

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: Управління медичним страхуванням за матеріалами Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС»

Рівень вищої освіти магістр

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 072 «Фінанси, банківська справа та страхування»
Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Фінанси, банківська справа та страхування»
Назва

КВРФБС. 013720.01.20.00

Виконав: студент II курсу, група ФБСмд-22-1 _____ Владислав ТУЗІНСЬКИЙ
Підпис, дата Ім'я прізвище

Керівник: канд. екон. наук, доцент _____ Леся МАТВІЙЧУК
Підпис, дата Ім'я прізвище

Нормоконтролер _____
Підпис, дата Ім'я прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри

д-р. екон. наук, професор

_____ Ніла ХРУЩ
Підпис, дата Ім'я прізвище

_____ 2023 р.

Зміст

Вступ	5
1 Теоретико-методичні основи управління медичним страхуванням	8
1.1 Сутність, види та функції медичного страхування	8
1.2 Концептуальні та методичні аспекти управління медичним страхуванням	18
2 Аналітичні аспекти управління медичним страхуванням	28
2.1 Аналіз сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні	28
2.2 Аналіз фінансово-господарської діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках	44
3 Напрями удосконалення управління медичним страхуванням на прикладі Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС»	57
Висновки	70
Список використаних джерел	74
Додатки	80

Вступ

В умовах посилення глобалізації та трансформації відбувається зміщення акцентів та формування соціально-орієнтованих підходів до управління економікою країни. Важливою складовою для забезпечення соціальної захищеності населення є доступ до необхідної, своєчасної та якісної медицини. Діюча вітчизняна модель фінансування охорони здоров'я довела свою неефективність та нездатність вирішити основні проблеми у сфері охорони здоров'я, а тому потребує невідкладного реформування. Сучасним інструментом ефективного розвитку системи охорони здоров'я та формою захисту від ризиків, які впливають на працездатність, здоров'я та життя людей, є медичне страхування. Медичне страхування дозволяє змінити форми та механізми фінансування в медичній галузі, та сприяє підвищенню якості медичного обслуговування в медичних закладах. Проте, ринок медичного страхування в Україні перебуває на етапі становлення, тому існуючі механізми страхового захисту потребують суттєвого удосконалення.

Теоретичні та практичні аспекти медичного страхування стали об'єктом дослідження таких науковців як: Д.Д. Третяк, О.О. Гаманкова, Л.Б. Баранник, В.М. Стецюк, Я.С. Новосад, О.Ю. Сова та інші. Віддаючи належне науковому доробку вчених, доцільно зазначити, що проблеми розвитку медичного страхування та підвищення його ролі у фінансуванні вітчизняної системи охорони здоров'я вимагають подальшого дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є поглиблення теоретико-методичних положень та практичних рекомендацій щодо управління медичним страхуванням в сучасних умовах господарювання. Відповідно до цієї мети визначено основні завдання кваліфікаційної роботи:

- дослідити економічну сутність медичного страхування;
- систематизувати функції медичного страхування;

- розглянути особливості формування тарифної політики в медичному страхуванні;
- здійснити аналіз сучасного стану ринку медичного страхування;
- проаналізувати фінансово-господарську діяльність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках;
- узагальнити напрями покращення управління медичним страхуванням.

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи є процес здійснення медичного страхування.

Предметом дослідження є теоретичні, методичні та практичні аспекти управління медичним страхуванням.

В ході дослідження для досягнення поставленої мети та реалізації завдань використовувалися наступні загальнонаукові та спеціальні методи, а саме: теоретичного узагальнення, системного аналізу, порівняння та аналогії – при формулюванні наукових положень, уточненні і систематизації понятійно-категорійного апарату медичного страхування; економіко-статистичні методи – для дослідження основних параметрів вітчизняного ринку медичного страхування та оцінки фінансового стану ПрАТ «Страхова компанія «АРКС»; комплексний підхід – для розробки й обґрунтування пропозицій щодо удосконалення системи управління медичним страхуванням; методи візуалізації – для відображення результатів дослідження та ілюстрації сучасних тенденцій медичного страхування.

Інформаційною базою дослідження виступали нормативно-правові акти, які регулюють питання медичного страхування, офіційні матеріали Національного банку України, вітчизняна та зарубіжна періодична та монографічна література, фінансова звітність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС», інтернет-ресурси.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в наступному:

дістали подальшого розвитку:

- сутнісне наповнення поняття «медичне страхування», що запропоновано розглядати як вид особистого страхування, який полягає у

захисті майнових інтересів фізичних осіб у разі настання страхових випадків, пов'язаних з втратою здоров'я та працездатності, які визначені договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів та доходів від розміщення коштів цих фондів, що на відміну від існуючих підходів враховує економічну, юридичну та соціальну сторону поняття та дозволяє удосконалити понятійно-категорійний апарат дослідження;

– наукові підходи до розкриття сутності поняття «медичне страхування», шляхом виокремлення соціального, правового, видового та комплексного підході до трактування сутності поняття «медичне страхування», що дозволить унормувати та полегшити аналіз поняття.

Практичне значення одержаних результатів полягає в обґрунтуванні наукових підходів, які націлені на вирішення актуальних проблем управління медичним страхуванням.

Основні результати кваліфікаційної роботи були представлені на IV Міжнародній науково-практичній конференції «Дослідження передових горизонтів глобального прогресу: виклики та інноваційні концепції» (13-15 грудня 2023 р., м. Севілья, Іспанія).

Основні положення, висновки і результати дослідження опубліковано в науковій праці обсягом 0,27 друк. арк.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 80 сторінок. Робота містить 16 таблиць, 20 рисунків та 3 додатки. Список використаних джерел складається із 52 найменування.

1 Теоретико-методичні основи управління медичним страхуванням

1.1 Сутність, види та функції медичного страхування

На сучасному етапі розвитку України побудова соціально-орієнтованої моделі економіки є пріоритетним завданням, що потребує трансформації соціальної сфери як важливого індикатору рівня суспільного добробуту. Одним із основних компонентів ефективного функціонування вітчизняної економіки в цілому, та системи охорони здоров'я зокрема, є розвиток медичного страхування. Саме страхова медицина допомагає вирішити проблеми доступності медичних послуг для усіх верств населення, залучення додаткових фінансових ресурсів у сферу охорони здоров'я та сприяє підвищенню рівня демографічної безпеки країни.

В науковій економічній літературі присвяченій питанням медичного страхування не існує єдиного підходу до визначення сутності поняття «медичне страхування». Дослідники по різному трактують дане поняття та вкладають різні аспекти у його сутність. Вивчення вітчизняних нормативно-правових актів дає підстави стверджувати, що законодавчо питання сутності медичного страхування не врегульовано, що тільки розпалює суперечки фахівців. У основному нормативно-правовому акті, що регулює питання страхових відносин в Україні, а саме в Законі України «Про страхування» зазначено, що медичне страхування може здійснюватися як в обов'язковій так і в добровільній формах. У новій редакції Закону України «Про страхування», який вступить в силу з 1 січня 2024 року визначено, що медичне страхування належить до 2 класу страхування. Саме тому, виходячи з потреби нашого дослідження, всебічне розкриття економічної природи медичного страхування вимагає термінологічної узгодженості та потребує детального вивчення існуючих наукових підходів до його змісту (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1 – Наукові підходи до сутнісного наповнення поняття «медичне страхування»

Автор	Сутність поняття «медичне страхування»
С.В. Васильчак	«Форма соціального захисту інтересів населення у випадку втрати здоров'я з будь-якої причини» [7, с. 27].
Д.Д. Третяк	«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» [41, с. 45].
Н.Я. Климук	«Вид особистого страхування, який передбачає, згідно із законом або договором, обов'язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та профілактичної допомоги, наданої застрахованій особі, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади і громадян» [19, с. 55].
Я.С. Новосад	«Страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком» [27, с. 61]
Н. М. Внукова	«Форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування» [40]
О.С. Журавка, А.Г. Бухтіарова, О.М. Пахненко	«Страхування на випадок утрати здоров'я через будь-яку причину, зокрема хворобу та нещасний випадок» [16, с. 149].
С.С. Осадець	«Вид особистого страхування, пов'язаний із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я» [30, с. 234]
В.Ю. Стеценко	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. [39, с. 123]
О.О. Вороніна	«Сукупність форм страхування, які передбачають обов'язки страховика по здійсненню страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат на отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку, визначених чинним законодавством або договором страхування, за рахунок спеціально сформованих фондів» [9, с. 737]
Т.Ф. Григораш, Ю.П. Кіріченко	«Підкреслюють приналежність страхування здоров'я до системи особового страхування, а більш ширше, до галузі соціального страхування, і говорять, що медичне страхування є одним із необхідних її елементів, яке слугує засобом реалізації принципів страхування» [14, с. 140].

Джерело: систематизовано автором на основі [7,9,1416, 27,30,39,40,41]

Проаналізувавши погляди науковців на сутнісне поняття «медичне страхування» варто зазначити, що вони різняться залежно від аспектів які автори розглядають трактуючи означене поняття. Ми пропонуємо

виокремлювати соціальний, правовий, видовий та комплексний підходи до трактування сутності поняття «медичне страхування», що дозволить унормувати та полегшити аналіз поняття (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Наукові підходи до розкриття сутності поняття «медичне страхування»

Джерело: запропоновано автором

Дослідивши погляди науковці на сутність поняття «медичне страхування» та виокремивши основні підходи до його трактування пропонуємо медичне страхування розглядати як вид особистого страхування, який полягає у захисті майнових інтересів фізичних осіб у разі настання страхових випадків, пов'язаних з втратою здоров'я та працездатності, які визначені договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів та доходів від розміщення коштів цих фондів.

Структура страхового покриття медичного страхування включає такі елементи:

- «відшкодування витрат на діагностичну, лікувально-профілактичну та реабілітаційну медичну допомогу, яка надається стаціонарно, в амбулаторно-поліклінічних умовах або за системою швидкої медичної допомоги, санавіації та інших організаційних формах охорони здоров'я;
- повернення витрат на утримання пацієнтів в усіх стаціонарах у період отримання ними діагностичної, лікувально-профілактичної та реабілітаційної медичної допомоги;
- відшкодування коштів, які втрачені або недоотримані застрахованим унаслідок порушень стану здоров'я;
- виплати застрахованому обумовлених угодою (умовами) страхування інших видів компенсаційних сум (допомоги) за фактом захворювання, травми, інших подій або станів, які пов'язані зі здоров'ям і працездатністю» [25, с. 143].

Економічна сутність медичного страхування проявляється через його функції. Як показує аналіз фахової економічної літератури серед науковців немає єдності та однозначності стосовно даного питання (таблиця 1.2).

Таблиця 1.2 -Матриця функцій, які виконує медичне страхування

Функції	Автор									Разом
	О.В. Козменко. [20]	А.С. Немченко. [23]	О.О. Вороніна [9, с.736]	О.А. Юрченко О.А. Свирида С.С. Ковальчук [51, с. 143]	Г.М. Коцюрубенко [21, с. 218]	Д.О. Гомон [13, с.102]	І.М. Федорович [45]	І.В.Кирсева, Д.В. Коробцова [18, с. 118]	В.Ю. Степенко [39, с.120]	
Заміщення	+									1
Доповнення	+									1
Накопичувальна		+	+				+	+	+	5
Відновлювальна		+	+						+	3
Превентивна (профілактична)		+	+		+		+	+	+	6
Контрольна		+	+				+		+	4
Економічні				+						1
Соціальні				+						1
Акумуляційна					+					1
Компенсаційна					+					1
Розподільна						+				1
Захисна						+				1
Ризикова							+	+		2
Інвестиційна							+	+		2
Разом	2	4	4	2	3	2	5	4	4	30

На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що найчастіше, розглядаючи питання медичного страхування науковці виділяють превентивну (профілактичну) функцію. Також більшість авторів виокремлює накопичувальну функції. Як видно з таблиці 1.2, кількість функцій у дослідженнях науковців варіюється від 2 до 4. Таке розмаїття функцій, які виконує медичне страхування пов'язано насамперед зі складністю та синтетичністю даної економічної категорії. Також варто зазначити, що ряд дослідників виділяють підфункції в межах однієї функції медичного страхування або виокремлюють різні аспекти функцій медичного страхування. Зокрема Д.О. Гомон «об'єднує ризикову, попереджувальну й ощадну функції страхування під загальним поняттям розподільної функції, а також розглядає захисну функцію як основну у страхуванні, яка має три складники: юридичний, матеріальний та психологічний» [13, с. 102]. Проте, на нашу думку, виділення значної кількості функцій чи підфункцій чи аспектів функцій медичного страхування не сприяє кращому розумінню сутності поняття, а значно ускладнює його вивчення та аналіз.

Таким чином, на нашу думку, медичне страхування як складне та багатоаспектне економічне поняття виконує: ризикову, соціальну, превентивну, контрольну функції. Саме виділення таких функції дозволяє в повному обсязі відобразити найважливіші риси, сутність і значення медичного страхування, а також відобразити його роль і місце в суспільстві. Інші функції, на наш погляд є другорядними та можуть взагалі не проявлятися в процесі організації медичного страхування.

Ризикова функція медичного страхування полягає у передачі страхувальником страховику за визначену плату матеріальної відповідальності за наслідки ризиків, що зумовлені настанням страхових подій, які пов'язані із витратами на отримання медичної допомоги страхувальника (застрахованої особи), перелік яких чітко визначений у договорі страхування та відбувається через процес купівлі-продажу страхової послуги. Отже, страхувальник передає ризик страховій компанії та отримує страховий захист.

Превентивна функція медичного страхування полягає у зменшенні ймовірності настання страхових випадків. Тобто з однієї сторони страхова компанія здійснює фінансування заходів з недопущення настання страхових випадків або зменшення наслідків настання страхових подій шляхом фінансування лікувально-профілактичних заходів. А з іншої сторони страхова компанія у договорі страхування або у правилах страхування формує застереження, відповідно до яких страхувальник повністю або частково позбавляється страхових відшкодувань, що дозволяє мінімізувати прояви шахрайства або бездіяльності з боку страхувальника.

Контрольна функція медичного страхування проявляється в процесі формування та використання коштів страхових резервів. Страхові резерви мають цільовий характер, тобто кошти, які надходять від фізичних та юридичних осіб під час укладення договорів страхування акумулюються та можуть бути використані на виплату страхових відшкодувань та здійснення інвестиційної діяльності страхової компанії у напрямки визначені державним регулятором. Тим самим, контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують формування достатніх страхових резервів для виконання страховими компаніями їхніх зобов'язань, а також включає контроль якості надання медичної допомоги страхувальниками (застрахованим особам).

Соціальна функція медичного страхування проявляється під час повного або часткового відшкодування завданих збитків у випадку настання страхових подій, а отже повного або часткового відновлення здоров'я застрахованих осіб. Медичне страхування дає страхувальникам можливість одержання своєчасної медичної допомоги та відкриває доступ до високотехнологічного лікування та якісних медичних послуг. І тим самим сприяє збільшенню тривалості життя застрахованих осіб. Крім того, страховий ризик при здійсненні медичного страхування пов'язаний не з майном, а з особою застрахованого. Отже, як соціальний інститут, медичне страхування являє собою організовану систему зв'язків у суспільстві, що функціонує з метою мінімізації ризиків і задоволення соціально значущих потреб страхувальників в безпеці, стабільному та

здоровому житті та є важливою умовою ефективного розвитку сучасного суспільства.

У сучасних умовах у науковому дискурсі склалася розгалужена система структурування видів і форм медичного страхування (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3 – Класифікаційна характеристика медичного страхування

Класифікаційна ознака	Види (форми) медичного страхування
За принципом управління медичним страхуванням	централізована форма, децентралізована форма змішана форма
За характером фінансування систем медичного страхування	бюджетна форма соціальна форма приватна форма змішана форма
За формою проведення	обов'язкове добровільне
За формою залучення застрахованих осіб	індивідуальне корпоративне

Джерело: систематизовано автором на основі [16,40,41,42]

За характером фінансування систем медичного страхування виокремлюють наступні форми:

– бюджетна форма полягає у фінансуванні медичного страхування переважно з бюджетних джерел;

– соціальна форма передбачає фінансування медичного страхування за рахунок цільових внесків підприємців, громадян та субсидій держави. При цьому переважає саме фінансування з позабюджетних фондів;

– приватна форма передбачає фінансування медичного страхування за рахунок внесків за програмами добровільного медичного страхування;

– змішана форма полягає у фінансуванні медичного страхування за рахунок різних джерел.

За принципом управління медичним страхуванням виокремлюють централізовану форму, яка полягає у жорсткому державному регулюванні сфери медичного страхування, децентралізовану форму – застосування

ринкових механізмів регулювання медичного страхування та змішану форму, яка поєднує централізовану та децентралізовану форми.

За формою залучення застрахованих осіб виділяють індивідуальне та корпоративне медичне страхування.

Індивідуальне медичне страхування, що полягає в укладенні особистих договорів страхування, тобто страхувальник, який являється і застрахованою особою самостійно обирає програму, суму страхового покриття в залежності від власних інтересів.

Корпоративне страхування можна трактувати як інструмент захисту майнових інтересів суб'єктів господарювання, соціального забезпечення персоналу таких суб'єктів господарювання та управління фінансовими потоками економічних суб'єктів. Сутність корпоративного страхування полягає в укладенні договору страхування роботодавцем на користь своїх працівників.

Перевагами корпоративного страхування є: «захист життя та здоров'я працівників суб'єктів господарювання, накопичення коштів до виходу на пенсію, матеріальна допомога родині на випадок передчасної смерті годувальника (соціальний фактор); збереження на підприємстві кваліфікованих працівників, гнучка система винагороди співробітників (мотиваційний фактор); оптимізація податкових платежів підприємства, оскільки витрати на медичне страхування зменшують базу оподаткування податком на прибуток і на них не здійснюється нарахування на фонд оплати праці (фінансових фактор); створення позитивного іміджу соціально відповідального підприємства (іміджевий фактор)» [1, с. 170].

Медичне страхування реалізується у двох формах обов'язковій та добровільній (рисунок 1.2).

Обов'язкове медичне страхування є складовою системи соціального страхування, що являє собою систему правових, економічних та організаційних заходів, які створені державою та спрямовані на забезпечення гарантій надання застрахованій особі медичної допомоги у разі настання страхового випадку за рахунок накопичення страхових внесків.

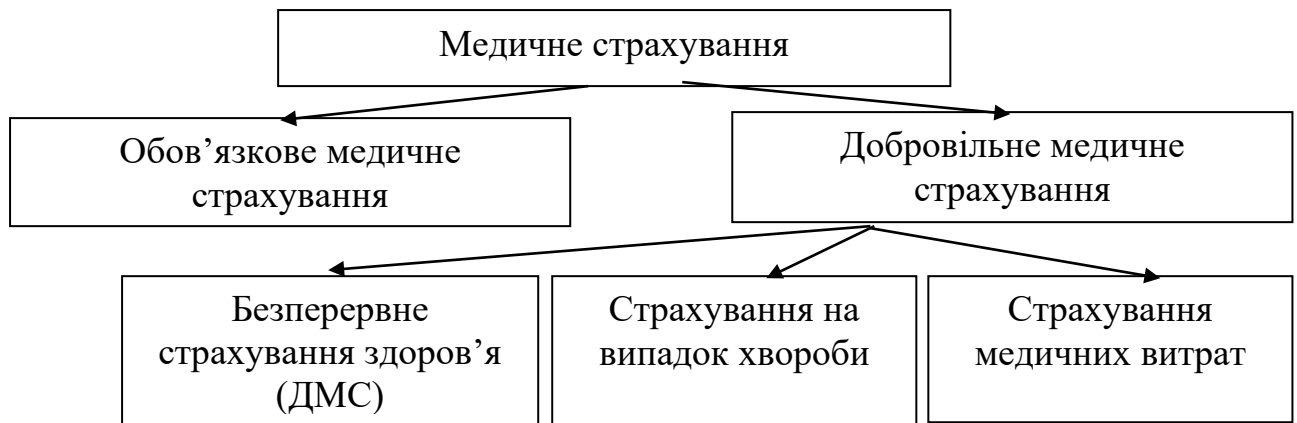


Рисунок 1.2 – Структура медичного страхування в Україні за формами здійснення

На державному рівні затверджуються принципи організації обов'язкового медичного страхування, розробляються та встановлюються страхові тарифи, визначається коло страхувальників і відбувається створення спеціальних державних фондів в яких акумулюються внески на обов'язкове медичне страхування.

Добровільне медичне страхування реалізується на основі добровільних програм медичного страхування та є доповнюючою системою до обов'язкового медичного страхування та полягає у гарантуванні оплати медичних послуг, понад затвержені обов'язковою програмою розміри. За економічним змістом добровільне медичне страхування є механізмом відшкодування фізичним особам витрат на медичне обслуговування.

«Добровільне медичне страхування є комерційним видом страхування, заснований не на принципі страхової солідарності, а на принципі страхової еквівалентності (коли за договором застрахований отримує медичні послуги в обсягах, за які була сплачена страхова премія)» [45, с. 77].

На сьогоднішній день вітчизняна страхова медицина в переважній більшості представлена добровільною формою. Державне медичне страхування для українців функціонує через Програму медичних гарантій, в рамках якої з частини податків, які сплачують громадяни, формується страховий фонд. За необхідності, кошти фонду виділяють й направляють до лікарні, до якої звернувся пацієнт.

Кожна з означених форм медичного страхування має спільні риси та свої особливості, зокрема це: механізм реалізації, порядок відшкодування збитків у разі настання страхового випадку, організаційно-правові та економічні принципи, тощо (таблиця 1.4).

Таблиця 1.4 – Відмінні риси обов'язкової та добровільної форми медичного страхування

Ознака	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Відкритість страхових відносин	Публічність страхових відносин	Конфіденційність страхових відносин
Рівень охоплення	Суцільне охоплення об'єктів страхування	Вибіркове охоплення об'єктів страхування
Термін дії	Безстроковість	Обмеження терміну
Типовізація страхових продуктів	Уніфікованість набору страхових послуг	Різноманітність страхових послуг
Рівень страхових виплат	Нормування страхових виплат	Диференціація страхових виплат
Рівень врегульованості	Жорстке регулювання з боку держави	Несуттєве координування державою
Галузева приналежність	Галузь соціального страхування	Комерційне страхування

Джерело: систематизовано та доповнено автором

Спільними рисами обов'язкового та добровільного медичного страхування є: приналежність до страхування (наявність постійного страхового інтересу до захисту та підтримання здоров'я на належному рівні); об'єкт страхування (здоров'я застрахованих осіб, яке проявляється в майновому інтересі застрахованих, пов'язаному із витратами, які виникають під час надання медичної допомоги і здійснення профілактичних заходів); сплата страхових премій (основна умова отримання страхового захисту).

Таким чином, медичне страхування є важливим інструментом підтримки здоров'я нації, що забезпечує стабільність та соціальні гарантії в суспільстві. Проте, на сучасному етапі розвитку вітчизняної економіки, в умовах нерозробленості нормативно-правова база, яка потрібна для запровадження обов'язкового медичного страхування саме добровільне медичне страхування відіграє важливу роль у забезпеченні населення медичною допомогою.

1.2 Концептуальні та методичні аспекти управління медичним страхуванням

В сучасних умовах демократизації суспільства та розбудови правової держави, орієнтованої на сталий соціальний розвиток постало актуальне питання трансформації вітчизняної системи медичного обслуговування. Сучасний стан медичної галузі не задовольняє потреб суспільства та не виконує в повній мірі завдань, які стоять перед нею. Важливим елементом медичної системи, що сприяє поліпшенню фінансування галузі та дозволяє ефективно перерозподілити ресурсів є система медичного страхування. Розвиток медичного страхування сприяє поліпшенню рівня соціальної захищеності населення шляхом доступу до якісної медицини та одержання своєчасної медичної допомоги.

В цілому медичне страхування є важливою складовою соціальної інфраструктури кожної розвиненої держави. Проте з позицій страхової компанії медичне страхування є підгалуззю особистого страхування та являє собою комплекс страхових продуктів, які надаються страховими компаніями як з метою отримання прибутку від страхової діяльності так і з метою акумулювання коштів населення для формування страхових фондів та здійснення інвестиційної діяльності.

Управління медичним страхування полягає у розробці політики відбору ризиків на страхування, формування оптимальних страхових тарифів, які, з одного боку, дозволять залучати широке коло страхувальників, а з іншого, залишатися достатніми для формування страхових резервів та виплати страхових відшкодувань, а також розробка системи врегулювання страхових претензій.

Медичне страхування має об'єкт, предмет і суб'єкти страхової діяльності.

«Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси пов'язані з життям і здоров'ям громадян, а його метою — забезпечення застрахованим особам при

виникненні страхового випадку права на отримання медичної допомоги за рахунок нагромаджених коштів та фінансування профілактичних заходів» [41, с. 46].

Страховим ризиком у медичному страхуванні є можливість настання страхового випадку, тобто передбаченої договором страхової події, яка спричиняє витрати застрахованій особі, та яка передбачає повне або часткове покриття страховою сумою. Тобто страховими ризиками в медичному страхуванні є захворювання застрахованої особи, а страховими випадками є звернення застрахованої особи в медичний заклад та надання їй медичних послуг.

Ризик можливих страхових випадків у медичному страхуванні – це ймовірність настання специфічних страхових випадків, які носять несистемний характер, зокрема: травми, вроджені вади, патологічні стани, набуті дефекти, деякі природних фізіологічних процесів, які мають тимчасовий характер (вагітності, пологів, тощо) та які:

- потребують медичного втручання;
- призводять втрати працездатності, яка носить тимчасовий або стійкий характер, тобто є частковою або повною, зниження рівня соціальної активності і тим самим втрати або недоотримання стабільного рівня доходу;
- «викликають необхідність додаткових витрат на оздоровлення умов життя – зміну місця проживання і (або) праці, режиму і (або) характеру харчування, відпочинку, рухової активності тощо. Ці витрати частково здійснюються за рахунок роботодавців і системи соціального страхування (при професійному захворюванні, травмі на виробництві, санаторно-курортному оздоровленні тощо), однак переважно – власним коштом пацієнта. При організації медичного страхування ці додаткові витрати також необхідно враховувати» [25, с. 142].

Суб'єктами добровільного медичного страхування в Україні є: страховики, страхувальники, застраховані, асистуючі компанії, медичні

установи, контролюючий орган в особі Національного банку України (таблиця 1.5).

Таблиця 1.5 – Характеристика суб'єктів добровільного медичного страхування

Суб'єкт	Характеристика	Інтереси
Страховики	Юридичні особи, які створені відповідно до норм чинного законодавства, отримали ліцензію на здійснення страхової діяльності за видами (класом) медичного страхування.	отримання прибутку; формування збалансованого страхового портфеля; зниження вартості медичних послуг
Страховальники	Фізичні та юридичні особи, які уклали договори страхування та сплачують страхові внески.	формування висококваліфікованої команди працівників; мінімізація податкових платежів, шляхом включення внесків з ДМС у собівартість продукції
Застрахований	Особа, на користь якої укладено договір медичного страхування, тобто особа чие життя, здоров'я та працездатність є об'єктом страхового захисту.	отримання медичної допомоги за рахунок страхової компанії; зменшення витрат на лікування та розподіл їх у часі; отримання профілактичного лікування в рамках послуг з ДМС
Медичні заклади	Суб'єкти господарювання, які акредитовані у страхових компаніях та мають ліцензію на відповідну медичну практику.	отримання сталого потоку клієнтів; отримання прибутків; підвищення престижу медичного закладу;
Асистуючі компанії	Самостійні суб'єкти господарювання, які є посередниками між страховою компанією та медичними закладами та здійснюють медичне обслуговування та організацію госпіталізації та лікування застрахованих	отримання сталого потоку клієнтів; отримання прибутку;
Національний банк України	Особливий центральний орган державного управління, що здійснює нагляд та регулювання банків та небанківських фінансових установ	дотримання вимог чинного страхового законодавства; захист інтересів страховальників; підтримання фінансової стійкості та платоспроможності страхових компаній

Джерело: систематизовано та доповнено автором

Схема взаємодії суб'єктів добровільного медичного страхування зображена на рисунку 1.3.

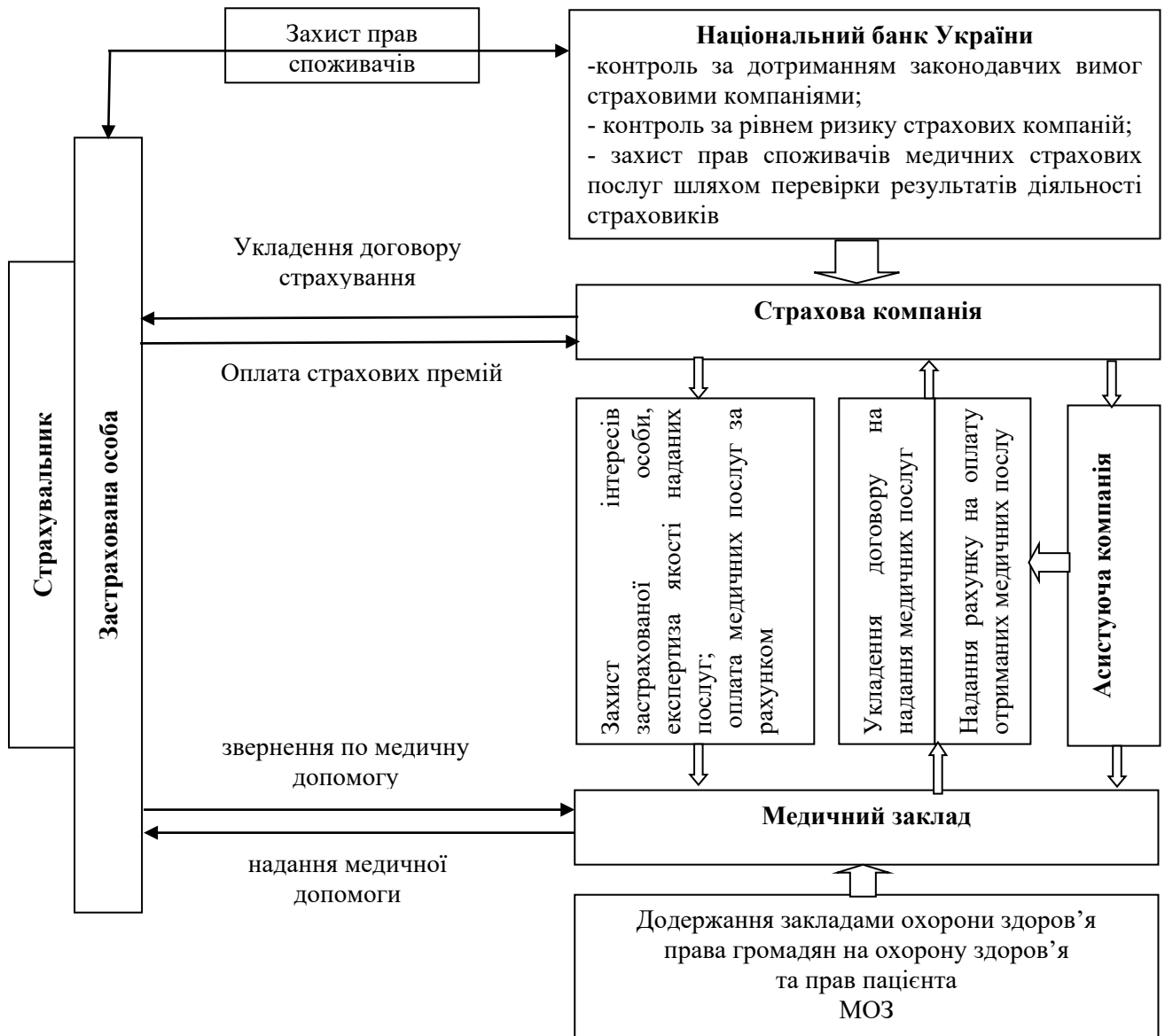


Рисунок 1.3 – Схема взаємодії суб'єктів добровільного медичного страхування

Джерело: систематизовано та доповнено автором

«Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи. Для обов'язкового медичного страхування характерно те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах та у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих. Обов'язкове медичне страхування охоплює майже всі групи населення, але задовольняє лише ті потреби в медичному обслуговуванні, які входять до програм обов'язкового

медичного страхування. Для надання більш широкого спектру медичних послуг використовується добровільне медичне страхування» [9, с. 736].

Основними принципами на які опирається страхова компанія управляючи власними страховими продуктами у сфері медичного страхування є: добровільність, еквівалентність, солідарність та відшкодування.

Принцип добровільності полягає в тому, що страхова компанія та страхувальник самостійно, на добровільній основі, тобто без примусу приймають спільне рішення про можливість укладання договору медичного страхування, а також добровільно беруть на себе відповідальність за дотримання усіх умов договору.

Принцип еквівалентності полягає в дотриманні рівноваги між зобов'язаннями страхових компаній щодо здійснення страхових виплат у разі настання страхових випадків та страхувальників зі своєчасної та повної сплати страхових премій. Такий принцип поширюється на добровільні види медичного страхування, що характеризуються залежність обсягів і видів медичної допомоги, які передбачені програмами страхування від розміру та своєчасності сплачених страхових премій.

В свою чергу обов'язкове медичне страхування гарантує фізичним особам отримання медичної допомоги на основі дотримання принципів рівності. В той же час саме принцип еквівалентності є одним із ключових для реалізації інноваційних підходів у сферу медичного страхування та забезпечення збалансованості між обсягами медичної допомоги та їхнім фінансовим забезпеченням.

«Принцип солідарності медичного страхування полягає в організації оплати медичної допомоги, наданої застрахованій особі, яка має поліс медичного страхування, коштом усіх учасників страхування, а не тільки в сумі внесків, сплачених особою, яка звернулася за медичною допомогою» [41, с. 77].

Принцип відшкодування в медичному страхуванні полягає у наданні медичної допомоги в обсягах та в межах програми, за яку була сплачена страхова премія.

Охарактеризовані принципи медичного страхування дозволяють визначити ефективні форми здійснення медичного страхування та сформулювати передумови для реалізації фінансових інновацій в цій галузі.

Страхові компанії визначають ряд обмеження, що здійснює безпосередній вплив на якість страхової послуги з медичного страхування, а саме:

- формування складових програм медичного страхування, які є невід’ємною частиною договорів страхування;
- обмеження страхування, шляхом встановлення превентивних заходів, які передбачені певним договором;
- встановлення франшизи як на медикаментозне забезпечення так і на інші медичні послуги;
- обмеження відповідальності страхових компаній за страховими випадками через їх виключення із договорів страхування.

Що стосується обмеження за медичним страхуванням, то необхідно зазначити, що застрахованими особами не можуть бути: «особи, визнані у встановленому порядку недієздатними; хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (порушення мозкового кровообігу, пухлин головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію); інваліди 1 та 2 групи; особи, визнані інвалідами дитинства та діти-інваліди; ВІЛ-інфіковані та/або хворі на СНІД; хворі на тяжкі (некомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем (та/або органів) організму людини)» [24, с. 754].

До обмежувальних заходів у медичному страхування слід віднести і франшизу, оскільки вона являє собою частину витрат, що не відшкодовується страховою компанією відповідно до договору медичного страхування, які покриваються за рахунок страхувальників. Досить часто страхові компанії застосовують безумовну франшизу за медикаментозним забезпечення застрахованих осіб. Крім того страхові компанії можуть обмежувати медикаментозне забезпечення в межах страхових програм ліками виключно національних фармацевтичних компаній. Також страхові компанії

застосовують часову франшизу, що полягає у можливості отримання страхової послуги після певного періоду дії договору страхування. Зокрема за програмами хірургічного втручання найчастіше застосовується такий вид обмежень, що дозволяє уникнути шахрайства з боку страхувальників.

В сучасних умовах ведення страхового бізнесу, які характеризуються складністю економічної ситуації, катастрофічними воєнними ризиками, значним рівнем конкуренції, страхові компанії прагнуть не лише зберегти, але й збільшити клієнтську базу, що дозволить підтримувати власну фінансову стійкість, платоспроможність та рентабельність шляхом підвищенням якості страхових послуг. Все це стає можливим за рахунок ефективної організації усіх бізнес-процесів медичного страхування.

Ключовим елементом формування якісних страхових послуг є розробка ефективної андеррайтингової політики страховика від якої залежить не лише результат конкретної страхової послуги, а й фінансовий результат діяльності страхової компанії в цілому.

Андеррайтинг у медичному страхуванні включає в себе наступні взаємопов'язані та взаємозалежні бізнес-процеси: визначення та оцінка ризиків, які властиві об'єктам медичного страхування; прийняття рішень щодо доцільності укладення договору медичного страхування; визначення термінів, умов і розмірів страхового покриття; розрахунок та обґрунтування страхового тарифу та страхової премії; укладення договору страхування. Крім того, кожен страховик встановлює власні внутрішні умови обов'язкового проведення медичного андеррайтингу з врахуванням норми перестраховиків у яких перестраховує медичні ризики.

Андеррайтингу у медичному страхуванні поділяється за об'єктами ризику на фінансовий та медичний. У фінансовому андеррайтингу об'єктом дослідження виступають фінансові ризики, а у медичному андеррайтингу об'єктом є ризики втрати здоров'я.

Медичний андеррайтинг включає:

– визначення чинників, які пов'язані зі станом здоров'я застрахованого;

- дослідження стану здоров'я як фізичного так і психологічного застрахованої особи;
- дослідження та оцінка схильності застрахованого до спадкових захворювань;
- врахування регіону проживання та професії застрахованої особи;
- вивчення вподобань та способу життя застрахованої особи та особливостей проведення дозвілля, якщо він містить підвищений ризик травматизму (зайняття травматичними видами спорту).

Оцінка ризиків під час здійснення фінансового андеррайтингу включає:

- акцент та досліджені фінансових факторів;
- аналіз доходів застрахованої особи.

Сутність фінансового андеррайтингу полягає в аналізі страхового покриття та його обґрунтованості (вибір програми страхування, встановлення страхової суми, що корелюється із рівнем страхових премій та платоспроможністю страхувальника тощо), тобто оцінка ризиків відбувається з точки зору фінансового стану страхувальника (у такому випадку важливою буде інформація про рівень доходу страхувальника). Метою фінансового андеррайтингу є визначення відповідності типу покриття та розміру страхової суми можливим майбутнім виплатам застрахованій особі у разі настання страхового випадку.

Одним із важливих етапів управління медичним страхуванням з позицій страхової компанії є визначення оптимального розміру страхової суми, яка буде достатньою для задоволення потреб застрахованого у разі настання страхового випадку, тобто звернення за медичною допомогою. Оскільки недостатнє страхове забезпечення робить недоцільним придбання страхового захисту. Крім того слід враховувати особливість самої медичної послуги, як специфічного товару, що також створює певні обмеження (залежність результату послуги не тільки від лікаря, але й від пацієнта та від якості ліків; відсутність посередників; персоніфікація та індивідуалізація; фізичні ризики; обмеженість переміщення, тощо). Також обсяг послуг, їх вартість, період надання визначає

надавач таких послуг, а саме лікар. Відсутності відповідних знань у медичній галузі (протоколів та стандартів лікування) та особливостей ціноутворення в ній робить досить складним завданням формування обґрунтованих страхових тарифів та визначення достатності страхової суми для забезпечення компенсації необхідних витрат на оплату медичних послуг.

В таких умовах, базою для визначення розміру страхової суми має бути «середній розмір прогнозованих витрат пацієнта на отримання медичної допомоги, який ґрунтується на середній вартості лікування хвороб певної групи. Найбільших витрат зазнає пацієнт при проходженні стаціонарного лікування. Тому основою у визначенні розміру страхової суми має бути вартість стаціонарного лікування, яка раніше визначалася на підставі вартості ліжко-дня, за профілем ліжка (терапевтичне, хірургічне тощо)» [10].

Наступним важливим завданням управління медичним страхуванням є визначення страхових премій. Необхідно зазначимо, що страхові премії за послугами добровільного медичного страхування кожна страхова компанія встановлює самостійно, опираючись на власний досвід та андеррайтингову політику. Під час визначення розміру страхових тарифів обов'язково враховується вік, стать, професія, стан здоров'я, спадкові хвороби та інші важливі чинники ризику. Страхові премії в першу чергу залежать від обраної програми медичного страхування, страхової суми і категорії страхувальника – фізична особа (індивідуальне страхування) чи юридична особа (колективне страхування). Також вартість медичного страхування залежить не лише від кількості ризиків, які передбачені страховою програмою, але й від того, на базі яких медичних установ відбуватиметься надання медичних послуг застрахованій особі. Страхувальникам (застрахованим особам) може надаватися можливість самостійного вибору медичної установи із переліку медичних закладів, які являються партнерами страховика. На ціноутворення у медичному страхуванні також впливають розміри лімітів, у рамках можуть надаватися медичні послуги. Таким чином, під час розрахунку вартості комплексної медичної допомоги необхідно враховувати вплив максимальної

кількості чинників, проте водночас необхідно виключити з вартості страхового поліса ті фактори, які мають незначний вплив на процес страхування.

Отже, під час здійснення медичного страхування невід'ємними бізнес-процесами є як фінансовий так і медичний андеррайтинг, оскільки їх поєднання дозволить розробити якісні страхові продукти та скорелювати розмір страхової премії та рівень страхового захисту, а також дозволить врахувати індивідуальні особливості страхувальників, що сприятиме мінімізації ризику страхової компанії.

2 Аналітичні аспекти управління медичним страхуванням

2.1 Аналіз сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні

На сучасному етапі розвитку ринок страхових послуг виступає важливим елементом ринкової інфраструктури. Він перебуває у тісному взаємозв'язку із ринком засобів виробництва, споживчих товарів, ринком банківських послуг, ринком капіталу та цінних паперів, ринком праці, тощо. У країнах із ринковим типом економіки страхові компанії не тільки забезпечують захист суб'єктів господарювання та фізичних осіб від несприятливих наслідків різного роду ризиків, але й виступають потужними інвесторами, які стимулюють розвиток економіки. Страховий ринок сприяє зміцненню рівня фінансової безпеки країни, оскільки створює підґрунтя безперебійної роботи суб'єктів господарювання.

Становлення страхового ринку в Україні в цілому як і ринку добровільного медичного страхування відбувається нерівномірно, що спричинено в першу чергу складною економічною ситуацією, недосконалістю нормативно-правового забезпечення, низьким рівнем доходів населення, недостатнім рівнем захисту страхувальників, неузгодженістю інтересів суб'єктів страхового ринку, недостатнім рівнем обігових коштів юридичних осіб.

Нестача фінансових ресурсів характерна не лише для комерційної діяльності, але й і для бюджетної сфери також. Так, в сучасних умовах спостерігається недофінансування сфери охорони здоров'я, що породжує необхідність пошуку нових ефективних джерел та інструментів фінансового забезпечення медичної галузі. Це ставить перед державою складне завдання щодо задіяння більш дієвих та ефективних джерел фінансового забезпечення, яким є медичне страхування. В Україні функціонує лише добровільна складова

медичного страхування, а його обов'язкова складова знаходиться в процесі розробки.

Розвиток добровільного медичного страхування зумовлений потребами населення у якісних медичних послугах.

Починаючи з 2019 року ринок добровільного медичного страхування зазнав суттєвих змін. Пандемія Covid-19 змусила бізнес переміститися в глобальну інтернет мережу, обмеження пересування та скорочення доходів фізичних та юридичних осіб спричинили зниження попиту на страхові продукти. Крім того ринок медичного страхування зазнав суттєвого навантаження в частині зростання кількості страхових випадків та звернень страхувальників з вимогою виплатити страхові відшкодування. Значна кількість страхових компанії не компенсувала збитки, які були спровоковані COVID-19, оскільки у договорах добровільного медичного страхування були зазначені винятки пов'язані із епідеміями та пандеміями.

У 2020-2021 роках відбулося пожвавлення ринку медичного страхування. Страхові компанії швидко адаптувалися до нових вимог ринку, активізували продажі страхових полісів онлайн та розробили страхові продукти, які включали медичних захист від COVID-19.

На початку 2022 року страховий ринок зіштовхнулася із новими катастрофічними ризиками, які спричиненні військовою агресією російської федерації. Внаслідок ведення бойових дій на території нашої держави було оголошено воєнний стан та мобілізацію. Діяльність в умовах повномасштабної війни супроводжується значними проблемами, серед яких скорочення філійної мережі, зменшення та передислокація персоналу, забезпечення безпечних умов праці, розірвання договорів або відтермінування платежів, неможливість врегулювання страхових претензій на територіях ведення бойових дій та територіях, які до них наближені.

Проаналізуємо основні тенденції розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні протягом 2020-2022 років (таблиця 2.1, 2.2, 2.3).

Таблиця 2.1 – Основні показники розвитку медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) в 2020-2022 роках

Показники	Рік			Абсолютне відхилення (+,-) млн грн		Відносне відхилення (приріст / зменшення), %	
	2020	2021	2022	2021/2020	2022/2021	2021/2020	2022/2021
Валові надходження страхових платежів (премій, внесків)	5438,1	6619,3	5526,2	1181,2	-1093,1	21,72	-16,51
у тому числі: від страховальників - фізичних осіб;	1940,2	2595,5	1954,8	655,3	-640,7	33,77	-24,69
від страховальників-юридичних осіб (крім перестраховальників)	3113,3	3646,4	3317,3	533,1	-329,1	17,12	-9,03
від перестраховальників	198,7	149,2	48,7	-49,5	-100,5	-24,91	-67,36
Частки страхових платежів (премій, внесків), які сплачуються перестраховикам	412,1	302,3	136,7	-109,8	-165,6	-26,64	-54,78
Кількість страхових випадків, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат/відшкодувань	2528535	3084524	2290367	555989	-794157	21,99	-25,75
Страхові відшкодування:	2740,6	3460,9	2595,3	720,3	-865,6	26,28	-25,01
у тому числі: фізичним особам;	1086,4	1335,8	966,6	249,4	-369,2	22,96	-27,64
юридичним особам (крім перестраховальників);	1622,1	2099,1	1606,2	477	-492,9	29,41	-23,48
перестраховальникам	0	0,9	0,1	0,9	-0,8	0	-88,89
Частки страхових виплат/відшкодувань, компенсовані перестраховиками	111,8	69,8	47,4	-42	-22,4	-37,57	-32,09
Максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком	9,1	1,2	2,1	-7,9	0,9	-86,81	75,00
Кількість договорів страхування, укладених протягом звітного періоду	2315120	2768328	1873027	453208	-895301	19,58	-32,34
у тому числі зі страховальниками – фізичними особами	2126172	2582914	1725468	456742	-857446	21,48	-33,20
зі страховальниками – юридичними особами	188785	185221	145318	-3564	-39903	-1,89	-21,54
Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування (за окремою застрахованою особою)	39,0	34,9	43,00	-4,1	8,1	-10,51	23,21
Загальний обсяг відповідальності	671153,6	908479,9	2974556,6	237326,3	2066077	35,36	227,42
Кредиторська заборгованість за страховими виплатами	27,6	35,8	25,4	8,2	-10,4	29,71	-29,05

Джерело : побудовано та пораховано за даними [31]

На основі проведених розрахунків відмітимо, що загальний обсяг валових премій за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 21,72 % або на 1181,2 млн грн і склав 6619,3 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 16,51 % або на 1093,1 млн грн і склав 5526,2 млн грн.

Обсяг валових премій за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), які надійшли від фізичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 33,77 % або на 655,3 млн грн і склав 2595,5 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 24,69 % або на 640,7 млн грн і склав 1954,8 млн грн.

Обсяг валових премій за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), які надійшли від юридичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 17,12 % або на 533,1 млн грн і склав 3646,4 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 9,03 % або на 329,1 млн грн і склав 3317,3 млн грн.

Обсяг валових премій за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), які надійшли від перестраховальників протягом аналізованого періоду мав тенденції до зменшення. Так у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, він зменшився на 24,91 % і склав 302,3 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 67,36 % і склав 48,7 млн грн (рисунок 2.1).

Частки страхових платежів (премій, внесків), які сплачуються перестраховими компаніями протягом аналізованого періоду мали тенденції до зменшення. Так, у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, їх обсяг зменшився на 26,64 % або на 49,5 млн грн і склав 302,3 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, частки страхових платежів (премій, внесків), які сплачуються перестраховими компаніями зменшився ще 67,36 % або на 100,5 млн грн і склав 48,7 млн грн.

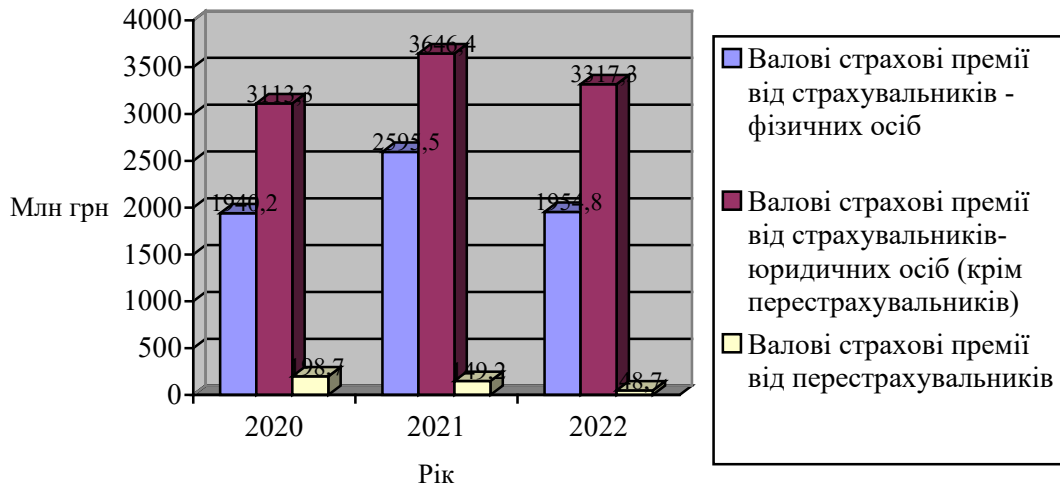


Рисунок 2.1 – Динаміка валових надходження страхових платежів (премій, внесків) за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у розрізі категорії страховальників у 2020-2022 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.1

Загальний обсяг страхових відшкодувань за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 26,28 % або на 720,3 млн грн і склав 3460,9 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 25,01 % або на 865,6 млн грн і склав 2595,3 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), які сплачені фізичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 22,96 % або на 249,4 млн грн і склав 1335,8 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 27,64 % або на 369,2 млн грн і склав 966,6 млн грн.

Обсяг валових премій за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), які сплачені юридичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 29,41 % або на 477 млн грн і склав 2099,1 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 23,48 % або на 492,9 млн грн і склав 1606,2 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань сплачених перестраховикам протягом аналізованого періоду був незначний. Так, у 2021 році їх обсяг склав 0,9 млн грн, а у 2022 році їх обсяг склав 0,1 млн грн, що на 88,89 % менше, ніж у 2021 році (рисунок 2.2).

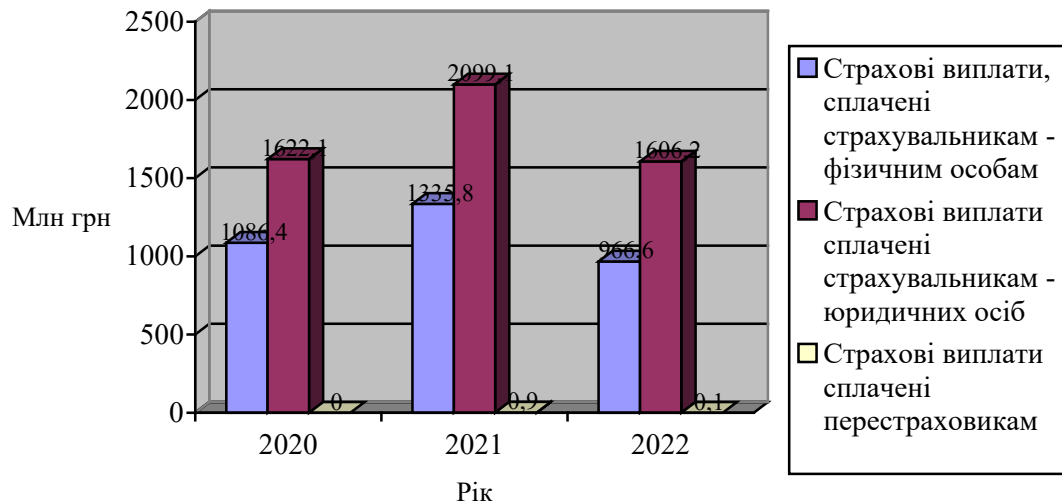


Рисунок 2.2 – Динаміка страхових відшкодувань за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у розрізі категорії страхувальників у 2020-2022 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.1

Частки страхових виплат/відшкодувань, компенсовані перестраховиками протягом 2020-2022 років мали тенденцію до скорочення. Так у 2021 році у порівнянні з 2020 роком їх обсяг зменшився на 35,57 % або на 42 млн грн, а у 2022 році у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 32,09 % або на 22,4 млн грн і склав 47,4 млн грн.

Максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком у 2020 році складала 9,1 млн грн, у 2021 році її обсяг склав 1,2 млн грн, що на 86,81 % менше, ніж у 2020 році. У 2022 році максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) склала 2,1 млн грн, що на 75 % більше, ніж у 2021 році.

Загальна кількість договорів страхування за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у 2020 році склала 2315120 млн договорів. У 2021 році їх кількість зросла на 19,58 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 1873027 млн шт, що на 32,34 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з фізичними особами за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у 2020 році склала 226172 млн шт. У 2021 році їх кількість зросла на 21,48 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 1725468 млн шт, що на 33,2 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з юридичними особами за медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) у 2020 році склала 188785 млн шт. У 2021 році їх кількість зменшилася на 1,89 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 145318 млн шт, що на 21,54 % менше, ніж у 2021 році.

Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування у 2020 році становила 39 млн грн. У 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування зменшилася на 10,51 % або на 4,1 млн грн і склала 34,9 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, її обсяг зріс на 23,21 % або на 8,1 млн грн і склав 43 млн грн.

Загальний обсяг відповідальності страхових компаній за медичним страхуванням у 2020 році становила 671153,6 млн грн. У 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, загальний обсяг відповідальності страхових компаній за медичним страхуванням зріс на 35,36 % або на 237326,3 млн грн і склала 908479,9 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, обсяг зріс на 227,42 % або на 2066077 млн грн і склав 2974556,6 млн грн.

Кредиторська заборгованість за страховими виплатами у 2020 році склала 27,6 млн грн, а у 2021 році – 36,8 млн грн, що на 29,71 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році кредиторська заборгованість за страховими виплатами склала 25,4 млн грн, що на 29,05 % менше, ніж у 2021 році.

Проаналізуємо основні показники розвитку страхування здоров'я на випадок хвороб в 2020-2022 роках (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2 – Основні показники розвитку страхування здоров'я на випадок хвороб в 2020-2022 роках

Показники	Рік			Абсолютне відхилення (+,-) млн грн		Відносне відхилення (приріст / зменшення), %	
	2020	2021	2022	2021/2020	2022/2021	2021/2020	2022/2021
Валові надходження страхових платежів	912,1	1119,5	877,4	207,4	-242,1	22,74	-21,63
у тому числі: від страховальників - фізичних осіб;	796,5	1049,4	796,8	252,9	-252,6	31,75	-24,07
від страховальників-юридичних осіб	59,8	48,3	38,8	-11,5	-9,5	-19,23	-19,67
від перестраховальників	41,6	6,2	39,0	-35,4	32,8	-85,10	529,03
Частки страхових платежів, які сплачуються перестраховикам	72,5	33,4	27,4	-39,1	-6	-53,93	-17,96
Кількість страхових випадків, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат/відшкодувань	38165	68098	29362	29933	-38736	78,43	-56,88
Страхові відшкодування:	161,8	313,4	140,4	151,6	-173	93,70	-55,20
у тому числі: фізичним особам;	155,4	305,6	135,4	150,2	-170,2	96,65	-55,69
юридичним особам (крім перестраховальників);	5,8	7,7	5,0	1,9	-2,7	32,76	-35,06
перестраховальникам	0,2	0	0	-0,2	0	-100,00	0
Частки страхових виплат, компенсовані перестраховиками	0,4	0,4	0,4	0	0	0,00	0,00
Максимальна страхова виплата за окремим страховим випадком	2,5	3,0	1,5	0,5	-1,5	20,00	-50,00
Кількість договорів страхування, укладених протягом звітного періоду	4089494	3438521	2437497	-650973	-1001024	-15,92	-29,11
у тому числі зі страховальниками – фізичними особами	4044032	3396185	2424254	-647847	-971931	-16,02	-28,62
зі страховальниками – юридичними особами	45448	42332	13213	-3116	-29119	-6,86	-68,79
Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування	23,6	23,6	27,1	0	3,5	0,00	14,8
Загальний обсяг відповідальності	103290,9	115235,5	571198	11944,6	455962,5	11,56	395,68
Кредиторська заборгованість за страховими виплатами	0,8	0,3	0,2	-0,5	-0,1	-62,50	-33,33

Джерело : побудовано та пораховано за даними [31]

На основі проведених розрахунків відмітимо, що загальний обсяг валових премій за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 22,74 % і склав 1119,5 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 21,63 % і склав 877,4 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням здоров'я на випадок хвороб, які надійшли від фізичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 31,75 % і склав 1049,4 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 24,07 % або на 252,6 млн грн і склав 796,8 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням здоров'я на випадок хвороб, які надійшли від юридичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зменшився на 19,23 % і склав 48,3 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 19,67 % і склав 38,8 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням здоров'я на випадок хвороб, які надійшли від перестраховальників у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком зменшився на 85,1 % і склав 6,2 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 529,03 % і склав 48,7 млн грн (рисунок 2.3).

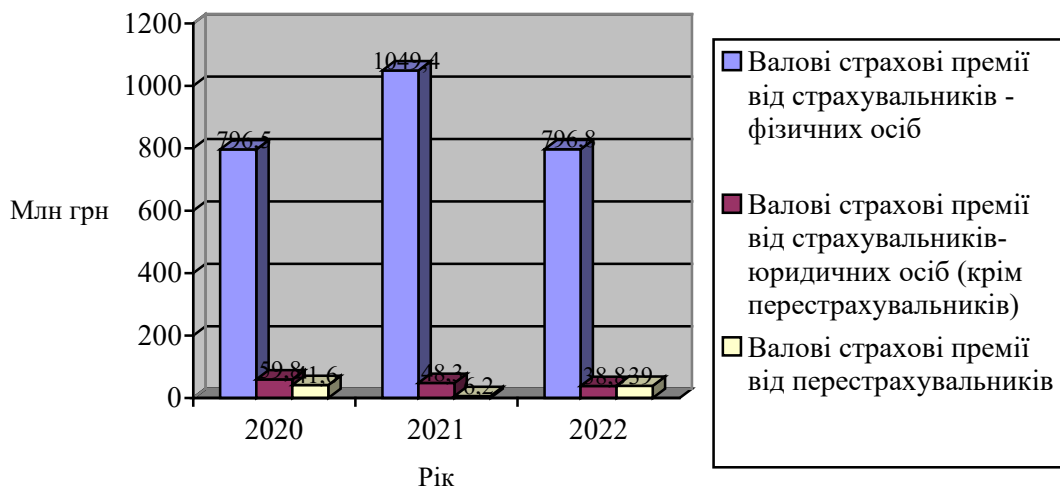


Рисунок 2.3 – Динаміка валових надходження страхових платежів (премій, внесків) за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у розрізі категорії страховальників

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.2

Загальний обсяг страхових відшкодувань за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 93,7 % або на 151,6 млн грн і склав 313,4 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 55,2 % або на 173 млн грн і склав 140,4 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань за страхуванням здоров'я на випадок хвороб, які сплачені фізичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 96,65 % або на 150,2 млн грн і склав 305,6 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 55,69 % або на 170,2 млн грн і склав 135,4 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням здоров'я на випадок хвороб, які сплачені юридичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 32,76 % і склав 7,7 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 35,06 % або на 2,7 млн грн і склав 5 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань страхуванням здоров'я на випадок хвороб сплачених перестраховикам у 2020 році був незначний і складав 0,2 млн грн У 2021-2022 роках кошти перестраховикам не сплачувалися (рисунок 2.4).

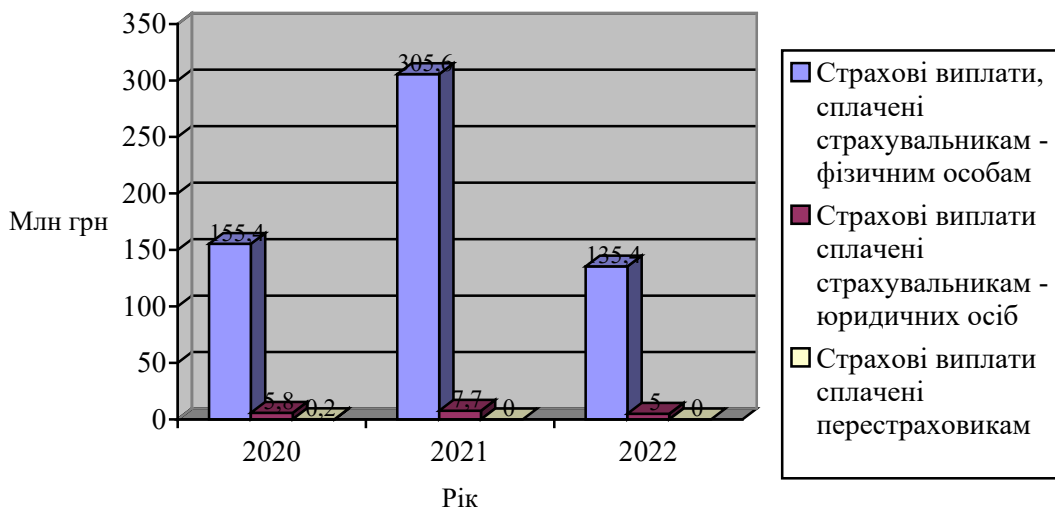


Рисунок 2.4— Динаміка страхових відшкодувань за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у розрізі категорії страхувальників

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.2

Частки страхових виплат/відшкодувань, компенсовані перестраховиками за страхуванням здоров'я на випадок хвороб протягом 2020-2022 років не зазнали змін та були на рівні 0,4 млн грн.

Максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком страхуванням у 2020 році складала 2,5 млн грн, у 2021 році її обсяг склав 3 млн грн, що на 20 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком склала 1,5 млн грн, що на 50 % менше, ніж у 2021 році.

Загальна кількість договорів страхування за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2020 році склала 4089494 млн договорів. У 2021 році їх кількість зменшилася на 15,92 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 2437497 млн шт, що на 29,11 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з фізичними особами за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2020 році склала 4044032 млн шт. У 2021 році їх кількість зменшилася на 16,02 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 2424254 млн шт, що на 28,62 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з юридичними особами за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2020 році склала 45448 млн шт. У 2021 році їх кількість зменшилася на 6,86 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 13213 млн шт, що на 68,79 % менше, ніж у 2021 році.

Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування протягом 2020-2021 років була на рівні 23,6 млн грн. У 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, її обсяг зріс на 14,8 % або на 3,5 млн грн і склав 27,1 млн грн.

Загальний обсяг відповідальності страхових компаній за страхуванням здоров'я на випадок хвороб у 2020 році становила 103290,9 млн грн. У 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, загальний обсяг відповідальності страхових компаній зріс на 11,56 % або на 11944,6 млн грн і склав 115235,5 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, обсяг зріс на 395,68 % або на 455962,5 млн грн і склав 571198 млн грн.

Проаналізуємо основні показники розвитку медичних витрат в 2020-2022 роках (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 – Основні показники розвитку страхування медичних витрат в 2020-2022 роках

Показники	Рік			Абсолютне відхилення (+,-) млн грн		Відносне відхилення (приріст / зменшення), %	
	2020	2021	2022	2021/2020	2022/2021	2021/2020	2022/2021
Валові надходження страхових платежів	1118,0	2001,1	947,5	883,1	-1053,6	78,99	-52,65
у тому числі: від страховальників - фізичних осіб;	850,1	1490,2	788,2	640,1	-702	75,30	-47,11
від страховальників-юридичних осіб	167,0	227,8	65,1	60,8	-162,7	36,41	-71,42
від перестраховальників	48,9	73,0	58,9	24,1	-14,1	49,28	-19,32
Частки страхових платежів, які сплачуються перестраховикам	82,1	112,6	61,5	30,5	-51,1	37,15	-45,38
Кількість страхових випадків, за якими прийнято рішення про здійснення страхових виплат/відшкодувань	47821	55612	34119	7791	-21493	16,29	-38,65
Страхові відшкодування:	258,6	290,5	237,4	31,9	-53,1	12,34	-18,28
у тому числі: фізичним особам;	201	249,1	211,7	48,1	-37,4	23,93	-15,01
юридичним особам (крім перестраховальників);	51,8	38,4	24,9	-13,4	-13,5	-25,87	-35,16
перестраховальникам	0,1	0,2	0,1	0,1	-0,1	100,00	-50,00
Частки страхових виплат/відшкодувань, компенсовані перестраховиками	3,1	1,8	2,1	-1,3	0,3	-41,94	16,67
Максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком	3,4	1,2	1,8	-2,2	0,6	-64,71	50,00
Кількість договорів страхування, укладених протягом звітного періоду	3741044	6033145	1706773	2292101	-4326372	61,27	-71,71
у тому числі зі страховальниками – фізичними особами	3017815	4311334	1588740	1293519	-2722594	42,86	-63,15
зі страховальниками – юридичними особами	723205	1721757	117208	998552	-1604549	138,07	-93,19
Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування	282,2	399,3	368,6	117,1	-30,7	41,50	-7,69
Загальний обсяг відповідальності	2359444,7	5503892	2177024,3	3144447	-3326868	133,27	-60,45
Кредиторська заборгованість за страховими виплатами	12,3	6,5	1,4	-5,8	-5,1	-47,15	-78,46

Джерело : побудовано та пораховано за даними [31]

На основі проведених розрахунків відмітимо, що загальний обсяг валових премій за страхуванням медичних витрат у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 78,99 % і склав 2001,1 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 52,65 % і склав 947,5 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням медичних витрат, які надійшли від фізичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 75,3 % і склав 1490,2 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 47,11 % або на 702 млн грн і склав 788,2 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням медичних витрат, які надійшли від юридичних осіб (резидентів) у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 36,41 % і склав 227,8 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 71,42 % і склав 65,1 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням медичних витрат, які надійшли від перестраховальників у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком зріс на 49,28 % і склав 73 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 19,32 % і склав 58,9 млн грн (рисунок 2.5).

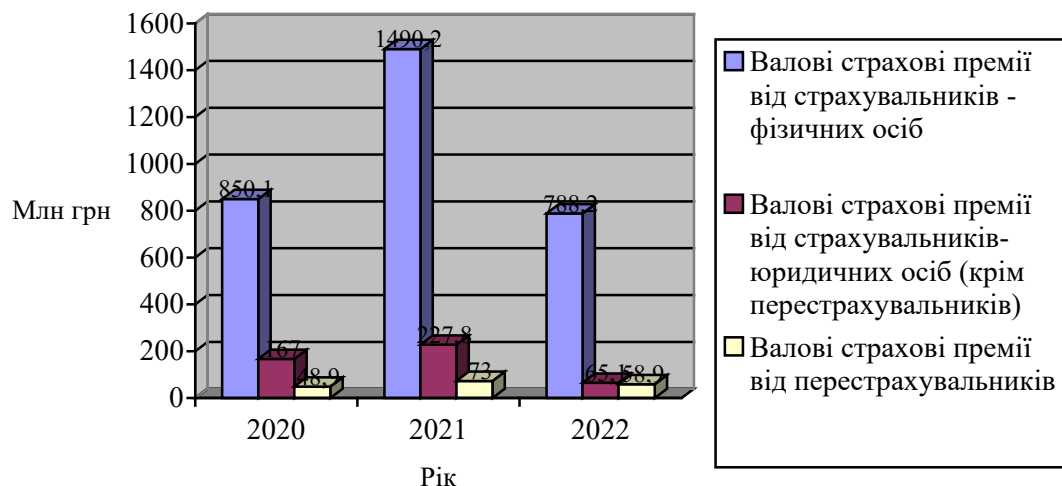


Рисунок 2.5 – Динаміка валових надходження страхових платежів (премій, внесків) за страхуванням медичних витрат у розрізі категорії страховальників

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.3

Загальний обсяг страхових відшкодувань за страхуванням медичних витрат у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 12,34 % або на 31,9 млн грн і склав 290,5 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 18,28 % або на 53,1 млн грн і склав 237,4 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань за страхуванням медичних витрат, які сплачені фізичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зріс на 23,93 % або на 48,1 млн грн і склав 249,1 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 15,01 % або на 37,4 млн грн і склав 211,7 млн грн.

Обсяг валових премій за страхуванням медичних витрат, які сплачені юридичним особам у 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, зменшився на 25,87 % і склав 38,4 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 35,16 % або на 13,5 млн грн і склав 24,9 млн грн.

Обсяг страхових відшкодувань страхуванням медичних витрат сплачених перестраховикам у 2020 році був незначний і склав 0,1 млн грн У 2021 році їх обсяг зріс на 100% і склав 0,2 млн грн. А у 2022 році значення показника зменшилося на 50% і склало 0,1 млн грн (рисунок 2.6).

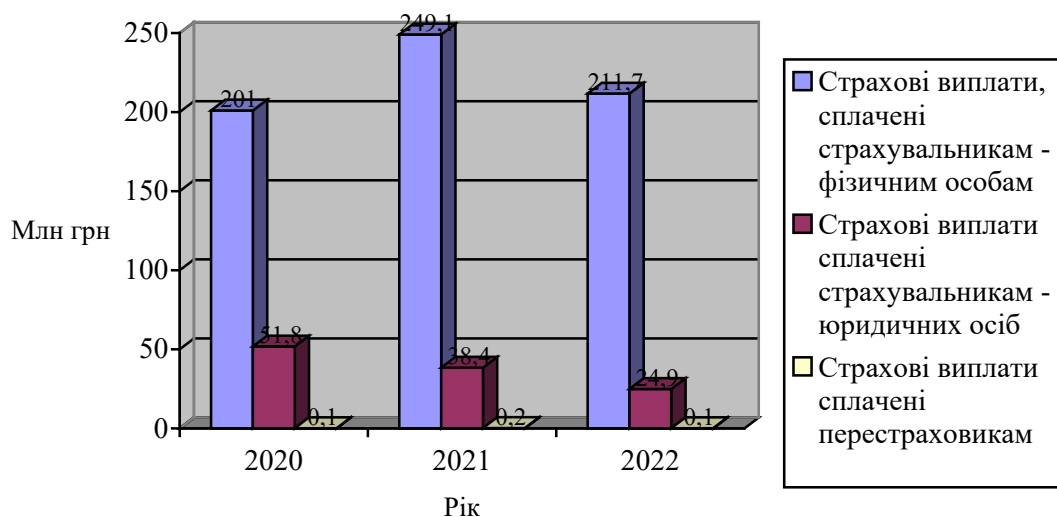


Рисунок 2.6 – Динаміка страхових відшкодувань за страхуванням медичних витрат у розрізі категорії страхувальників

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.3

Частки страхових виплат/відшкодувань, компенсовані перестраховиками за страхуванням медичних витрат у 2021 році, у порівнянні з 2020 році зменшилася на 41,94 % і склала 1,8 млн грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, вона зросла на 16,67 % або на 0,3 млн грн і склала 2,1 млн грн.

Максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком страхуванням у 2020 році складала 3,4 млн грн, у 2021 році її обсяг склав 1,2 млн грн, що на 64,71 % менше, ніж у 2020 році. У 2022 році максимальна страхова виплата/відшкодування за окремим страховим випадком склала 1,8 млн грн, що на 50 % більше, ніж у 2021 році.

Загальна кількість договорів страхування за страхуванням медичних витрат у 2020 році склала 3741044 млн договорів. У 2021 році їх кількість зросла на 61,27 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 1706773 млн шт, що на 71,71 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з фізичними особами за страхуванням медичних витрат у 2020 році склала 3017815 млн шт. У 2021 році їх кількість зросла на 42,86 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 1588740 млн шт, що на 63,15 % менше, ніж у 2021 році.

Кількість укладених договорів з юридичними особами за страхуванням медичних витрат у 2020 році склала 723205 млн шт. У 2021 році їх кількість зросла на 138,07 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році їх кількість склала 117208 млн шт, що на 93,19 % менше, ніж у 2021 році.

Максимальна страхова сума за окремим об'єктом страхування протягом у 2020 році була на рівні 282,2 млн грн. У 2021 році максимальна страхова сума склала 399,3 млн грн, що на 41,5 % менше, ніж у 2020 році. У 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, її обсяг зріс на 7,69 % і склав 368,6 млн грн.

Загальний обсяг відповідальності страхових компаній за страхуванням медичних витрат у 2020 році становила 2359444,7 млн грн. У 2021 році, в порівнянні з 2022 роком, загальний обсяг відповідальності страхових компаній зріс на 133,27 % і склав 5503892 млн грн, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком, обсяг зменшився на 60,45 % і склав 2177024,3 млн грн.

Станом на початок 2023 року вартість дорослого стандартного полісу з добровільного медичного страхування вартує мінімум 8 тис. грн. Страхіві компанії надають перевагу корпоративному медичному страхуванню оскільки індивідуальні договори в переважній більшості є збитковими, особливо в сучасних умовах. Корпоративне медичне страхування застосовується за схемами участі роботодавців та співробітників в пропорціях 50/50, 60/40 або 70/30) також здійснюється регулювання ціни договору наявністю або відсутністю франшизи.

Проаналізувавши показники розвитку медичного страхування за видами страхових продуктів протягом 2020-2022 років відмітимо, що у 2021 році спостерігалось відновлення ринку медичного страхування після обмежень COVID-19. Показники ринку медичного страхування у порівнянні із 2020 роком зросли, суттєво збільшився обсяг валових премій та кількість укладених договорів. У 2022 році відбулося падіння ринку медичного страхування, що пов'язано із складною економічною ситуацією, спричиненою введенням активних бойових дій. Страхіві компанії змушені швидко реагувати на нові виклики. Значно змінилася модель просування страхових продуктів, які дедалі частіше реалізуються онлайн. Також виникає багато проблем із врегулювання страхових випадків, особливо на територіях, які межують із зоною активних бойових дій, крім того воєнні дії є виключенням із більшості договорів медичного страхування та не передбачають здійснення відшкодувань у разі отримання травм. Крім того, у 2022 році спостерігається значне здорожчення медичних послуг та вартості лікарських засобів, що робить більшість проданих страхових продуктів збитковими для страховиків. Втім, страхіві компанії намагаються переорієнтуватися та розробляють нові страхові продукти, які частково покривають воєнні ризики, проте вартість таких програм є значно дорожча, ніж стандартних програм, що робить їх менш доступними для широкого кола страхувальників у зв'язку із втратою останніми значних обсягів доходів.

2.2 Аналіз фінансово-господарської діяльності Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Страхова компанія «АРКС» зареєстрована в Україні як фінансова установа 17 вересня 2009 року за реєстраційним номером 11100795 та є резидентом України. Компанія є акціонерним товариством, яке функціонує відповідно до норм українського законодавства

Страхова компанія створена у 2007 році шляхом придбання страхової компанії «ВЕСКО» та страхової компанії «Український Страховий Альянс» французькою страховою групою АХА та була зареєстрована під назвою «АХА Страхування». У 2018 році страхова група АХА припинила роботу на території України. Всі акції страхової компанії придбала канадська фінансова холдингова компанія Fairfax Financial Holding. Протягом 2018 року страхова компанія продовжувала працювати під брендом АХА, оскільки це було передбачено умовами договору. А у 2019 році відбувся ребрендинг і страхова компанія отримала називатися ARX (АРКС).

Основним видом діяльності страхової компанії є надання страхових послуг на всій території України. АТ «СК «АРКС» здійснює свою діяльність на підставі ліцензій, які видані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Компанія отримала 25 ліцензій, які дозволяють надавати широкий спектр послуг з обов'язкового та добровільного видів страхування.

Починаючи з 2020 року страхова компанія є одним із лідерів на вітчизняному страховому ринку.

Страхова компанія провадить діяльність та реалізує страхові продукти на всій території України за винятком тих територій, які є тимчасово окупованими та територій, де ведуться активні бойові дії.

Проаналізуємо обсяг та структуру активів страхової компанії у 2020–2022 роках (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4 – Аналіз складу та структури активів Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» за 2020–2022 роки

Актив	Рік			Частка в структурі,%			Відхилення, %	
	2020, тис. грн	2021, тис. грн	2022, тис. грн	2020	2021	2022	2021/ 2020р.	2022/ 2021р.
				р.	р.	р.		
Необоротні активи								
Нематеріальні активи	38514	53192	114585	1,26	1,44	2,38	0,18	0,94
Основні засоби	80126	68928	64595	2,62	1,86	1,34	-0,76	-0,52
Інші фінансові інвестиції		1033016	360325	0,00	27,93	7,48	27,93	-20,45
Довгострокова дебіторська заборгованість	3109	2875	2220	0,10	0,08	0,05	-0,02	-0,03
Відстрочені податкові активи	37779	50821	49893	1,24	1,37	1,04	0,14	-0,34
Відстрочені аквізиційні витрати	377550	510666	399440	12,35	13,81	8,29	1,46	-5,52
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	66146	120102	131033	2,16	3,25	2,72	1,08	-0,53
Усього необоротних активів	603224	1839600	1122091	19,73	49,74	23,29	30,01	-26,45
Оборотні активи								
Запаси	512	751	750	0,02	0,02	0,02	0	0
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	431466	515665	512311	14,11	13,94	10,63	-0,17	-3,31
Дебіторська заборгованість за виданими авансами	9222	12265	17226	0,30	0,33	0,36	0,03	0,03
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	124	2586	2294	0,00	0,07	0,05	0,07	-0,02
Дебіторська заборгованість з нарахованих доходів	5811	1301	5341	0,19	0,04	0,11	-0,15	0,08
Інша поточна дебіторська заборгованість	129607	184921	151823	4,24	5,00	3,15	0,76	-1,85
Поточні фінансові інвестиції	1364955	762751	1381557	44,64	20,62	28,67	-24,02	8,05
Гроші та їх еквіваленти:	470104	328445	908742	15,37	8,88	18,86	-6,49	9,98
Готівка	15	7	10	0,00	0,001	0,001	0	0
Рахунки в банках	469348	328445	908732	15,35	8,88	18,86	-6,47	9,98
Частка перестраховика у страхових резервах	42758	50148	716498	1,40	1,36	14,87	-0,04	13,51
Усього оборотні активи	2454559	1858833	3696542	80,27	50,26	76,71	-30,01	26,45
Усього активи	3057783	3698433	4818633	100	100	100	0	0

Джерело : побудовано та пороховано за даними [46,47,48]

На основі проведених розрахунків відмітимо, що у 2020 році найбільшу питому вагу у структурі активів страхової компанії займали поточні фінансові інвестиції, частка яких становила 44,64 %. Також досить значною була питома вага грошових коштів та їх еквівалентів, частка яких становила 15,37 %. Питома вага дебіторської заборгованості за товари, роботи, послуги склала 14,11 %. Частка відстрочених аквізиційних витрат була на рівні 12,35 %. Решта

статей не здійснювали суттєвого впливу на структуру активів страховика. В цілому в структурі страхової компанії переважають оборотні активи, частка яких становила 80,27 %.

У 2021 році найбільшу питому вагу у структурі активів страхової компанії займали інші фінансові інвестиції, частка яких становила 27,93 %. Також значною була частка поточних фінансових інвестицій, питома вага яких склала 20,62 %, що на 24,02 в.п. менше, ніж у 2020 році. Питома вага дебіторської заборгованості за товари, роботи, послуги хоч і зменшилася на 0,17 в.п., проте залишилася значною у загальній структурі активів і склала 13,94 %. Частка відстрочених аквізиційних витрат була на рівні 13,81 %, що на 1,46 в.п. більше, ніж у 2020 році. В цілому в структурі страхової компанії переважали оборотні активи, частка яких становила 50,26 %, що на 30,01 в.п. менше, ніж у 2020 році.

У 2022 році найбільшу питому вагу у структурі активів страхової компанії займали поточні фінансові інвестиції, частка яких становила 28,67 %, що на 8,05 в.п. більше, ніж у 2021 році. Також значною була частка грошових коштів та їх еквівалентів, питома вага яких склала 18,86 %, що на 9,98 в.п. більше, ніж у 2021 році. Частка перестраховика у страхових резервах у 2022 році зросла на 13,51 в.п у порівнянні з 2021 роком склала 14,87 %. Питома вага дебіторської заборгованості за товари, роботи, послуги хоч і зменшилася на 3,31 в.п., проте залишилася значною у загальній структурі активів і склала 10,63 %. Частка відстрочених аквізиційних витрат склала 8,29 %, що на 5,52 в.п. менше, ніж у 2021 році. В цілому в структурі страхової компанії переважали оборотні активи, частка яких становила 76,71 %, що на 26,45 в.п. більше, ніж у 2021 році. Питома вага необоротних активів страхової компанії зменшилася на 26,45 в.п і склала 23,29 %.

Визначивши структуру активів Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» проаналізуємо обсяг та динаміку активів страхової компанії у 2020-2022 роках (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5 – Динаміка активу балансу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-), тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021	2021 / 2020	2022 / 2021
Необоротні активи							
Нематеріальні активи	38514	53192	114585	14678	61393	38,11	115,42
Основні засоби	80126	68928	64595	-11198	-4333	-13,98	-6,29
Інші фінансові інвестиції		1033016	360325	1033016	-672691	0	-65,12
Довгострокова дебіторська заборгованість	3109	2875	2220	-234	-655	-7,53	-22,78
Відстрочені податкові активи	37779	50821	49893	13042	-928	34,52	-1,83
Відстрочені аквізиційні витрати	377550	510666	399440	133116	-111226	35,26	-21,78
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	66146	120102	131033	53956	10931	81,57	9,10
Усього необоротних активів	603224	1839600	1122091	1236376	-717509	204,96	-39,00
Оборотні активи							
Запаси	512	751	750	239	-1	46,68	-0,13
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	431466	515665	512311	84199	-3354	19,51	-0,65
Дебіторська заборгованість за виданими авансами	9222	12265	17226	3043	4961	33,00	40,45
Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	124	2586	2294	2462	-292	1985,48	-11,29
Дебіторська заборгованість з нарахованих доходів	5811	1301	5341	-4510	4040	-77,61	310,53
Інша поточна дебіторська заборгованість	129607	184921	151823	55314	-33098	42,68	-17,90
Поточні фінансові інвестиції	1364955	762751	1381557	-602204	618806	-44,12	81,13
Гроші та їх еквіваленти:	470104	328445	908742	-141659	580297	-30,13	176,68
Готівка	15	7	10	-8	3	-53,33	42,86
Рахунки в банках	469348	328445	908732	-140903	580287	-30,02	176,68
Частка перестраховика у страхових резервах	42758	50148	716498	7390	666350	17,28	1328,8
Усього оборотні активи	2454559	1858833	3696542	-595726	1837709	-24,27	98,86
Усього активи	3057783	3698433	4818633	640650	1120200	20,95	30,29

Джерело : побудовано та пораховано за даними [46,47,48]

Нематеріальні активи страхової компанії у 2021 році склали 53192 тис. грн, що на 38,11 % більше, ніж у 2020 році, а у 2022 році, в порівнянні з 2021 роком їх обсяг збільшився на 115,42 % і склав 114585 тис. грн.

Основні засоби страховика протягом аналізованого періоду мали тенденцію до зменшення. Так, у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, їх обсяг зменшився на 13,98 % і склав 68928 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 6,29 % і склав 64595 тис. грн.

Інші фінансові інвестиції у 2020 році страхова компанія не здійснювала. У 2021 році обсяг інших фінансових інвестицій склав 1033016 тис. грн, а у 2022 році їх обсяг склав 360325 тис. грн, що на 65,12 % менше, ніж у 2021 році.

Відстрочені аквізиційні витрати у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 35,26 % і склали 510666 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 21,78 % і склав 399440 тис. грн.

Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зріс на 81,57 % і склав 120102 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 9,1 % і склав 131033 тис. грн.

Загальних обсяг необоротних активів страхової компанії у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зріс на 204,96 % і склав 1839600 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 39 % і склав 1122091 тис. грн (рисунок 2.7).

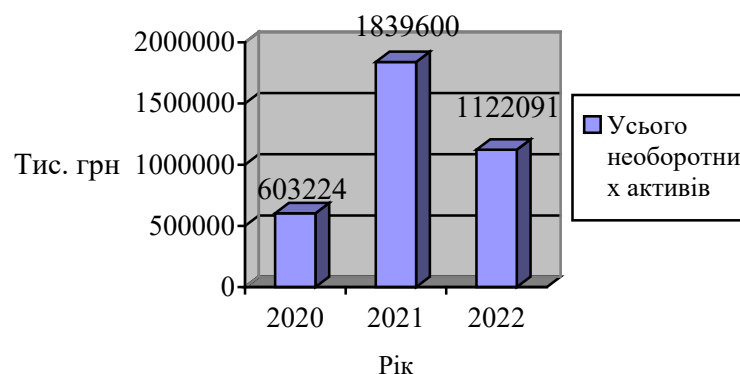


Рисунок 2.7 – Динаміка необоротних активів ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.5

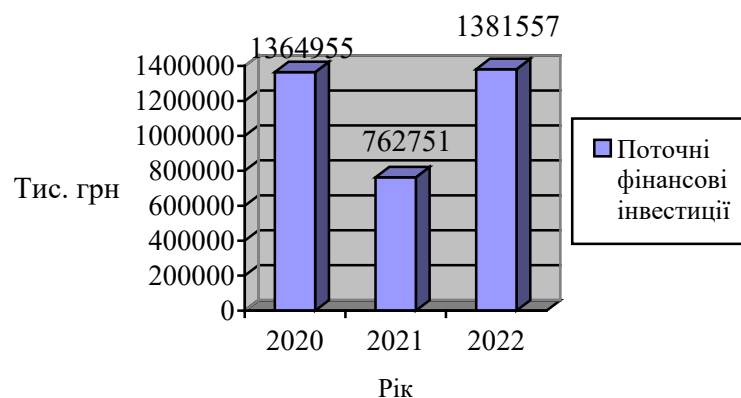
Як видно із рисунку 2.7 необоротні активи у 2021-2022 роках значно зросли у порівнянні з 2020 роком. Такі зміни, в першу чергу, пов'язані із здійсненням інших фінансових інвестицій страховою компанією, зростанням необоротних активів та залишків коштів у централізованих страхових резервних фондах протягом 2021-2022 років.

Обсяг запасів акціонерного товариства у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зріс на 46,68 % і склав 751 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 0,13 % і склав 750 тис. грн.

Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зросла на 19,51 % і склала 515665 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, її обсяг зменшився на 0,65 % і склав 512311 тис. грн.

Інша поточна дебіторська заборгованість у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зросла на 42,68 % і склала 184921 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, її обсяг зменшився на 17,9 % і склав 151823 тис. грн.

Поточні фінансові інвестиції у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зменшилися на 44,12 % і склала 762751 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 81,13 % і склав 1381557 тис. грн (рисунком 2.8).



Рисунком 2.8 – Динаміка поточних фінансових інвестицій ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.5

Гроші та їх еквіваленти у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зменшилися на 30,13 % і склали 328445 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 176,68 % і склав 908742 тис. грн (рисунок 2.9).

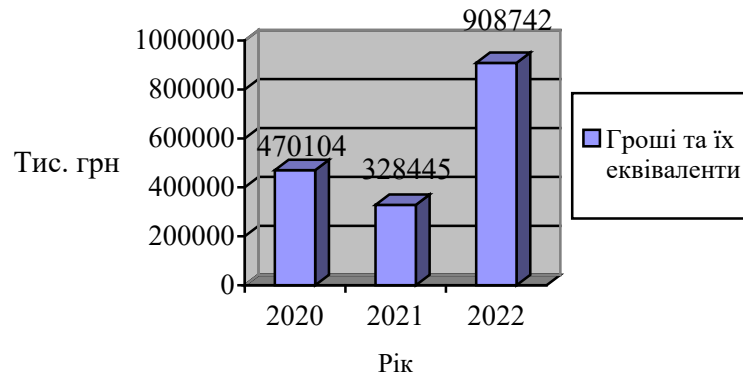


Рисунок 2.9 – Динаміка грошових коштів та їх еквівалентів ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.5

Частка перестраховика у страхових резервах у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зросла на 17,28 % і склала 50148 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, вона зросла на 1328,8 % і склала 716498 тис. грн.

Загальний обсяг оборотних активів у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зменшився на 24,27 % і склав 1858833 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 98,86 % і склав 3696542 тис. грн.

Загальний обсяг активів у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зріс на 20,95 % і склав 3698433 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс ще на 30,29 % і склав 4818633 тис. грн.

Проаналізувавши активи Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках проаналізуємо структуру та динаміку зміни складових капіталу страхової компанії.

Структуру капіталу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках наведена у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Структура пасиву балансу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Стаття	Роки, тис. грн			Частка в структурі,%			Відхилення, %	
	2020	2021	2022	2020р.	2021р.	2022р.	2021/ 2020 р.	2022/ 2021 р.
Статутний капітал	261975	261975	261975	8,57	7,08	5,44	-1,48	-1,65
Резервний капітал	118000	118000	139906	3,86	3,19	2,90	-0,67	-0,29
Нерозподілений прибуток	577361	774797	1290268	18,88	20,95	26,78	2,07	5,83
Усього власний капітал	957336	1154772	1692149	31,31	31,22	35,12	-0,08	3,89
Інші довгострокові зобов'язання	35938	27840	20554	1,18	0,75	0,43	-0,42	-0,33
Довгострокові забезпечення	278532	4332	15749	9,11	0,12	0,33	-8,99	0,21
Страхові резерви	1564044	1991693	2443238	51,15	53,85	50,70	2,70	-3,15
Усього довгострокових зобов'язань і забезпечень	1878514	2023865	2479541	61,43	54,72	51,46	-6,71	-3,26
Поточна кредиторська заборгованість:								
за товари, роботи, послуги	30605	27732	59076	1,00	0,75	1,23	-0,25	0,48
з бюджетом	29034	39032	27518	0,95	1,06	0,57	0,11	-0,48
зі страхування	0	0	168	0	0	0,001	0	0,001
з оплати праці	975	351	107	0,03	0,01	0,00	-0,02	-0,01
за страховою діяльністю	160941	109698	203145	5,26	2,97	4,22	-2,30	1,25
Поточні забезпечення	0	342370	356105	0,00	9,26	7,39	9,26	-1,87
Інші поточні зобов'язання	378	613	824	0,01	0,02	0,02	-0,01	0
Усього поточних зобов'язань	221933	519796	646943	7,26	14,05	13,43	6,80	-0,63
Баланс	3057783	3698433	4818633	100,00	100,00	100,00	0	0

Джерело : побудовано та пороховано за даними [46,47,48]

На основі проведеного аналізу відмітимо, що у 2020 році найбільшу питому вагу у структурі капіталу страхової компанії займали страхові резерви, частка яких склала 51,15 %. Частка нерозподіленого прибутку страховика складала 18,88 %. Питома вага довгострокових забезпечень складала 9,11%. В цілому, у структурі капіталу Приватного акціонерного товариства «Страхова

компанія «АРКС» переважали позикові ресурси, частка яких становила 68,69 %. Питома вага власного капіталу була 31,31 %.

У 2021 році найбільшу питому вагу у структурі капіталу страхової компанії займали страхові резерви, частка яких склала 53,85 %, що на 2,7 в.п. більше, ніж у 2020 році. Також значною була частка нерозподіленого прибутку страховика, яка складала 20,95 %, що на 2,07 в.п. більше, ніж у 2020 році. Питома вага поточних забезпечень складала 9,26 %. В цілому, у структурі капіталу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» переважали позикові ресурси, частка яких становила 68,78 %. Питома вага власного капіталу була 31,22 %.

У 2022 році найбільшу питому вагу у структурі капіталу страхової компанії займали страхові резерви, частка яких склала 50,70 %, що на 3,15 в.п. менше, ніж у 2021 році. Також значною була частка нерозподіленого прибутку страховика, яка складала 26,78 %, що на 5,83 в.п. більше, ніж у 2021 році. Питома вага поточних забезпечень складала 7,39 %, що на 1,37 % менше, ніж у 2021 році. В цілому, у структурі капіталу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» переважали позикові ресурси, частка яких становила 64,88 %. Питома вага власного капіталу була 35,12 %.

Структура капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках наведена на рисунку 2.10

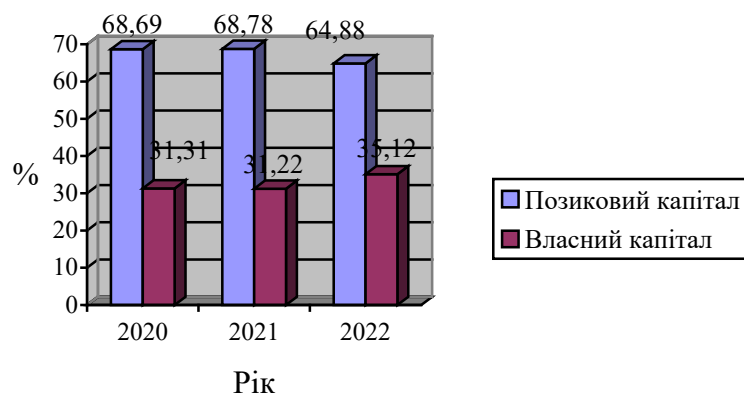


Рисунок 2.10 – Структура капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.6

Проаналізуємо обсяг та структуру пасивів ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках (таблиця 2.7)

Таблиця 2.7 – Динаміка пасиву балансу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-), тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2020	2021	2022	2021/2020	2022 / 2021	2021/2020	2022 / 2021
Статутний капітал	261975	261975	261975	0	0	0	0
Резервний капітал	118000	118000	139906	0	21906	0	18,56
Нерозподілений прибуток	577361	774797	1290268	197436	515471	34,20	66,53
Усього власний капітал	957336	1154772	1692149	197436	537377	20,62	46,54
Інші довгострокові зобов'язання	35938	27840	20554	-8098	-7286	-22,53	-26,17
Довгострокові забезпечення	278532	4332	15749	-274200	11417	-98,44	263,55
Страхові резерви	1564044	1991693	2443238	427649	451545	27,34	22,67
Усього довгострокових зобов'язань і забезпечень	1878514	2023865	2479541	145351	455676	7,74	22,52
Поточна кредиторська заборгованість:							
за товари, роботи, послуги	30605	27732	59076	-2873	31344	-9,39	113,02
з бюджетом	29034	39032	27518	9998	-11514	34,44	-29,50
зі страхування	0	0	168	0	168	0	0
з оплати праці	975	351	107	-624	-244	-64,00	-69,52
за страховою діяльністю	160941	109698	203145	-51243	93447	-31,84	85,19
Поточні забезпечення	0	342370	356105	342370	13735	0	4,01
Інші поточні зобов'язання	378	613	824	235	211	62,17	34,42
Усього поточних зобов'язань	221933	519796	646943	297863	127147	134,21	24,46
Баланс	3057783	3698433	4818633	640650	1120200	20,95	30,29

Джерело : побудовано та пораховано за даними [46,47,48]

На основі проведених розрахунків відмітимо, що статутний капітал страхової компанії протягом аналізованого періоду не змінився і був на рівні 261975 тис. грн. Усі акції ПрАТ «Страхова компанія «АРКС», які знаходяться в обігу, були ухвалені, випущені та повністю сплачені.

Резервний капітал страхової компанії у 2020-2021 роках залишався без змін і складав 18800 тис. грн. У 2022 році його обсяг зріс на 18,56 % і склав 139906 тис. грн, що дозволило підвищити фінансову стійкість ПрАТ «Страхова компанія «АРКС».

Нерозподілений прибуток страхової компанії у 2021 році склав 774797 тис. грн, що на 34,2 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році обсяг нерозподіленого прибутку зріс на 66,53 % і склав 1290268 тис. грн, що є позитивним індикатором стабільності діяльності страхової компанії.

Загальний обсяг власного капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» протягом аналізованого періоду зростає. Так у 2021 році його обсяг склав 1154772 тис. грн, що на 20,62 % більше, ніж у 2020 році. А у 2022 році його обсяг зріс на 46,54 % і склав 1692149 тис. грн. Таке зростання було спричинено збільшенням резервного капіталу та обсягу нерозподіленого прибутку (рисунок 2.11).

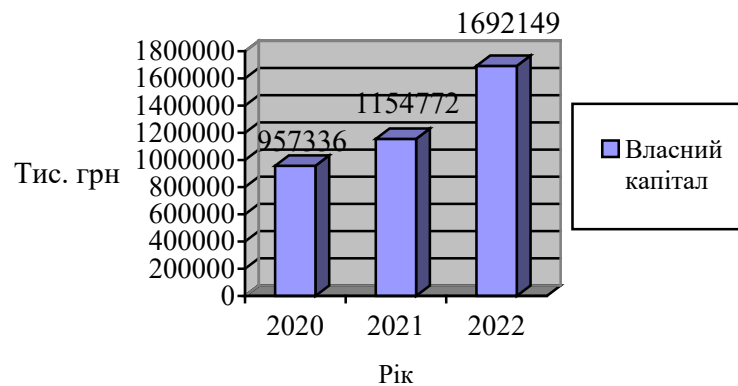


Рисунок 2.11 – Динаміка власного капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.7

Страхові резерви ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2021 році склали 1991693 тис. грн, що на 27,34 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році загальний обсяг страхових резервів зріс на 22,67 % у порівнянні з 2021 роком і склав 2443228 тис. грн. У структурі резервів відбулася суттєва зміна у залишках

резерву збитків. Даний резерв протягом 2022 року зменшився у зв'язку із настанням страхового випадку (за ризиком «Страхування відповідальності перед третіми особами») в розмірі 700 мільйонів гривень. Така суттєва виплата не мала значного впливу на фінансовий результат страхової компанії в цілому та на загальний обсяг страхових резервів зокрема, оскільки цей збиток було перестраховано за схемою пропорційного перестраховування з власним утриманням 1%.

«Станом на 31 грудня 2022 року усі страхові резерви класифіковані як поточні зобов'язання, крім частини резерву незароблених премій у сумі 28826 тисяч гривень та частини частки перестраховика у резерві незароблених премій у сумі 11283 тисячі гривень, які є довгостроковими» [32].

Загальний обсяг довгострокових зобов'язань у 2021 році склав 2023865 тис. грн, що на 7,74 % більше, ніж у 2020 році, а у 2022 році їх обсяг зріс на 22,52 %, у порівнянні з 2021 роком, і склав 2479541 тис. грн.

Загальний обсяг поточних зобов'язань у 2021 році склав 519796 тис. грн, що на 134,21 % більше, ніж у 2020 році, а у 2022 році їх обсяг зріс на 24,46 %, у порівнянні з 2021 роком, і склав 646943 тис. грн.

Динаміка позикового капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках наведена на рисунку 2.12

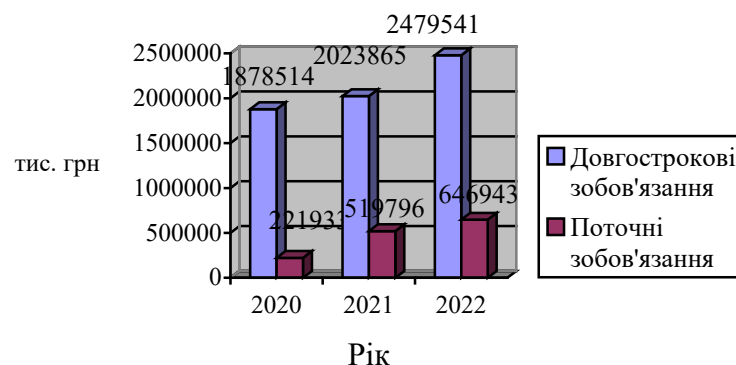


Рисунок 2.12 – Динаміка позикового капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 2.7

«Станом на 31 грудня 2022 року страхова компанія має зобов'язання зі сплати податку на прибуток та податку на дохід за договорами страхування, нарахованого за результатами діяльності у 2022 фінансовому році, у розмірі 3188 тисяч гривень та 24128 тисяч гривень відповідно (на 31 грудня 2021 року – 11927 тисяч гривень та 27063 тисяч гривень відповідно). Поточне зобов'язання з податку на прибуток та податку на дохід за договорами страхування включено до поточних зобов'язань станом на 31 грудня 2022 року та 31 грудня 2021 року» [32].

Таким чином, на основі проведених розрахунків відмітимо, що протягом аналізованого періоду страхова компанія являється фінансово стійкою та платоспроможною. ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» володіє достатнім обсягом ліквідних активів (грошові кошти та їх еквіваленти, депозити в банках, короткострокові інвестиції в цінні папери) для покриття короткострокових фінансових зобов'язань та страхових резервів. Так, станом на 31 грудня 2022 року страховик має залишки на депозитних рахунках в 12-ти банках-партнерів (у 2021 році страхова компанія співпрацювала із 15 банками та розміщала у них депозити) у сукупній сумі понад 200 мільйонів гривень (на 31 грудня 2021 року - понад 300 мільйонів гривень). Наявний рівень ліквідності, а також надходження від погашення дебіторської заборгованості, укладення нових договорів страхування, перестраховування ризиків в іноземних перестрахових компаніях дозволять ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» стабільно фінансувати операційні витрати та продовжувати обслуговувати зобов'язання компанії в повному обсязі, в тому числі і щодо страхових відшкодувань, які виникатимуть. Наявність достатньої кількості кваліфікованих працівників та низький рівень плинності кадрів забезпечує можливість надавати своєчасний сервіс страхувальникам.

З початком ведення бойових дій на території України страхова компанія не втратила власних активів, а достатній рівень фінансової стійкості дозволив їй перерахування 1 млн дол. США для Червоного Хреста для допомоги українцям і ще пожертвувати 7,6 млн грн на підтримку Збройних сил України.

3 Напрями удосконалення управління медичним страхуванням на прикладі Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС»

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРКС» є одним із лідерів ринку медичного страхування в Україні та надає послуги із добровільного медичне страхування, предметом яких є ризики, які пов'язані із здоров'ям, працездатністю та смертю страхувальника чи застрахованої особи. Як правило, строк дії таких договорів страхування становить один рік.

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРКС» пропонує наступні страхові продукти:

- медицина без меж;
- Pro_Vita: страхування на випадок критичних захворювань;
- медичне страхування ARXiMed;
- антивірус;
- корпоративне страхування.

Програма «Медицина без меж» дає можливість отримати якісні медичні послуги як в Україні так і її межами. Страхова компанія покриває наступні ризики:

- лікування (лікування в стаціонарі, оперативне втручання, аналізи та всі необхідні медичні тести, а також витрати на медикаменти);
- консультації (під час лікування за кордоном застраховану особу консультуватиме лікар-куратор та адміністративний координатор – медичний перекладач);
- супроводження (покривається проїзд та проживання під час лікування для застрахованої особи та особи, що супроводжуватиме її в межах 10 тис. євро на рік);
- репатріація (репатріація до України в межах 5000 євро).

За програмою «Медицина без меж» здійснюється покриття витрат на суму 500 тис. євро на рік.

Страхова програма на випадок критичних захворювань «Pro_Vita» передбачає покриття ризиків, які пов'язані із онкологічними захворюваннями, які починаються з початкових стадій та передбачає виплату за принципом «lump sum» (одноразова виплата). Максимальна страхова сума складає 1 млн грн. Програма дозволяє отримати додаткову консультацію від провідних українських або іноземних спеціалістів, які детально вивчать медичні дані застрахованої особи та нададуть рекомендації стосовно лікування, оплата якої здійснюється із страхової виплати.

Медичне страхування ARXiMed – це комплексний страховий продукт, який покриває медичні витрати страхувальників. Страхова компанія пропонує три види поліси (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 – Страхові продукти за програмою ARXiMed

Страхові продукти	Вартість	Опції полісу
BRONZE	від 1080 грн	Медичний консьерж, дистанційні консультації лікаря, швидка медична допомога (5 разів на рік), екстрена стаціонарна допомога, ПЛР-тести за наявності медичних показів до госпіталізації
SILVER	від 3456 грн	Медичний консьерж, дистанційні консультації лікаря, швидка медична допомога (5 разів на рік), екстрена стаціонарна допомога, ПЛР-тести за наявності медичних показів до госпіталізації, консультації лікаря в поліклініці (застосовується франшиза), лабораторні дослідження (застосовується франшиза), малі інструментальні дослідження, крім КТ/МРТ, досліджень з анестезією та контрастом (застосовується франшиза)
GOLD	від 6096 грн	Медичний консьерж, дистанційні консультації лікаря, швидка медична допомога (5 разів на рік), екстрена стаціонарна допомога, ПЛР-тести за наявності медичних показів до госпіталізації, консультації лікаря в поліклініці (застосовується франшиза), лабораторні дослідження (застосовується франшиза), малі інструментальні дослідження, крім КТ/МРТ, досліджень з анестезією та контрастом (застосовується франшиза), ПЛР-тести 2 рази на рік при медичних показах в умовах поліклініки (застосовується франшиза), відкладене стаціонарне лікування (застосовується франшиза)

Джерело: побудовано за інформацією з сайту страхової компанії

Страхова програма «Антивірус» передбачає страхування на випадок госпіталізації з пневмонією будь-якого характеру (бактеріальна, атипова,

вірусна, в тому числі викликана COVID-19), амбулаторно-поліклінічної допомоги з пневмонією чи смерть застрахованого. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи віком від 1 до 59 років, що не хворіють на діабет та онкологічні захворювання. Страхова сума за програмою від 10 тис. грн до 50 тис. грн. Термін дії договору: 3 місяці та 6 місяців. Програма містить часову франшизу, тобто страховий захист починає діяти на 14 день після моменту укладення договору страхування.

Окрім класичних страхових продуктів, страхова компанія пропонує окремий поліс страхування населення від нещасних випадків в умовах воєнного стану, що частково покриває медичні витрати на лікування цивільних. За програмою страховими випадками є: заподіяння шкоди здоров'ю, що трапилося через влучання снарядів, мін та куль, руйнування будівель, пожежу та мінування територій. Страхова програма діє лише в районах, де не ведуться бойові дії і які не перебувають в окупації. Якщо фізична особа придбала поліс, а згодом опинилася в зоні бойових дій через рух лінії фронту, то страхова компанія здійснюватиме страхову виплату відповідно до умов програми. Мінімальна вартість полісу становить 125 грн на місяць, що складає 1,5 тис. грн на рік. Максимальний розмір страхової суми – 100 тис. грн. Страхова сума в повному обсязі може бути виплачена лише у разі смерті страхувальника.

Окрім індивідуальних страхових продуктів страхова компанія надає послуги корпоративного страхування. «Програма медичної страховки здоров'я працівників допоможе роботодавцю розширити соціальний пакет для співробітників, підвищити лояльність і мотивацію в колективі. У випадку настання непередбачуваних подій працівник буде соціально та фінансово захищений. Пропозиція дійсна для колективів від 10 осіб. Страховими ризиками є: невідкладна та швидка допомога, профогляд, супроводження вагітності та пологів, лікувально-оздоровчі процедури» [32].

Проаналізуємо основні показники медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2 – Динаміка основних показників медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-) тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021	2021 / 2020	2022 / 2021
Валові підписані премії	348788	460477	428872	111689	-31605	32,02	-6,86
Зміна резерву незароблених премій, валова сума	(20723)	(64079)	(20735)	-43356	43344	209,22	-67,64
Валові зароблені страхові премії	328065	396398	449707	68333	53309	20,83	13,45
Премії, передані у перестраховування	(17718)	(19357)	(9437)	-1639	9920	9,25	-51,25
Зміна частки перестраховика у резерві незароблених премій	3574	1313	(5895)	-2261	-7208	-63,26	-548,97
Чисті зароблені премії	313921	378354	434375	64433	56021	20,53	14,81
Збитки відшкодовані	(161895)	(207342)	(176648)	-45447	30694	28,07	-14,80
Витрати на врегулювання збитків	(19659)	(24436)	(29811)	-4777	-5375	24,30	22,00
Страхові відшкодування, отримані від перестраховиків	2482	4898	4269	2416	-629	97,34	-12,84
Чисті відшкодування виплачені	(179072)	(226880)	(202190)	-47808	24690	26,70	-10,88
Зміна у резерві на покриття збитків, чиста сума	(251)	(11848)	10311	-11597	22159	4620,32	-187,03
Чиста сума понесених витрат на страхові відшкодування	(179323)	(238728)	(191879)	-59405	46849	33,13	-19,62
Аквізиційні витрати	(39309)	(51349)	(58381)	-12040	-7032	30,63	13,69
Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність	95289	88277	184114	-7012	95837	-7,36	108,56

Джерело: складено та проаналізовано автором

На основі проведених розрахунків відмітимо, що валові зароблені премії за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) страхової компанії у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 20,83 % і склали

396398 тис. грн. Таке зростання було спричинене зростанням обсягу підписаних премій на 32,02 %. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, валові зароблені премії страховика зросли на 13,45 % і склали 449707 тис. грн, що було спричинено зменшенням резерву незароблених премій на 67,64 %.

У 2020 році обсяг премій переданих у перестраховування за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) становив 17718 тис. грн. У 2021 році їх обсяг зріс на 9,35 %, у порівнянні з 2020 роком, і склав 19357 тис. грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зменшився на 51,25 % і склав 9437 тис. грн. Таке суттєве зменшення сум переданих на перестраховування у 2022 році спричинено веденням на території України бойових дій та небажанням іноземних страховиків працювати на українському страховому ринку.

Чисті зароблені премії за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) страхової компанії у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 20,53 % і склали 378354 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 14,81 % і склав 434375 тис. грн (рисунок 3.1).

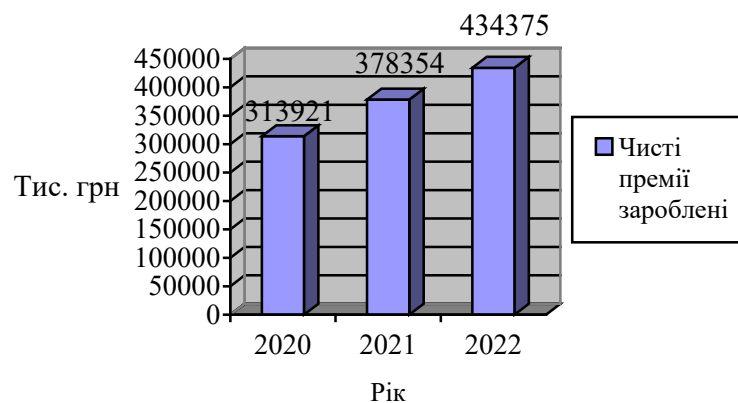


Рисунок 3.1 – Динаміка чистих зароблених премій за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 3.1

У 2020 році страхова компанія нарахувала 161895 тис. грн страхових відшкодувань, обсяг витрат на врегулювання страхових випадків склав 19659 тис. грн, обсяг страхових відшкодування, отриманих від перестраховиків становив 2482 тис. грн. Таким чином, чисті відшкодування виплачені страхувальникам у 2020 році склали 179072 тис. грн.

У 2021 році страхова компанія нарахувала 207342 тис. грн страхових відшкодувань, що на 28,07 % більше, ніж у 2020 році. Обсяг витрат на врегулювання страхових випадків склав 24436 тис. грн, що на 24,3 % більше, ніж у 2020 році. Обсяг страхових відшкодування, отриманих від перестраховиків становив 4898 тис. грн, що на 97,34 % більше, ніж у 2020 році. Таким чином, чисті відшкодування виплачені страхувальникам у 2021 році склали 179072 тис. грн, що на 26,7 % більше, ніж у 2020 році.

У 2022 році страхова компанія нарахувала 176648 тис. грн страхових відшкодувань, що на 17,8 % менше, ніж у 2021 році. Обсяг витрат на врегулювання страхових випадків склав 29811 тис. грн, що на 22 % більше, ніж у 2020 році. Обсяг страхових відшкодування, отриманих від перестраховиків становив 4269 тис. грн, що на 12,84 % менше, ніж у 2021 році. Таким чином, чисті відшкодування виплачені страхувальникам у 2022 році склали 202190 тис. грн, що на 10,88 % менше, ніж у 2021 році.

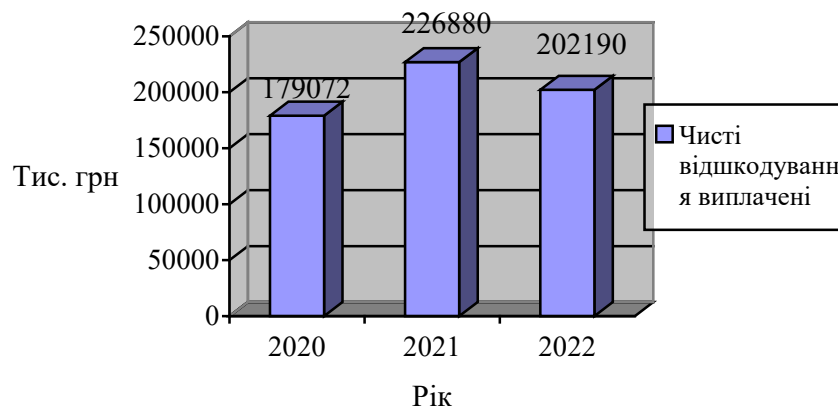


Рисунок 3.2 – Динаміка чистих відшкодувань виплачених за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Аквізиційні витрати (витрати на укладання та пролонгацію договорів страхування) за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 30,63 % і склали 51349 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 13,69 % і склав 58381 тис. грн

Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році склав 95289 тис. грн. У 2021 році його обсяг, у порівнянні з 2020 роком, зменшився на 7,36 % і склав 88277 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком його обсяг зріс на 108,56 % і склав 184114 тис. грн (рисунок 3.3).

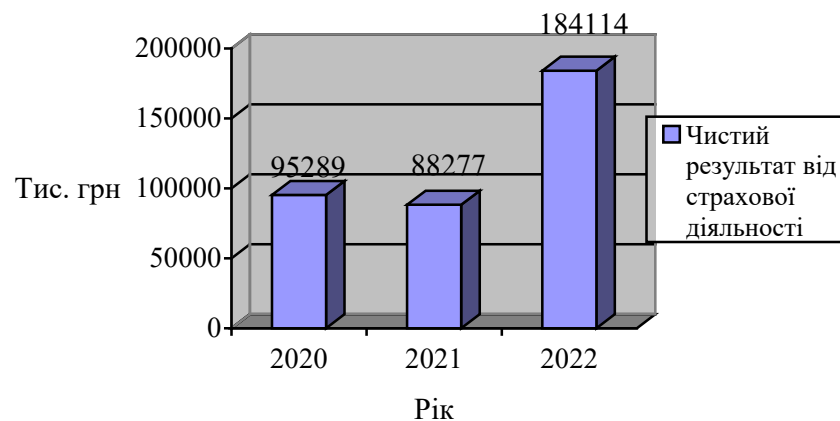


Рисунок 3.3 – Динаміка чистого результату від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 3.1

Проаналізуємо основні показники страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3 – Динаміка основних показників страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-) тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2020	2021	2022	2021 / 2020	2022 / 2021	2021 / 2020	2022 / 2021
Валові премії підписані	28889	49888	70834	20999	20946	72,69	41,99
Зміна резерву незароблених премій, валова сума	4049	(4347)	(1403)	-8396	2944	-207,36	-67,72
Валові зароблені страхові премії	32938	45541	69431	12603	23890	38,26	52,46
Зміна частки перестраховика у резерві незароблених премій	1	0	0	-1	0	-100,00	0
Чисті зароблені премії	32939	45541	69431	12602	23890	38,26	52,46
Збитки відшкодовані	(15633)	(9186)	(20648)	6447	-11462	-41,24	124,78
Витрати на врегулювання збитків	(1579)	(1261)	(2708)	318	-1447	-20,14	114,75
Чисті відшкодування виплачені	(17212)	(10447)	(23356)	6765	-12909	-39,30	123,57
Зміна у резерві на покриття збитків, чиста сума	(601)	(117)	(12936)	484	-12819	-80,53	10956,41
Чиста сума понесених витрат на страхові відшкодування	(17813)	(10564)	(36292)	7249	-25728	-40,69	243,54
Аквізиційні витрати	(6565)	(8259)	(14023)	-1694	-5764	25,80	69,79
Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність	8561	26718	19116	18157	-7602	212,09	-28,45

Джерело: складено та проаналізовано автором

На основі проведених розрахунків відмітимо, що валові зароблені страхові премії за страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2021 році склали 45541 тис. грн, що на 38,26 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році обсяг валових зароблених страхових премій зріс на 52,46 % і склав 69431 тис. грн.

Протягом аналізованого періоду ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» не перестраховувала ризики за програмами страхування медичних витрат. Зміна

частки перестраховика у резерві незароблених премій відбулася лише в 2020 році і складала 1 тис. грн.

Чисті зароблені премії за страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році становили 32939 тис. грн. Протягом 2021-2022 років чисті страхові премії дорівнювали валовим заробленим страховим преміям (рисунок 3.4).

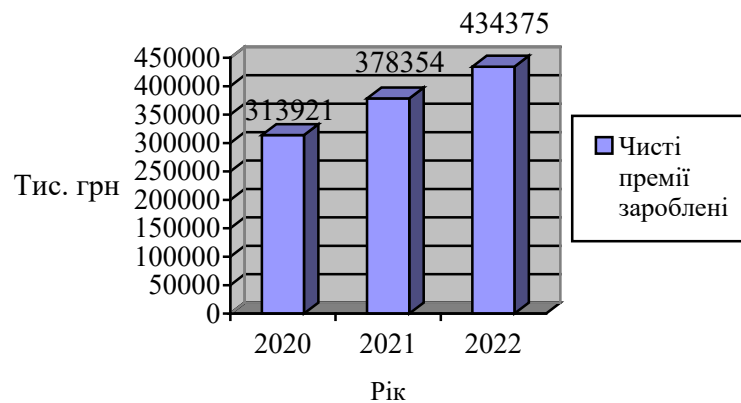


Рисунок 3.4 – Динаміка чистих зароблених премій за страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 3.3

Чиста сума понесених витрат на страхові відшкодування за страхування медичних витрат у 2020 році склала 17813 тис. грн. У 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, її обсяг зменшився на 40,69 % і склав 10564 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, її обсяг зріс на 243,54 % і склав 36292 тис. грн.

Аквізиційні витрати (витрати на укладання та пролонгацію договорів страхування) за страхування медичних витрат у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 25,8 % і склали 8259 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс на 69,79 % і склав 14023 тис. грн.

Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році склав 8561 тис. грн. У 2021 році його

обсяг, у порівнянні з 2020 роком, зріс на 212,09 % і склав 26718 тис. грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком його обсяг зменшився на 28,45 % і склав 19116 тис. грн (рисунок 3.5).

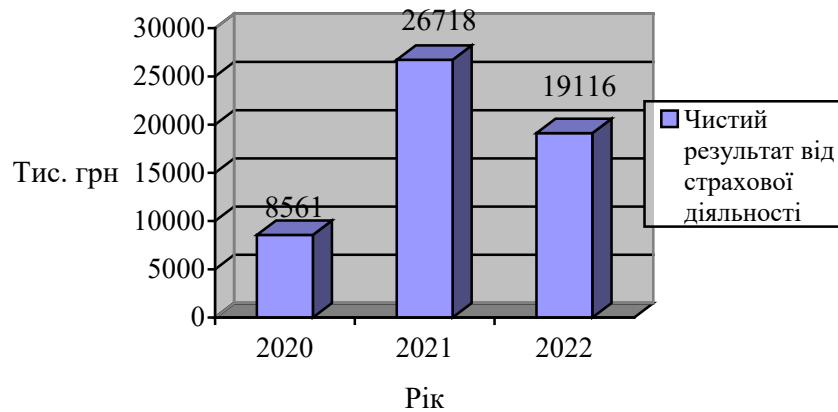


Рисунок 3.5 – Динаміка чистого результату від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність за страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках

Джерело: побудовано за даними таблиці 3.2

ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році за даними Форіншурера за показниками страхових премій та страхових виплат за добровільним медичним страхуванням посідала 4 місце. У 2021 році страхова компанія посіла 5 місце серед вітчизняних страхових компаній. За 9 місяців 2022 року ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» зайняла 3 місце у рейтингу, що свідчить про значний вплив страхової компанії на ринок добровільного медичного страхування в Україні. Проте, не зважаючи на зростання основних показників та рейтингів страховій компанії необхідно підвищити рівень управління медичними ризиками, що дозволить їй зайняти ще більшу нішу на ринку добровільного медичного страхування.

Критерієм оцінювання діяльності ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» на ринку медичного страхування є здатність формувати пріоритетні напрями

розвитку, адаптуватися до змін зовнішнього середовища, застосовувати нові технології організації управлінських бізнес-процесів. Значну роль для ефективного функціонування ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» на ринку медичних послуг відіграє диверсифікація каналів просування страхових продуктів, що дозволить залучити широке коло клієнтів.

Напрями удосконалення управління медичним страхуванням ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» наведені у таблиці 3.3

Таблиця 3.3 – Напрями удосконалення управління медичним страхуванням ПрАТ «Страхова компанія «АРКС»

Критерій оцінювання	Аналіз послуги ДМС ПрАТ «Страхова компанія «АРКС»	Напрями удосконалення послуг ДМС ПрАТ «Страхова компанія «АРКС»
Тип клієнтурного ринку	Наявні страхові продукти як для фізичних так і для юридичних осіб. Переважання у страховому портфелі індивідуальних страхових продуктів	Розширення програм корпоративного медичного страхування, що дозволить диверсифікувати страховий портфель страховика
Здатність до конкуренції	Страхова компанія займає лідируючі позиції на ринку добровільного медичного страхування	Закладення принципів конкуренції як чиннику розвитку страхової компанії та стратегії розвитку медичних страхових продуктів
Перестраховання	Перестраховання здійснюється лише за програмами медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)	Здійснення перестраховання за ключовими медичними ризиками, що включають страхування медичних витрат
Андерайтинг	Страхова компанія застосовує медичний та фінансовий андерайтинг	Підвищення якості андерайтингових бізнес-процесів, розробка системи превентивних заходів, що сприятиме формуванню збалансованого та рентабельного страхового портфеля
Ступінь рекламної активності конкурентів	Реалізація в переважній більшості стандартизованих страхових продуктів з невисоким рівнем врахування індивідуальних особливостей страхувальників	Розробка індивідуальних підходів до страхувальників, посилити контроль за якістю медичних послуг за договорами страхування; соціальна орієнтованість страхових полісів
Місце розміщення реклами	Інформацію по страхові продукти можна знайти на сайті компанії, нерегулярний характер реклами в ЗМІ, брак інформації про страхову компанію	Розширення каналів реалізації страхових продуктів, активізація рекламної компанії як іміджевої так і продуктової

Джерело: запропоновано автором

На сучасному етапі функціонування вітчизняної економіки ефективний розвиток медичного страхування як в добровільній так і обов'язковій формах не можливий без участі держави. Український ринок медичного страхування перебуває на стадії становлення, перспективи подальшого його розвитку та досягнення європейського рівня потребують проведення реформ як в галузі страхування так і в медичній сфері. Крім того необхідно впровадити ряд законодавчих змін, які дозволять розширити послуги добровільного медичного страхування та підвищити рівень присутності вітчизняних страховиків на ринку медичного страхування.

Заходи із удосконалення медичного страхування, на нашу думку, мають носити комплексний характер, саме тому їх доцільно поділити на два рівні: рівень страхової компанії та державний рівень (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4. – Комплекс заходів до підвищення рівня медичного страхування в Україні

Рівень	Заходи
Рівень страхової компанії	<ul style="list-style-type: none"> - розробка широкого асортименту страхових продуктів з медичного страхування; - розробка пільгових страхових продуктів, зокрема: пакети включають ряд додаткових пакетів, які можна пакет «Студент», пакет «Пенсіонер», пакет, пакет «Сімейний»; - підвищення якості андерайтингових процесів у медичному страхуванні; - встановлення доступних страхових тарифів; - розширення каналів збуту страхових продуктів; - спрощення системи придбання он-лайн полісу.
Державний рівень	<ul style="list-style-type: none"> - внесення змін до деяких положень податкового законодавства з метою впровадження стимулів для страхових компаній, які працюють у галузі медичного страхування; - запровадження податкових знижок для громадян, які укладають договори медичного страхування, при чому, не лише, для осіб, які є платниками ПДФО, а й фізичних осіб – підприємців, які є платниками єдиного податку чи перебувають на загальній системі оподаткування; - розробка регламентів і єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, визначення кола відповідальності як медичних організацій, так і медичного персоналу; - реформування системи охорони здоров'я щодо впровадження обов'язкового медичного страхування; - розробка програм з підтримки добровільного медичного страхування за участі держави та розробка прозорих механізмів акредитації страхових компаній для участі у програмах

Таким чином, в сучасних умовах розвиток медичного страхування в Україні гальмується складною економічною ситуацією, військово-політична нестабільністю, низьким рівнем фінансової грамотності населення, недовірою до вітчизняних страхових компаній, низьким рівнем якості медичних послуг, високим рівнем безробіття, що породжує необхідність в розробленні нових механізмів взаємодії усіх учасників ринку медичного страхування. Також доцільно розробити та запровадити обов'язкове медичне страхування, що дозволить виокремити мінімальний набір медичних послуг та оптимізувати програми добровільного медичного страхування, а також змінити механізми фінансування процесів медичного страхування.

Висновки

У першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено економічну сутність медичного страхування, проаналізовано погляди науковців на сутнісне наповнення поняття «медичне страхування». У роботі запропоновано виокремлювати соціальний, правовий, видовий та комплексний підходи до трактування сутності поняття «медичне страхування», що дозволить унормувати та полегшити аналіз поняття. У роботі запропоновано трактувати медичне страхування розглядати як вид особистого страхування, який полягає у захисті майнових інтересів фізичних осіб у разі настання страхових випадків, пов'язаних з втратою здоров'я та працездатності, які визначені договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів та доходів від розміщення коштів цих фондів. У ході дослідження систематизовано функції медичного страхування та визначено, що медичне страхування як складне та багатоаспектне економічне поняття виконує: ризикову, соціальну, превентивну, контрольну функції. Також, у роботі досліджено класифікацію медичного страхування, проаналізовано форми медичного страхування, визначено їх спільні та відмінні риси, розглянуто об'єкт, предмет і суб'єкти страхової діяльності.

У другому розділі кваліфікаційної роботи проаналізовано показники розвитку ринку медичного страхування за видами страхових продуктів протягом 2020-2022 років та визначено, що у 2021 році в цілому спостерігалось відновлення ринку медичного страхування після обмежень COVID-19. Показники ринку медичного страхування у порівнянні із 2020 роком зросли, суттєво збільшився обсяг валових премій та кількість укладених договорів. У 2022 році відбулося падіння ринку медичного страхування, що пов'язано із складною економічною ситуацією, спричиненою введенням активних бойових дій. Значно змінилася модель просування страхових продуктів, які дедалі

частіше реалізуються онлайн. Також виникає багато проблем із врегулювання страхових випадків. Крім того, у 2022 році спостерігається значне здорожчання медичних послуг та вартості лікарських засобів, що робить більшість проданих страхових продуктів збитковими для страховиків.

Також у роботі проаналізовано фінансово-господарську діяльність Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках та визначено, що протягом аналізованого періоду страхова компанія являється фінансово стійкою та платоспроможною. Загальний обсяг активів у 2021 році, у порівнянні із 2020 роком, зріс на 20,95 % і склав 3 млрд 698 млн грн, а у 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, їх обсяг зріс ще на 30,29 % і склав 4 млрд 818 млн грн. ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» володіє достатнім обсягом ліквідних активів (грошові кошти та їх еквіваленти, депозити в банках, короткострокові інвестиції в цінні папери) для покриття короткострокових фінансових зобов'язань та страхових резервів. Так, станом на 31 грудня 2022 року страховик має залишки на депозитних рахунках в 12-ти банках-партнерів (у 2021 році страхова компанія співпрацювала із 15 банками та розміщала у них депозити) у сукупній сумі понад 200 мільйонів гривень (на 31 грудня 2021 року - понад 300 мільйонів гривень).

Загальний обсяг власного капіталу ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» протягом аналізованого періоду зростає. Так у 2021 році його обсяг склав 1 млрд 154 млн грн, що на 20,62 % більше, ніж у 2020 році. А у 2022 році його обсяг зріс на 46,54 % і склав 1 млрд 692 млн грн. Таке зростання було спричинено збільшенням резервного капіталу та обсягу нерозподіленого прибутку

Страхові резерви ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2021 році склали 1 млрд 991 млн грн, що на 27,34 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році загальний обсяг страхових резервів зріс на 22,67 % у порівнянні з 2021 роком і склав 2 млрд 443 грн. Наявний рівень ліквідності, а також надходження від погашення дебіторської заборгованості, укладення нових договорів страхування, перестраховання ризиків в іноземних перестрахових компаніях дозволять ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» стабільно фінансувати операційні витрати та

продовжувати обслуговувати зобов'язання компанії в повному обсязі, в тому числі і щодо страхових відшкодувань, які виникатимуть. Наявність достатньої кількості кваліфікованих працівників та низький рівень плинності кадрів забезпечує можливість надавати своєчасний сервіс страхувальникам.

З початком ведення бойових дій на території України страхова компанія не втратила власних активів, а достатній рівень фінансової стійкості дозволив їй перерахування 1 млн дол. США для Червоного Хреста для допомоги українцям і ще пожертвувати 7,6 млн грн на підтримку Збройних сил України.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи проаналізовано медичні страхові продукти, які надає страхова компанія та визначено основні показники медичного страхування ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020-2022 роках за видами страхових продуктів. Так, на основі проведених розрахунків відмітимо, що валові зароблені премії за медичним страхуванням (безперервним страхування здоров'я) страхової компанії у 2021 році, у порівнянні з 2020 роком, зросли на 20,83 % і склали 396 млн грн. Таке зростання було спричинене зростанням обсягу підписаних премій на 32,02 %. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком, валові зароблені премії страховика зросли на 13,45 % і склали 449 млн грн., що було спричинено зменшенням резерву незароблених премій на 67,64 %. Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році склав 95 млн грн. У 2021 році його обсяг, у порівнянні з 2020 роком, зменшився на 7,36 % і склав 88 млн грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком його обсяг зріс на 108,56 % і склав 184 млн грн.

На основі проведених розрахунків відмітимо, що валові зароблені страхові премії за страхування медичних витрат ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2021 році склали 45 млн грн, що на 38,26 % більше, ніж у 2020 році. У 2022 році обсяг валових зароблених страхових премій зріс на 52,46 % і склав 69 млн грн.

Чистий результат від страхової діяльності до вирахування адміністративних та інших операційних витрат на страхову діяльність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» у 2020 році склав 8 млн грн. У 2021 році його

обсяг, у порівнянні з 2020 роком, зріс на 212,09 % і склав 26 млн грн. У 2022 році, у порівнянні з 2021 роком його обсяг зменшився на 28,45 % і склав 19 млн грн.

Критерієм оцінювання діяльності ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» на ринку медичного страхування є здатність формувати пріоритетні напрями розвитку, адаптовуватися до змін зовнішнього середовища, застосовувати нові технології організації управлінських бізнес-процесів. Значну роль для ефективного функціонування ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» на ринку медичних послуг відіграє диверсифікація каналів просування страхових продуктів, що дозволить залучити широке коло клієнтів.

У роботі визначено, що на сучасному етапі функціонування вітчизняної економіки ефективний розвиток медичного страхування як в добровільній так і обов'язковій формах не можливий без участі держави. Український ринок медичного страхування перебуває на стадії становлення, перспективи подальшого його розвитку та досягнення європейського рівня потребують проведення реформ як в галузі страхування так і в медичній сфері. Крім того, необхідно впровадити ряд законодавчих змін, які дозволять розширити послуги добровільного медичного страхування та підвищити рівень присутності вітчизняних страховиків на ринку медичного страхування. Заходи із удосконалення медичного страхування, на нашу думку, мають носити комплексний характер, саме тому їх доцільно поділити на два рівні: рівень страхової компанії та державний рівень.

Список використаних джерел

1. Баранник Л. Б. Корпоративне страхування як перспективний напрям розвитку соціального захисту працюючого населення в Україні / Л. Б. Баранник // Вісник Хмельницького національного університету – 2012. – № 3. – С. 167–171.
2. Баранник Л.Б. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / Л.Б. Баранник, Т.В. Сальникова // Економіка та суспільство. – 2022. – Випуск № 46. – Режим доступу : <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2072>
3. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні/ А.Д. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 5-6. – С. 109–114.
4. Бідник Н. Б. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні / Н. Б. Бідник, О. О. Ільчук // Глобальні та національні проблеми економіки. – 2014. – № 2. – С. 1025-1029.
5. Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні / О. І. Білик, С. А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2013. – № 767. – С. 270-276
6. Брежнева-Єрмоленко О. В. Медичне страхування в Україні: аналіз та перспективи розвитку / О. В. Брежнева-Єрмоленко, А. О. Байдуж // Економіка: реалії часу. Науковий журнал. – 2019. – № 6 (46). – С. 33-38.
7. Васильчак С. В. Розвиток регіонального ринку медичного страхування в контексті соціальної безпеки / С.В. Васильчак // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2016. – № 1. – С. 24-29.
8. Водолазська О. Вектори розвитку медичного страхування в Україні / О. Водолазська, Т. Сіроштан // Вісник Миколаївського національного університету. Серія: Економіка та суспільство. – 2021. – №25.– С. 268-272

9. Вороніна О.О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування/ О.О. Вороніна // Вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. – 2015. – №8. – С. 733-737.
10. Гаманкова О. О. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування [Електронний ресурс] / О.О. Гаманкова, Л.В. Пархета // Ефективна економіка. 2018. № 2. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6569>
11. Гарщаль М. С. Аналіз медичного страхування у контексті розвитку страхового ринку України [Електронний ресурс] / М.С. Гарщаль, Д.Д. Третяк // Ефективна економіка. – 2020. – № 2. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7684>
12. Гатаулліна Е. І. Тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні / Е.І. Гатаулліна// Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2018. – Випуск 28. Частина 2. – С. 45–48
13. Гомон Д.О. Обов'язкове медичне страхування як альтернатива бюджетному фінансуванню сфери охорони здоров'я / Д.О. Гомон // Південноукраїнський правничий часопис. – 2014. – № 1. – С. 102–104.
14. Григораш Т.Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні / Т.Ф. Григораш, Ю.П. Кіріченко // Економічний простір. – 2011.– № 56/2. – С. 138–148
15. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / О.С. Журавка, І.Л. Босак, Т.Г. Кубах, Є.Ю. Мордань // Вісник СумДУ. Серія «Економіка». – 2022. – № 2. – С. 50-58.
16. Журавка О.С. Страхування: навчальний посібник / О.С. Журавка, А.Г. Бухтіарова, О.М. Пахненко. – Суми: Сумський державний університет, 2020. – 350 с.
17. Ільчук В. П. Формування та розвиток медичного страхування в Україні та світі / В.П. Ільчук, Т.В. Гарбуз // Проблеми і перспективи економіки та управління. – 2018. – 1(13). – С. 112–118.

18. Кирєєва І.В. Функції медичного страхування в контексті медичної реформи в Україні / І.В. Кирєєва, Д.В. Коробцова // Держава та регіони. Серія: Право. – 2020. – № 1 (67), т. 1. – С. 115-120
19. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах / Н.Я. Климук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 1 (87). – С. 55-60.
20. Козьменко О.В. Актуарні розрахунки : [навч. посіб.] / О.В. Козьменко, О.В. Кузьменко. – Суми : Університетська книга, 2014. – 224 с.
21. Коцюрубенко Г.М. Розвиток медичного страхування в Україні./ Г.М. Коцюрубенко // Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. пр. – 2009. – Вип. 35. – С. 217–222.
22. Михайлюк М. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні / М. Михайлюк, Т. Роман, Я. Танчак // Галицький економічний вісник. – 2021. – № 3(70). – С. 79-88.
23. Немченко А.С. Систематизація досвіду формування законодавчого простору впровадження медичного страхування в Україні / А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова, О.А. Немченко // Вісник фармації. – 2008. – № 4. – С. 57–60.
24. Нечипорук Л. В. Теорія та практика медичного страхування в Україні / Л. В. Нечипорук // Глобальні та національні проблеми економіки – 2015. – Випуск № 6. – С. 751–755
25. Ніколаєнко С. М. Ризик-менеджмент у медичному страхуванні / С.М. Ніколаєнко // Наукові праці МАУП. – 2011. – Вип. 3(30). – С. 141–144.
26. Новосад Я. С. Корпоративне медичне страхування як складовий елемент добровільного медичного страхування в Україні / Я. С. Новосад // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «економіка». – 2016. – № 2(30). – С. 93–97.
27. Новосад Я. С. Сутність, принципи та правові основи медичного страхування в Україні / Я. С. Новосад // Науковий вісник Херсонського державного у-ту. Серія: Економічні науки. – 2014. – Вип. 7(5). – С. 60-63.

28. Онишко С. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування/ С.В. Онишко, Ю.В. Шевчук // Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування. – 2019. – № 3. – С. 171-179.
29. Онишко С. В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / С. В. Онишко, Ю. В. Шевчук // Інтелект XXI. – 2016. – № 5. – С.158-162
30. Осадець С.С. Страхування: підручник / С.С. Осадець. — Вид. 2 ге, [перероб. та доп.]. — К.: Вид-во КНЕУ, 2008. — 599 с.
31. Офіційний сайт Національного банку України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist>
32. Офіційний сайт ПрАТ «Страхова компанія «АРКС». – Режим доступу : <https://arx.com.ua>
33. Пазєєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту/ Г.М. Пазєєва // Вчені записки Університету «КРОК». – 2021. – № 4(64). – С. 36-46.
34. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні / Н.М. Петечел // Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. – 2020.–№53. – С.104-114.
35. Прилипко С. М. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку: монографія / Прилипко С. М., Ярошенко О. М., Занфірова Т. А., Аркатов Я. А. – Харків : Право, 2017. – 208 с.
36. Самошкіна І. Д. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні / І. Д. Самошкіна // Причорноморські економічні студії. – 2020. – Вип. 54. – С.187–192
37. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні/ О.Ю. Сова // Вчені записки Університету «КРОК». – 2018. – Випуск 49. – С. 80–92

38. Сокирко О. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні / О. С. Сокирко, І. А. Кобзар, І. С. Ханалієва // Економіка і суспільство. – 2018. – Вип. № 19. – С. 1139–1145.
39. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у загальній системі страхування: правовий вимір / В. Ю. Стеценко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 18, 2017. – Вип. 32. – С. 119-125.
40. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І. Успенко та ін.; за заг. ред. Н. М. Внукової. – 2-ге вид., переробл. та доповн. – Харків : Бурун Книга, 2009. – 656 с.
41. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування / Д.Д. Третяк // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 12. – С. 43–47.
42. Тузінський В. В. Аналітичні аспекти управління медичним страхуванням в Україні / В.В. Тузінський, Л.О. Матвійчук, Д.І. Форкун // Дослідження передових горизонтів глобального прогресу: виклики та інноваційні концепції : Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. – м. Севілья, Іспанія, 2023.
43. Федорова Н. О. Медичне страхування в системі державного регулювання страхової діяльності / Н.О. Федорова // Вісник Національного університету цивільного захисту України. Сер. : державне управління. – 2018.– Вип. 1 (8). – С. 201–211
44. Федорова Н. О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні / Н.О. Федорова // Держава та регіони. Серія: державне управління. – 2019. – № 1. – С. 110–115
45. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні / І. М. Федорович // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. – 2017. – Вип. 23(2). - С. 76-80.

46. Фінансова звітність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» за 2020 рік [Електронний ресурс] / Офіційний сайт ПрАТ «Страхова компанія «АРКС». – Режим доступу : <https://arx.com.ua/publiczna-ta-finansova-informatsiya>
47. Фінансова звітність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» за 2021 рік [Електронний ресурс] / Офіційний сайт ПрАТ «Страхова компанія «АРКС». – Режим доступу : <https://arx.com.ua/publiczna-ta-finansova-informatsiya>
48. Фінансова звітність ПрАТ «Страхова компанія «АРКС» за 2022 рік [Електронний ресурс] / Офіційний сайт ПрАТ «Страхова компанія «АРКС». – Режим доступу : <https://arx.com.ua/publiczna-ta-finansova-informatsiya>
49. Шевчук Ю. В. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні: фінансовий аспект / Ю. В. Шевчук // Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. : Економічні науки. - 2017. - Вип. 27(3). - С. 94-97.
50. Штепенко К.П. Стан добровільного медичного страхування в контексті розгляду діяльності страхових компаній [Електронний ресурс] / К.П. Штепенко, Т.І. Борисова // Ефективна економіка. – 2019. – № 2. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6893>
51. Юрченко О. Медичне страхування як інструмент забезпечення демографічної безпеки країни / О. Юрченко, О. Свирида, С. Ковальчук // Цифрова економіка та економічна безпека. – 2022. – № 2(02). – С.142-147
52. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні / І.Є. Януль. – Економіка та держава. – 2021. – № 4. – С. 87–91.

Додатки