доступа: [https://en.wikipedia.org/wiki/Equitable_Life_\(United_Kingdom\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Equitable_Life_(United_Kingdom)) (дата звернения: 6.10.2024).
70. Equitable Life Assurance Society. Receipt for Premium Payment (1916) [Электронный ресурс]. – 1916. – Режим доступа: https://archive.org/details/caargm_000889 (дата звернения: 6.10.2024).
71. Starr, Paul. The Social Transformation of American Medicine. – New York : Basic Books, 1982. – 514 p.
72. Numbers, Ronald L. Almost Persuaded: American Physicians and Compulsory Health Insurance, 1912–1920. // Bulletin of the History of Medicine. – 1978. – Vol. 52, No. 4. – P. 553–573.
73. Stevens, Rosemary A. American Medicine and the Public Interest: A History of Specialization. – Berkeley : University of California Press, 1998. – 450 p.
74. Blue Cross and Blue Shield Association. Our History [Электронный ресурс]. – Chicago : BCBSA, 2024. – Режим доступа: <https://www.bcbs.com/about-us/our-history> (дата звернения: 7.10.2024).
75. Kaiser Permanente. Our History [Электронный ресурс]. – Oakland : Kaiser Foundation Health Plan, 2024. – Режим доступа: <https://about.kaiserpermanente.org/who-we-are/our-history> (дата звернения: 7.10.2024).

76. Magocsi, Paul R. The Shaping of a National Identity: Subcarpathian Rus', 1848–1948. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1978. – 392 p.
77. Bideleux, Robert; Jeffries, Ian. A History of Eastern Europe: Crisis and Change. – London : Routledge, 1998. – 700 p.
78. Страховий ринок України: аналітичний огляд / За ред. В. Д. Базилевича. – Київ : КНЕУ, 2001. – 178 с.
79. Україна. Закон «Про електронні довірчі послуги» № 2155-VIII від 5 жовтня 2017 р. // Голос України. – 2017. – № 219 (від 24.11.2017). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19#Text> (дата звернення: 8.10.2024).
80. Regulation (EU) No 910/2014 of the European Parliament and of the Council of 23 July 2014 on electronic identification and trust services for electronic transactions in the internal market (eIDAS Regulation). – Official Journal of the European Union, L 257/73, 28.08.2014. – P. 73–114. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32014R0910> (дата звернення: 8.10.2024).
81. Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації України. Звіт про стан розвитку системи електронних довірчих послуг в Україні у 2018–2021 роках [Електронний ресурс]. – Київ : ДССЗІ України, 2021. – Режим доступу: <https://cip.gov.ua> (дата звернення: 8.10.2024).
82. Національний банк України. Огляд страхового ринку України: цифрові тенденції 2010–2020 рр. [Електронний ресурс]. – Київ : НБУ, 2021. – Режим доступу: <https://bank.gov.ua> (дата звернення: 8.10.2024).
83. Литвиненко О. В., Куценко О. Д. Цифровізація фінансових послуг в Україні: тенденції та виклики // Економіка та держава. – 2020. – № 12. – С. 48–53.
84. Міністерство цифрової трансформації України. Електронна ідентифікація та цифрові сервіси: аналітичний звіт [Електронний

- ресурс]. – Київ : Мінцифра, 2022. – Режим доступу: <https://thedigital.gov.ua> (дата звернення: 9.10.2024).
85. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 р. // *Голос України*. – 2017. – № 220 (від 25.11.2017). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 10.10.2024).
86. Міністерство охорони здоров'я України. Реформа фінансування системи охорони здоров'я: принцип «гроші йдуть за пацієнтом» [Електронний ресурс]. – Київ : МОЗ України, 2020. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 10.10.2024).
87. Національна служба здоров'я України. Електронна система охорони здоров'я (eHealth): аналітичний звіт 2018–2023 рр. [Електронний ресурс]. – Київ : НСЗУ, 2023. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 11.10.2024).
88. Офіційний портал електронної системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Київ : ДП «Електронне здоров'я», 2024. – Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua> (дата звернення: 11.10.2024).
89. Мельник І. О. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я України: вплив на ефективність медичної реформи // *Економіка та управління національним господарством*. – 2021. – № 2 (38). – С. 101–110.
90. *Ukraine Health System Review 2021*. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2021. – 212 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euro.who.int> (дата звернення: 11.10.2024).
91. Національний банк України. Огляд небанківського фінансового сектору: страхові компанії (2016–2025 рр.) [Електронний ресурс]. – Київ : НБУ, 2025. – Режим доступу: <https://bank.gov.ua/ua/statistic/sector-financial/nonbank> (дата звернення: 2.01.2025).

92. *Ринок страхових послуг України: статистичний бюлетень за 2024 рік* [Електронний ресурс]. – Київ : НБУ, 2025. – Режим доступу: <https://bank.gov.ua/ua/news/all> (дата звернення: 2.01.2025).
93. *Страхові компанії України: динаміка ліцензій та активів 2010–2020 рр.* [Електронний ресурс]. – Київ : Нацкомфінпослуг, 2021. – Режим доступу: <https://www.nfp.gov.ua> (дата звернення: 12.04.2023).
94. *Ринок страхування здоров'я: аналітичний огляд 2016–2024 рр.* [Електронний ресурс]. – Київ : ФСПУ, 2024. – Режим доступу: <https://fsfu.org.ua> (дата звернення: 07.01.2025).
95. *Медичне страхування в Україні: тенденції, виклики та перспективи розвитку 2025* [Електронний ресурс]. – Київ : УФУ, 2025. – Режим доступу: <https://ufu.org.ua> (дата звернення: 07.01.2025).
96. FORINSURER. Рейтинг страхових компаній України: Non-Life / FORINSURER [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/16/12/45> (дата звернення: 10.02.2025).
97. Куценко О. Д., Литвиненко О. В. Цифрові тенденції розвитку страхового ринку України у 2016–2024 рр. // *Фінанси України*. – 2024. – № 9. – С. 33–45.
98. Брюховецька І. О., Добродзій О. М. Медичне страхування в умовах війни: ризики та програми забезпечення // *Міжнародний науковий журнал "Інтернаука"*. Серія: "Економічні науки". – 2024. – № 12. <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2024-12-10579>
99. О. М. Добродзій Сутність медичного страхування: теоретичні та практичні аспекти. *Приазовський економічний вісник*. 2025. № 3 (43). С. 34 -39. <https://doi.org/10.32782/2522-4263/2025-3-6>
100. *Чисельність наявного населення України (2016–2025 рр.)* [Електронний ресурс]. – Київ : Держстат України, 2025. – Режим доступу: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2024).
101. *Демографічний щорічник України за 2024 рік* [Електронний ресурс]. – Київ : Держстат України, 2025. – Режим доступу:

- https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2025/demog.htm (дата звернення: 26.10.2024).
102. *World Population Prospects 2024: Ukraine country profile* [Електронний ресурс]. – New York : UN DESA, 2024. – Режим доступу: <https://population.un.org/wpp/> (дата звернення: 26.10.2024).
 103. *Основні показники стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я України (2016–2024 рр.)* [Електронний ресурс]. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2025. – Режим доступу: <https://medstat.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2024).
 104. *Ukraine: Noncommunicable Diseases Country Profile 2023*. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/europe> (дата звернення: 26.10.2024).
 105. Zubrod C. G., Schneiderman M. A., Frei E. III, Brindley C., Gold G. L., Shnider B., Oviedo R., Gorman J., Jones R. Jr., Jonsson U., Colsky J., Chalmers T., Ferguson B., Dederick M., Holland J., Selawry O., Regelson W., Lasagna L., Owens A. H. Jr. Evaluation of Chemotherapeutic Agents: Comparative Therapeutic Trial of Nitrogen Mustard and Triethylene Thiophosphoramidate // *Journal of Chronic Diseases*. – 1960. – Vol. 11, Issue 1. – P. 7–33. – DOI: 10.1016/0021-9681(60)90137-9.
 106. *Референтні показники обсягів медичних послуг та середньої тривалості лікування у стаціонарах і паліативній допомозі* [Електронний ресурс]. – Київ : НСЗУ, 2024. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 02.09.2025).
 107. *Набори медичних послуг за програмою медичних гарантій (2024–2025 рр.): методичні рекомендації* [Електронний ресурс]. – Київ : НСЗУ, 2024. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 02.09.2025).
 108. *Паліативна та хоспісна допомога: нормативи тривалості лікування та обсягів послуг* [Електронний ресурс]. – Київ : МОЗ України, 2023. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 02.09.2025).

109. *Статистичний збірник: Основні показники діяльності закладів охорони здоров'я України, 2023 р.* [Електронний ресурс]. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2024. – Режим доступу: <https://medstat.gov.ua> (дата звернення: 02.09.2025).
110. *Hospital care and length of stay by diagnosis, WHO European Region (2015–2022)* [Електронний ресурс]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. – Режим доступу: <https://www.who.int/europe> (дата звернення: 02.09.2025).
111. Кабінет Міністрів України. Постанова «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році» від 24 грудня 2024 р. № 1503 [Електронний ресурс] // База даних «Законодавство України». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 03.09.2024).
112. Національна служба здоров'я України. Тарифи на медичні послуги, що фінансуються за програмою медичних гарантій у 2024–2025 роках [Електронний ресурс]. – Київ : НСЗУ, 2025. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 04.09.2024).
113. Національна служба здоров'я України. Пояснювальна записка до проекту Програми медичних гарантій – 2025 [Електронний ресурс]. – Київ : НСЗУ, 2024. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 04.09.2024).
114. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації з визначення вартості медичних послуг у рамках Програми медичних гарантій [Електронний ресурс]. – Київ : МОЗ України, 2024. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2024).
115. World Health Organization. Health financing in Ukraine: moving towards strategic purchasing. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/europe> (дата звернення: 17.10.2024).

116. *Державна служба статистики України. Смертність населення України за причинами смерті (2016–2024 рр.): статистичний збірник* [Електронний ресурс]. – Київ : Держстат України, 2025. – Режим доступу: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2024).
117. Міністерство охорони здоров'я України. *Захворюваність та смертність населення України за основними класами хвороб (2016–2024 рр.)* [Електронний ресурс]. – Київ : МОЗ України, 2025. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2024).
118. World Health Organization. *Global Health Observatory: Age-standardized mortality rates by cause, sex, and country (2016–2023)*. – Geneva : WHO, 2024. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/data/gho> (дата звернення: 26.10.2024).
119. WHO Regional Office for Europe. *European Health Information Gateway: Mortality indicators for Ukraine, 2016–2024*. – Copenhagen : WHO/Europe, 2024. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int> (дата звернення: 26.10.2024).
120. Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) Results*. – Seattle : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (дата звернення: 26.10.2024).
121. World Bank. *Listen to Ukraine: Update 2025* [Електронний ресурс]. – Washington, D.C. : The World Bank, 2025. – 39 р. – Режим доступу: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/bf81d702093c4e7ce911cb00603d3fb9-0080012025/original/Listen-to-Ukraine-Update-2025.pdf> (дата звернення: 6.01.2025).
122. Державна служба статистики України. *Зайнятість та безробіття населення України у 2016–2024 роках: статистичний збірник* [Електронний ресурс]. – Київ : Держстат України, 2025. – Режим доступу: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2025).

123. Міністерство економіки України. Огляд ринку праці України: тенденції зайнятості та безробіття (2016–2025 рр.) [Електронний ресурс]. – Київ : Мінекономіки України, 2025. – Режим доступу: <https://www.me.gov.ua> (дата звернення: 20.09.2025).
124. International Labour Organization. ILOSTAT: Ukraine – Employment and Unemployment Indicators (2016–2024) [Електронний ресурс]. – Geneva : ILO, 2024. – Режим доступу: <https://ilostat.ilo.org> (дата звернення: 20.09.2025).
125. The World Bank. Ukraine Economic Update, Spring 2025 [Електронний ресурс]. – Washington, D.C. : The World Bank, 2025. – Режим доступу: <https://www.worldbank.org/en/country/ukraine/publication> (дата звернення: 20.09.2025).
126. Державна служба статистики України. Житловий фонд України у 2016–2024 роках: статистичний збірник [Електронний ресурс]. – Київ : Держстат України, 2025. – Режим доступу: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 19.02.2025).
127. Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури України. Стан житлового фонду України та заходи з його модернізації (аналітичний огляд 2024–2025 рр.) [Електронний ресурс]. – Київ : Мінінфраструктури України, 2025. – Режим доступу: <https://mtu.gov.ua> (дата звернення: 19.02.2025).
128. Державна інспекція архітектури та містобудування України. Звіт про технічний стан житлових будівель та об'єктів інфраструктури (2016–2024 рр.) [Електронний ресурс]. – Київ : ДІАМ, 2025. – Режим доступу: <https://diam.gov.ua> (дата звернення: 19.02.2025).
129. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Housing and Land Management Country Profile: Ukraine 2024 [Електронний ресурс]. – Geneva : UNECE, 2024. – Режим доступу: <https://unece.org/housing> (дата звернення: 19.02.2025).

130. Міністерство соціальної політики України. Стан сімей та дітей в Україні: аналітичний звіт (2016–2025 pp.) [Електронний ресурс]. – Київ : Мінсоцполітики України, 2025. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua> (дата звернення: 25.09.2025).
131. United Nations Population Fund (UNFPA) Ukraine. Family and Demographic Trends in Ukraine: 2016–2025 Report [Електронний ресурс]. – Kyiv : UNFPA Ukraine, 2025. – Режим доступу: <https://ukraine.unfpa.org> (дата звернення: 25.09.2025).
132. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “УНІКА”». Річна фінансова звітність та показники діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “УНІКА”», 2025. – Режим доступу: <https://uniqa.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
133. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “Універсальна”». Річна фінансова звітність та показники діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Львів : ПрАТ «СК “Універсальна”», 2025. – Режим доступу: <https://universalna.com/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
134. Акціонерне товариство «Страхова компанія “ІНГО”». Річна фінансова звітність та показники діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : АТ «СК “ІНГО”», 2025. – Режим доступу: <https://ingo.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
135. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “ARX”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “ARX”», 2025. – Режим доступу: <https://arx.com.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
136. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “ВУСО”». Річна фінансова звітність та показники діяльності за 2016–

- 2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “ВУСО”», 2025. – Режим доступу: <https://vuso.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
137. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “УСГ”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “УСГ”», 2025. – Режим доступу: <https://usg.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
138. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ”», 2025. – Режим доступу: <https://arsenal-ic.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
139. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “ПЗУ Україна”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “ПЗУ Україна”», 2025. – Режим доступу: <https://pzu.com.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
140. Приватне акціонерне товариство «Страхова група “ТАС”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СГ “ТАС”», 2025. – Режим доступу: <https://sgtas.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).
141. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія “ЄВРОІНС УКРАЇНА”». Річна фінансова звітність та результати діяльності за 2016–2025 роки [Електронний ресурс]. – Київ : ПрАТ «СК “ЄВРОІНС УКРАЇНА”», 2025. – Режим доступу: <https://euroins.com.ua/about/financial-statements/> (дата звернення: 21.09.2025).

142. Кнейслер, О. Концептуальні засади державного регулювання страхового ринку [Текст] / Ольга Кнейслер, Наталія Спасів, Ірина Гузела // Світ фінансів. – 2023. – Вип. 3. – С. 49-63.
143. Ключка О.В., Богріновцева Л.М., Онишко С.В. Трансформація страхового ринку України в умовах сьогодення Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". Серія: "Економічні науки". 2023. №9. [URL:https://doi.org/10.25313/2520-2294-2023-9-9147](https://doi.org/10.25313/2520-2294-2023-9-9147)
144. Скиба Г., Кришталь Г., Кривоберець М. Використання цифрових технологій для підвищення ефективності системи медичного страхування в Україні // Цифрова економіка та економічна безпека. – 2025. – № 4 (19). – С. 341–345.
145. Кулішов В. В. Кластер – основа інноваційного розвитку економіки // Інноваційна економіка. – 2013. – № 2. – С. 3–6.
146. О.М.Добродзій Функціонування лікарняних кас як передумова формування добровільного медичного страхування в Україні. Сталий розвиток економіки. 2025. № 4 (55), 543-549. <https://doi.org/10.32782/2308-1988/2025-55-73>
147. О. М. Добродзій Класифікація ризиків у медичному страхуванні: медичні, соціальні та актуарні аспекти. Інклюзивна економіка. 2025 № 3 (09), 2025.- С. 56-60. https://doi.org/10.32782/inclusive_economics.9-7

ДОДАТКИ:

Додаток А

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2016 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн	Рівень виплат, %
1	ПРОВІДНА	288 759	184 269	63,8
2	НАФТОГАЗСТРАХ	241 523	163 844	67,8
3	АХА СТРАХУВАННЯ	181 798	89 305	49,1
4	УНІКА	175 681	112 414	64,0
5	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	132 969	61 303	46,1
6	PZU УКРАЇНА	128 832	59 310	46,0
7	ІНГО УКРАЇНА	125 498	70 708	56,3
8	КРАЇНА	92 910	61 541	66,2
9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	88 497	48 756	55,1
10	РАРИТЕТ	53 659	35 958	67,0
11	ІНТЕР-ПОЛІС	53 539	44 637	83,4
12	UPSK	51 875	14 385	27,7
13	ТАС СГ	40 493	25 267	62,4
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	39 585	16 423	41,5
15	МЕГА-ПОЛІС	30 766	25 052	81,4
16	ТЕКОМ	29 471	24 243	82,3
17	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	27 453	12 268	44,7
18	УНІВЕРСАЛЬНА	27 242	10 815	39,7
19	ВУСО	25 312	8 718	34,4
20	ДІМ СТРАХУВАННЯ	22 832	15 915	69,7

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2017 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн	Рівень виплат, %
1	ПРОВІДНА	358 849,0	227 106,4	63,29
2	НАФТОГАЗСТРАХ	252 350,0	185 923,7	73,68
3	УНІКА	226 414,7	149 522,0	66,04
4	АХА	205 470,0	132 481,0	64,48
5	PZU	154 635,6	67 726,1	43,80
6	ІНГО УКРАЇНА	133 175,8	85 410,4	64,13
7	КРАЇНА	131 265,0	84 258,4	64,19
8	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	124 664,9	91 156,5	73,12
9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВАГРУПА	96 007,5	59 466,7	61,94
10	КРЕМЕНЬ	69 682,5	3 339,7	4,79

11	ТАС СГ	58 208,9	32 968,4	56,64
12	UPSK	54 546,0	15 812,3	28,99
13	АСКА	52 891,0	32 268,0	61,01
14	ДІМ СТРАХУВАННЯ	46 412,9	28 730,2	61,90
15	ТЕКОМ	44 716,2	41 094,5	91,90
16	ВУСО	38 754,8	14 139,4	36,48
17	МОТОР-ГАРАНТ	37 120,5	16 236,7	43,74
18	КИЇВСЬКИЙ СТРАХОВИЙ ДІМ	34 068,3	1 366,6	4,01
19	УНІВЕРСАЛЬНА	30 361,6	18 390,7	60,57
20	МЕГА-ПОЛІС	29 576,5	23 269,2	78,67

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2018 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн
1	ПРОВІДНА	400 114	262 726
2	НАФТОГАЗСТРАХ	387 174	234 569
3	АХА СТРАХУВАННЯ	248 961	178 659
4	УНІКА	224 674	154 280
5	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	187 075	114 790
6	PZU УКРАЇНА	177 945	152 888
7	ІНГО УКРАЇНА	131 820	92 942
8	КРАЇНА	131 487	79 779
9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	125 574	89 840
10	РАРИТЕТ	85 348	53 583
11	ІНТЕР-ПОЛІС	65 834	19 344
12	UPSK	58 264	31 026
13	ТАС СГ	57 587	22 624
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	52 419	46 792
15	МЕГА-ПОЛІС	47 558	34 045
16	ТЕКОМ	45 704	17 787
17	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	44 883	15 624
18	УНІВЕРСАЛЬНА	42 294	18 306
19	ВУСО	40 609	23 425
20	ДІМ СТРАХУВАННЯ	38 984	17 250

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2019 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн	Рівень виплат, %
1	ПРОВІДНА	621 075	352 693	56,79
2	НАФТОГАЗСТРАХ	483 855	314 963	65,09
3	АХА СТРАХУВАННЯ	329 399	192 019	58,29
4	УНІКА	286 887	159 474	55,59
5	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	266 184	221 145	83,08
6	PZU УКРАЇНА	242 137	170 920	70,59
7	ІНГО УКРАЇНА	170 898	107 379	62,83
8	КРАЇНА	139 938	82 208	58,75

9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	127 648	73 922	57,91
10	РАРИТЕТ	109 668	44 544	40,62
11	ІНТЕР-ПОЛІС	103 426	76 117	73,60
12	UPSK	88 240	30 657	34,74
13	ТАС СГ	75 583	24 993	33,07
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	65 229	39 825	61,05
15	МЕГА-ПОЛІС	61 158	34 882	57,04
16	ТЕКОМ	60 774	27 807	45,75
17	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	58 589	30 243	51,62
18	УНІВЕРСАЛЬНА	58 405	44 313	75,87
19	ВУСО	621 075	352 693	56,79
20	ДІМ СТРАХУВАННЯ	483 855	314 963	65,09

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2020 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн	Рівень виплат, %
1	ПРОВІДНА	288 759	184 269	63,8
2	НАФТОГАЗСТРАХ	241 523	163 844	67,8
3	АХА СТРАХУВАННЯ	181 798	89 305	49,1
4	УНІКА	175 681	112 414	64,0
5	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	132 969	61 303	46,1
6	PZU УКРАЇНА	128 832	59 310	46,0
7	ІНГО УКРАЇНА	125 498	70 708	56,3
8	КРАЇНА	92 910	61 541	66,2
9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	88 497	48 756	55,1
10	РАРИТЕТ	53 659	35 958	67,0
11	ІНТЕР-ПОЛІС	53 539	44 637	83,4
12	UPSK	51 875	14 385	27,7
13	ТАС СГ	40 493	25 267	62,4
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	39 585	16 423	41,5
15	МЕГА-ПОЛІС	30 766	25 052	81,4
16	ТЕКОМ	29 471	24 243	82,3
17	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	27 453	12 268	44,7
18	УНІВЕРСАЛЬНА	27 242	10 815	39,7
19	ВУСО	25 312	8 718	34,4
20	ДІМ СТРАХУВАННЯ	22 832	15 915	69,7

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2021 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн
1	ПРОВІДНА	807 542	535 213
2	НАФТОГАЗСТРАХ	794 320	483 130

3	АХА СТРАХУВАННЯ	543 594	334 385
4	УНІКА	469 844	292 301
5	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	460 477	207 342
6	PZU УКРАЇНА	301 583	180 250
7	ІНГО УКРАЇНА	241 085	107 673
8	КРАЇНА	237 876	153 430
9	УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА ГРУПА	209 788	158 306
10	РАРИТЕТ	169 135	96 957
11	ІНТЕР-ПОЛІС	144 854	53 271
12	UPSK	142 239	61 009
13	ТАС СГ	131 554	58 036
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	115 499	51 431
15	МЕГА-ПОЛІС	97 691	42 106
16	ТЕКОМ	94 779	49 964
17	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	91 118	57 734
18	УНІВЕРСАЛЬНА	72 391	38 654
19	ВУСО	66 163	19 468
20	ДІМ СТРАХУВАННЯ	61 801	23 095

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2022 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн
1	УНІКА	711 366	418 655
2	ПРОВІДНА	652 442	400 243
3	ІНГО	432 943	282 217
4	ARX	428 972	176 649
5	УСГ	317 919	168 326
6	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	260 126	192 718
7	ТАС СГ	224 114	103 218
8	УНІВЕРСАЛЬНА	191 981	78 879
9	КРАЇНА	168 376	117 620
10	ВУСО	168 202	75 056
11	PZU УКРАЇНА	137 906	65 194
12	КНЯЖА	103 205	49 259
13	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	96 178	38 182
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	88 364	36 219
15	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	71 791	38 646
16	UPSK	69 716	23 017
17	ЄВРОІНС УКРАЇНА	51 226	34 667
18	ОБЕРІГ	40 407	3 627
19	ОМЕГА	36 227	23 652
20	ІНТЕРЕКСПРЕС	23 759	14 094

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2023 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн
1	УНІКА	1 069 341	573 174
2	ІНГО	658 480	450 669
3	UNIVERSALNA	571 966	271 316
4	ARX	524 209	265 448
5	ВУСО	492 170	279 140
6	ТАС СГ	385 008	164 310
7	УСГ	380 157	240 672
8	PZU УКРАЇНА	237 890	144 692
9	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	229 007	90 881
10	КРАЇНА	164 845	103 781
11	КНЯЖА	132 673	78 974
12	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	122 095	57 193
13	ЄВРОІНС УКРАЇНА	107 511	65 583
14	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	106 129	64 054
15	UPSK	63 818	22 983
16	ОБЕРІГ	47 938	307
17	ПЕРША	40 248	16 223
18	ОРАНТА	28 890	4 540
19	УЛЬТРА АЛЬЯНС	12 064	7 871
20	ББС ІНШУРАНС	11 081	6 650

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2024 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн	Рівень виплат, %
1	УНІКА	1 262 968	770 890	61,04
2	UNIVERSALNA	731 101	417 459	57,10
3	ІНГО	714 136	491 469	68,82
4	ВУСО	685 865	436 291	63,61
5	ТАС СГ	511 776	293 625	57,37
6	УСГ	443 741	283 869	63,97
7	ARX	441 584	307 335	69,60
8	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	346 385	173 677	50,14
9	PZU УКРАЇНА	325 994	235 250	72,16
10	КНЯЖА	182 719	104 424	57,15
11	КРАЇНА	178 899	143 001	79,93
12	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	170 969	87 334	51,08
13	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	130 122	91 050	69,97
14	ЄВРОІНС УКРАЇНА	113 195	91 219	80,59
15	ПЕРША	112 353	74 347	66,17
16	ОРАНТА	57 249	9 273	16,20
17	UPSK	49 081	13 561	27,63
18	ББС ІНШУРАНС	47 651	34 141	71,65

19	ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	11 564	6 511	56,31
20	ГРАВЕ УКРАЇНА	6 672	3 007	45,06

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування , 2025 р.

№	Страхові компанії	Премії, тис. грн	Виплати, тис.грн
1	УНІКА	2 040 662	888 172
2	UNIVERSALNA	853 555	448 975
3	ІНГО	450 011	634 357
4	ARX	617 714	150 179
5	ВУСО	485 749	278 364
6	УСГ	433 734	141 465
7	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	261 145	123 137
8	PZU УКРАЇНА	259 869	135 992
9	ТАС СГ	250 247	186 844
10	КНЯЖА	220 791	76 848
11	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	216 443	93 365
12	КРАЇНА	96 408	99 289
13	ББС ІНШУРАНС	82 826	68 803
14	ЄВРОІНС УКРАЇНА	77 236	68 661
15	ПЕРША	63 203	92 306
16	UPSK	28 146	9 779
17	ОРАНТА	23 908	8 910
18	ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	10 891	4 039
19	УЛЬТРА АЛЬЯНС	8 085	2 296
20	ІНКС	2 751	853

Оцінка функціонального стану

Оцінка функціонального стану за шкалою ECOG	Шкала функціонального стану Карновського
0 – Повністю активний, здатний виконувати всі функції як і до захворювання без обмежень	100 – Нормально без скарг; немає симптомів захворювання
	90 – Здатний вести звичайну діяльність; незначні ознаки чи симптоми захворювання
1 – Обмежений у фізичній активності, але амбулаторний і здатний виконувати легку або сидячу роботу, наприклад, легку роботу по дому, роботу в офісі	80 – Нормальна діяльність із зусиллям; деякі ознаки чи симптоми захворювання
	70 – Дбає про себе; не в змозі вести нормальну діяльність або виконувати активну роботу
2 – Амбулаторний і здатний до самообслуговування, але не здатний виконувати будь-яку роботу; більше 50% часу неспання	60 – Періодично потребує допомоги, але здатний задовольнити більшість своїх особистих потреб
	50 – Потрібна значна допомога та часта медична допомога
3 – здатний лише до обмеженого догляду за собою; прикутий до ліжка або стільця більше 50% часу неспання	40 – Інвалідизація; вимагає особливого догляду та допомоги
	30 – Важка інвалідність; показана госпіталізація, хоча смерть не є неминучою
4 – повністю інвалідизований; не може займатися самообслуговуванням; повністю прикутий до ліжка або стільця	20 – Дуже хворий; необхідна госпіталізація; необхідне активне підтримуюче лікування
	10 – Вмираючий; фатальні процеси, що швидко прогресують

Додаток В

Відповіді опитування населення щодо довіри

Код	Запитання (так/ні або число)	Відповідь		Відповідь	
		ні	Кількість респондентів	так	Кількість респондентів
ВЕН1	Чи подавали скаргу на медичний заклад або страхову? (так/ні)	ні	76	так	24
ВЕН2	Скільки днів у середньому чекали на страхову виплату? (число)	≥ 30	63	≤ 30	37
ВЕН3	Чи користувались e-claim'ами/онлайн-зверненнями? (так/ні)	ні	44	так	56

Додаток Г

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Універсальна» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	2.0	2.0	0.0	1.0	1.0	32.5
2018	4.0	3.0	1.0	2.0	1.0	63.8
2019	4.0	3.0	1.0	3.0	2.0	68.8
2020	4.0	3.0	1.0	3.0	3.0	70.0
2021	4.0	3.0	2.0	3.0	3.0	76.3
2022	4.0	3.0	2.0	3.0	3.0	76.3
2023	4.0	3.0	2.0	3.0	4.0	77.5
2024	4.0	3.0	2.0	3.0	4.0	77.5
2025	4.0	3.0	3.0	3.0	4.0	83.8

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Акціонерного товариства «Страхова компанія «ІНГО» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	3.0	1.0	0.0	1.0	1.0	33,8
2018	4.0	3.0	1.0	2.0	1.0	63,8
2019	4.0	3.0	1.0	2.0	1.0	63,8
2020	4.0	4.0	1.0	3.0	1.0	73,8
2021	4.0	4.0	2.0	3.0	3.0	82,5
2022	4.0	4.0	2.0	3.0	3.0	82,5
2023	4.0	4.0	2.0	3.0	4.0	83,8
2024	4.0	4.0	2.0	3.0	4.0	83,8
2025	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	93,8

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «ARX» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	2.0	1.0	0.0	4.0	1.0	37,5
2017	2.0	2.0	0.0	4.0	1.0	43,8
2018	4.0	3.0	1.0	4.0	1.0	71,3
2019	4.0	3.0	1.0	4.0	2.0	72,5
2020	4.0	3.0	1.0	4.0	3.0	73,8
2021	4.0	3.0	2.0	4.0	3.0	80,0
2022	4.0	3.0	2.0	4.0	3.0	80,0
2023	4.0	3.0	2.0	4.0	3.0	80,0
2024	4.0	3.0	3.0	4.0	4.0	87,5
2025	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «ВУСО» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0	37,5
2018	2.0	3.0	1.0	3.0	2.0	53,8
2019	2.0	3.0	1.0	3.0	2.0	53,8
2020	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	62,5
2021	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	68,8
2022	4.0	3.0	2.0	3.0	4.0	77,5
2023	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	93,8
2024	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	93,8
2025	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «УСГ» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0	37,5
2018	2.0	3.0	1.0	3.0	2.0	53,8
2019	2.0	3.0	1.0	3.0	2.0	53,8
2020	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	62,5
2021	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	68,8
2022	4.0	3.0	2.0	3.0	4.0	77,5
2023	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	93,8
2024	4.0	4.0	3.0	4.0	4.0	93,8
2025	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	1.0	1.0	0.0	2.0	2.0	23,8
2018	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	33,8
2019	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	40,0
2020	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	40,0
2021	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	46,2
2022	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	53,8
2023	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	61,2
2024	3.0	2.0	2.0	3.0	3.0	62,5
2025	4.0	2.0	2.0	3.0	3.0	70,0

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «ПЗУ Україна» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	1.0	1.0	0.0	2.0	2.0	23,8
2018	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	33,8
2019	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	40,0
2020	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	47,5
2021	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	53,8
2022	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	53,8
2023	3.0	3.0	2.0	4.0	2.0	71,2
2024	4.0	3.0	3.0	4.0	4.0	87,5
2025	4.0	3.0	3.0	4.0	4.0	87,5

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«Страхова група «ТАС» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	1.0	1.0	0.0	2.0	2.0	23,8
2018	1.0	1.0	1.0	3.0	2.0	33,8
2019	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	40,0
2020	2.0	2.0	1.0	3.0	2.0	47,5
2021	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	53,8
2022	3.0	2.0	4.0	3.0	2.0	73,8
2023	4.0	4.0	4.0	4.0	2.0	97,5
2024	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0
2025	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0

Індекс цифрових спроможностей (DCI) Приватного акціонерного товариства
«ЄВРОІНС» 2016 – 2025 рр

Показник	Дистрибуція	Сервіс і підтримка	Врегулювання (e-claims/STP)	Інтеграції та дані	Безпека/комплаєнс	Загальний DCI (0–100)
2016	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	18,8
2017	1.0	1.0	0.0	2.0	2.0	23,8
2018	1.0	2.0	1.0	3.0	2.0	40,0
2019	1.0	2.0	1.0	3.0	3.0	41,3
2020	2.0	3.0	1.0	3.0	3.0	55,0
2021	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	68,8
2022	4.0	4.0	4.0	4.0	3.0	98,8
2023	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0
2024	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0
2025	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	100,0

Додаток Д

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна»
2016 – 2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	еKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	23,0	28,0	13,3	21,0	11,0	28,5	21,2	-	-
2017	25,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,1	23,3	-	-
2018	32,0	30,0	17,3	31,0	12,6	30,3	24,2	-	-
2019	30,0	31,0	19,0	31,0	13,3	30,2	23,2	-	-
2020	31,0	32,0	21,1	32,0	16,2	34,3	25,5	-	-
2021	32,0	33,1	21,4	32,5	20,1	35,2	26,6	-	-
2022	42,1	34,1	22,3	42,7	25,3	37,5	30,1	41,1	81,2
2023	49,2	34,5	24,5	50,0	24,4	40,2	31,2	52,2	82,2
2024	53,1	41,2	25,0	50,1	26,1	45,6	45,4	53,4	83,4
2025	57,6	42,1	32,0	54,5	31,1	56,1	52,1	54,2	88,7

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Акціонерного товариства «Страхова компанія «ІНГО» 2016 – 2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	еKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	21,3	28,0	13,3	21,0	10,0	28,5	21,2	-	-
2017	24,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,1	23,3	-	-
2018	31,0	30,0	17,3	31,0	12,3	30,3	24,2	-	-
2019	31,0	31,0	19,0	31,5	15,3	30,2	23,2	-	-
2020	31,0	32,0	20,1	32,0	16,2	34,3	25,5	-	-
2021	32,5	33,1	20,4	32,5	20,1	35,2	26,6	-	-
2022	42,1	32,1	21,3	42,7	25,3	36,7	30,1	40,1	82,2
2023	49,2	32,5	24,5	50,0	25,7	40,2	31,2	51,2	82,6
2024	53,1	43,2	26,0	50,1	26,3	45,6	45,4	53,4	83,1
2025	55,3	44,1	32,0	51,2	31,1	55,1	50,1	54,2	85,5

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ARX» 2016 – 2025
рр, %

Показник	онлайн - продаж	eKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	23,0	22,0	11,3	24,0	11,0	29,5	22,2	-	-
2017	24,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,1	23,3	-	-
2018	31,0	30,0	17,3	31,0	12,3	30,3	24,2	-	-
2019	30,0	31,0	20,0	31,0	14,3	33,2	25,2	-	-
2020	31,0	32,0	20,1	32,0	16,2	34,3	25,5	-	-
2021	32,0	33,1	20,4	32,5	20,1	35,2	26,2	-	-
2022	44,1	32,1	21,3	42,7	25,3	37,7	30,1	40,1	82,0
2023	45,2	35,5	24,5	50,0	25,4	42,2	31,3	40,1	82,2
2024	46,1	41,2	25,0	50,1	26,1	45,6	45,3	40,1	83,4
2025	52,7	44,1	41,0	50,5	40,1	56,1	52,6	41,2	88,2

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО» 2016 –
2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	eKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	18,0	18,4	10,3	19,0	9,0	28,0	21,0	-	-
2017	24,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,0	23,3	-	-
2018	31,0	30,0	17,3	31,0	12,3	30,3	24,0	-	-
2019	30,0	31,0	19,0	31,0	14,3	30,0	23,1	-	-
2020	31,0	32,0	20,1	32,1	16,2	34,3	25,6	-	-
2021	32,0	33,1	20,4	32,5	20,1	35,0	26,6	-	-
2022	42,1	32,1	21,3	42,7	25,3	36,7	30,7	40,1	71,2
2023	43,2	34,5	24,5	49,0	29,0	40,2	31,2	50,2	72,2
2024	46,9	41,2	26,1	50,1	30,1	45,0	45,4	53,4	73,4
2025	50,7	40,1	40,0	55,1	30,1	55,1	47,0	49,2	77,7

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УСГ» 2016 – 2025
рр, %

Показник	онлайн - продаж	еКУС	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	9,0	9,4	10,3	9,0	9,0	8,0	10,0	-	-
2017	11,0	17,0	17,3	14,0	12,0	19,0	13,3	-	-
2018	12,0	16,0	17,3	16,0	12,3	20,3	14,0	-	-
2019	12,0	17,0	19,0	18,0	14,3	21,0	13,1	-	-
2020	13,0	18,0	20,1	20,1	16,2	24,3	15,6	-	-
2021	21,0	20,1	20,4	21,5	20,1	25,0	16,6	-	-
2022	31,1	32,1	21,3	22,7	25,3	30,7	20,7	40,1	73,2
2023	34,2	34,5	24,5	30,0	29,0	32,2	35,2	50,2	75,2
2024	36,9	41,2	26,1	35,1	30,1	35,0	45,4	53,4	83,0
2025	40,5	40,1	40,0	40,1	30,1	45,1	45,0	49,2	83,0

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРСЕНАЛ
СТРАХУВАННЯ» 2016 – 2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	еКУС	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	20,1	28,0	15,0	22,0	10,0	28,0	22,0	-	-
2017	24,3	27,0	16,3	26,0	12,0	29,0	23,0	-	-
2018	31,4	30,0	17,6	31,0	12,0	30,0	24,0	-	-
2019	30,5	31,0	18,0	31,0	14,0	30,0	23,0	-	-
2020	32,0	32,0	19,1	32,0	16,0	34,0	25,5	-	-
2021	33,0	34,1	19,3	32,0	20,0	35,0	26,0	-	-
2022	43,1	35,1	24,3	42,0	25,0	36,0	28,0	51,1	81,0
2023	52,2	36,5	24,5	49,0	24,0	40,0	31,0	50,2	82,0
2024	53,1	44,2	25,7	50,0	26,0	45,0	45,0	53,4	83,0
2025	57,7	46,0	32,2	51,0	30,0	56,0	51,0	54,0	83,0

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна»

2016 – 2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	еKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	17,0	17,2	13,3	20,0	10,0	28,0	11,0	-	-
2017	18,0	18,0	17,3	20,0	12,0	29,1	23,3	-	-
2018	19,5	18,0	17,3	21,0	12,3	30,3	24,2	-	-
2019	20,0	19,0	19,0	23,0	13,0	30,2	23,2	-	-
2020	31,0	22,0	20,1	24,0	16,2	34,3	25,5	-	-
2021	32,0	33,1	20,4	34,5	20,1	35,2	26,6	-	-
2022	42,1	32,1	22,0	42,7	23,3	36,7	31,0	40,0	81,2
2023	49,2	34,5	24,5	49,0	25,0	41,0	31,0	51,0	82,2
2024	53,1	41,2	26,0	50,1	26,1	47,6	45,0	52,4	83,4
2025	57,2	44,0	30,0	51,0	32,0	56,0	50,0	54,0	85,5

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «Страхова група «ТАС» 2016 – 2025 рр,
%

Показник	онлайн - продаж	еKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	21,0	25,0	20,0	22,0	15,0	28,0	20,0	-	-
2017	24,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,1	23,3	-	-
2018	31,0	30,0	17,3	31,0	10,3	30,3	24,2	-	-
2019	30,0	31,0	19,0	31,0	14,3	30,2	23,2	-	-
2020	31,0	32,0	20,1	32,0	16,2	34,3	25,5	-	-
2021	32,0	33,1	20,4	32,5	20,1	35,2	26,6	-	-
2022	43,1	32,1	21,3	45,7	25,3	36,7	30,1	30,0	71,0
2023	48,2	34,5	24,5	50,0	24,4	40,2	31,2	40,2	72,2
2024	53,1	44,2	25,0	50,1	26,1	45,6	45,0	43,4	80,5
2025	54,2	55,1	35,0	54,0	35,0	45,0	55,0	50,0	84,0

Питома вага цифровізації ключових процесів у медичному страхуванні
Приватного акціонерного товариства «ЄВРОІНС» 2016 – 2025 рр, %

Показник	онлайн - продаж	еKYC	е- поліс	електронні заяви	STP- rate	Cash less	е- докумен тація при поданні	FCR	API
2016	22,0	25,0	14,3	21,0	16,0	11,5	12,2	-	-
2017	24,0	27,0	17,3	24,0	12,0	29,1	16,3	-	-
2018	31,0	31,0	17,3	31,0	12,3	30,3	17,2	-	-
2019	30,0	31,0	19,0	31,0	14,3	30,2	19,2	-	-
2020	31,0	32,0	20,1	32,0	16,2	34,3	21,5	-	-
2021	32,0	33,1	20,4	32,5	20,1	35,2	26,6	-	-
2022	42,1	32,1	21,3	42,7	25,3	36,7	30,1	40,1	81,2
2023	49,2	35,5	24,5	49,0	24,4	40,2	31,2	50,2	82,2
2024	55,0	41,2	25,0	50,1	26,1	45,6	45,4	53,4	83,4
2025	58,0	45,1	45,0	58,5	35,1	45,1	55,1	55,2	90,0

Додаток Е

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством ««Страхова компанія «Універсальна»» 2016 – 2025

рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI
2016	27	25	-	-	26
2017	29	27	-	-	28
2018	33	30	-	-	31
2019	33	30	-	-	31
2020	35	33	-	-	34
2021	36	35	-	-	36
2022	42	42	54	83	51
2023	46	45	69	84	57
2024	51	51	71	86	61
2025	56	60	72	91	67

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Акціонерним товариством «Страхова компанія «ІНГО» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	26	24	-	-	25
2017	28	27	-	-	27
2018	33	30	-	-	31
2019	34	31	-	-	32
2020	35	33	-	-	34
2021	36	35	-	-	36
2022	40	42	53.5	84	51
2023	45	46	68.3	85	57
2024	52	51	71.2	85	61
2025	55	58	72.3	88	65

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ARX» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	24.1	26.8	nan	nan	25.9
2017	28.7	27.4	nan	nan	27.8
2018	33.3	30.3	nan	nan	31.3
2019	34.2	32.2	nan	nan	32.9
2020	35.1	33.6	nan	nan	34.1
2021	36.2	35.6	nan	nan	35.8
2022	41.8	42.5	53.5	84.5	51.4

2023	44.9	46.6	53.5	84.7	53.7
2024	47.9	51.8	53.5	86.0	56.6
2025	57.9	62.2	54.9	90.9	63.8

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ВУСО» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	19.9	23.7	nan	nan	22.4
2017	28.7	27.3	nan	nan	27.8
2018	33.3	30.2	nan	nan	31.3
2019	33.9	30.6	nan	nan	31.7
2020	35.1	33.6	nan	nan	34.1
2021	36.2	35.7	nan	nan	35.8
2022	40.9	42.4	53.5	73.4	49.5
2023	43.5	46.9	66.9	74.4	55.4
2024	48.7	53.1	71.2	75.7	60.1
2025	54.9	58.2	65.6	80.1	62.7

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «УСГ 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	11.8	11.3	nan	nan	11.5
2017	18.4	18.3	nan	nan	18.3
2018	18.5	19.6	nan	nan	19.2
2019	19.5	20.9	nan	nan	20.4
2020	20.7	24.0	nan	nan	22.9
2021	25.5	26.3	nan	nan	26.1
2022	35.7	31.5	53.5	75.5	44.4
2023	39.3	39.6	66.9	77.5	52.0
2024	43.9	45.3	71.2	85.6	57.5
2025	50.0	49.9	65.6	85.6	59.2

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	26.5	25.3	nan	nan	25.7
2017	28.5	27.9	nan	nan	28.1
2018	33.6	30.0	nan	nan	31.2
2019	33.8	30.5	nan	nan	31.6

2020	35.3	33.4	nan	nan	34.0
2021	36.7	35.3	nan	nan	35.8
2022	43.7	41.1	68.1	83.5	54.7
2023	48.7	45.0	66.9	84.5	57.1
2024	52.7	51.5	71.2	85.6	61.8
2025	57.9	58.3	72.0	85.6	65.8

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ПЗУ Україна» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	19.9	21.6	nan	nan	21.1
2017	22.1	26.1	nan	nan	24.8
2018	22.9	27.1	nan	nan	25.7
2019	24.1	27.7	nan	nan	26.5
2020	31.0	31.1	nan	nan	31.1
2021	36.2	36.3	nan	nan	36.3
2022	41.1	41.7	53.3	83.7	50.8
2023	46.4	45.7	68.0	84.7	57.3
2024	51.6	52.4	69.9	86.0	61.6
2025	56.1	58.8	72.0	88.1	65.9

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «Страхова група «ТАС» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	27.4	26.5	nan	nan	26.8
2017	28.7	27.4	nan	nan	27.8
2018	33.3	29.6	nan	nan	30.8
2019	33.9	30.7	nan	nan	31.7
2020	35.1	33.6	nan	nan	34.1
2021	36.2	35.7	nan	nan	35.9
2022	41.4	43.1	40.0	73.2	46.5
2023	45.9	45.6	53.6	74.4	52.0
2024	52.5	51.7	57.9	83.0	58.1
2025	61.0	58.7	66.7	86.6	65.4

Індекс операційного використання цифрових технологій (ODI) Приватним акціонерним товариством «ЄВРОІНС» 2016 – 2025 рр

Показник	Онлайн/онбординг (0–100)	Врегулювання (0–100)	Сервіс/активність (0–100)	Надійність/SLA (0–100)	ODI (0–100)
2016	25.9	19.3	nan	nan	21.5

2017	28.7	25.4	nan	nan	26.5
2018	33.7	28.3	nan	nan	30.1
2019	33.9	29.6	nan	nan	31.0
2020	35.1	32.5	nan	nan	33.4
2021	36.2	35.7	nan	nan	35.9
2022	40.9	42.2	53.5	83.7	51.0
2023	46.8	45.3	66.9	84.7	56.9
2024	52.1	51.8	71.2	86.0	61.9
2025	62.2	60.2	73.6	92.8	68.8

ARX

A FAIRFAX COMPANY

29.09.2025 N 146/1-2025

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта кафедри фінансів, банківської та страхової справи

Добродзія Олега Михайловича

за темою: «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в
Україні»

на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий
ринок»

В дисертаційній роботі Добродзія Олега Михайловича за темою «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в Україні»:

1. Запропоновано методичні підходи до побудови матриці відповідності можливостей цифровізації і її використання страховими компаніями. Це забезпечує можливість виявлення та закриття розривів між наявною цифровою архітектурою і її комерціалізації для підвищення швидкості та віддачі від цифрових інвестицій на рівні всієї інноваційної системи компанії.

2. Розроблено класифікацію ризиків медичного страхування з урахуванням взаємозв'язку медичних, соціальних та актуарних маркерів. Це розкриває тривірневу природу ризиків, пов'язаних з медичним страхуванням і створює додаткові можливості для визначення ймовірності настання страхових випадків і моделювання величини страхових виплат.

Пропозиції Добродзія Олега Михайловича використовуються в роботі АТ «Страхова компанія «ARX».

Довідка видана для представлення у одноразову вчену раду за місцем захисту дисертації Добродзія О.М.

Директор

Миколенко О.І.





26 вересня 2018 № 1/516

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта кафедри фінансів, банківської та страхової справи

Добродзія Олега Михайловича

за темою: «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в
Україні»

на здобуття наукового ступеня доктора філософії

за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий
ринок»

В дисертаційній роботі Добродзія Олега Михайловича за темою «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в Україні»:

1. Запропоновано підхід до оцінки попиту на послуги медичного страхування, який враховує такі елементи: поширеність захворювання, середню тяжкість захворювання, середню тривалість лікування, середню медичну вартість лікування, вік і стать пацієнта, соціальний індекс (рівень вразливості), коморбідність. Це забезпечує комплексний підхід до оцінки споживчого попиту.
2. Розроблено стандартизовані індекси типу DCI та ODI: перший вимірює спроможності (наявність і зрілість цифрових рішень), другий — операційне використання (фактичні частки онлайн-потоків, e-claims, STP, швидкість сервісу, надійність платформ). Таке вимірювання забезпечує можливість використання шкали порівняння для бенчмаркінгу компаній та відстеження прогресу у часі; створення прозорого «місту» між цифровими практиками та фінансовими результатами, аби кількісно показати внесок цифровізації в ефективність і маржинальність; відтворюваність і управлінську придатність індексів інтегруватися у регулярну звітність і оцінити окупність цифрових інвестицій, визначати вузькі місця процесів і пріоритезувати релізи, які дають найбільший фінансовий та сервісний ефект. Таким чином, індекси не лише описують рівень цифрової зрілості ринку, а й стають аналітичним інструментом для ухвалення рішень та наукового доведення впливу цифрових технологій на результати діяльності страховиків.

Пропозиції Добродзія Олега Михайловича використовуються в роботі ПрАТ «Страхова компанія «Євроінс Україна».

Довідка видана для представлення у одноразову вчену раду за місцем захисту дисертації Добродзія О.М.

Голова Правління



[Handwritten signature]

Андрій ЯКОВЕНКО

62421

Приватне акціонерне товариство
«Вищий навчальний заклад
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ»



The Private Joint-Stock Company
«Higher Education Institution
«Interregional
Academy
of Personnel Management»

Україна, 03039, Київ-39, вул. Фрометівська, 2,
Тел. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

2, Frometivs'ka Str., 03039 Kyiv, Ukraine,
Tel. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

« 02 » жовтня 2025 № 4073

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
аспіранта кафедри фінансів, банківської та страхової справи

Добродзія Олега Михайловича

за темою: «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в
Україні»

на здобуття наукового ступеня доктора філософії

за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

Дисертаційне дослідження Добродзія Олега Михайловича за темою «Роль цифровізації в інноваційному розвитку медичного страхування в Україні» виконано відповідно до наукової теми НДР ПрАТ ВНЗ «Міжрегіональної Академії управління персоналом» «Модернізація механізмів формування фінансових ресурсів державними структурами, суб'єктами господарювання і населенням України як умова економічного та соціального розвитку суспільства» (номер державної реєстрації 0121U108233).

У процесі дослідження здійснено поглиблене теоретико-методологічне обґрунтування принципів та механізмів здійснення медичного страхування в Україні, проведено аналіз сучасного стану медичного страхування і тенденцій його розвитку. Систематизовано сучасні підходи до використання інновацій вітчизняними страховими компаніями у наданні послуг медичного страхування та оцінено можливості споживчого попиту. Визначено мультиплікативний ефект ефективності відповідних фінансових процесів.

У межах дисертаційної роботи дістали подальшого розвитку методичні підходи до здійснення періодизації розвитку медичного страхування в Україні за критерієм показників розвитку. Це забезпечило встановлення причинно-наслідкових зв'язків між умовами здійснення такого страхування та їх впливом на забезпечення передумов формування періоду інноваційного розвитку медичного страхування в Україні.

Отримані теоретичні результати можуть бути використані для подальшого удосконалення підходів до організації механізмів медичного страхування та служать підґрунтям для розвитку сучасних підходів до використання інноваційній у галузі.

Науковий керівник теми НДР,
доктор економічних наук, професор



Дацій О.І.



