

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФЕДОРОВА НІНА ОЛЕГІВНА



УДК 351.84:368.9.06

**РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО
РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

**АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з державного управління**

Чернігів – 2020

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на кафедрі теорії та практики управління в Національному технічному університеті України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського».

Науковий керівник: доктор наук з державного управління, професор
Іваницька Ольга Михайлівна,
Національний технічний університет України «Київський
політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського».

Офіційні опоненти: доктор наук з державного управління, професор
Ільяшенко Вікторія Анатоліївна,
Київський апеляційний суд України,
головний спеціаліст відділу судової статистики
та систематизації законодавства;

кандидат наук з державного управління
Чухно Інна Анатоліївна,
Харківський національний медичний університет
Міністерства охорони здоров'я України, доцент кафедри
громадського здоров'я та управління охороною
здоров'я.

Захист відбудеться «09» липня 2020 р. о 13:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради, шифр К 79.051.05, у Чернігівському національному технологічному університеті за адресою: 14035, м. Чернігів, вул. Шевченка, 95, ауд. 318.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Чернігівського національного технологічного університету за адресою: 14035, м. Чернігів, вул. Шевченка, 95.

Автореферат розісланий «08» червня 2020 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. Л. Петрик

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Розвиток соціально-економічних відносин в українському суспільстві зумовлює потребу в підвищенні результативності державного регулювання економіки. Забезпеченню безпеки соціально-економічних процесів та створенню надійної системи гарантій сприяє продуктивна страхова діяльність, яка охоплює різні галузі та сфери життя людини. Запровадження ефективних інструментів і технологій страхування впливатиме на якість і своєчасність прийняття державно-управлінських рішень щодо вирішення нагальних і стратегічних завдань.

Рівень системи охорони здоров'я України можна охарактеризувати як небезпечно низький. Державний бюджет України не дозволяє збільшити обсяги видатків на медичну сферу. Саме тому одним зі способів залучення додаткових інвестицій та покращення рівня та якості медичних послуг є стимулювання розвитку добровільного медичного страхування.

При вдалому підході державне регулювання страхової діяльності може бути потужним важелем у розвитку діяльності приватних страховиків та створенні конкурентного середовища на ринку надання страхових послуг. Здорова конкуренція лише сприятиме зростанню якості рівня і переліку послуг страховиків та матиме позитивний вплив на ціноутворення для кінцевого споживача. Регулятивний підхід з боку держави має бути спрямований на створення ефективного та дієвого ринку медичного страхування.

Дослідження напрямів запровадження результативних інструментів страхування в розвиток медичної сфери має бути предметом особливої уваги науковців і практиків, зважаючи на вагомість проблеми, фінансові й технічні обмеження щодо надання якісних і доступних медичних послуг.

Проблемам державного регулювання страхової діяльності та сутності медичного страхування, механізмам його здійснення та вдосконалення присвячено чимало наукових праць і досліджень вітчизняних та закордонних авторів. Вагомий внесок у висвітлення теоретичних і практичних аспектів зробили такі закордонні вчені, як В. Ю. Абрамов, О. Р. Адгамов, Г. В. Атаманчук, Д. Н. Бахрах та ін. Проблемі та специфіці державного регулювання страхової діяльності, проблемам медичного страхування присвячено праці багатьох українських дослідників. Серед них: І. Г. Аберніхіна, В. Д. Базилевич, В. П. Бевз, Є. І. Войнова, В. Г. Дем'янишин, О. С. Журавка, О. М. Іваницька, В. А. Ільяшенко, М. В. Мних, Н. О. Рингач, О. Ф. Філонюк, В. М. Фурман, І. А. Чухно, Л. В. Шірінян та ін. Зокрема, ними розглянуто місце страхової галузі України на світовому ринку, проведено порівняльний аналіз закордонного й вітчизняного досвіду, розкрито проблему та перспективи розвитку страхової галузі, питання фінансування.

Проте багато проблем залишаються недостатньо розробленими. Зокрема, потребують подальших досліджень механізми взаємодії учасників ринку, контроль за якістю послуг, що надаються, питання фінансування галузі, її розвиток за рахунок нововведень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є складовою науково-дослідної роботи згідно з ініціативною темою «Трансформація системи публічного управління України в умовах реалізації цілей сталого розвитку» (державний реєстраційний номер 0118U100522). Особисто здобувачкою визначено вплив страхового бізнесу на забезпечення сталого розвитку України, науково обґрунтовано напрями державного регулювання страхової діяльності в Україні.

Мета й завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є обґрунтування теоретичних положень, розроблення методичних підходів і практичних рекомендацій щодо розвитку механізмів державного регулювання страхової діяльності в медичній сфері.

Для досягнення зазначеної мети в дисертаційній роботі були поставлені такі *завдання*:

- визначити сутність державного регулювання страхової діяльності та його механізми;
- розглянути закордонний досвід такого регулювання;
- оцінити чинний інституціональний механізм регулювання ринку страхування в Україні;
- проаналізувати стан розвитку страхової діяльності загалом та страхування в медичній сфері України зокрема;
- охарактеризувати дію фінансового механізму державного регулювання надання послуг із медичного страхування;
- виявити фактори стримування розвитку добровільного медичного страхування;
- обґрунтувати потребу в запровадженні нового механізму державної компенсації частини страхової премії з добровільного медичного страхування для малозабезпечених верств населення;
- запропонувати новий механізм взаємодії учасників добровільного медичного страхування.

Об'єктом дослідження є державне регулювання страхової діяльності.

Предметом дослідження є розвиток медичного страхування в системі державного регулювання страхової діяльності.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі використано такі методи дослідження: аналізу та синтезу – під час виконання всіх етапів дослідження, формулюванні висновків і пропозицій; абстрактно-логічний – для визначення сутності понять «механізм державного регулювання», «державне регулювання»; історико-логічний – для розгляду концептуальних підходів щодо страхування й державного регулювання страхової діяльності; порівняльного аналізу – у процесі вивчення вітчизняного та закордонного досвіду розвитку страхової діяльності; статистичний – під час опрацювання масиву статистичних і емпіричних даних для оцінки стану ринку страхування України та інших країн світу; SWOT-аналіз – для визначення взаємозв'язків між окремими елементами, вироблення шляхів мінімізації переваг і недоліків та нейтралізації загроз. Для узагальнення й наочного представлення результатів дослідження застосовано графічний і табличний методи.

Інформаційною базою дослідження слугують нормативно-законодавчі акти Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України; аналітичні матеріали Державної служби статистики України, офіційні публікації міжнародних організацій; творчо опрацьовано праці вітчизняних і закордонних дослідників; матеріали науково-практичних конференцій, інтернет-ресурси.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в обґрунтуванні теоретичних і практичних засад державного регулювання страхової діяльності в Україні, зокрема в медичній сфері, та ключових напрямів вирішення завдань удосконалення його механізмів, що характеризуються науковою новизною, зокрема:

вперше:

- обґрунтовано нову модель взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування, що передбачає надання якісних, своєчасних і доступних медичних послуг населенню, адміністративних одиниць різного рівня з контролем діяльності медичних закладів та страховиків із боку держави в особі Міністерства охорони здоров'я, Нацкомфінпослуг і органів місцевого самоврядування;

удосконалено:

- методичний підхід до дослідження еволюції законодавчого регулювання страхової діяльності в Україні, що включає: законодавство, яке регулює відносини у сфері господарської діяльності, власне страхову діяльність; спеціалізовані норми права, що регулюють окремі питання страхової діяльності, зокрема в медичній сфері; законодавство щодо розвитку ринку фінансових послуг та його інституцій;

- ідентифікацію проблем державного фінансування системи охорони здоров'я в Україні, а саме: відсутність належного фінансового захисту громадян у випадку хвороби; нерівномірний розподіл фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я; непрозорість використання бюджетних коштів; поширення корупційних неформальних платежів громадян за лікарські засоби й медичне обслуговування; недостатнє фінансове забезпечення медичного персоналу, низький рівень заробітної плати; нерівний доступ громадян до медичних послуг;

- обґрунтування потреби в розробленні національної програми стимулювання кадрового забезпечення медицини в сільській місцевості та системи заохочення кадрів; у забезпеченні навчання медичного персоналу; у контролі цих процесів місцевими органами влади;

- систематизацію факторів гальмування розвитку ринку надання страхових послуг, до яких віднесено: економічні (складна економічна ситуація, великі валютні ризики, значна конкуренція, високий рівень безробіття, низька платоспроможність населення); політичні (незавершена медична реформа, відсутність консенсусу в парламенті щодо перспектив загальнообов'язкового медичного страхування, політична нестабільність, необхідність внесення змін до Закону України «Про страхування»); соціокультурні (низька правова і страхова культура громадян, недовіра громадськості до страхування, непоінформованість щодо сутності медичного страхування); технологічні (небажання страховиків здійснювати страхування за менш вигідними напрямками, недосконалість страхового нагляду, низькі вимоги до капіталізації, необхідність приведення вимог до страховиків у відповідність із нормами системи Solvency II);

– застосування інструменту створення «страхових груп» для сільських мешканців, коли певна кількість жителів об'єднується в групу, при цьому з усіма ними укладаються угоди індивідуального страхування; це приводить до зниження ризиків для страхової компанії та вартості такого полісу для кожної окремої особи;

набули подальшого розвитку:

– понятійно-термінологічний апарат державного регулювання страхової діяльності, а саме: розкриття сутності поняття «механізм державного регулювання послуг страхової діяльності» як складної організаційної системи взаємодії, що поділяється на економічну, мотиваційну, організаційну, політичну та нормативно-правову складові, на основі якої функціонують суб'єкти управління (органи державної влади), чия діяльність побудована відповідно до певних принципів і завдань із функціональним спрямуванням (планування, організація та контроль) і спрямована на здійснення цільового впливу на об'єкти управління (систему страхової діяльності) з метою забезпечення розвитку страхової діяльності шляхом застосування методів, важелів та інструментів впливу; розкриття сутності поняття «державне регулювання страхової діяльності»;

– обґрунтування напрямів реалізації комплексного підходу до проведення широкої роз'яснювальної кампанії щодо основних принципів медичної реформи, пропагування здорового способу життя, розвитку добровільного медичного страхування.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні рекомендацій, спрямованих на поліпшення механізму взаємодії страховиків і страхувальників в умовах реформування вітчизняної медичної системи.

Основні положення, висновки та рекомендації дослідження були використані в роботі:

- Приватного акціонерного товариства «Акціонерна страхова компанія “ОМЕГА”» для подальшого впровадження департаментом медичного страхування з метою удосконалення підходів у взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування (довідка № 693 від 14.03.2019 р.);

- ТОВ «Центр відновлення фізичних функцій дитини» для удосконалення фінансового інструментарію, що стимулюватиме нові підходи до добровільного медичного страхування серед малозабезпечених верств населення (довідка № 721 від 18.04.2019 р.).

Окремі теоретичні та науково-методичні положення дисертаційної роботи впроваджено в навчальний процес НТУУ «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського» при підготовці та викладанні курсів лекцій і проведення практичних занять із навчальних дисциплін «Публічне управління та адміністрування» й «Публічні фінанси» для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» (акт №1041/2 від 03.05.2019 р.).

Особистий внесок здобувача. Наукові положення, висновки та рекомендації, що виносяться на захист, одержані автором особисто. Особистий внесок автора в роботу, опублікованій у співавторстві, наведено в переліку опублікованих праць.

Апробація результатів дисертації. Основні положення й висновки дисертації доповідалися та отримали позитивні відгуки на міжнародних науково-практичних конференціях: «Сучасні проблеми управління: діалектика централізації та децентралізації» (м. Київ, 2015 р.), «Суспільні науки: проблеми та досягнення сучасних наукових досліджень» (м. Одеса, 2015 р.), «Горизонти суспільних трансформацій на шляху до подолання системної кризи сьогодення» (м. Київ, 2016 р.), «Людина у вимірах сучасних суспільних трансформацій» (м. Київ, 2017 р.), «Industry 4.0: Людина і суспільство у вирі трансформацій» (м. Київ, 2018 р.), «Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, фінансів, обліку, менеджменту та права» (м. Полтава, 2019 р.).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 11 наукових праць, із них: 6 одноосібних статей у наукових фахових виданнях, у тому числі 1 – у науковому періодичному виданні іншої держави; 2 – в інших наукових виданнях України; 3 – у збірниках тез конференцій. Загальний обсяг наукових праць становить 7,33 друк. арк., з яких 7,02 друк. арк. належить особисто авторці.

Структура та обсяг дисертаційної роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів та загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи – 223 сторінки машинописного тексту. Вона містить 24 таблиці, 18 рисунків. Список використаних джерел складається із 195 найменувань.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми дисертації, визначено мету, сформульовано завдання, об'єкт і предмет дослідження, підкреслено наукову новизну та практичне значення отриманих результатів.

У першому розділі – **«Розвиток страхової діяльності як об'єкт державного регулювання»** – досліджено понятійно-термінологічний апарат державного регулювання розвитку страхової діяльності, проаналізовано світовий досвід надання страхових послуг та їх державного регулювання, обґрунтовано складові механізми державного регулювання страхової діяльності.

Виникненню й формалізації страхування як соціального інституту передували об'єктивні та суб'єктивні чинники, пов'язані з необхідністю забезпечення юридичних і фізичних осіб захистом та безпекою, мінімізації ризиків у підприємницькій діяльності, захисту соціальних інтересів суспільства й кожного громадянина, зокрема в праві на отримання безкоштовних медичних послуг. У процесі еволюції наукових поглядів під страхуванням стали розуміти механізм захисту економічних інтересів людини, спрямований на задоволення потреби особистості в безпеці. Як соціальний інститут, страхування можна назвати організованою системою зв'язків у суспільстві, що створена для мінімізації ризиків і задоволення соціально значущих потреб особистості в безпеці, стабільному та здоровому житті. На макросоціальному рівні страхування сприяє соціокультурній інтеграції суспільства на основі посилення відчуття захищеності й упевненості економічно вразливих соціальних груп; зменшенню конфліктів; мінімізації соціальної напруги, більшій толерантності суспільства; самоуправлінню в середовищі соціальних інститутів і структур; розвитку раціонально-договірної культури.

У науковому дискурсі склалася розгалужена система класифікацій видів і форм страхування. Зокрема, за формою воно поділяється на добровільне й обов'язкове. За статусом страховика виокремлюють державне (спеціалізовані державні страхові організації), комерційне (страхові компанії різних форм власності) та взаємне страхування (товариства взаємного страхування).

Державне регулювання розвитку страхової діяльності включає безпосередню участь держави у становленні системи страхового захисту майнових інтересів, нормативно-законодавче регулювання, здійснення спеціального нагляду за діяльністю страховальників відповідно до інтересів суспільства та задоволення потреб юридичних і фізичних осіб.

Державне регулювання страхової діяльності – це система методів, засобів, заходів та інструментів держави, котрі в сукупності становлять механізм державного регулювання для забезпечення збалансованого й ефективного розвитку страхової діяльності.

Під механізмом державного регулювання послуг страхової діяльності розуміється складна організаційна система взаємодії, що містить економічну, мотиваційну, організаційну, політичну й нормативно-правову складові, на основі яких функціонують суб'єкти управління (органи державної влади) відповідно до певних принципів і завдань із регламентованим функціональним спрямуванням (планування, організація та контроль). Вона створена для цільового впливу на об'єкти управління (систему страхової діяльності) з метою забезпечення розвитку цієї діяльності за допомогою певних методів, важелів та інструментів. Інструментарій державного управління страховою діяльністю повинен розроблятися таким чином, щоб не лише досягати максимального задоволення потреб у страховому захисті, а й створювати умови для убезпечення фінансового сектору від можливих маніпулювань.

Нині, коли Україна прагне досягти нового якісного рівня економічного розвитку, особливо важливим є застосування ефективних інструментів і механізмів державного регулювання страхових відносин. Останнє має здійснюватися на засадах лібералізації дозвільних процедур, оптимізації державно-управлінського впливу та раціоналізації контрольних-наглядових заходів.

Євроінтеграційні прагнення України зумовлюють потребу у вивченні закордонного досвіду, зокрема ЄС, для уніфікації законодавчого забезпечення процесів державного регулювання страхової діяльності, розроблення відповідної державної стратегії розвитку страхового сектору з урахуванням загальноєвропейських стандартів і вимог до змісту державно-управлінських функцій та інструментів, а також для чіткого дотримання прав безпосередніх учасників ринку. Проте в український ринок рекомендоване імплементація лише окремих положень з іноземної практики, враховуючи економічні можливості та рівень розвитку саме українського ринку.

Доцільно виокремити три типи впливу держави на функціонування страхового ринку. Найпоширенішим є регулювання страхового ринку на рівні органів виконавчої влади, що застосовується в багатьох розвинутих країнах (Японії, Німеччині, Швеції, Великобританії), а також є прийнятним для України. Згідно з іншим підходом до формування системи регулювання страхового ринку, певні

аспекти страхової діяльності мають бути врегульовані законодавчо на національному рівні, а решта основних повноважень – передані місцевим органам влади. Третій тип впливу держави на функціонування страхового ринку притаманний федеративним країнам зі значною децентралізацією місцевого самоврядування, наприклад США. Він характеризується відсутністю загальнонаціонального законодавства у сфері страхування та регулювання страхових відносин тільки на місцевому рівні.

Державне регулювання страхової діяльності в ЄС базується на прийнятті й виконанні директив, що видаються окремо зі страхування життя та загального (ризикового) страхування. Міждержавна система регулювання в Євросоюзі формувалася поетапно: протягом 1973–1987 рр. із країн-членів знято обмеження на діяльність філій і дочірніх структур страховиків, ухвалено першу директиву ЄС зі страхування (73/239/ЕЕС від 24 липня 1973 р.), яка стосувалася регулювання ризикового страхування; у 1987–1994 рр. відбувся перехід до уніфікованого регулювання; починаючи з 1994 р. функціонує єдиний європейський страховий ринок з уніфікованим регулюванням.

У другому розділі – **«Аналіз державного регулювання страхової діяльності України в медичній сфері»** – систематизовано чинники поступу страхової діяльності та розглянуто основні показники розвитку вітчизняного ринку страхових послуг порівняно з іншими країнами; визначено напрями й особливості розбудови медичного страхування.

Еволюція законодавчого регулювання страхової діяльності в Україні відбувалася поступово, разом із розвитком ринку фінансових послуг. Початок 1990-х років ознаменувався активним його поступом і швидким збільшенням кількості страхових компаній. Серед нормативно-законодавчих актів цього періоду варто назвати Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування» від 10.05.1993 № 47-93, Постанову Кабінету Міністрів України «Про створення Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю» від 17.09.1993 № 743, на виконання якої було утворено Укрстрахнагляд. Тогочасна ситуація на ринку страхування зумовила потребу в прийнятті в 1996 р. Закону України «Про страхування», яким встановлено чіткіші вимоги до діяльності страхових компаній, виокремлено види страхування, посилено захист інтересів суб'єктів страхового ринку.

Черговий етап розвитку страхового законодавства в Україні розпочався у 2001 р. із прийняттям нової редакції Закону України «Про страхування», де було закладено основні принципи створення, діяльності та ліквідації страхових компаній з урахуванням норм національного законодавства, міжнародних стандартів страхування й особливостей вітчизняного страхового ринку. Ще одним нормативно-правовим актом, який визначив правові засади надання фінансових послуг, зокрема у сфері страхування, став Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.07.2001 № 2664-III. Для регулювання ринку фінансових послуг було сформовано Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України. У 2011 р. її було ліквідовано та створено Національну комісію, яка здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг). Отже, нормативно-правові акти, що регулюють страхову діяльність в Україні, можна представити у вигляді системи, яка складається з

чотирьох основних блоків: законодавство, що регулює відносини у сфері господарської діяльності; законодавство щодо власне страхової діяльності; спеціалізовані норми права, які регулюють окремі питання страхової діяльності, зокрема щодо медичного страхування; законодавство з регулювання ринку фінансових послуг.

Особливу групу становлять норми загальнообов'язкового державного соціального страхування. Окремі питання здійснення державного соціального страхування регулюють такі документи: «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», Закони України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття».

За результатами аналізу інституціонального механізму державного регулювання страхової діяльності виокремлено певні проблеми, а саме: різні підходи до визначення поняття «страхування», зокрема в Законі України «Про страхування» та Господарському кодексі України; неузгодженість категорій «державне регулювання» та «державний нагляд»; відсутність розгляду перспектив адаптації страхового законодавства України до вимог системи Solvency II.

Однією зі складових державного регулювання страхового ринку визначено страховий державний нагляд, який можна охарактеризувати як здійснення контролю діяльності страхових організацій відповідно до затверджених принципів, норм і правил. Метою державного нагляду за страховою діяльністю є захист інтересів страхувальників та застрахованих осіб, контроль дотримання законодавства страховими компаніями, забезпечення їхньої платоспроможності.

Ринок добровільного страхування за напрямками можна умовно поділити на особисте страхування, зокрема і медичне, страхування майна, страхування відповідальності та страхування ризиків. Медичне страхування як один із видів добровільного страхування відіграє помітну роль у функціонуванні системи охорони здоров'я.

Потреба в стимулюванні розвитку медичного страхування в Україні зумовлена недостатнім рівнем фінансування охорони здоров'я та, як наслідок, низькою якістю надання медичних послуг. Запорукою ефективного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та заохочення розвитку добровільного медичного страхування, що дасть можливість залучити в галузь додаткові кошти.

Аналіз показників стану страхового ринку України довів, що: за порогового значення проникнення страхування 8–12 % останніми роками цей показник не перевищував 1,5 %; за порогового значення щільності страхування щонайменше 140 дол. США на особу у 2014 р. вона становила 49,6 дол., а у 2017 р. – лише 38,4 дол. США.

З огляду на проведений аналіз, вимогам забезпечення фінансової безпеки ринку страхування відповідають тільки частка перестраховиків-нерезидентів у валових страхових преміях (менш ніж 25 %) та частка страхових премій трьох найбільших страхових компаній у загальному обсязі страхових премій, окрім страхування життя

(порогове значення – щонайбільше 30 %). Частка ринку страхування України за обсягом валових страхових премій у 2017 р. серед країн світу дорівнювала 0,034 %, а країн Європи – 0,94 %.

Ринок медичного страхування в Україні характеризується поступовим зростанням порівняно з іншими видами страхування. Обсяг валових страхових премій з добровільного медичного страхування у 2017 р. сягнув 4177,3 млн грн, що еквівалентно 157 млн дол. США. Величина страхових премій із медичного страхування протягом 2013–2017 рр. збільшилася на 1981,5 млн грн, або на 90 %. Страхові виплати з добровільного медичного страхування у 2017 р. дорівнювали 1965,5 млн грн, що становить 18,6 % загального обсягу страхових виплат і 19,7 % страхових виплат із добровільних видів страхування (крім життя).

Європейський ринок медичного страхування теж розширюється. Загальне старіння населення та збільшення видатків на медичне обслуговування спричиняє зростання обсягу медичних страхових премій. Так, у 2016 р. обсяг страхових премій у галузі медичного страхування в Європі зріс на 2,4 % порівняно з попереднім роком. Найбільшими у 2016 р. стали ринки медичного страхування Нідерландів і Німеччини. У середньому сума страхових премій із медичного страхування на одну особу в Європі того року становила 215 євро, тобто на 2 євро, або 0,79 %, більше, ніж у 2015 р.

З метою визначення особливостей фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, проаналізовано основні джерела фінансування галузі. Згідно з інформацією Державної служби статистики України, у 2018 р. ця галузь фінансувалася за рахунок державних коштів (видатки зведеного бюджету й соціальне страхування) – 48,88 %, приватних – 50,38 % та коштів міжнародних організацій – 0,74%. Очевидним є скорочення державного фінансування сфери охорони здоров'я, що не може не позначитися на якості й доступності медичних послуг.

Виявлено такі проблеми у фінансуванні системи охорони здоров'я в Україні: відсутність належного фінансового захисту громадян у випадку хвороби, нерівномірний розподіл фінансових ресурсів між закладами охорони здоров'я, непрозорість використання бюджетних коштів, поширення корупційних неформальних платежів громадян за лікарські засоби й медичне обслуговування, недостатнє фінансове забезпечення медичного персоналу, низький рівень заробітної плати, готівкова нефіксована оплата медичних послуг. Чимала частка коштів, за рахунок яких здійснюється фінансування медичної галузі, надходить від населення, що спричиняє нерівний доступ громадян до медичних послуг. Зазначене вказує на необхідність формування нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я.

У третьому розділі – **«Державне регулювання впровадження реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України»** – обґрунтовано напрями реформування системи страхування у сфері охорони здоров'я; запропоновано механізми розвитку добровільного медичного страхування.

Реформа медичної галузі, яка на сьогодні реалізується в Україні, має на меті вирішення багатьох проблем системи охорони здоров'я. Наслідком неналежної первинної медичної допомоги стало підвищення вартості лікувального процесу, адже багато пацієнтів мусять перебувати на стаціонарному лікуванні, яке є дорогим. Брак фінансування галузі призвів до неможливості запровадження

інновацій і оновлення застарілого медичного обладнання. Оплата наданих закладом охорони здоров'я медичних послуг здійснюється за кошти державного бюджету в межах дії програми медичних гарантій. Окреме фінансування передбачене для реалізації певних програм, медико-соціальних експертиз, заходів з боротьби з епідеміями. Платні медичні послуги, що не входять до переліку програми медичних гарантій, мають становити максимум 20 % від загального обсягу наданих послуг.

Трансформація системи охорони здоров'я розпочалася з реформування фінансування первинної медичної допомоги. У 2018 р. введено бюджетну програму «Надання первинної медичної допомоги населенню», покликану забезпечити населення комплексною допомогою, що включає проведення діагностики та лікування, перенаправлення на отримання спеціалізованої медичної допомоги, профілактичні заходи.

Водночас, нині в Україні спостерігається зниження доступності медичних послуг. Особливо гостро ця проблема стоїть у сільській місцевості: недостатнє забезпечення медичних закладів необхідним медичним обладнанням, лікувальними засобами, транспортом, брак кадрів унеможливають надання якісної, своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги. За результатами статистичного аналізу, виконаного Мінрегіоном України станом на початок 2019 року, з 12,5 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів і 4 тис. амбулаторій центральним водопостачанням забезпечені 28 %, а санвузлами – 18 % закладів. Місцеві державні адміністрації повинні взяти на себе функцію фінансування й контролю якості придбаної техніки й обладнання та процесу оснащення ними медичних закладів. Зволікання з вирішенням проблем низької якості медичної допомоги в сільській місцевості, зменшення кількості медичних закладів і аптек призвело до погіршення стану здоров'я сільського населення.

З метою уникнення загрози зниження якості медичного обслуговування населення обґрунтовано потребу в розробленні основних принципів і практичних механізмів залучення медичних працівників до роботи в сільській місцевості, затвердженні державної програми, котра дасть змогу на національному рівні запровадити стимули для медичних працівників. Залучення нових кадрів у сільську місцевість можливе шляхом надання безкоштовного житла, транспорту, інтернету, а також надбавкою до основної заробітної плати. Такі стимули регламентуються законом про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості.

Також важливо забезпечити навчання медичного персоналу. Крім підготовки молодих фахівців і здійснення державного замовлення в закладах вищої освіти, велику увагу слід приділити перепідготовці медичних працівників-практиків з урахуванням особливостей нового механізму функціонування системи охорони здоров'я.

Ще одним інструментом стимулювання розвитку медичного страхування в сільській місцевості може стати створення “страхових груп” для сільських жителів. Певне їх число об'єднується в групу, при цьому з усіма ними укладаються угоди індивідуального страхування. Отже, ризики для страхової компанії знижуються, а отже, і вартість такого полісу для кожної окремої особи.

Втілення в життя заходів, запропонованих реформою, потребує чималих коштів. Отже, необхідно перейти до нової схеми взаємодії учасників добровільного медичного страхування (рис. 1).

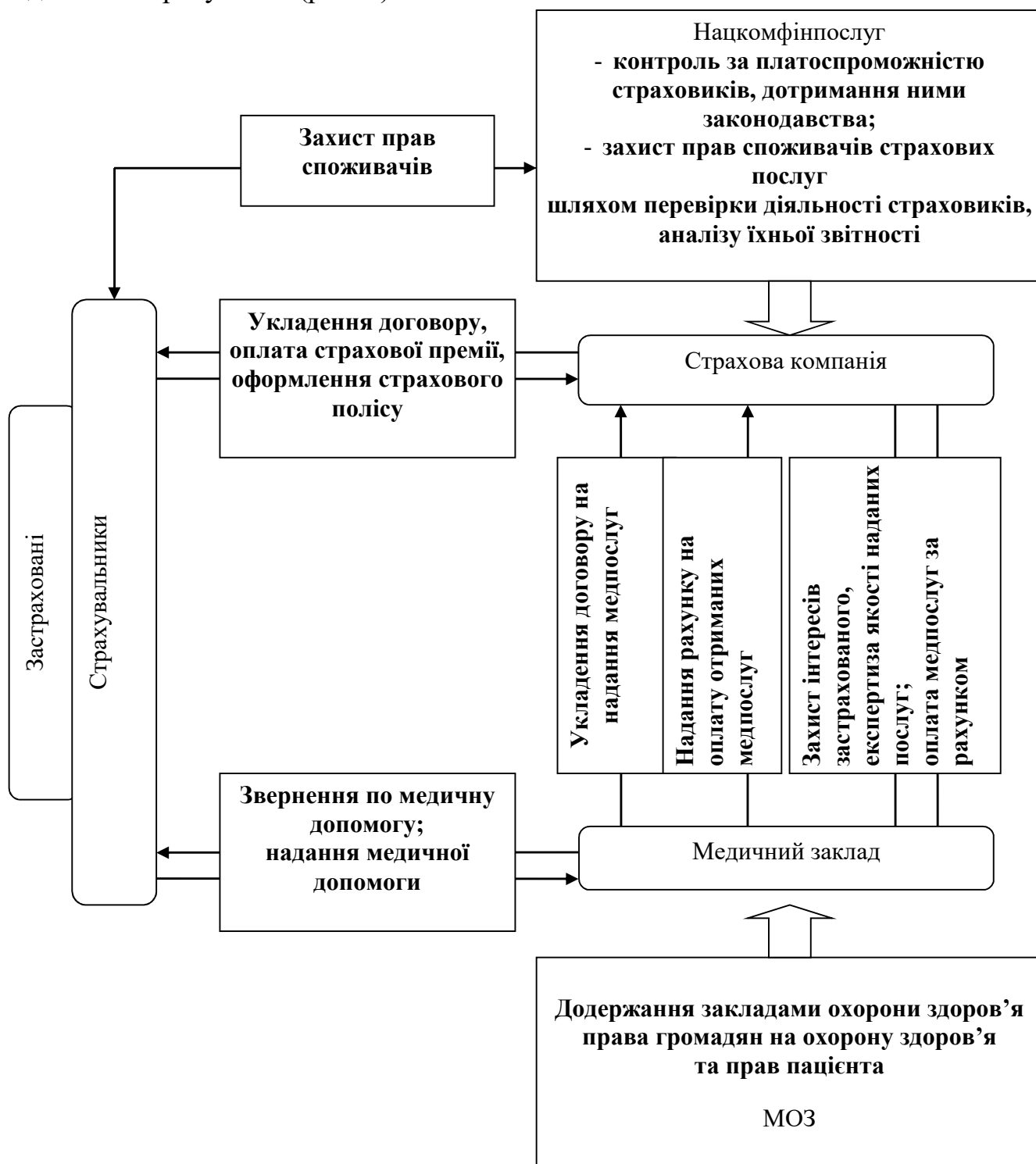


Рис. 1. Схема взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування

Джерело: розроблено авторкою.

Вона передбачає компенсацію державою частини страхової премії для малозабезпечених верств населення. Це відбувається таким чином: страхова компанія, яка хоче займатися добровільним медичним страхуванням, звертається до Нацкомфінпослуг, що проводить обов'язкові перевірки та вносить страхову

компанію до переліку компаній, з якими можуть укладатись угоди такого страхування. Страхувальники звертаються до органів соціального захисту, щоб взяти участь у програмах добровільного медичного страхування. У свою чергу, ці органи оцінюють платоспроможність страхувальників і розмір їхніх доходів, подаючи запит до територіальних органів Державної фіскальної служби.

За результатами звернень і перевірок органи соціального захисту складають список страхувальників, які можуть бути включені в програму часткового (або повного) відшкодування страхових премій. Копії списку передаються до Нацкомфінпослуг, місцевих органів влади.

Варто зазначити, що застосування до страхових компаній, які здійснюють діяльність з добровільного медичного страхування, більш жорстких вимог може мати наслідком стабілізацію страхового ринку за рахунок виходу з нього низки страховиків, які не зможуть відповідати новим вимогам через неможливість забезпечення відповідного рівня капіталізації. Критерії відбору страховиків-учасників програми підтримки добровільного медичного страхування визначатимуть страховика, як надійного партнера державної програми.

Також для стабілізації страхового ринку та виходу з нього низки ненадійних страховиків запропоновано застосовувати більш жорсткі вимоги до страхових компаній-учасників програми підтримки добровільного медичного страхування у частині обсягів капіталу страховика, які відповідатимуть концепції Solvency II (Директива ЄС 2009/138/ЄС від 25.11.2009), що дасть змогу зосередити на ринку лише надійних платоспроможних учасників та, у свою чергу, підвищить рівень довіри громадян до інституту страхування. Питання надання державою компенсації частини страхової премії окремим категоріям громадян вимагає значної уваги і ретельного дослідження. Запровадження такої норми дозволить стимулювати збільшення обсягів добровільного медичного страхування та сприятиме розвитку страхового ринку.

Важливим завданням держави є проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи, покликаної переконати громадян, котрі не підтримують реформи або навіть чинять їм активний супротив із будь-яких причин, у потенційній користі від їх реалізації. Супротив громадськості нововведенням може бути як результатом виваженого аналізу пропонованих змін, так і наслідком емоційного, заснованого виключно на інтуїтивному негативному відношенні до всього нового, ставлення.

З метою забезпечення ефективної реалізації пропонованих змін, необхідно реалізувати комунікаційну кампанію з упровадження програми державної допомоги в добровільному медичному страхуванні. Вона повинна мати системний медіаплан, певні критерії, за якими можна оцінити її ефективність, а також відповідні канали передання інформації відповідно до цільових груп. Усі структурні елементи кампанії (конкретні засоби передання інформації) повинні мати спільну ідею, бути пізнаваними, однаково оформленими. Інформаційно-роз'яснювальна кампанія має складатися із сукупності окремих елементів, заходів (повідомлень), які реалізуються в певній послідовності, доповнюють хід реалізації кампанії.

На нашу думку, в результаті такої роботи щодо впровадження програми державної допомоги в добровільному медичному страхуванні громадяни повинні бути проінформовані щодо механізму зазначеної допомоги та своїх прав щодо отримання державної компенсації; розуміти переваги участі в державній програмі; розвинути довіру до страхових компаній, з якими можна укласти договір добровільного медичного страхування, та бути впевненими в їхній платоспроможності; усвідомлювати, що вони беруть безпосередню участь у цій програмі.

Реформування в системі страхування у сфері охорони здоров'я здійснюється поетапно (рис. 2).



Рис. 2. Основні етапи впровадження державної підтримки в добровільному медичному страхуванні*

Джерело: розроблено авторкою.

Запровадження державної допомоги з компенсації частини премії добровільного медичного страхування певній категорії осіб вимагатиме затвердження відповідних підзаконних нормативних актів, зокрема, постанов Кабінету Міністрів України, нормативних актів Нацкомфінпослуг, які б визначали чіткий механізм визначення переліку та особливості ліцензування страхових компаній, які діятимуть у сфері медичного страхування, вимог до осіб, які мають право на отримання державної компенсації разом із затвердженням зразків документів для подання відповідної заяви та нормативно-правових актів з інших питань; визначення переліку медичних послуг, що входитимуть до стандартного медичного полісу добровільного медичного страхування.

Отже, позитивні зрушення в результаті здійснення реформи системи охорони здоров'я загалом і добровільного медичного страхування зокрема пов'язані з реалізацією таких заходів: кодифікацією законодавства, що регулює функціонування системи охорони здоров'я; запровадженням загальнообов'язкового державного медичного страхування; розробленням державної програми залучення медичних працівників до роботи в сільській місцевості; проведенням підготовки й перепідготовки медичних працівників; розвитком медичної інфраструктури в сільській місцевості; посиленням захисту персональних даних пацієнтів і медиків; переходом на описану вище схему взаємодії між суб'єктами добровільного медичного страхування.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота присвячена розв'язанню актуального науково-практичного завдання з обґрунтування теоретичних положень, методичних підходів і практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізмів державного регулювання страхування у сфері охорони здоров'я. Основні висновки та результати дослідження полягають у такому:

1. Державне регулювання страхової діяльності пов'язане з необхідністю захисту страхових інтересів усіх сторін споживання страхових послуг, забезпечення інституціонального підґрунтя їх надання; здійснення спеціального нагляду за діяльністю суб'єктів страхового бізнесу та дотичних осіб відповідно до інтересів страхувальників і загальнодержавних потреб; визначення напрямів забезпечення безпеки й підвищення рівня соціальних стандартів і гарантій для фізичних та юридичних осіб, а також із розвитком відповідного сегмента фінансового ринку. Механізм державного регулювання страхової діяльності включає економічну, мотиваційну, організаційну, фінансову й нормативно-правову складові, на основі яких функціонують суб'єкти управління (органи державної влади), чия діяльність побудована відповідно до певних принципів, завдань і повноважень та повинна здійснювати цільовий вплив на об'єкти управління (систему страхової діяльності) з метою забезпечення розвитку страхової діяльності за допомогою загальних і спеціальних методів, важелів та інструментів.

2. Залежно від ступеня залучення органів влади розрізняють три типи регулювання страхового ринку: 1) зосередження такого регулювання на рівні органів виконавчої влади (розвинуті країни, наприклад Японія, Німеччина, Швеція, Великобританія); 2) регулювання певних аспектів страхової діяльності на національному рівні та передання решти повноважень місцевим органам влади; 3) відсутність загального національного законодавства у сфері страхування та регулювання страхових відносин лише на рівні місцевих органів влади (федеративні країни зі значною децентралізацією, зокрема США). Для України найприйнятнішим є перший тип регулювання.

3. Інституціональний механізм державного регулювання страхової діяльності загалом сформований. Законодавче забезпечення страхових відносин в Україні є загалом збалансованим і системним, таким, що відповідає міжнародним нормам. Однак за результатами проведеного аналізу можна виокремити певні проблеми, які потребують вирішення: різні підходи до визначення поняття «страхування», зокрема в Законі України «Про страхування» та Господарському кодексі України; неузгодженість у страховому законодавстві категорій «державне регулювання» та «державний нагляд»; відсутність розгляду перспектив адаптації вітчизняного страхового законодавства до вимог системи Solvency II.

4. Основними тенденціями розвитку ринку страхування України є: поступове підвищення щільності та проникнення страхування, збільшення обсягу страхових премій і угод із добровільного страхування, зменшення кількості страхових компаній. Проте показники стану страхового ринку мають набагато нижчі значення, ніж порогові, що встановлені для безпечного функціонування страхового ринку. Водночас медичне страхування належить до сегмента страхового ринку, який зростає досить високими темпами. Розмір страхових премій із медичного страхування впродовж 2013–2017 рр. збільшився на 1981,5 млн грн, або 90 %.

5. Останніми роками в Україні спостерігається зменшення бюджетних видатків на охорону здоров'я, тим часом як у більшості країн Європи вони виступають ключовим джерелом фінансування медичної сфери. Встановлено, що значна частина приватних видатків сплачується шляхом прямих платежів, поза угодами страхування, а це породжує низку негативних явищ, зокрема корупцію. Обмеженість бюджетного фінансування медицини та зростання вимог населення до якості медичних послуг спонукають до інтенсивного розвитку добровільного медичного страхування поряд із реформуванням національної системи охорони здоров'я.

6. До факторів стримування розвитку добровільного медичного страхування належать: складна економічна ситуація, військово-політична нестабільність, високий рівень безробіття, низька платоспроможність населення, відсутність належної страхової культури громадян, недовіра до страховиків, значна частка їх банкрутств тощо. Отже, є потреба в розробленні нових механізмів взаємодії учасників ринку добровільного медичного страхування. Участь у такому страхуванні не регламентується державою. Тому кожен страхувальник має змогу обрати програму страхування відповідно до індивідуальних потреб, що може відкрити малозабезпеченим верствам населення доступ до якісних медичних послуг.

7. Запропонована модель передбачає компенсацію державою частини страхової премії по добровільному медичному страхуванню для малозабезпечених верств населення. Передбачено уповноважити Нацкомфінпослуг проводити необхідні перевірки та формувати перелік компаній, із котрими можуть укладатись угоди добровільного медичного страхування. Страхувальники звертаються до органів соцзахисту, щоб узяти участь у програмах добровільного медичного страхування. Органи соцзахисту оцінюють платоспроможність страхувальників і розмір їхніх доходів шляхом подання запиту до територіальних органів Державної фіскальної служби. За результатами звернень і перевірок органи соцзахисту складають список страхувальників, які можуть бути включені в програму часткового (чи повного) відшкодування страхових премій. Копії цього списку передаються до Нацкомфінпослуг, місцевих органів влади, страховиків.

8. Механізм взаємодії повинен запроваджуватися поетапно: на першому етапі розробляються ліцензійні вимоги до страхових компаній, визначаються категорії осіб, що матимуть право на державну компенсацію, а також зміст стандартного медичного полісу, проводиться інформаційно-роз'яснювальна робота серед громадськості щодо добровільного медичного страхування; на другому – приймаються необхідні нормативно-правові акти, що визначають засади державної підтримки в добровільному медичному страхуванні; на третьому – проводиться ліцензування страхових компаній, що братимуть участь у програмі державної підтримки, та формується відповідний реєстр; складається реєстр осіб, які мають право на державну компенсацію частини страхової премії; розраховується вартість стандартного медичного полісу; затверджується субвенція на реалізацію програми в Державному бюджеті України та її розподіл; на останньому, завершальному, етапі відбувається запровадження державної підтримки добровільного медичного страхування, надання компенсації частини страхової премії.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях та виданнях, внесених до наукометричних баз даних:

1. Федорова Н. О. Зарубіжний досвід державного регулювання страхової діяльності. *Держава та регіони. Серія: державне управління*. 2017. № 3 (59). С. 111–118 (1,0 ум. друк. арк.). [фахове видання]
2. Федорова Н. О. Посилення ролі громадськості в управлінні наданням послуг медичного страхування в Україні. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: державне управління*. 2018. Т. 29 (68). № 2. С. 113–119 (1,0 ум. друк. арк.). [фахове видання]
3. Федорова Н. О. Медичне страхування в системі державного регулювання страхової діяльності. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Сер. : державне управління*. 2018. Вип. 1 (8). С. 201–211 (1,0 ум. друк. арк.). [фахове видання]
4. Федорова Н. О. Державне регулювання напрямків страхової діяльності в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2019. № 1 (1,0 ум. друк. арк.). URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2019-1-4856>. [фахове видання]

5. Федорова Н. О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: державне управління*. 2019. № 1. С. 110–115 (0,8 ум. друк. арк.). [фахове видання]

6. Fedorova N. O. Reforming the health financing system in Ukraine: potential threats to the success of the reform. *Innovative economics and management*. 2019. № 1. С. 116–121 (0,1 ум. друк. арк.). [Міжнародні наукометричні бази: *Index Copernicus*]

Опубліковані праці апробаційного характеру:

7. Федорова Н. О. Тенденції розвитку феномену страхування у кризові періоди. *Суспільні науки: проблеми та досягнення сучасних наукових досліджень*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 4–5 груд. 2015 р. / Причорноморський центр досліджень проблем суспільства. Одеса, 2015. С. 109–110 (0,2 ум. друк. арк.).

8. Федорова Н. О. Особливості управління ринком страхування в Україні. *Сучасні проблеми управління: діалектика централізації та децентралізації*: матеріали VIII міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 грудня 2015 р. Київ, 2015. С. 83–84 (0,2 ум. друк. арк.).

9. Федорова Н. О. Перспективи розвитку медичного страхування для малозабезпечених верств населення. *Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, фінансів, обліку, менеджменту та права* : зб. тез доповідей міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 26 січ. 2019 р. Полтава, 2019. С. 35–36 (0,2 ум. друк. арк.).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

10. Федорова Н. О. Специфіка мотиваційного складника споживчої поведінки страхувальників. *Соціологічні студії*. 2016. № 1 (8). С. 84–91 (0,3 ум. друк. арк.).

11. Іваницька О. М., Федорова Н. О. Фінансове забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*. 2018. № 10 (275). С. 70–81. (0,63 друк. арк.). *Особистий внесок автора: досліджено феномен добровільного медичного страхування як інструмент фінансового забезпечення системи охорони здоров'я*. (0,32 друк. арк.).

АНОТАЦІЯ

Федорова Н. О. Розвиток медичного страхування в системі державного регулювання страхової діяльності в Україні: кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління зі спеціальності 25.00.02 – механізми державного управління. – Чернігівський національний технологічний університет, Чернігів. – 2020.

Дисертація присвячена обґрунтуванню теоретичних положень, розробленню методичних підходів і практичних рекомендацій щодо розвитку медичного страхування в системі державного регулювання страхової діяльності в Україні. Уточнено визначення понять “державне регулювання страхової діяльності” та “механізм державного регулювання”. Проаналізовано інституціональний механізм регулювання ринку страхування. Наголошено на необхідності перетворення медичного страхування в контексті медичної реформи. Систематизовано чинники розвитку медичного страхування в Україні, охарактеризовано стан державного

регулювання надання відповідних послуг. Розкрито особливості медичного страхування на території України. Виявлено фактори стримування розвитку добровільного медичного страхування. Обґрунтовано потребу в запровадженні нового механізму державної компенсації частини страхової премії з добровільного медичного страхування для малозабезпечених верств населення. Запропоновано новий механізм взаємодії учасників ринку за системи компенсації державою частини такої премії.

Ключові слова: державне регулювання, механізми державного регулювання, медичне страхування, реформування медичної системи, добровільне медичне страхування.

АННОТАЦИЯ

Федорова Н. А. Развитие медицинского страхования в системе государственного регулирования страховой деятельности в Украине: квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по государственному управлению по специальности 25.00.02 – механизмы государственного управления. – Черниговский национальный технологический университет, Чернигов. – 2020.

Диссертация посвящена обоснованию теоретических положений, разработке методических подходов и практических рекомендаций по развитию медицинского страхования в системе государственного регулирования страховой деятельности в Украине. Уточнено определение понятий «государственное регулирование» и «механизм государственного регулирования». Проанализирован институциональный механизм регулирования рынка страхования. Подчеркнута необходимость преобразования медицинского страхования в контексте медицинской реформы. Систематизированы факторы развития медицинского страхования в Украине, охарактеризовано состояние государственного регулирования предоставления соответствующих услуг. Раскрыты особенности медицинского страхования на территории Украины. Выявлены факторы сдерживания развития добровольного медицинского страхования. Обоснована потребность во внедрении нового механизма государственной компенсации части страховой премии по добровольному медицинскому страхованию для малообеспеченных слоев населения. Предложен новый механизм взаимодействия участников рынка при системе компенсации государством части такой премии.

Ключевые слова: государственное регулирование, механизмы государственного регулирования, медицинское страхование, реформирование медицинской системы, добровольное медицинское страхование.

ABSTRACT

Fedorova N.O. Development of health insurance in the system of state regulation of insurance activity in Ukraine. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for a Candidate of Science (Public Administration) degree by specialty 25.00.02 – mechanisms of public administration. – Chernihiv National University of Technology, Chernihiv. – 2020.

The dissertation is devoted to the substantiation of theoretical positions, the development of methodological approaches and practical recommendations for the development of health insurance in the system of state regulation of insurance activity on the territory of Ukraine.

The theoretical principles of development of insurance activity as an object of state regulation are investigated in the dissertation; the conceptual-terminological apparatus of state regulation of development of insurance activity is investigated; the basic mechanisms of regulation of insurance activity in the healthcare system are defined and characterized; the factors influencing the development of medical insurance of Ukraine are systematized; the features of medical insurance on the territory of Ukraine are revealed; the state of state regulation of the provision of health insurance services in Ukraine is assessed; the factors of containment of the development of voluntary medical insurance are revealed, as well as foreign experience of state regulation of insurance activity is researched.

It is established that at the present stage the problem of state regulation of insurance activity of Ukraine in the medical sphere is extremely urgent and at the same time polyhedral. Indeed, as for today insurance activity in Ukraine is characterized by low efficiency, unsatisfactory level of coverage of processes that require insurance, shortage of financing of the industry. At the same time, low level of public awareness in this sphere, distrust of insurers leads to a low coefficient of involvement of citizens in this type of services. That is why the study of the direction of implementation of effective insurance instruments for the development of the medical sector should be given special attention by scientists and practitioners, taking into account the importance of issues, financial and technical constraints on the provision of quality and affordable health services. Assessing the risks and factors of the impact of insurance on the development of the social and medical sphere in particular, developing effective proposals will allow a comprehensive approach to solving the issue of ensuring sustainable socio-economic development of Ukraine.

The main tendencies of the Ukrainian insurance market development are considered. Among them: a gradual increase in the density and penetration of insurance, the amount of insurance premiums and voluntary insurance contracts, and the reduction of the number of insurance companies.

The modern requirements for state regulation of the insurance market in the medical sphere in the context of reforming the health care system are described. The SWOT analysis of the voluntary health insurance market on the territory of Ukraine was carried out. On the basis of the analysis, in order to identify corrective actions aimed at eliminating weaknesses and threats to the development of this sphere, a strategy for optimization and further development of the insurance market of Ukraine has been developed.

The comparative analysis of the main principles of functioning of the health care system of Ukraine before and after the implementation of medical reform was carried out on the following criteria: the essence of the medical care provided; financial security; manager of funds; the mechanism of relationship «supplier – customer» of medical services; subject of financing; management of medical information.

The necessity of introducing a new mechanism of state compensation for part of the insurance premium for voluntary medical insurance for the poorer sections of the population is substantiated. A new model of interaction between the subjects of the market of voluntary medical insurance is developed, which provides provision of high-quality, timely and accessible medical services to the population of administrative units of different levels with control by the state in the person of the Ministry of Health, the National Financial Services Commission and local self-government bodies for the activities of medical institutions and insurers.

Recommendations for the implementation plan of a communication campaign on the introduction of a new mechanism for voluntary medical insurance are formulated. A questionnaire (questionnaire) for a sociological survey was developed during a communication campaign on the state aid program for voluntary medical insurance.

Key words: state regulation, mechanisms of state regulation, medical insurance, medical system reform, voluntary medical insurance.

Підписано до друку 05.06.2020 р. Формат 60×84/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Тираж 100 пр. Зам. № 502/20.

Редакційно-видавничий відділ
Чернігівського національного технологічного університету
14035, Україна, м. Чернігів, вул. Шевченка, 95
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 4802 від 01.12.2014 р.