

УДК [338.45:61]:369.22(477)
JEL H51, H53, I13

М. А. Бас-Юрчишин

кандидат економічних наук, науковий співробітник
ДУ «Інститут регіональних досліджень
імені М. І. Долішнього НАН України», м. Львів
e-mail: marjanka7777@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0095-7681>

ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНОМУ І РЕГІОНАЛЬНОМУ ВИМІРАХ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ

Здійснено аналіз функціонування сфери охорони здоров'я на загальнодержавному рівні, зокрема визначено динаміку обсягів бюджетного фінансування системи охорони здоров'я України, а також темпів приросту загальних витрат на охорону здоров'я з розподілом за джерелами надходження; здійснено оцінку загальних витрат на охорону здоров'я на душу населення та у співвідношенні до ВВП держави; проведено аналіз видатків на охорону здоров'я у регіональному вимірі з урахуванням рівня забезпечення мешканців медичним обслуговуванням. Це дало змогу оцінити сучасний стан фінансового забезпечення сфери та можливості держави забезпечити соціальні гарантії кожному громадянину щодо охорони здоров'я. Окреслено тенденції та перешкоди функціонування медичного страхування у загальнодержавному та регіональному вимірах, а саме: проаналізовано динаміку обсягів, темпи приросту валових страхових премій і виплат на ринку добровільного медичного страхування; визначено параметри розвитку ринку медичного страхування в Україні; визначено рейтинг регіонів України за обсягами зібраних страхових премій за добровільним медичним страхуванням. Це дозволило виявити бар'єри та передумови впровадження та розвитку системи обов'язкового медичного страхування в умовах сучасних трансформацій у сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування, валові страхові премії, валові страхові виплати, регіони.

Bas-Yurchyshyn M. FUNCTIONING OF HEALTH INSURANCE IN THE NATIONAL AND REGIONAL DIMENSIONS: PROBLEMS AND PRECONDITIONS OF DEVELOPMENT

The paper analyzes the health care sector functioning at the national level, in particular, the dynamics of the budget financing of the health care system of Ukraine for 2004-2017, the growth rates of total expenditures on health care by sources of income; estimates total expenses on health care per capita and in relation to the GDP of the state; analyzes the expenditures on health care in the regional dimension taking into account the level of provision of residents with medical care. This made it possible to assess the current state of financial provision of the sphere and the state's ability to provide social guarantees to every citizen regarding health care. The trends and obstacles of the functioning of medical insurance in the national and regional dimensions are outlined in this article, namely: the dynamics of volumes and growth rates of gross and net insurance premiums and payments in the market of voluntary medical insurance of Ukraine are analyzed; indicators of the amount of insurance premiums received from individuals and legal entities are compared; the parameters of development of the market of medical insurance in Ukraine are determined; the assessment of the concentration of insurers on the volume of collected premiums for this type of insurance, as well as the presence of foreign capital and its impact on market development is conducted; the rating of regions of Ukraine according to the volumes of collected insurance premiums for voluntary medical insurance are determined. This allowed to identify the key problems and preconditions for the introduction and development of an obligatory health insurance system in the context of modern healthcare transformations. Analysis of programs of insurance companies, tax and regulatory regulation of health insurance in Ukraine shows the volatility of the market and the low level of readiness of the state to introduce obligatory health insurance. In contrast, there is a steady increase in the population covered by health insurance. This testifies to the readiness of the population to introduce insurance principles in the medical sphere. On the basis of the data, there is a significant differentiation in the financing of health care in different regions, and there is also a significant difference between urban and rural populations regarding the quality and efficiency of provision of medical services. The development of health insurance in a regional dimension is characterized by strong differentiation. The dynamics are growing, despite the fact that the share of insurance premiums from voluntary health insurance in the total amount of collected insurance premiums in the regions is still negligible.

Keywords: health care, voluntary health insurance, obligatory health insurance, gross insurance premiums, gross insurance indemnity, regions.

Постановка проблеми. Потреби збереження життя і захисту здоров'я лежать в основі звернення за медичними послугами. Хоча захист здоров'я людини є вищим соціальним обов'язком держави, сьогодні в

Україні виникають обставини, через які людина може втратити здоров'я або навіть життя, коли фактично цього можна було уникнути. Відсутність або недостатня кількість належного обладнання та

медикаментозного забезпечення, несвоєчасне реагування або халатність лікарів призводять до летального результату. Ключова роль медичного страхування в зменшенні рівня негативних результатів надання медичної допомоги полягає в тому, що за рахунок інвестицій, акумульованих у страхових фондах, можна забезпечити оснащення медичних закладів необхідними засобами, а організація надання медичних послуг під пильним наглядом страховика, дозволяє знизити рівень безвідповідальності з боку лікарів і прискорити адекватне реагування на кожен конкретний запит пацієнта.

Аналіз останніх досліджень. Вагомий науковий внесок у дослідження соціальних гарантій охорони здоров'я та ролі медичного страхування у їх забезпеченні зробили такі науковці: Н. Балук, О. Губар, О. Длугопольський, Г. Козоріз, Н. Нагайчук, Б. Надточій, Т. Стецюк та ін. Водночас посилення трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я та зміна тенденцій розвитку ринків добровільного медичного страхування (ДМС) створює нові умови для запровадження принципів медичного страхування на загальнодержавному рівні. У цьому контексті доцільним є періодичний моніторинг та оцінка функціонування сфери охорони здоров'я, а також аналіз показників розвитку добровільного медичного страхування задля визначення бар'єрів та передумов впровадження його обов'язкової форми в Україні.

Основні результати дослідження. Для характеристики перспектив впровадження медичного страхування важливим показником є обсяг бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, динаміка якого має тенденцію до зростання. Так, 2014 р. на охорону здоров'я виділено майже 64 млрд

грн (у т. ч. 52,1 млрд грн із місцевих бюджетів і 11,5 млрд грн – з державного), що становить 4,2% ВВП. У 2017 р. виділено понад 102 млрд грн (у т. ч. 85,7 млрд грн із місцевих бюджетів і 16,7 млрд грн – з державного), що становить 3,4% ВВП. Фінансування переважно стосується оплати праці медичного персоналу (81%), функціонування закладу ОЗ: оплати комунальних послуг, ремонтних робіт (15%) і тільки 4% витрачається на лікувальний процес.

Динаміка і структура загальних витрат на ОЗ у 2005-2017 рр. характеризується такими тенденціями (рис. 1): обсяг фінансування системи ОЗ у зведеному бюджеті практично щороку зростає (найбільш значним було зростання 2017 р.); водночас порівняння показника частки фінансування ОЗ у ВВП України демонструє спадну тенденцію (у 2009 р. він становив 3,5%, а у 2017 р. – 3,4%).

У цих умовах спостерігається тенденція приватного фінансування медицини, яке в останні роки перевищує обсяги бюджетного фінансування. Дослідження основних показників фінансування сфери охорони здоров'я в Україні показує, що загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП в останні роки перевищують рекомендовану ВООЗ позначку 5%. І лише недосконалість механізму акумулювання та розподілу коштів призводить до неефективного їх використання у процесі медичного обслуговування. Зокрема, у 2013 р. витрати громадян становили 42,8% від загальних витрат України на охорону здоров'я, де 39,63% припадає на витрати домогосподарств і лише 0,97% на ДМС та 0,08 – на лікарняні каси. Тобто загальне фінансування охорони здоров'я реально сягає 6-8% від ВВП, що перевищує показники навіть розвинених економік.



Рис. 1. Динаміка обсягів фінансування системи охорони здоров'я України у зведеному бюджеті України [1]

Оцінити переваги та перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні дуже складно, оскільки відсутні дані про його функціонування. Водночас необхідно провести аналіз тенденцій розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні в розрізі основних показників діяльності страховиків, що надають послуги ДМС за

такими видами: безперервне страхування здоров'я і страхування на випадок хвороби. За даними консолідованої звітності Нацкомфінпослуг, загальний обсяг валових страхових премій, зібраних за послугами ДМС (сумарно за двома видами) 2017 року дорівнював 3286,4 млн грн (зростання більше ніж у 3,5 рази до 2009 р.) (рис. 2).

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО ПЕРІОДУ УКРАЇНИ

Обсяги страхових виплат 2017 р. досягли 1 706,6 млн грн відповідно (зростання майже утричі до рівня 2009 р.). На тлі динаміки абсолютного зростання рівень виплат за 2009-2017 рр. знизився з 65,3 до 51,87%. Для порівняння: у розвинених

економіках рівень виплат із медичного страхування досягає 80-90%. Прагнення вітчизняних страхових компаній підвищити ефективність зменшенням виплат застрахованим знижує рівень довіри до ринку з боку страхувальників.



Рис. 2. Динаміка обсягів валових страхових премій і виплат за послугами ДМС в Україні, 2009-2017 рр. [2]

Темпи приросту страхових премій і виплат мали позитивну динаміку, однак їх співвідношення суттєво відрізнялося. Загалом, 2017 р. (до 2009 р.) темп приросту премій становив 266,8%, а виплат – 191,5%. У 2011 р. (до 2010 р.) спостерігався найвищий темп приросту обсягів страхових платежів за майже незмінного приросту обсягів страхових виплат. Це зумовлено, на нашу думку, значним зростанням надходжень від страхувальників-фізичних осіб. Досліджуваний період характеризувався істотним підвищенням темпів приросту валових премій від страхувальників-фізичних осіб (178,3%) порівняно зі страхувальниками-юридичними особами (56%). До 2012 р. корпоративне медичне страхування за обсягами сплачених премій переважало над індивідуальним. У 2012-2013 рр. обсяги надходження страхових премій від фізичних осіб перевищили відповідні показники для юридичних осіб, що відображає зростання інтересу до МС у суспільстві. А 2014 р. темпи приросту страхових премій істотно знизились: з 13,47% (2013/2012 рр.) до 3,9% (2014/2013 рр.). З 2015 р. відбувається поступове відновлення темпів приросту як премій, так і виплат, що пояснюється незначним зниженням кризових впливів на суспільно-економічне життя країни.

Динаміці чистих страхових премій і виплат також властива тенденція до зростання обсягів: премії – з 850,9 млн грн у 2009 р. до 3068,7 млн грн у 2017 р.; виплати зростали меншими темпами – з 584,1 млн грн до 1704,2 млн грн відповідно.

За кількістю договорів, укладених на ринку медичного страхування у 2015-2017 рр., спостерігалася зростаюча динаміка: 2017 р. до 2009 р. – зростання утричі, що відображає збільшення обсягів попиту на ринку ДМС. Кількість договорів

страхування, укладених із фізичними особами 2017 р., зросла майже утричі до 2009 р., з корпоративними клієнтами – в 1,3 рази.

Зважаючи на імпортозалежність вітчизняної економіки, особливо у сфері медичних технологій, в умовах зростання вартості медичних послуг обсяги страхового захисту зменшилися в реальних показниках. Так, 2013-2017 рр. у зв'язку з девальвацією гривні, наприклад, у співвідношенні до долара, обсяги страхових премій зменшилися майже удвічі (2013 р. становили 232,6 млн дол., 2017 р. – 117,4 млн дол.). При цьому вартість послуг у медичних закладах у доларовому еквіваленті зросла менш помітно, що зумовлено комплексністю такого обслуговування. Тобто менші темпи зростання забезпечувалися за рахунок скорочення переліку послуг, що входять у комплекс діагностики або лікування.

Для оцінки частоти страхових виплат за договорами МС використаємо коефіцієнт частоти страхових виплат, який змінювався у 2009-2017 рр. з 0,46 до 0,26 відповідно. Збільшення кількості укладених договорів знижує коефіцієнт частоти виплат і впливає на прибутковість страхових компаній, оскільки зростають обсяги премій, а витрати знижуються. Порівняно з високими темпами зростання кількості укладених договорів темпи зростання кількості страхових випадків, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат, обсягів страхових виплат стабільні, без істотних коливань.

Формування довіри до страховиків відбувається під впливом якості та обсягів страхового захисту. На одного страхувальника, який уклав договір медичного страхування 2013 р., припадає найменший за останні дев'ять років обсяг валових страхових премій, що

свідчить про збільшення кількості укладених договорів за істотно заниженими цінами (табл. 1).

Таблиця 1

Параметри розвитку ринку медичного страхування України

Назва показника	Роки									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Середній обсяг валових страхових премій на один договір страхування, грн	356,5	640,9	604,9	519,2	214	551,1	1045,6	829,4	466,7	
Середній обсяг валових страхових виплат на один випадок, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат, грн	504,4	438,9	462,2	423,1	456,1	510,9	527,7	790,1	919,2	
Середній обсяг валових страхових премій у розрахунку на одну компанію, тис. грн	484,2	542,6	730,8	886,6,3	100,60,2	104,52,1	1188,4,9	1431,4,1	1776,4,3	
Частка постійного населення України, що користується послугою медичного страхування, %	5,47	3,42	4,90	6,95	19,17	7,75	4,92	7,50	16,60	

Розраховано автором.

У 2017 р. цей показник становив 466,7 грн. Відповідно, страховий захист за такими договорами мінімальний. В умовах низької обізнаності страховальників, які очікують максимального захисту за низькими цінами, це негативно позначається на рівні довіри до послуг медичного страхування. Незначні обсяги середніх валових страхових виплат на один випадок, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат, показує, що страховальникам відшкодовували незначні ризики або занижували вартість отриманих медичних послуг, що не покривало реальних витрат.

Ураховуючи, що ліцензію на здійснення добровільного медичного страхування в Україні надано 185 компаніям, обсяги валових страхових премій у розрахунку на одну компанію зростають. Для страхового ринку подібні незначні обсяги зібраних премій зазвичай не притаманні, що підтверджує значну кількість компаній, які не здійснюють діяльність на ринках МС, а лише володіють ліцензією на цей вид страхування. У 2014 р. частка постійного населення, що уклала договір ДМС, знизилась до 7,75% і з подальшою зростаючою тенденцією у 2017 р. досягла лише 16%.

За даними соціологічних обстежень, від 30 до 50% чисельності громадян України висловлюють готовність при виникненні проблем зі здоров'ям звернутися в приватну клініку, але фактична кількість звернень у приватні клініки значно нижча. При цьому система безпосередньої оплати пацієнтом медичних послуг приватних клінік переважає, а оплата через систему ДМС не перевищує 2% чисельності пацієнтів [3; 4].

Кожен громадянин, сплачуючи податки, вносить у сферу охорони здоров'я певну суму коштів. За розрахунками експертів, особа, яка отримує мінімальну заробітну плату, сплачує на ОЗ (нарахування та утримання) 977 грн на рік. За умови використання цих коштів на страхових принципах рівень якості медичних послуг може бути значно вищим.

Аналіз інформації про зібрані страхові премії дає можливість оцінювання концентрації на ринку МС (табл. 2). Попри велику кількість компаній, фактично на ринку медичного страхування основну частку валових страхових премій (72,1%) акумулюють 30 компаній (16,2% від усіх СК з ліцензією на здійснення послуг МС).

Таблиця 2

Концентрація страховиків за обсягами зібраних премій з добровільного медичного страхування, 2017 р.

№ з / п	Група лідерів	Назва компаній	Частка в загальному обсязі премій, зібраних на ринку
1	ТОР-3	Нафтогазстрах, Провідна та Уніка	25,5%
2	ТОР-5	ТОР3 + АХА-страхування, ПЗУ Україна	36,4%
3	ТОР-10	ТОР5 + ІНГО-Україна, КРАІНА, Альфа-страхування, Українська страхова група, Кремінь	53,3%
4	ТОР-15	ТОР10 + ТАС СГ, УПСК, АСКА, ДІМ-страхування, ТЕКОМ	61,1%
5	ТОР-20	ТОР-15 + ВУСО, Мотор-гарант, Київський страховий дім, Універсальна, Мега-поліс	66,3%
6	ТОР-30	ТОР-20 + Крона, Арсенал-страхування, Інтер-експрес, Просто-страхування, Княжа, Колоннейд Україна, Оранта-Січ, Експрес-страхування, Омега, Оранта	72,1%
7	ТОР-50	ТОР-30 + Альфа-Гарант, Аско-Донбас Північний, Промислово-страховий Альянс, Кредо, Експо-страхування, Київ РЕ, Еталон, Українська аграрно-страхова компанія, Саламандра-Україна, Укрфінстрах, Гарант-система, Скарбниця, Брокбізнес, Мегаполіс СГ, UTICO, АРМА, Граве-Україна, Гардіан, Індіго, Домінанта СГ	73,4%

Розраховано автором за [5].

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО ПЕРІОДУ УКРАЇНИ

Так, протягом 2009-2017 рр. до 10-ти лідерів за обсягами зібраних премій із ДМС незмінно входили п'ять компаній: Нафтагазстрах, Провідна, Уніка, ПЗУ Україна, ІНГО-Україна. Серед 10-ти лідерів ринку ДМС найвищий рівень виплат у 2017 р. зафіксовано в компанії Альфа-страхування (73,12%), найнижчий – у компанії Кремінь (4,79%). Диференціація показника в компаніях відображає різні методи управління. Зокрема, низький рівень виплат збільшує кількість невдоволених клієнтів і негативно впливає на репутацію компанії, що погіршує її потенційні можливості до подальшого нарощування обсягів ДМС.

Своєю чергою, 90 компаній упродовж аналізованого періоду забезпечували від 79 до 89% обсягу премій. Аналіз рівня монополізації ринку здійснювався за індексом Герфіндала-Гіршмана, розрахованим для цих компаній; дані для решти 95 СК відсутні. Значення індексу для 90 компаній 2016 р. становило 593,09, що підтверджує значний рівень конкуренції, попри зростання у 2009-2013 рр. Оскільки $HHI < 1000$ і три лідери охоплюють частку ринку менше ніж 45%, для ринку ДМС характерний нормальний рівень монополізації.

Сьогодні 10 з 15-ти компаній-лідерів з ДМС у структурі капіталу залучили іноземні інвестиції. Визначальний вплив на розвиток медичного страхування чинять інвестиції компаній, що представляють Австрію та Росію. Для десяти компаній з іноземними інвестиціями у 2017 р. частка загального обсягу зібраних страхових премій та страхових виплат за ДМС складає 53 і 65% відповідно [6].

Частка премій, зібраних за добровільним медичним страхуванням, у ВВП України у 2017 р. становила лише 0,1%, але у досліджуваному періоді вона стабільно зростала. Для порівняння, у ФРН цей показник у 2012 р. досягав 1,3% [7].

Якщо враховувати вартість полісів ДМС у компаніях-лідерах ринку МС, то в середньому страховий поліс для дорослої особи дорівнює 7500 грн і більше, для дитини – 8000 грн, а для дитини до двох років – 12 500 грн за рік. На теперішній час середні ціни на поліси ДМС для корпоративних клієнтів коливаються від 7 тис. грн. Зазначимо, що поліс ДМС для фізичних осіб віком від 17 до 35 р. вартістю близько 7,5 тис. грн покриває медичні витрати до 150 тис. грн, включаючи невідкладну медичну допомогу, амбулаторно-поліклінічне обслуговування, забезпечення лікарськими препаратами при амбулаторному лікуванні, стоматологічні послуги до 1,5-2 тис. грн, а також курс лікувального масажу.

Наголосимо, що умови оподаткування в системі ДМС України стосуються страховика і страхувальника. Так, страхові внески за договорами ДМС є чистим доходом найманого працівника і, відповідно, оподатковуються податком на доходи фізичних осіб. Для роботодавця страхові внески здійснюються за рахунок прибутку, що зумовлює оподаткування. За новою системою оподаткування встановлено нульову ставку для страхових премій із ДМС, але тільки в разі, якщо виплата спрямовується в заклади охорони здоров'я. Якщо ж у договорі визначена норма відшкодування витрат застрахованій особі у формі

компенсації (наприклад, якщо медичний заклад не має договірних відносин із СК, то застраховані особи сплачують самостійно, а страхова компанія компенсує витрати за чеками), то до такого договору застосовується ставка оподаткування 3% [8].

Аналіз нормативно-регулятивної компоненти розвитку МС в Україні показує його несформованість. Діяльність суб'єктів ринку за ієрархією регулюється Конституцією України (ст. 49 визначено право особи на медичне страхування); Законом України «Про страхування», який відносить медичне страхування до видів добровільного і обов'язкового страхування, визначає особливості формування страхових резервів медичного страхування; законодавством України про охорону здоров'я, за якими фонди медичного страхування віднесені до джерел фінансування ОЗ, а до функцій держави віднесено створення і функціонування системи медичного страхування населення, також визначено, що організація медичного страхування і використання страхових коштів регулюється відповідним законодавством; нормативними актами органів державного управління, які стосуються страхового ринку загалом, документами Нацкомфінпослуг.

На ринок медичного страхування поширюється дія нормативних актів, які регулюють страховий ринок загалом або ризикове страхування. Наголосимо, що в Україні відсутнє спеціальне законодавство регулювання винятково медичного страхування. Взаємодія страхових компаній та закладів охорони здоров'я відбувається переважно на договірній основі. Страховики не надають у відкритий доступ повної інформації про своїх партнерів серед закладів ОЗ, тільки укладаючи договір, можна ознайомитися з повним переліком медичних закладів, у яких СК відшкодує страховий випадок.

Фінансування охорони здоров'я у регіональному вимірі характеризує рівень забезпечення жителів регіонів медичним обслуговуванням (рис. 3). Так, протягом 2009-2017 рр. до 10-ти лідерів за обсягами зібраних премій із ДМС незмінно входили п'ять компаній: Нафтагазстрах, Провідна, Уніка, ПЗУ Україна, ІНГО-Україна. Серед 10-ти лідерів ринку ДМС найвищий рівень виплат у 2017 р. зафіксовано в компанії Альфа-страхування (73,12%), найнижчий – у компанії Кремінь (4,79%). Диференціація показника в компаніях відображає різні методи управління. Зокрема, низький рівень виплат збільшує кількість невдоволених клієнтів і негативно впливає на репутацію компанії, що погіршує її потенційні можливості до подальшого нарощування обсягів ДМС.

Своєю чергою, 90 компаній упродовж аналізованого періоду забезпечували від 79 до 89% обсягу премій. Аналіз рівня монополізації ринку здійснювався за індексом Герфіндала-Гіршмана, розрахованим для цих компаній; дані для решти 95 СК відсутні. Значення індексу для 90 компаній 2016 р. становило 593,09, що підтверджує значний рівень конкуренції, попри зростання у 2009-2013 рр. Оскільки $HHI < 1000$ і три лідери охоплюють частку ринку менше ніж 45%, для ринку ДМС характерний нормальний рівень монополізації.



Рис. 3. Видатки на охорону здоров'я у регіональному вимірі, 2017 р. [9]

Аналізуючи дані, можемо констатувати, що існує значна диференціація обсягів фінансування у різних регіонах; також присутня велика різниця між регіонами, міськими та сільськими населеними пунктами щодо якості та ефективності надання медичних послуг. З одного боку, це пояснюється відмінностями економічної активності регіонів, з іншого – відсутністю належного контролю за виділеними коштами на місцях. Спостерігаються також розбіжності в обсягах фінансування на одну особу. Для порівняння: у Дніпропетровській області на одну особу наявного населення виділялось у 2017 р. 2247 грн, а у Харківській – 1950 грн.

Розвиток медичного страхування в Україні характеризується сильною диференціацією у регіональному розрізі. Аналіз обсягів зібраних страхових премій за підсумками 2017 р. у регіонах показав, що найвище у рейтингу областей за цим показником знаходиться Київська область та м. Київ – 684 074,2 тис. грн. Це пояснюється найвищим рівнем активності бізнесу, який долучає до програм страхування працівників з метою ефективного розподілу ресурсів та активізації мотиваційних програм. Серед інших областей найбільше зібраних премій за ДМС зафіксовано у Запорізькій області (79 332,10 тис. грн), а найменше – у Закарпатській (376,71 тис. грн) (рис. 4).

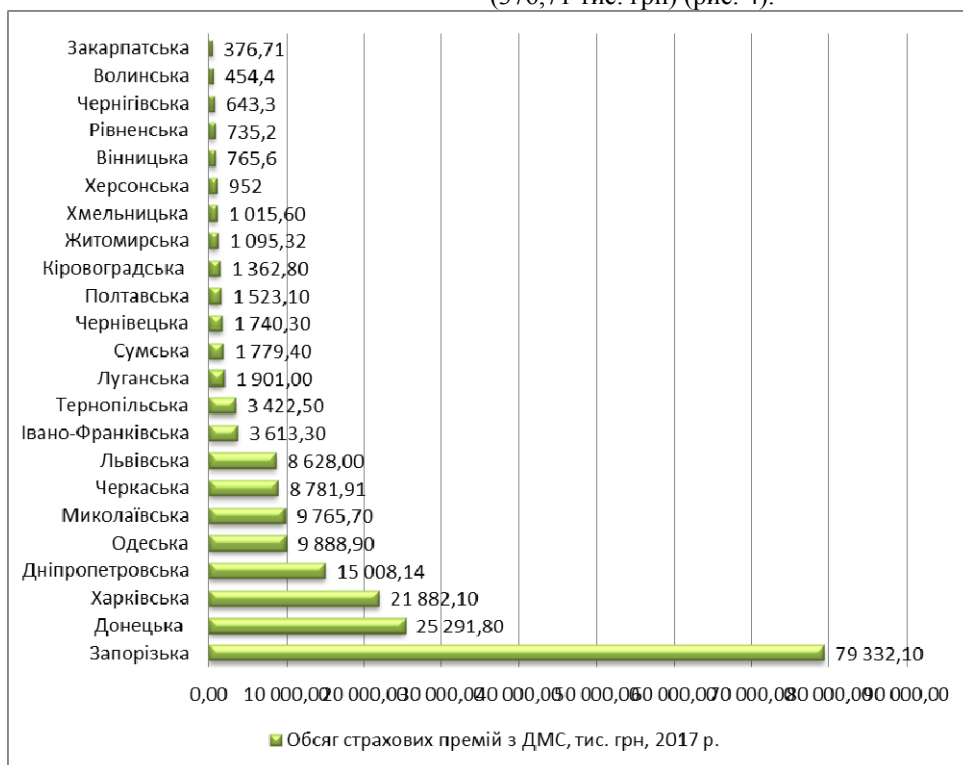


Рис. 4. Рейтинг регіонів України за обсягами зібраних страхових премій з ДМС, 2017 р. [10]

Вищі показники у рейтингу демонструють ті регіони, промисловості. Це пояснюється наявністю більшої для яких характерний вищий рівень розвитку

кількості великих підприємств, які активно долучаються до системи корпоративного страхування працівників.

Динаміка обсягів зібраних страхових премій з ДМС за останні п'ять років демонструє тенденцію до зростання в абсолютних величинах. Лише у п'яти областях спостерігався спад обсягів страхування (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Рівненська області). Попри це, питома вага страхових премій з ДМС у загальному обсязі зібраних страхових премій у регіоні є надзвичайно низькою, лише у Донецькій та Київських областях вона перевищує 10%. У розрахунку зібраних страхових премій з ДМС на одну особу у регіоні показники є мізерними – від 0,30 грн у Закарпатській обл. до 145,9 грн у Київській обл. та м. Києві.

Висновки. Узагальнення результатів аналізу тенденцій розвитку медичного страхування на загальнонаціональному та регіональному рівні дає підстави стверджувати, що послуга медичного страхування набуває поширення серед населення, перетворюється на необхідність, а обсяги фінансових ресурсів, спрямованих на цей вид страхування, постійно зростають. Водночас наявні нормативно-регулятивні умови стримують розвиток добровільного медичного страхування та не створюють сприятливого середовища запровадження обов'язкового медичного страхування. Все це актуалізує потребу у впровадженні механізму медичного страхування як одного з елементів системи забезпечення конституційних соціальних гарантій охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Видатки зведеного бюджету України за функціями. *Ціна держави*: сайт. 2018. URL: <http://cost.ua/budget/expenditure>
2. Показники діяльності з видів добровільного страхування, інших, ніж страхування життя, за 2009-2017 рік: консолідована звітність. *Нацкомфінтослуж*: офіційний сайт. 2018. URL: <http://nfp.gov.ua/content/konsolidovani-zvitni-dani.html>
3. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.04.01. Київ, 2006. 22 с.
4. Надточій Б. Соціальне страхування у контексті історії. *Фориншурер*: сайт. 04.10.2003. URL: <http://forinsurer.com/public/03/10/04/750>
5. Рейтинг страхових компаній України. *Фориншурер*: сайт. 2018. URL: <http://forinsurer.com/ratings/nonlife>
6. Показники страхових компаній-членів ЛСОУ за I кв. 2018 року. *Ліза страхових організацій України*: сайт. 2018. URL: <http://uainsur.com/stats/non-life>
7. European Insurance in Figures Statistics on February 2014. *Health Insurance for Foreigners*: Website. 2014. URL: <https://europe-insurance.eu/>
8. Гудыма Н. Особенности налогообложение корпоративных договоров медицинского страхования и страхования жизни в Украине в 2014 году. *Фориншурер*: сайт. 06.02.2014. URL: <http://forinsurer.com/public/14/02/06/4637>
9. Офіційні дані. *Державна казначейська служба України*: офіційний сайт. 2018. URL: <http://www.treasury.gov.ua>
10. Итоги работы компаний в разрезе регионов Украины за 2017 год. *Insurance TOP*. 2018. № 1(61). С. 59-66.

References

1. Vydatky zvedenoho byudzhetu Ukrainy za funktsiyamy [Expenditures of the consolidated budget of Ukraine for functions] (2018). *Price of the State*: Website. Retrieved from <http://cost.ua/budget/expenditure> [in Ukrainian].
2. Pokaznyky diyal'nosti z vydiv dobrovil'noho strakhuvannya, inshykh, nizh strakhuvannya zhyttya, za 2009-2017 rik: konsolidovana zvitnist' [Indicators of activities for types of voluntary insurance, other than life insurance, for 2009-2017: consolidated reporting] (2018). *National Commission of Ukraine for the Regulation of Financial Services Markets*: Website. Retrieved from <http://nfp.gov.ua/content/konsolidovani-zvitni-dani.html> [in Ukrainian].
3. Nahaychuk, N. H. (2006). Formuvannya systemy dobrovil'noho medychnoho strakhuvannya v umovakh rynkovoyi ekonomiky [Formation of a system of voluntary medical insurance in a market economy]. (Ph.D. in Econ. Thesis, Ukraine). Kyiv. [in Ukrainian].
4. Nadtochiy, B. (2003, Oct 04). Sotsial'ne strakhuvannya u konteksti istoriyi [Social insurance in the context of history]. *Forinsurer*: Website. Retrieved from <http://forinsurer.com/public/03/10/04/750> [in Ukrainian].
5. Reyting strakhovykh kompaniy Ukrainy [Rating of insurance companies of Ukraine] (2018). *Forinsurer*: Website. Retrieved from <http://forinsurer.com/ratings/nonlife> [in Russian].
6. Pokaznyky strakhovykh kompaniy-chleniv LSOU za I kv. 2018 roku [Indicators of insurance companies-members of the LIOU for I quarter 2018] (2018). *League of insurance organizations of Ukraine*: Website. Retrieved from <http://uainsur.com/stats/non-life> [in Ukrainian].
7. European Insurance in Figures Statistics on February 2014 (2014). *Health Insurance for Foreigners*: Website. Retrieved from <https://europe-insurance.eu/>
8. Gudyma, N. (2014, Feb 06). Osobennosti nalogooblozheniye korporativnykh dogovorov meditsinskogo strakhovaniya i strakhovaniya zhizni v Ukraine v 2014 godu [Features taxation of corporate medical insurance and life insurance in Ukraine in 2014]. *Forinsurer*: Website. Retrieved from <http://forinsurer.com/public/14/02/06/4637> [in Russian].
9. Official data (2018). *State Treasury of Ukraine*: Official website. Retrieved from <http://www.treasury.gov.ua> [in Ukrainian].
10. Itogi raboty kompaniy v razreze regionov Ukrainy za 2017 god [The results of the companies in the context of the regions of Ukraine in 2017] (2018). *Insurance TOP*, 1(61), 59-66. [in Ukrainian].

Надійшло 27.09.2018 р.