

Хмельницький національний університет
Факультет економіки і управління
Кафедра фінансів, банківської справи, страхування та фондового ринку

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Добровільне медичне страхування: сутність та особливості реалізації за матеріалами ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

Рівень вищої освіти бакалавр

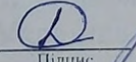
Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»
Шифр і найменування

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

Освітня програма Фінанси, банківська справа та страхування

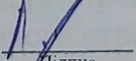
КВРФБС 021151.01.12.00

Виконав студент IV курсу, група ФБС-21-1
Шифр


Підпис

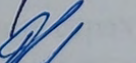
Олександр СЕМЕНИШЕН
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник канд. екон. наук, доцент
Науковий ступінь, учене звання


Підпис

Леся МАТВІЙЧУК
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

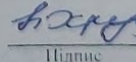
Нормоконтролер


Підпис

Олександр СЕМЕНИШЕН
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Завідувач кафедри фінансів, банківської
справи, страхування та фондового ринку
Позва


Підпис

Ніла ХРУЩ
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

19.06 2025
Дата

Хмельницький 2025

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки і управління

Кафедра фінансів, банківської справи, страхування та фондового ринку

Рівень вищої освіти бакалавр

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр і найменування

Спеціальність 072 «Фінанси, банківська справа та страхування»

Шифр і найменування

Освітня програма «Фінанси, банківська справа та страхування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри ФБСС

Ніла ХРУЩ *Н.Хрущ*

10 02 2025

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Семенішена Олександра Олександровича

1 Тема роботи: Добровільне медичне страхування: сутність та особливості реалізації за матеріалами ПрАТ «СК «Євроінс Україна».

Керівник роботи Матвійчук Леся Олексіївна, канд. екон. наук, доцент
Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, учене звання

Затверджено наказом ректора університету від 07.02.2025 № 23 (додаток № 5)

2 Строк подання студентом роботи на кафедру до 07.06.2025

3 Вихідні дані до роботи: законодавчі та нормативні акти; спеціальна методична та наукова література (вітчизняні та зарубіжні видання); періодичні видання за темою дослідження; фінансова звітність ПрАТ «СК «Євроінс Україна».

4 Зміст роботи (перелік питань, що їх належить розробити)

1 Теоретико-методичні засади добровільного медичного страхування.

2 Аналітико-практичні аспекти добровільного медичного страхування.

5 Перелік графічного матеріалу:

1. Підходи до трактування сутності поняття «медичне страхування»

2. Особливості, суб'єкти, об'єкти та функції добровільного медичного страхування

3. Схема добровільного медичного страхування

4. Динаміка страхових премій за страхування здоров'я (медичним страхування) у 2022-2024 роках

5. Динаміка страхових виплат за договорами медичного страхування у 2022-2024 роках

6. Динаміка власного капіталу ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

7. Динаміка загального обсягу зобов'язань ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

8. Динаміка доходів за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

9. Динаміка страхових премій за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

10. Динаміка страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

6 Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

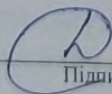
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7 Дата видачі завдання: 10 лютого 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН


Назва розділів (етапів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання	Примітка
1 Затвердження плану кваліфікаційної роботи	до 10.04.2025	Виконано
2 Аналіз, систематизація економічної літератури, збір та обробка статистичних матеріалів, фінансової звітності за темою кваліфікаційної роботи	до 25.04.2025	Виконано
3 Написання текстової частини кваліфікаційної роботи	до 25.05.2025	Виконано
4 Підготовка ілюстративних матеріалів та оформлення кваліфікаційної роботи	до 01.06.2025	Виконано
5 Попередній захист кваліфікаційної роботи	до 14.06.2025	Виконано
6 Захист кваліфікаційної роботи	з 18.06.2025	Виконано

Студент


Підпис

Олександр СЕМЕНИШЕ
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник кваліфікаційної роботи


Підпис

Леся МАТВІЙЧУК
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Студент: Олександр Семенишен

Керівник: Леся Матвійчук, к.е.н, доцент

Тема роботи: Добровільне медичне страхування: сутність та особливості реалізації за матеріалами ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

Ключові слова: страхова компанія, медичне страхування, добровільне медичне страхування, ризики, асистанс.

Мета роботи: поглиблення теоретико-методичних положень і практичних підходів до організації добровільного медичного страхування.

Об'єктом кваліфікаційної роботи є добровільне медичне страхування.

Предмет дослідження є теоретико-методичні аспекти та практичні рекомендації щодо організації добровільного медичного страхування.

За результатами дослідження сформульовані такі висновки: проаналізовано погляди науковців на сутність поняття «медичне страхування», виокремлено наукові підходи до його трактування, визначено особливості, суб'єкти, об'єкти, функції та ризики добровільного медичного страхування. Систематизовано види добровільного медичного страхування. Розглянуто особливості тарифної політики страховика та реалізації продуктів добровільного медичного страхування.

Визначені такі перспективи (шляхи) розвитку: розроблено напрями удосконалення добровільного медичного страхування.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 54 сторінки друкованого тексту. Робота містить 8 таблиць, 11 рисунків та 2 додатки. Список використаних джерел налічує 43 найменування.

Дата виконання кваліфікаційної роботи 6.06.2025

Дата захисту кваліфікаційної роботи 17.06.2025

Студент Олександр СЕМЕНИШЕН

(Ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

(підпис)

Зміст

Вступ	5
1 Теоретико-методичні засади добровільного медичного страхування	7
1.1 Економічна сутність, види та особливості добровільного медичного страхування	7
1.2 Тарифна політика страховика та реалізація продуктів добровільного медичного страхування	17
2 Аналітико-практичні аспекти добровільного медичного страхування	24
2.1 Аналіз сучасного стану ринку добровільного медичного страхування та фінансово-господарської діяльності ПрАТ «СК «Євроінс Україна» за 2022-2024 роки	24
2.2 Напрями удосконалення добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна»	37
Висновки	46
Список використаних джерел	49
Додатки	54

Вступ

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я дедалі більшої актуальності набуває питання ефективного фінансування медичних послуг, підвищення їхньої доступності та якості. Одним із важливих інструментів, що здатен забезпечити баланс між потребами населення та можливостями медичної системи, виступає медичне страхування. Особливу роль у цьому контексті відіграє добровільне медичне страхування, яке доповнює державну систему охорони здоров'я, розширюючи спектр медичних послуг і підвищуючи рівень індивідуального захисту громадян. В Україні, яка знаходиться в процесі медичної реформи, добровільне медичне страхування є перспективним напрямом розвитку, що дозволяє зменшити навантаження на державний бюджет, стимулювати розвиток приватного медичного сектору. Дослідження сутності та особливостей реалізації добровільного медичного страхування є важливим для формування ефективної моделі його впровадження в національну систему охорони здоров'я, з урахуванням кращих міжнародних практик і вітчизняних реалій.

Значну увагу практичним та теоретичним аспектам добровільного медичного страхування у своїх дослідженнях приділяють такі науковці як: Н. Внукова, Н. Нагайчук, О. Осадець, О. Гаманкова, О. Журавка, Я. Новосад, С. Онишко, Н. Федорова, Т. Терещенко та ін. З огляду на існуючі розробки та публікації з обраної проблематики, питання добровільного медичного страхування в умовах нових економічних реалій потребують подальшого вивчення.

Метою кваліфікаційної роботи є поглиблення теоретико-методичних положень і практичних підходів до організації добровільного медичного страхування.

Реалізація зазначеної мети передбачає виконання наступних завдань:

– визначити сутність та особливості добровільного медичного страхування;

- систематизувати види добровільного медичного страхування;
- дослідити функції добровільного медичного страхування;
- проаналізувати сучасний стан розвитку ринку добровільного медичного страхування;
- визначити напрями удосконалення добровільного медичного страхування.

Об'єктом кваліфікаційної роботи є добровільне медичне страхування.

Предмет дослідження є теоретико-методичні аспекти та практичні рекомендації щодо організації добровільного медичного страхування.

Методи дослідження. Теоретичною і методичною основою дослідження слугували: метод аналізу та синтезу – для розкриття сутності та специфіки добровільного медичного страхування; групування та формалізації – для дослідження видів добровільного медичного страхування; компонентного, системно-структурного аналізу – для дослідження ринку добровільного медичного страхування та оцінки фінансово-господарської діяльності ПрАТ «СК «Євроінс Україна»; таблично-графічні методи – для візуалізації результатів дослідження.

Практична значимість одержаних результатів полягає у систематизації видів та розробці напрямів удосконалення добровільного медичного страхування.

Інформаційну основу дослідження становлять наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених що висвітлюють теоретичні та прикладні аспекти медичного страхування; статистичні дані НБУ; інтернет-ресурси; фінансова звітність ПрАТ «СК «Євроінс Україна».

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 54 сторінки друкованого тексту. Робота містить 8 таблиць, 11 рисунків та 2 додатки. Список використаних джерел налічує 43 найменування.

1 Теоретико-методичні засади добровільного медичного страхування

1.1 Економічна сутність, види та особливості добровільного медичного страхування

Медичне страхування є невід’ємною складовою ефективною системи охорони здоров’я, що забезпечує не лише фінансову підтримку пацієнтам, а й сприяє стабільному фінансуванню медичних закладів, покращенню їх матеріально-технічної бази, підвищенню якості медичних послуг та розвитку новітніх медичних технологій. Для України, в сучасних умовах, розвиток медичного страхування є стратегічно важливим кроком, оскільки сприяє зменшенню фінансового навантаження на державу, стимулює розвиток приватного сектору в медичній сфері та покращує доступність медичної допомоги для різних категорій населення. Ефективне функціонування системи медичного страхування створює підґрунтя для формування гнучкої системи охорони здоров’я, здатної швидко реагувати на сучасні виклики й потреби суспільства та є важливим фактором для забезпечення сталого соціально-економічного розвитку країни.

З метою поглибленого розуміння сутності медичного страхування, важливо звернутись до аналізу наукових підходів, які відображають різноманіття трактувань цього поняття в сучасній економічній, правовій та соціальній науці. Розгляд поглядів вітчизняних і зарубіжних дослідників дає змогу виявити як спільні риси, так і відмінності у тлумаченні медичного страхування як економіко-правової категорії. Це дозволяє сформулювати цілісне уявлення про його функціональне призначення в системі охорони здоров’я, а також про роль у забезпеченні соціального захисту населення, механізмах перерозподілу фінансових ресурсів і підвищенні ефективності надання медичних послуг. Погляди науковців на визначення змісту поняття «медичне страхування» наведені у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Погляди науковців на визначення змісту поняття «медичне страхування»

Автор	Сутність поняття «медичне страхування»
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» [37, 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» [14, с. 55].
Т.Є.Терещенко, Л.О. Заволока, О.Б. Пономарьова	«Страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, у тому числі через хворобу та нещасний випадок» [36, с.124].
Н. М. Внукова	«Форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування» [35].
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» [34, с. 123].
Н.Г. Нагайчук	«Сукупність певних економічних взаємовідносин страхувальника, страховика та інших суб'єктів, за яких страховик зобов'язаний сформувати страхові резерви, за допомогою яких фінансуються заходи з попередження страхової події чи зменшення негативних наслідків від неї, а страхувальник, в свою чергу, забезпечує собі чи іншій застрахованій особі право на одержання медичної послуги за прояву страхових ризиків, шляхом сплати належних страхових премій» [21, с. 7].
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» [7, с. 737].
О.О. Белова	«Вид особистого страхування, який передбачає, згідно з законом або договором, обов'язки страховика з оплати, включеної до програми страхування медичної, лікарської та превентивної допомоги, одержаною застрахованою особою, за рахунок цільових фондів, сформованих через кошти підприємств, органів влади та громадян» [5, с.160].

Джерело: систематизовано автором на основі [5,7,14,21,34,35,36]

Наявність різноманітних трактувань до сутнісного наповнення поняття «медичне страхування» свідчить про складність та багатоаспектність даної

економічної категорії. На основі дослідження фахової економічної літератури можна виокремити економічний, соціальний, інституційно-правовий, комплексний підходи до трактування сутності даного поняття (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Підходи до трактування сутності поняття «медичне страхування»*

Джерело: систематизовано автором на основі [5,7,14,21,34,35,36]

Економічний підхід передбачає трактування медичного страхування як фінансово-економічного механізму, що забезпечує акумулювання грошових коштів у спеціалізованих страхових фондах для подальшого їх використання на покриття витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги. У цьому аспекті медичне страхування трактується як система перерозподілу ресурсів між застрахованими особами з метою мінімізації фінансових ризиків у разі захворювання.

Соціальний підхід акцентує увагу на медичному страхуванні як елементі соціального захисту населення, що гарантує доступ до медичних послуг незалежно від платоспроможності окремої особи. Згідно з цим підходом, медичне страхування виступає інструментом державної політики у сфері охорони здоров'я, покликаним забезпечити соціальну справедливість та рівні можливості для всіх громадян.

Інституційно-правовий підхід розглядає медичне страхування як систему відносин, регламентовану відповідними нормативно-правовими актами. Тут увага приділяється ролі державних і приватних інституцій (страхових компаній, фондів, медичних закладів) у функціонуванні системи, а також механізмам контролю, звітності та регулювання.

Комплексний підхід об'єднує елементи вищенаведених підходів і трактує медичне страхування як багатоаспектну категорію, що охоплює фінансові, соціальні, організаційні та правові компоненти. У цьому контексті поняття розглядається як сукупність економічних механізмів і соціальних гарантій, реалізація яких здійснюється через регламентовану систему інститутів і нормативів.

Отже, медичне страхування є складним багаторівневим явищем, яке поєднує риси економічної категорії, інструменту соціального захисту, об'єкта правового регулювання та організаційного механізму. Його ефективне функціонування потребує збалансованої взаємодії усіх цих складових.

Медичне страхування охоплює всі види страхового захисту, спрямовані на покриття витрат, які виникають у застрахованих осіб у разі виникнення проблем зі здоров'ям [40]. Це включає витрати на діагностику, амбулаторне та стаціонарне лікування, оперативні втручання, придбання медикаментів, реабілітацію та профілактичні заходи. Медичне страхування може здійснюватися як у формі обов'язкового медичного страхування (ОМС), що гарантує мінімальний обсяг медичних послуг за рахунок державних або страхових фондів, так і у вигляді добровільного медичного страхування (ДМС), яке дозволяє особі самостійно обрати розширений пакет медичних послуг або вищий рівень комфорту обслуговування.

«Сьогодні страхова медицина в Україні, через відсутність обов'язкової її складової, представлена лише у добровільній формі та частково доповнює фінансування медичних послуг для окремих громадян» [6].

Добровільне медичне страхування є ефективним механізмом соціального захисту, що поєднує інтереси держави, бізнесу та громадян. Його розвиток в Україні сприяє підвищенню рівня медичного обслуговування, зменшенню тіньових витрат у системі охорони здоров'я та забезпеченню соціальної справедливості. В умовах реформування медичної галузі та зростаючої ролі приватного сектору ДМС має стати одним з ключових інструментів побудови сучасної, ефективною та доступною системи охорони здоров'я в Україні.

Особливості, суб'єкти на об'єкти добровільного медичного страхування наведені на рисунку 1.2.

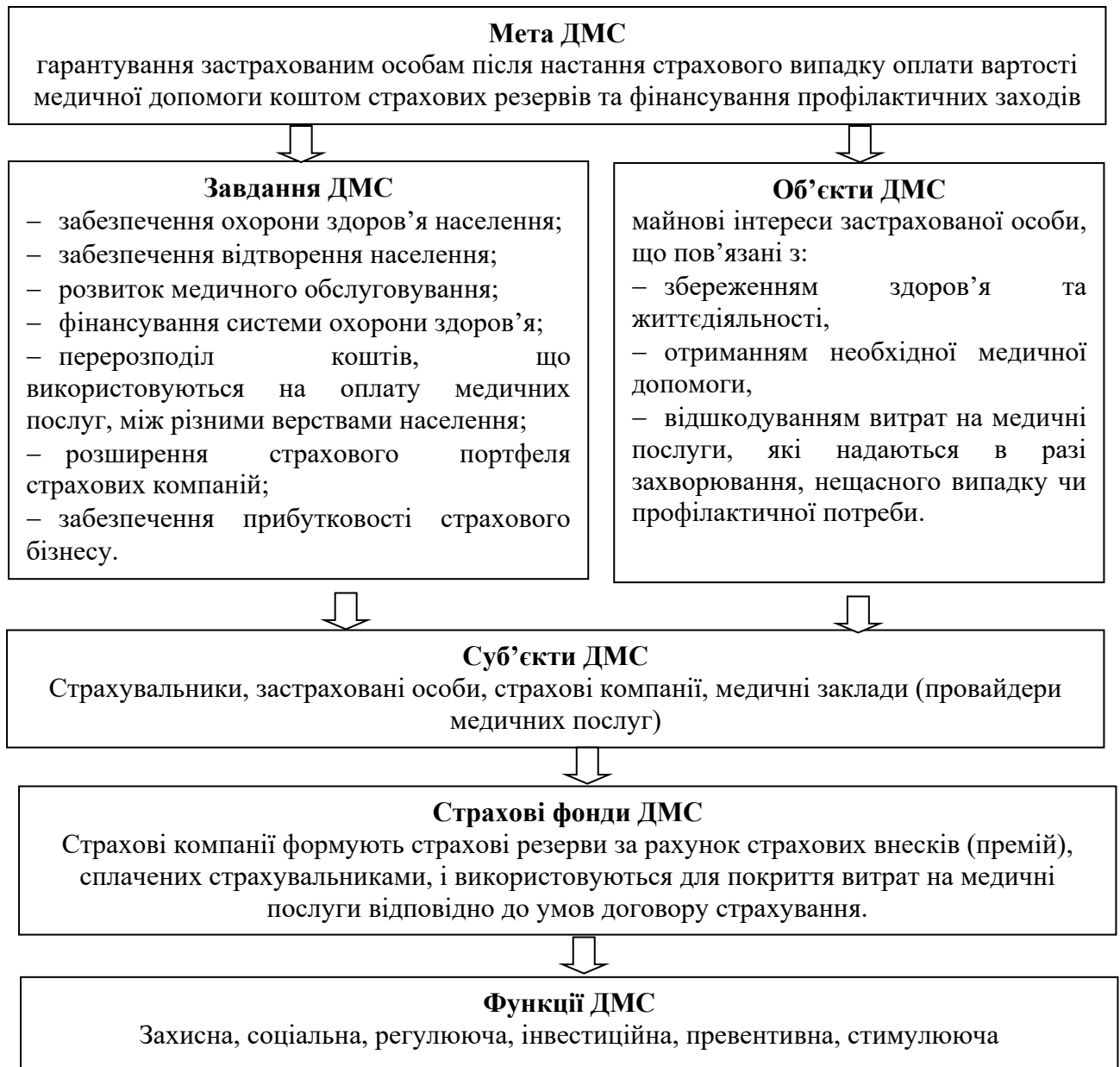


Рисунок 1.2 – Особливості, суб'єкти, об'єкти та функції добровільного медичного страхування

Джерело: складено автором на основі [35,36]

Суб'єктами добровільного медичного страхування виступають усі сторони, які беруть участь у страхових правовідносинах, основними з яких є страховальники, страховики, застраховані особи, медичні заклади (провайдери медичних послуг).

В таблиці 1.2 визначена характеристика суб'єктів за добровільним медичним страхуванням.

Таблиця 1.2 – Характеристика суб'єктів за добровільним медичним страхуванням

Суб'єкт	Характеристика
Страховальник	фізична або юридична особа, яка укладає договір добровільного медичного страхування зі страховиком та сплачує страхові внески. Це може бути сам застрахований (фізособа), або роботодавець, який страхує своїх працівників
Застрахована особа	фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, і яка має право на отримання медичних послуг, передбачених договором
Страховик	страхова компанія (фінансова установа, що має ліцензію), яка бере на себе зобов'язання з надання страхового захисту згідно з умовами договору та здійснює організацію або компенсацію медичних послуг
Медичні заклади (провайдери медичних послуг)	установи, які отримали ліцензію на право надання медичної допомоги і відповідно до договорів із страховиками надають медичну допомогу застрахованим особам (лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні установи, медичні інститути, інші установи, що надають медичну допомогу). Лікарі, які ведуть приватну практику та мають відповідну ліцензію, також можуть надавати медичну допомогу в рамках системи медичного страхування.
Асистуюча компанія	посередник між страховиком, медичним закладом та аптекою. Вона організує надання застрахованій особі медичної допомоги за Програмою ДМС.

Джерело: систематизовано автором на основі [21,35,36,38]

Різноманіття об'єктів страхування та ризиків, що охоплюються страховим покриттям, а також можливість поєднання різних форм страхового захисту відповідно до індивідуальних потреб страховальників створюють для страховиків умови для формування широкого спектра медичних страхових послуг, реалізованих через спеціалізовані страхові програми. Як товар на ринку, ці послуги покликані задовольняти потреби населення у фінансовому захисті від ризиків, пов'язаних з втратою здоров'я [19, с. 167].

Добровільне медичне страхування виконує низку важливих функцій, спрямованих на забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, підвищення соціального захисту громадян і оптимізацію витрат на лікування, а саме:

– захисна функція спрямована на фінансовий захист застрахованої особи від витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг у разі хвороби, травми чи інших страхових випадків;

– соціальна функція полягає у підвищенні рівня соціального захисту населення, оскільки добровільне медичне страхування сприяє розширенню доступу до медичних послуг для різних категорій громадян, зокрема для працівників підприємств, пенсіонерів, дітей, студентів тощо;

– регулююча (розподільча) функція забезпечує перерозподіл страхових платежів між усіма застрахованими в межах страхової групи;

– інвестиційна функція – страхові компанії можуть тимчасово вільні кошти (страхові резерви) інвестувати в економіку, що сприяє розвитку фінансової системи країни й забезпечує додаткову прибутковість компаніям;

– превентивна (профілактична) функція – сприяє запобіганню захворюванням шляхом стимулювання регулярних медичних оглядів, вакцинацій, консультацій та інших профілактичних заходів, які зазвичай входять у страхові пакети;

– стимулююча функція – мотивує як громадян, так і роботодавців дбати про стан здоров'я, забезпечувати безпечні умови праці та дотримуватись здорового способу життя, оскільки від цього залежить вартість страхування.

Ключовими аспектами добровільного медичного страхування є:

– добровільність – укладається на основі вільного волевиявлення сторін, тобто страхувальника і страховика;

– фінансовий захист – забезпечує покриття витрат на лікування, діагностику, медикаменти, хірургічне втручання, профілактику тощо.

– індивідуальний підхід: умови договору формуються залежно від потреб і фінансових можливостей застрахованої особи або організації;

– підвищення якості медичних послуг – надається доступ до медичних установ з кращим сервісом, коротшими чергами та ширшим спектром послуг.

– партнерство з приватними клініками – страхові компанії співпрацюють із сучасними медичними центрами;

– базується на принципі солідарної відповідальності, суть якої полягає в тому, що застрахований має право на отримання медичної допомоги у

передбачених страховим договором випадках та в межах, що відповідають розміру здійсненого страхового внеску.

Види добровільного медичного страхування класифікуються за різними критеріями, зокрема за обсягом покриття (медичних послуг), формою організації, категорією застрахованих осіб, способом організації медичної допомоги, категорією застрахованих осіб, наявністю франшизи (таблиця 1.3).

Таблиця 1.3 – Класифікаційна характеристика добровільного медичного страхування

Класифікаційна ознака	Види (форми) медичного страхування
За обсягом медичних послуг	Базові програми Розширені програми Спеціалізовані програми
За формою організації	Із закріпленням за конкретними медичними закладами Без фіксованих закладів (відшкодувальне страхування)
За територіальною ознакою	Внутрішнє Міжнародне
За категорією застрахованих осіб	Індивідуальне Сімейне Корпоративне
За способом організації медичної допомоги	Амбулаторно-поліклінічне страхування Стаціонарне страхування Комплексне страхування
За наявністю франшизи	Страхування з франшизою Страхування без франшизи

Джерело: систематизовано автором на основі [21,35,36,38]

За обсягом медичних послуг добровільне медичне страхування можна систематизувати на наступні види:

– базові програми – включають основний набір медичних послуг, до яких відносять консультації лікарів як загальної практики так і вузьких спеціалістів, діагностичні дослідження (аналізи, інструментальна діагностика), невідкладна медична допомога;

– розширені програми – до базового пакету включається додатковий набір послуг, до прикладу стоматологічну допомогу, планове стаціонарне лікування, реабілітацію, фізіотерапевтичні процедури, масаж, вакцинацію, профілактичні огляди;

– спеціалізовані програми орієнтовані на конкретні потреби страхувальника, наприклад, страхування від критичних захворювань (онкологія, інфаркт, інсульт), страхування подорожуючих, страхування для спортсменів.

За формою організації добровільне медичне страхування поділяється на:

– із закріпленням за конкретними медичними закладами – програми відповідно до яких, у разі настання страхового випадку медичні послуги надаються виключно в певних клініках, з якими страхова компанія уклала договори;

– без фіксованих закладів (відшкодувальне страхування) – у разі настання страхового випадку страхувальник може звертатися в будь-який медичний заклад, а страхова компанія компенсує витрати на лікування.

За способом організації медичної допомоги можна виокремити:

– амбулаторно-поліклінічне страхування – програми, які покривають витрати на звернення до лікарів, діагностику, лікування в поліклінічних умовах;

– стаціонарне страхування – покриває витрати на лікування в стаціонарі, включаючи перебування в палаті, медичні процедури, медикаменти;

– комплексне страхування – поєднує амбулаторно-поліклінічне та стаціонарне страхування.

За територією дії добровільне медичне страхування поділяється на:

– страхування, що діє на території України.

– міжнародне страхування – забезпечує медичну допомогу за кордоном.

За наявністю франшизи виділяють:

– страхування з франшизою – сутність такого виду страхування полягає у тому, що частину витрат при настанні страхового випадку оплачує страхувальник;

страхування без франшизи – у разі настання страхового випадку усі витрати в межах страхової суми покриває страхова компанія.

За категорією застрахованих осіб добровільне медичне страхування поділяється на: індивідуальне, сімейне та корпоративне страхування

Індивідуальне медичне страхування – це форма добровільного медичного страхування, яка передбачає укладення договору між фізичною особою (страхувальником) та страховою компанією для забезпечення себе медичними послугами у разі захворювання, нещасного випадку чи інших обставин, що потребують медичного втручання.

Сімейне медичне страхування є одним із видів добровільного медичного страхування, що передбачає оформлення страхового поліса, який покриває медичні витрати не лише страхувальника, а й членів його сім'ї. Зазвичай до членів сім'ї, яких можна включити до поліса, належать чоловік/дружина, діти (часто до певного віку), а іноді й батьки.

«Корпоративне медичне страхування – це вид добровільного медичного страхування працівників підприємства (установи, організації), який орієнтований на задоволення конкретних потреб персоналу у медичному обслуговуванні на випадок настання страхового випадку, має чіткий груповий поділ (вік, група здоров'я, умови праці тощо), здійснюється за рахунок коштів суб'єкта господарювання та має соціальну спрямованість» [33, с. 109].

Підприємство укладається один договір страхування, що поширюється на всіх або певну категорію співробітників компанії. Після звільнення з підприємства працівник втрачає право на медичне страхування.

Корпоративне медичне страхування є не лише соціальним та іміджевим фактором для суб'єкта господарювання, а й дозволяє зменшити базу оподаткування підприємства податком на прибуток. Так, відповідно до Податкового кодексу України, підприємство може включати до витрат, що зменшують об'єкт оподаткування податком на прибуток, страхові внески (премії) за договорами добровільного медичного страхування працівників.

Корпоративне медичне страхування є взаємовигідним інструментом як для бізнесу, так і для його співробітників, сприяючи підвищенню продуктивності праці, покращенню соціального клімату в колективі та забезпеченню здоров'я працівників.

1.2 Тарифна політика страховика та реалізація продуктів добровільного медичного страхування

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я добровільне медичне страхування стає важливим інструментом забезпечення доступу до якісних медичних послуг. Одним із ключових аспектів ефективного функціонування ДМС є розробка виваженої тарифної політики страховика, яка визначає не лише конкурентоспроможність страхових продуктів на ринку, але й гарантує фінансову стійкість, платоспроможність страхової компанії, збалансованість між витратами та прибутками, а також відповідність очікуванням споживачів. У процесі реалізації страхових продуктів ДМС важливо враховувати специфіку медичних послуг, ризикову оцінку, потреби цільових груп та тенденції ринку. В сучасних умовах господарювання дослідження тарифної політики страховика в контексті добровільного медичного страхування є актуальним і практично значущим як для страховиків, так і для споживачів страхових послуг.

«Поліс добровільного медичного страхування визначає обсяг медичних послуг, що надаються за програмою, а також забезпечує гнучкість у виборі умов отримання медичної допомоги. Завдяки таким програмам розширюються можливості пацієнтів щодо доступу до профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів, що сприяє підвищенню якості медичного обслуговування. Розмір тарифів на медичні та супутні послуги в межах добровільного медичного страхування визначається на основі домовленості між страховою компанією та медичним закладом, який надає послуги застрахованим особам» [36, с.129].

Тарифна політика страхової компанії у добровільному медичному страхуванні є ключовим елементом фінансового планування, який визначає вартість страхових продуктів, їхню конкурентоспроможність та привабливість для потенційних клієнтів. Формування тарифів базується на комплексному аналізі ризиків, статистичних даних про захворюваність, вартості медичних

послуг, адміністративних витрат та очікуваного прибутку страховика. Страхова компанія при розрахунку страхових тарифів враховує низку чинників, зокрема вік, стан здоров'я, професійну діяльність, спосіб життя застрахованої особи, а також обсяг і перелік медичних послуг, що включені до програми. Важливу роль відіграє співпраця з медичними установами: саме на основі узгоджених умов обслуговування визначаються ціни на медичні послуги, що, у свою чергу, впливає на кінцеву вартість полісу для клієнта.

Принципи тарифної політики страховика в добровільному медичному страхуванні формують економічну основу діяльності страхової компанії у сфері медичного страхування та гарантують фінансову стійкість програми. Основними принципами тарифної політики страховика в ДМС є:

- актуарна обґрунтованість – розрахунок тарифів ґрунтується на статистичних даних щодо частоти та вартості страхових випадків, показників захворюваності в регіоні, рівня смертності; демографічних характеристик фізичних осіб, а також прогнозах витрат страховика;

- еквівалентність зобов'язань – страховий тариф повинен відповідати очікуваному обсягу страхових виплат та покривати витрати на ведення справи в повному обсязі, забезпечуючи при цьому закладений рівень прибутковості для страхової компанії;

- індивідуалізація тарифів – під час розрахунку індивідуальних страхових тарифів враховується вік, стан здоров'я, спосіб життя, професійні ризики та інші особистісні характеристики застрахованої особи, що впливають на рівень страхового ризику. Якщо страхування здійснюється за уніфікованими програмами, то страховий тариф не враховує індивідуальних характеристик страхувальника;

- прозорість і зрозумілість – обсяг страхового покриття та механізм розрахунку страхових виплат мають бути чітко прописані в договорі та зрозумілими для страхувальника;

- гнучкість – страховик має можливість адаптувати тарифи залежно від змін у ринкових умовах, вартості медичних послуг, запровадження нових програм чи сервісів;

– конкурентоспроможність – рівень тарифів має бути привабливим для страхувальників, відповідати якості послуг і водночас дозволяти страховій компанії конкурувати на ринку медичного страхування;

– фінансова стійкість – розмір страхового тарифу має бути достатнім та забезпечувати здатність страховика виконати свої зобов'язання перед страхувальниками навіть у разі зростання кількості страхових випадків.

Гнучкість тарифної політики дозволяє страховим компаніям адаптувати свої продукти до потреб різних категорій населення – як фізичних осіб, так і корпоративних клієнтів.

Схема добровільного медичного страхування наведена на рисунку 1.3

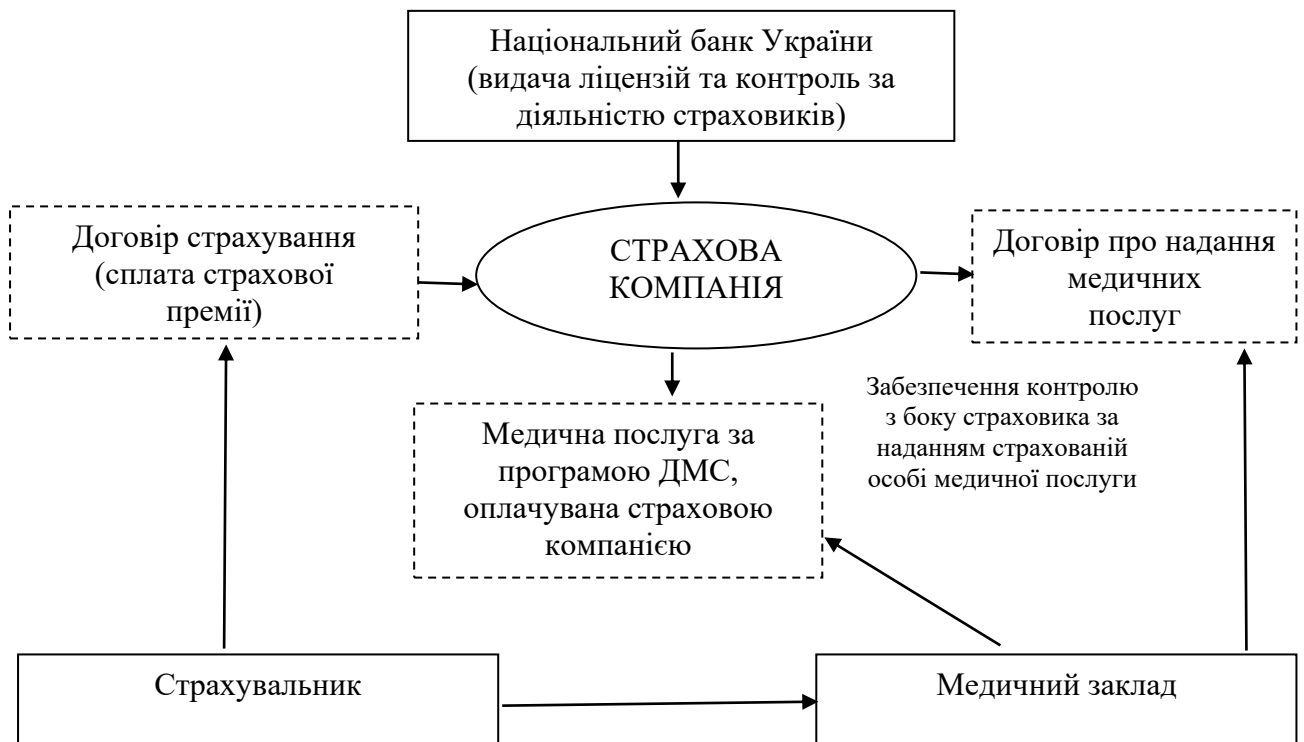


Рисунок 1.3 – Схема добровільного медичного страхування

Джерело: [25, с.5]

Реалізація страхових продуктів починається з формування страхових програм, які адаптуються до потреб різних цільових аудиторій – фізичних осіб, сімей, корпоративних клієнтів тощо. Наступним етапом є маркетинг і просування страхових продуктів, що здійснюється через власні канали збуту страхової компанії, страхових агентів, брокерів, а також онлайн-платформи.

Ефективне просування ДМС ґрунтується на розумінні потреб цільової аудиторії, аналітиці ринку та конкурентному позиціонуванні. Основними каналами просування є пряма реклама (через ЗМІ, інтернет, зовнішню рекламу), цифровий маркетинг (соціальні мережі, контекстна реклама), участь у галузевих заходах, а також робота через агентські та брокерські мережі. Особливої популярності набувають онлайн-інструменти — корпоративні сайти, мобільні додатки, вебінари та персоналізовані консультації.

Для корпоративного сегменту для інформування про програми добровільного медичного страхування використовуються презентації для керівництва компаній, індивідуальні переговори, участь у тендерах та пропозиції комплексного медичного забезпечення для персоналу. Для фізичних осіб важливо акцентувати на доступності медичних послуг, гнучкості програм, можливості уникнути черг і отримати якісну допомогу. Ключовим елементом просування є формування довіри до страхової компанії через прозорість умов, позитивні відгуки, надійність партнерських медичних закладів і якість клієнтського сервісу.

Успішне просування програм добровільного медичного страхування вимагає системного підходу, інноваційних рішень у комунікації з клієнтами та постійного вдосконалення страхових продуктів відповідно до змін у медичній сфері та суспільних запитих.

Правові відносини між основними учасниками добровільного медичного страхування – страхувальником, страховиком і закладом охорони здоров'я — регулюються двома окремими, але водночас взаємопов'язаними договорами. Перший із них – це договір страхування, що укладається між страхувальником (фізичною або юридичною особою) та страховиком і визначає умови, обсяг, терміни та порядок надання страхового захисту.

Договір добровільного медичного страхування укладається на платній основі. Його обов'язковою умовою є внесення страхових платежів, які забезпечують формування грошового фонду страховика. Саме з цього фонду здійснюється фінансування витрат у разі настання страхових випадків з метою задоволення потреб страхувальників [27, с.26].

Оскільки добровільне медичне страхування належить до ризикових видів, договір не передбачає обов'язку страховика виплачувати страхову суму чи повертати страхові платежі після завершення терміну його дії, тобто якщо протягом дії договору страховий випадок не настав, то страхова компанія не має зобов'язань перед страхувальником (застрахованою особою).

Другий – договір про надання медичних послуг, укладений між страховою компанією та лікувально-профілактичним закладом, який безпосередньо надає медичну допомогу застрахованим особам згідно з умовами обраної програми. Кожен договір добровільного медичного страхування базується на затвердженій страховою компанією програмі добровільного медичного страхування, яка визначає перелік медичних послуг, порядок їх надання, перелік медичних установ-партнерів, а також правила врегулювання страхових випадків. Саме ця програма є основою для формування змісту як страхового договору, так і договору з медичним закладом.

Узгодженість між цими двома контрактами забезпечує ефективне функціонування системи добровільного медичного страхування та гарантує застрахованим особам своєчасне і якісне отримання медичних послуг.

«Розмір страхової відповідальності за договором добровільного медичного страхування визначається конкретним переліком страхових випадків, які передбачені умовами договору. Обов'язок страхової компанії здійснити страхову виплату виникає лише у разі настання одного з таких випадків. Страховим випадком вважається звернення застрахованої особи до медичного закладу під час дії договору страхування із скаргами на стан здоров'я, за умови, що виявлені симптоми або захворювання відповідають тим, що прямо зазначені в договорі як підстави для надання страхового покриття» [11, с. 150].

Гранична сума відповідальності страхової компанії визначається залежно від умов обраної програми страхування. Саме вартість цієї програми і обсяг послуг, що до неї входять, формують межі фінансових зобов'язань страхової компанії перед страхувальником.

Роль страховика як посередницької ланки в системі медичного страхування є значно ширшою та вагомішою, ніж просте переведення коштів. Страхова компанія виступає своєрідним медичним асистансом для застрахованої особи, беручи на себе значну частину організаційних та контрольних функцій, що значно полегшує процес отримання якісної медичної допомоги. У разі виникнення спірних ситуацій між застрахованим та медичним закладом, страховик виступає на боці клієнта, надаючи юридичну та консультаційну підтримку. Він контролює дотримання прав пацієнта та забезпечує виконання умов страхового обслуговування. Страховики забезпечують довідкову службу для оперативного вирішення питань, що виникають у клієнтів.

Основними функціями довідкових служб або консультаційних центрів страхових компаній є:

- попереднє узгодження візиту застрахованої особи до лікаря (попередній запис);
- інформування застрахованих осіб (страхувальників) про їх права та обов'язки, умови страхового договору, перелік медичних закладів-партнерів та порядок отримання медичної допомоги;
- роз'яснення проблемних питань та надання підтримки застрахованій особі у разі настання страхового випадку;
- організація оперативного надання екстреної та невідкладної медичної допомоги застрахованим особам у разі настання страхового випадку;
- у рамках страхового покриття здійснення організації планової та екстреної госпіталізації застрахованої особи до стаціонару;
- у разі настання страхового випадку контроль за якістю медичних послуг [36, с. 132].

Отже, добровільне медичне страхування є важливим інструментом у сучасній системі охорони здоров'я, що забезпечує громадянам та юридичним особам розширений доступ до якісної медичної допомоги за рахунок страхових механізмів. Страховик у цій системі виступає ключовою посередницькою

ланкою, що не лише фінансує медичні послуги, але й організовуючи їх надання, контролює якість та захищає інтереси страхувальників (застрахованих осіб).

Тарифна політика страховика в системі добровільного медичного страхування є складним та багатофакторним процесом, що враховує різноманітні чинники ризику, обсяг страхового покриття, особливості клієнтської бази, конкурентне середовище та власні операційні витрати страховика. Розуміння цих факторів є критично важливим як для страхових компаній при формуванні конкурентоздатних та фінансово стійких тарифів, так і для страхувальників при виборі оптимальної програми страхування, що відповідає їхнім потребам та фінансовим можливостям.

2 Аналітико-практичні аспекти добровільного медичного страхування

2.1 Аналіз сучасного стану ринку добровільного медичного страхування та фінансово-господарської діяльності ПрАТ «СК «Євроінс Україна» за 2022-2024 роки

Становлення ринку добровільного медичного страхування в Україні є важливим етапом розвитку національної системи охорони здоров'я, особливо в умовах її трансформації та децентралізації. Добровільне медичне страхування виконує роль альтернативного джерела фінансування медичних послуг і водночас забезпечує громадянам можливість отримувати якісну та швидку медичну допомогу поза межами державного забезпечення. На тлі соціально-економічних викликів, військових дій та дефіциту бюджетного фінансування, добровільне медичне страхування стає все більш затребуваним як серед фізичних осіб, так і в корпоративному секторі. Ринок поступово розвивається, страхові компанії вдосконалюють програми, впроваджують нові сервіси, зокрема телемедицину, цифровий супровід клієнтів, співпрацю з приватними медичними закладами, що підвищує рівень доступності та комфорту для застрахованих. Втім ситуація на страховому ринку, в цілому, як і на ринку добровільного медичного страхування, зокрема, залишається складною. Протягом 2022–2024 років страховий ринок України зазнав значного структурного скорочення: кількість діючих страхових компаній зменшилася на 50,78%, і станом на кінець 2024 року на ринку функціонувало лише 65 страховиків. Упродовж 2024 року страхову діяльність припинили 36 компаній, з яких 34 здійснювали ризикове страхування. Така тенденція посилила процес концентрації ринку: частка п'яти провідних страховиків у сегменті ризикового страхування за обсягом страхових премій зросла з 39% до 42%, а частка десяти найбільших компаній — із 65% до 71%.

Проаналізуємо основні показники розвитку медичного страхування у 2022-2024 роках (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 – Основні показники розвитку страхування здоров'я (медичне страхування) в 2022-2024 роках

Показники	Рік			Абсолютне відхилення (+,-) млн грн		Відносне відхилення (приріст / зменшення), %	
	2022	2023	2024	2023/2022	2024/2023	2023/2022	2024/2023
Страхові премії	5526,2	6024,3	7158,5	498,1	1134,2	9,01	18,83
у тому числі від резидентів, із них:	5320,8	5638,3	6846,2	317,5	1207,9	5,97	21,42
від перестраховальників	48,7	22,4	0	-26,3	-22,4	-54,00	-100
від страхувальників – юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців	3317,3	3728,5	4640,4	411,2	911,9	12,40	24,46
від страхувальників – фізичних осіб	1954,8	1887,4	2088,3	-67,4	200,9	-3,45	10,64
у тому числі від нерезидентів, із них:	205,4	385,9	0,312	180,5	-385,588	87,88	-99,92
від страхувальників – юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців	176,3	366,1	0,288	189,8	-365,812	107,66	-99,92
від страхувальників – фізичних осіб	29,0	19,9	0,024	-9,1	-19,876	-31,38	-99,88
Частки страхових (перестрахових) премій, що повертаються страхувальникам	642,9	279,4	171	-363,5	-108,4	-56,54	-38,80
Страхові виплати	2595,3	3105,1	4319,7	509,8	1214,6	19,64	39,12
у тому числі резидентам:	2572,8	3075,2	4204,5	502,4	1129,3	19,53	36,72
перестраховальникам	0,1	0,1	0	0	-0,1	0,00	-100,00
страхувальникам – юридичним особам, фізичним особам- підприємцям	1606,2	1804,2	0,724	198	-1803,48	12,33	-99,96
страхувальникам – фізичним особам	966,6	1270,8	3480,4	304,2	2209,6	31,47	173,87
у тому числі нерезидентам:	22,5	29,9	0,115	7,4	-29,785	32,89	-99,62
страхувальникам – юридичним особам, фізичним особам- підприємцям	4,9	5,5	0,006	0,6	-5,494	12,24	-99,89
страхувальникам – фізичним особам	17,5	24,5	0,109	7	-24,391	40,00	-99,56
Витрати на врегулювання збитків	118,7	144,1	198	25,4	53,9	21,40	37,40
Комісійна винагорода страхових посередників	669,2	716,8	773	47,6	56,2	7,11	7,84
Витрати на ведення та обслуговування страхової діяльності	705,1	748,0	118	42,9	-630	6,08	-84,22
Технічні резерви	1909,9	2352,5	1400	442,6	-952,5	23,17	-40,49
резерв премій	1406,2	1832,6	0,791	426,4	-1831,81	30,32	-99,96
резерв збитків	503,7	520,1	0,609	16,4	-519,491	3,26	-99,88

Джерело : побудовано та пороховано за даними [23]

Аналіз сучасного стану розвитку ринку добровільного медичного страхування дозволяє виявити ключові тенденції, проблеми та визначити перспективні напрями зростання, що має важливе значення як для страхових компаній, так і для державної політики у сфері охорони здоров'я.

На основі проведених розрахунків, що зведено у таблиці 2.1 відмітимо, що загальний обсяг страхових премій, які надійшли за страхуванням здоров'я (медичним страхуванням) у 2023 році склав 6024,3 млн грн, що на 9,01 % або на 498,1 млн грн більше, ніж у 2022 році. У 2024 році їх обсяг склав 7158,5 млн грн, що на 18,83 % або на 1134,2 млн грн більше, ніж у 2023 році (рисунок 2.1).

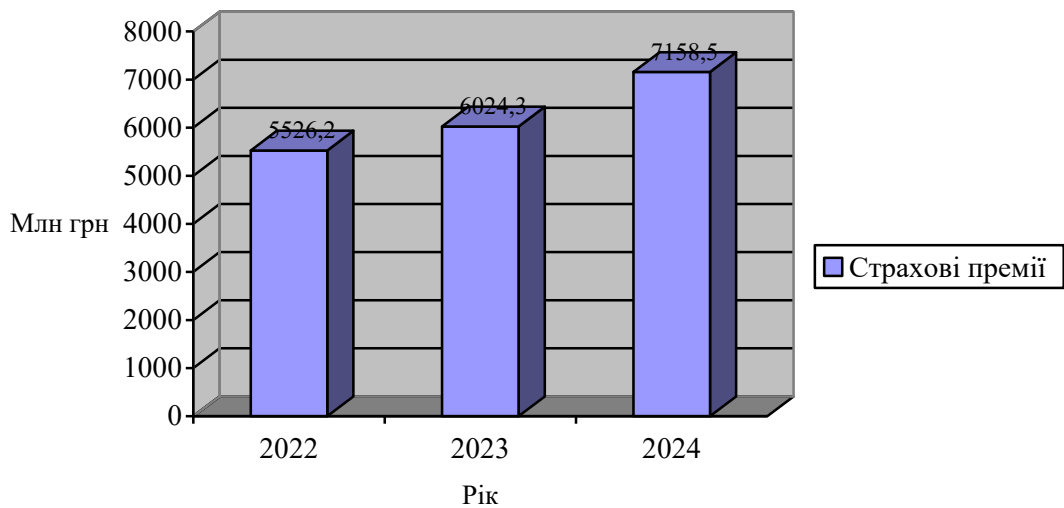


Рисунок 2.1 – Динаміка страхових премій за страхування здоров'я (медичним страхування) у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.1

За період з 2022 по 2024 рік обсяг страхових премій, демонстрував стійке зростання, що свідчить про поступове відновлення довіри до страхового ринку, а також про адаптацію галузі до умов воєнного часу.

У 2023 році обсяг страхових премій, які надійшли від резидентів, у порівнянні з 2022 роком зріс на 5,97 % або на 317,5 млн грн і склав 5638,3 млн грн. У 2024 році, у порівнянні з 2023 роком обсяг премій від резидентів за договорами медичного страхування зріс на 21,42 % або на 1207,9 млн грн і склав 6846,2 млн грн. Зростання премій від резидентів протягом аналізованого

періоду свідчить про довіру населення та бізнесу до внутрішніх страховиків і збільшення їх страхових потреб.

Страхові премії від резидентів перестраховальників протягом 2022-2024 років суттєво скоротилися. У 2023 році їх обсяг у порівнянні з 2022 роком зменшився на 54 % і склали 22,4 млн грн. У 2024 році страхових премій від перестраховальників не надходило. В цілому, таке різке падіння показника свідчить про зменшення ролі внутрішнього перестраховування на ринку.

Страхові премії від резидентів страхувальників – юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців у 2023 році склали 3728,5 млн грн, що на 12,4 % більше, ніж у 2022 році. У 2024 році значення показника зросло, у порівнянні з 2023 роком на 24,46 % та склало 4640,4 млн грн. Значне зростання внесків від корпоративного сектору через поширення ДМС є ознакою посилення фінансової грамотності бізнесу та створення комфортних умов праці.

Страхові премії від резидентів страхувальників – фізичних осіб, у 2023 році склали 1887,4 млн грн, що на 3,45 % менше, ніж у 2022 році. У 2024 році обсяг премій за добровільним медичним страхуванням від фізичних осіб зріс, у порівнянні з 2023 роком на 10,64 % та склав 2088,3 млн грн.

Обсяг страхових премій від нерезидентів у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком зріс на 87,88 % і склав 385,9 млн грн, а у 2024 році їх обсяг значно скоротився, а саме на 99,92 % і склав 312 тис. грн.

Проаналізувавши структуру надходжень страхових премій за договорами страхування здоров'я (медичного страхування) за каналами збуту у 2024 році відзначимо, що 54 % (3870236 тис. грн) усіх надходжень спостерігалось від агентська мережа (фізичні, ФОП та юридичні особи); 23 % (1646662 тис. грн) – прямі продажі страховиків; 21,97 % (1573106 тис. грн) – страховий/перестраховий брокер; 0,5 % – банк (у т.ч. банківський агрегатор).

Частки страхових (перестрахових) премій, що повертаються страхувальникам у 2023 році становили 279,4 млн грн, що на 56,54 % менше, у порівнянні з 2022 роком. У 2024 році, в порівнянні з 2023 роком, показник зменшився на 38,8 % і склав 171 млн грн.

Загальний обсяг страхових виплат за договорами медичного страхування у 2023 році становив 3105,1 млн грн, що на 19,64 % більше, ніж у 2022 році. У 2024 році їх обсяг страхових виплат у порівнянні з 2023 роком зріс на 39,12 % або на 1214,6 млн грн (рисунок 2.2). У структурі страхових виплат суттєво переважає частка виплат фізичним особам, яка у 2024 році становила 80,57 %. В цілому у 2022 році фізичним особам резидентам було виплачено 996,6 млн грн, у 2023 році обсяг виплат зріс на 31,47 % у порівнянні з минулим роком і склав 1270,8 млн грн, а у 2024 році обсяг виплат склав 3480,4 млн грн, що на 173,87 % більше, ніж у 2023 році.

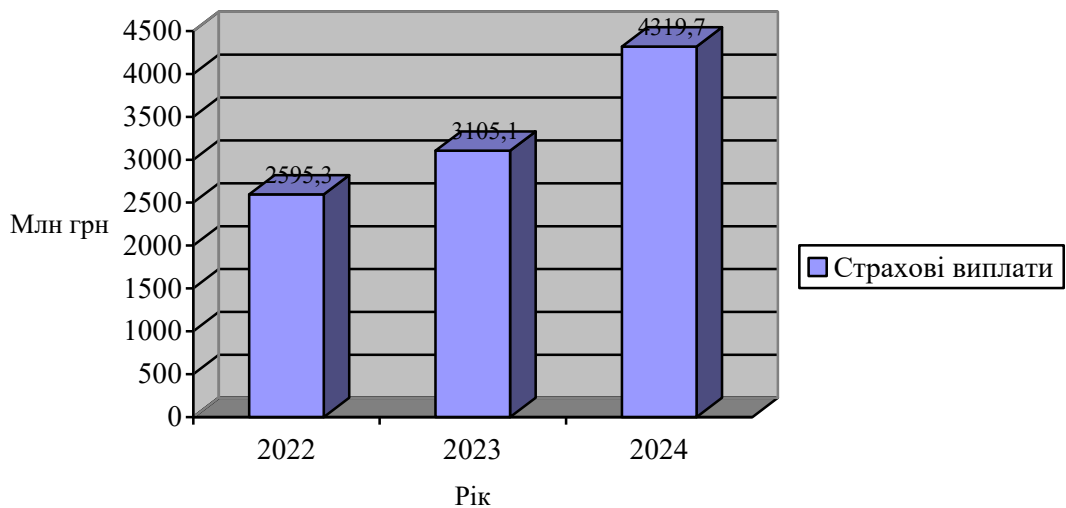


Рисунок 2.2 – Динаміка страхових виплат за договорами медичного страхування у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.1

Протягом 2022–2024 років страхові виплати за договорами медичного страхування в Україні значно зросли, особливо значне зростання спостерігалось у 2024 році, що свідчить про ефективність роботи страховиків, посилення ролі страхування як інструменту соціального та фінансового захисту населення, а також про зрілість ринку в умовах тривалих кризових подій.

Обсяг страхових виплат, які сплачені за програмами медичного страхування юридичним особам-страхувальникам у 2022 році становили 1606,2

млн грн, у 2022 році, їх обсяг склав 1804,2 млн грн, що на 12,33 % більше, ніж у 2022 році. У 2024 році обсяг страхових відшкодувань за програмами ДМС юридичним особам-страхувальникам, у порівнянні з 2023 роком зменшився на 99,96 % і склав 724 тис. грн.

Кількість договорів прямого страхування та вхідного перестрахування, діючих на кінець 2024 року склала 462574 тис, з них 97,5 % або 451151 тис. це договори із фізичними особами.

У період 2022–2024 років ринок добровільного медичного страхування України демонструє поступове відновлення та структурне укріплення, попри значний вплив воєнного стану та економічних викликів. Загальний обсяг страхових премій зріс майже на 30 %, що свідчить про зростання довіри до страхової системи з боку резидентів – як фізичних осіб, так і корпоративного сектору. Ключову роль у цьому процесі відіграє корпоративний сегмент резидентів, який забезпечив найбільший приріст надходжень. Це свідчить про усвідомлення бізнесом важливості страхового захисту, зокрема в умовах високих ризиків. Натомість участь фізичних осіб залишалася нестабільною, але у 2024 році також продемонструвала позитивну динаміку. Водночас значне скорочення премій від нерезидентів та фактичне виключення перестрахувальників з ринку вказує на певну ізоляцію ринку та зниження міжнародної активності у сфері страхування. Особливо тривожним є майже повне зникнення надходжень від фізичних осіб-нерезидентів, що може бути наслідком як еміграційних процесів, так і низької привабливості національного страхового продукту для іноземців.

У цілому, фінансові показники підтверджують стійкість ринку до кризових викликів, однак подальше зростання вимагатиме посилення роботи зі страховими продуктами для населення, відновлення співпраці з міжнародними партнерами та цифровізації послуг.

Проаналізувавши основні показники ринку добровільного медичного страхування проаналізуємо фінансово-господарську діяльність ПрАТ «СК «Євроінс Україна» за 2022-2024 роки.

Страхова компанія працює на ринку страхових послуг України з 1992 року, втім за 32 роки свого існування двічі змінювала власника та назву. Так, у 2008 році було оновлено структуру акціонерного капіталу, і страхова компанія увійшла до складу німецького холдингу Talanx International AG, розпочавши діяльність під новим брендом HDI Страхування. Завдяки приєднанню до міжнародної групи з Німеччини вдалося істотно підвищити рівень операційної дисципліни та впровадити сучасні європейські стандарти ведення страхової діяльності. У 2016 році відбулася чергова зміна власника, а саме: права на акції HDI Страхування були передані одній із найбільших незалежних страхових груп Європи – EUROINS INSURANCE GROUP (EIG). У зв'язку з цим компанія змінила назву на Євроінс Україна.

Понад 250 тисяч клієнтів вже довірили компанії страхування своєї відповідальності, що є підтвердженням високого рівня довіри до Євроінс, яка стабільно дотримується затверджених стандартів обслуговування. У щоквартальному рейтингу діяльності страховиків «Світлофор» компанія послідовно отримує «зелене світло» від МТСБУ, що свідчить про її надійність. Євроінс також стала учасником НАСУ – найбільшої асоціації платоспроможних страхових компаній України, яка об'єднує лідерів галузі та просуває високі професійні стандарти.

Компанія впровадила повний цикл онлайн-продажів найпопулярніших продуктів, включно з ОСЦПВ, КАСКО та туристичним страхуванням, і активно розвиває напрям добровільного медичного страхування, пропонуючи як індивідуальні рішення, так і готові програми – у тому числі з покриттям COVID-19.

Проаналізуємо динаміка активів балансу ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках (таблиця 2.2).

Згідно з результатами розрахунків, у 2023 році обсяг основних засобів страхової компанії збільшився на 7,61 % порівняно з 2022 роком і досяг 52422 тис. грн. У 2024 році зростання тривало, і в порівнянні з 2023 роком активи зросли ще на 5,73 %, склавши 55428 тис. грн.

Таблиця 2.2 – Динаміка активів балансу ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-), тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2022	2023	2024	2022/2023	2024 / 2023	2022/2023	2024 / 2023
Основні засоби	48713	52422	55428	3709	3006	7,61	5,73
Нематеріальні активи за винятком гудвілу	23906	25393	26857	1487	1464	6,22	5,77
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	109548	149748	167981	40200	18233	36,70	12,18
Інші фінансові активи	82491	109709	96490	27218	-13219	33,00	-12,05
Інші нефінансові активи	5121	2206	3319	-2915	1113	-56,92	50,45
Утримувані контракти перестраховання, що належать до активів	333604	346612	590928	13008	244316	3,90	70,49
Запаси	1005	1076	675	71	-401	7,06	-37,27
Відстрочені податкові активи	3620	8452	18581	4832	10129	133,48	119,84
Торгівельна та інша дебіторська заборгованість	8177	9432	9738	1255	306	15,35	3,24
Гроші та їх еквіваленти	126682	87774	72060	-38908	-15714	-30,71	-17,90
Загальна сума активів	742867	792824	1041757	49957	248933	6,72	31,40

Джерело : побудовано та пороховано за даними фінансової звітності страхової компанії

У 2023 році обсяг нематеріальних активи за винятком гудвілу, у порівнянні з 2022 роком зріс на 6,22 % і склав 25393 тис. грн, а у 2024 році їх обсяг, у порівнянні з 2023 роком зріс на 5,77 % і склав 26857 тис. грн. Зростання основних засобів та нематеріальних активів є помірним та відносно стабільним, що пов'язано з поступовою модернізацією обладнання та оновленням програмного забезпечення та інвестиціями в розширення виробничих потужностей або офісної інфраструктури.

Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком, зріс на 36,7 % або на 40200 тис. грн і склав 149748 тис. грн. У 2024 році, у порівнянні з 2023 роком, його обсяг зріс на 12,18 % і склав 167981 тис. грн, що свідчить про збільшення обсягів страхових операцій.

У 2023 році обсяг інших фінансових активів страхової компанії зріс на 33 %, порівняно з 2022 роком, та досяг 109709 тис. грн, що свідчить про активні інвестиційні дії компанії та розширення фінансових інструментів у портфелі.

Однак у 2024 році цей показник зменшився на 12,05 %, порівняно з 2023 роком, склавши 96490 тис. грн, що, зумовлено переглядом інвестиційної стратегії, реалізацією частини активів, або необхідністю покриття поточних зобов'язань через зміну ринкової ситуації.

Інші фінансові активи у 2023 році зменшилися на 56,92 %, у порівнянні з 2022 роком, і склали 2206 тис. грн, а у 2024 році їх обсяг зріс на 50,45 %, у порівнянні з 2023 роком, і склав 3319 тис. грн.

Утримувані контракти перестраховування, що належать до активів страхової компанії у 2023 році зросли, у порівнянні з 2022 роком на 3,9 % і склали 346612 тис. грн. У 2024 році даний показник зріс на 70,49 %, у порівнянні з 2023 роком, і склав 590928 тис. грн. Зростання обсягу утримуваних контрактів перестраховування, що належать до активів страхової компанії, свідчить про посилення її взаємодії з перестраховими партнерами.

Запаси страховика у 2023 році зросли на 7,06 %, у порівнянні з 2022 роком, і склали 1076 тис. грн, а у 2024 році їх обсяг зменшився на 37,27 %, у порівнянні з 2023 роком, і склав 675 тис. грн.

Відстрочені податкові активи ПрАТ «СК «Євроінс Україна» протягом аналізованого періоду зростали. Так, у 2023 році їх обсяг, у порівнянні з 2022 роком, зріс на 133,48 % і склав 8452 тис. грн. У 2024 році відстрочені податкові активи, у порівнянні з 2023 роком зросли на 119,84 % і склали 18581 тис. грн. Значне зростання даного показника протягом усього періоду вказує на збільшення тимчасових різниць між бухгалтерським та податковим обліком.

Торгівельна та інша дебіторська заборгованість страхової компанії у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком, зросла на 15,35 % і склала 9432 тис. грн. У 2024 році її обсяг, у порівнянні з 2023 роком зріс на 3,24 % і склав 9738 тис. грн, що свідчить про погіршення платоспроможності страхувальників.

Гроші та їх еквіваленти ПрАТ «СК «Євроінс Україна» протягом аналізованого періоду мали тенденцію до зменшення. Так, у 2023 році їх обсяг, у порівнянні з 2022 роком зменшився на 30,71 % і склав 87774 тис. грн. У 2024 році грошові кошти та їх еквіваленти страхової компанії ще зменшилися на 17,9 % і склали 72060 тис. грн.

На основі проведених розрахунків відмітимо, що протягом періоду 2022-2024 рр. спостерігається значне зростання загальної суми активів (з 742867 тис. грн у 2022 році до 1041757 тис. грн у 2024 році), що свідчить про розширення діяльності компанії та збільшення її економічного потенціалу.

Проаналізувавши активи страхової компанії здійснимо аналіз пасиву балансу (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 – Динаміка пасиву балансу ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-), тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2022	2023	2024	2022/2023	2024 / 2023	2022/2023	2024 / 2023
Статутний капітал	77940	77940	77940	0	0	0	0
Непокритий збиток	(71258)	(72368)	(97569)	-1110	-25201	1,56	34,82
Емісійний дохід	109461	109461	109461	0	0	0	0
Інша частка участі в капіталі	27845	27845	27845	0	0	0	0
Інші резерви	46263	50528	54084	4265	3556	9,22	7,04
Загальна сума власного капіталу	190251	193406	171761	3155	-21645	1,66	-11,19
Інша кредиторська заборгованість	12165	8933	9708	-3232	775	-26,57	8,68
Всього торговельна та інша кредиторська заборгованість	12165	8933	9708	-3232	775	-26,57	8,68
Забезпечення винагороди працівникам	2683	0	0	-2683	0	-100	0
Інші забезпечення	7786	9125	13010	1339	3885	17,20	42,58
Загальна сума забезпечень	10469	9125	13010	-1344	3885	-12,84	42,58
Випущені страхові контракти, що належать до зобов'язань	524824	573870	840406	49046	266536	9,35	46,45
Поточні податкові зобов'язання	5158	7490	6872	2332	-618	45,21	-8,25
Загальна сума зобов'язань	552616	599418	869996	46802	270578	8,47	45,14
Загальна сума власного капіталу та зобов'язань	742867	792824	1041757	49957	248933	6,72	31,40

Джерело : побудовано та пороховано за даними фінансової звітності страхової компанії

На основі проведеного аналізу відмітимо, що протягом аналізованого періоду статутний капітал страхової компанії залишався на рівні 77940 тис. грн і не змінювався. Також не зазнав змін обсяг емісійного доходу та іншої частки

участі в капіталі, що відповідно протягом аналізованого періоду становив 109461 тис. грн та 27845 тис. грн відповідно.

Непокритий збиток ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2023 році, у порівнянні з 2023 роком зріс на 1,56 % і склав 72368 тис. грн, а у 2024 році, у порівнянні з 2023 роком його обсяг зріс на 34,82 % і склав 97569 тис. грн, що вказує на суттєве погіршення фінансових показників компанії. Динаміка непокритого збитку свідчить про необхідність перегляду бізнес-моделі компанії, оптимізації витрат і посилення контролю за прибутковістю страхових продуктів для забезпечення фінансової стійкості у майбутньому.

Загальний обсяг власного капіталу страхової компанії у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком зріс на 1,66 % і склав 193406 тис. грн, що було спричинено зростанням інших резервів (+9,22 % у порівнянні з 2022 роком). У 2024 році обсяг власного капіталу страхової компанії, у порівнянні з 2023 роком зменшився на 11,19 %, що було спричинено зростанням непокритого збитку (рисунок 2.3)

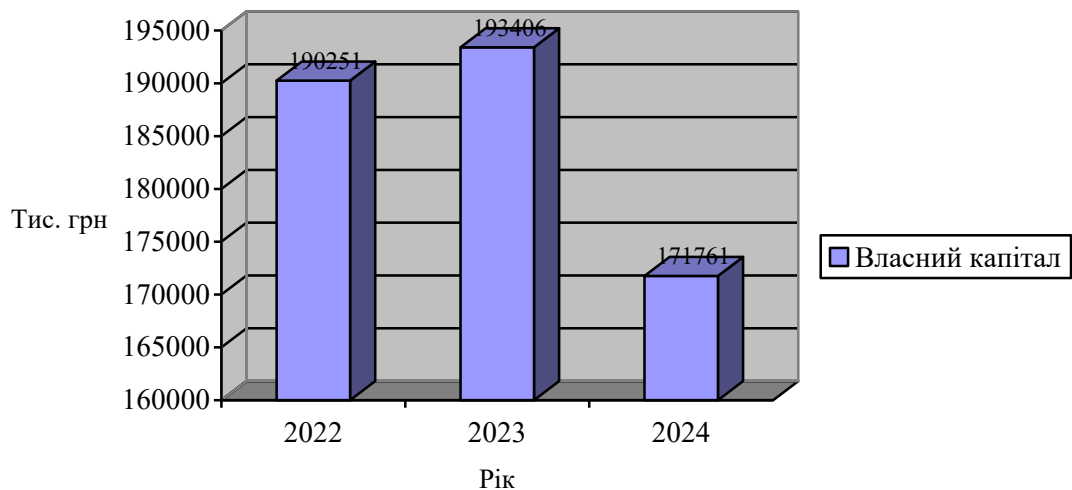


Рисунок 2.3 – Динаміка власного капіталу ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.3

Зменшення загального обсягу торговельної та іншої кредиторської заборгованості у 2023 році на 26,57 % (до 8933 тис. грн) порівняно з 2022 роком свідчить про позитивні зміни у фінансовій політиці компанії, зокрема про: більш ефективне управління зобов'язаннями; своєчасне виконання платіжних зобов'язань перед постачальниками, підрядниками чи партнерами; зменшення залежності від короткострокових зобов'язань у поточній операційній діяльності. Проте у 2024 році заборгованість знову зросла на 8,68 %, у порівнянні з 2023 роком, і склала 9708 тис. грн. Загалом, незважаючи на помірне зростання кредиторської заборгованості в 2024 році, її обсяг залишається контрольованим, а динаміка свідчить про гнучке управління короткостроковими зобов'язаннями, що є важливим елементом фінансової стабільності компанії.

Зростання обсягу випущених страхових контрактів, які належать до зобов'язань страхової компанії, свідчить про розширення діяльності та збільшення обсягу взятих на себе ризиків. У 2023 році приріст склав 9,35 % (до 573870 тис. грн) порівняно з 2022 роком, що вказує на помірне зростання обсягів укладених договорів страхування. Натомість у 2024 році обсяг зобов'язань за випущеними страховими контрактами значно зріс – на 46,45 %, до 840406 тис. грн, що пов'язано з активною експансією на ринку та свідчить про розширення страхового портфеля, однак також потребує посиленого контролю над фінансовою стійкістю компанії, щоб гарантувати виконання всіх зобов'язань перед застрахованими особами.

Протягом 2022–2024 років спостерігається чітка тенденція до зростання загальних зобов'язань страхової компанії, що свідчить про активне нарощування обсягів діяльності. Так, у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком їх обсяг зріс на 8,47 % і склав 599418 тис. грн. Особливо динамічне зростання зобов'язань ПрАТ «СК «Євроінс Україна» відбулося у 2024 році, оскільки їх обсяг зріс на 45,14 % і склав 869996 тис. грн, що потребує паралельного зміцнення резервів, контролю за ліквідністю та ретельного управління ризиками, щоб забезпечити фінансову стійкість компанії (рисунок 2.4).

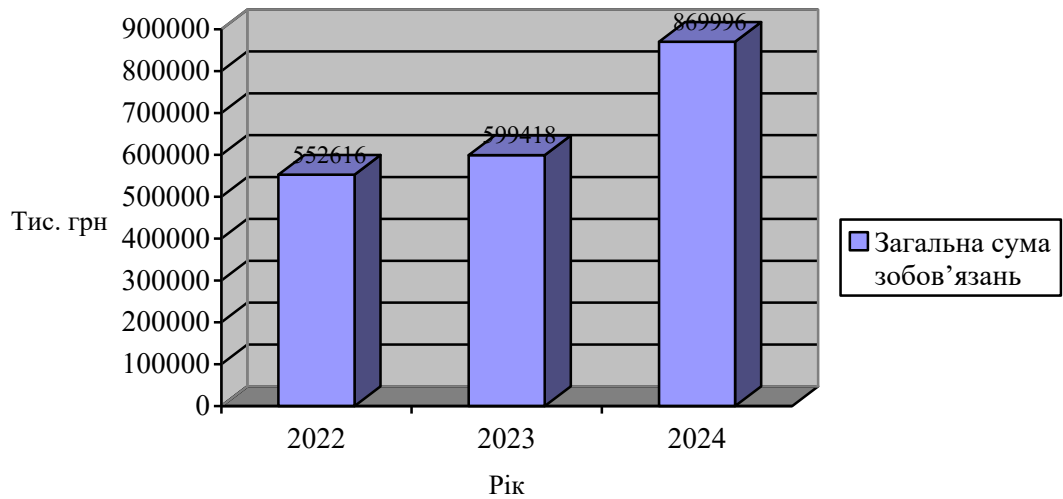


Рисунок 2.4 – Динаміка загального обсягу зобов'язань ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.3

На основі аналізу фінансової звітності страхової компанії відмітимо, що за результати діяльності у 2022 році страхова компанія отримала прибуток в обсязі 17064 тис. грн. Втім, 2023 рік виявився збитковим для ПрАТ «СК «Євроінс Україна», розмір збитку склав 1799 тис. грн. У 2024 році збиток зріс, у порівнянні з 2023 роком, і склав 26924 тис. грн. Збитковість у 2023–2024 роках свідчить про необхідність переоцінки фінансової стратегії компанії, зокрема контролю витрат, підвищення ефективності андеррайтингу та більш виваженого підходу до управління ризиками.

На основі проведених розрахунків відмітимо, що в цілому ПрАТ «СК «Євроінс Україна» демонструє позитивну динаміку розвитку, високий рівень адаптивності до ринкових змін і потенціал для подальшого зростання за умови ефективного управління ризиками та фінансовою стабільністю. Втім, збитковість діяльності у 2023-2024 роках свідчить про необхідність перегляду ключових стратегій та скороченню витрат страхової компанії. Для повернення до прибутковості страховик повинен скоригувати тарифну політику, підвищити якість страхового портфеля та посилити внутрішній фінансовий контроль.

2.2 Напрями удосконалення добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

ПрАТ «СК «Євроінс Україна» є одним із лідерів страхового ринку України, що активно позиціонує себе на всіх сегментах ринку, забезпечуючи широку присутність завдяки потужній команді висококваліфікованих фахівців та добре розвиненій регіональній інфраструктурі. Така організаційна модель дозволяє ефективно контролювати всі етапи взаємодії з клієнтами, своєчасно виконувати договірні зобов'язання та оперативно реагувати на потреби застрахованих осіб.

Страхова компанія активно модернізує свої підходи до обслуговування клієнтів шляхом цифровізації процесів. Зокрема, компанія запровадила повний цикл онлайн-продажу найпопулярніших страхових продуктів, до яких належать обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності автовласників (ОСЦПВ), добровільне автострахування (КАСКО), а також туристичне страхування. Це значно спростило процедуру укладення договорів, зробило послуги більш доступними та зручними для широкого кола споживачів, а також дозволило скоротити часові та адміністративні витрати як для клієнтів, так і для самої компанії. Крім того, ПрАТ «СК «Євроінс Україна» активно розвиває напрям добровільного медичного страхування, пропонуючи індивідуально адаптовані програми страхування відповідно до потреб конкретного клієнта, а також готові пакети послуг для різних категорій населення. Особливу увагу компанія приділяє актуальним викликам, так у страхові продукти включено покриття лікування та обслуговування, пов'язаного з інфікуванням COVID-19, що підвищує привабливість і конкурентоспроможність продуктів компанії на ринку.

Проаналізуємо основні показники розвитку добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4 – Основні показники добровільного медичного страхування
ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Показник	Роки, тис. грн			Абсолютне відхилення(+,-), тис. грн		Відносне відхилення, %	
	2022	2023	2024	2022/ 2023	2024 / 2023	2022/ 2023	2024 / 2023
Зобов'язання за страховими контрактами	12397	25339	33488	12942	8149	104,40	32,16
Відстрочені аквізиційні витрати за страховими контрактами	2183	4277	2490	2094	-1787	95,92	-41,78
Доходи за договорами медичного страхування	74080	98776	114574	24696	15798	33,34	15,99
Витрати від страхової діяльності за медичним страхування	59535	101430	131530	41895	30100	70,37	29,68
Страхові премії	51226	107511	113195	56285	5684	109,88	5,29
Страхові виплати	34667	65583	91219	30916	25636	89,18	39,09
Рівень страхових виплат, %	67,7	61,0	80,59	-6,7	19,59	-9,90	32,11

Джерело: побудовано та пораховано за даними фінансової звітності страхової компанії

На основі проведених розрахунків відмітимо, що у 2023 році зобов'язання за страховими контрактами медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна», у порівнянні з 2022 роком зросли на 104,4 % і склали 25339 тис. грн. Значне зростання зобов'язань за страховими контрактами свідчить про активний розвиток напряму добровільного медичного страхування у компанії. У 2024 році їх обсяг, у порівнянні з 2023 роком зріс на 32,16 % і склав 33488 тис. грн, свідчить про сталість позитивної динаміки та збереження високого рівня довіри клієнтів до компанії. Це також вказує на розширення клієнтської бази, ефективну маркетингову стратегію та зростання частки ринку компанії в сегменті медичного страхування. Загалом такі тенденції демонструють успішність діяльності «Євроінс Україна» в напрямі ДМС і потенціал для подальшого зростання.

Оскільки договори добровільного медичного страхування діють не один день, а кілька місяців або роки, то страхова компанія визнає витрати поступово, у міру того, як отримує доходи у вигляді страхових премій, що дозволяє краще відображати фінансові результати компанії за періодами та уникати перекосів у

звітності. Відтак, відстрочені аквізиційні витрати за страховими контрактами медичного страхування у 2023 році становили 4277 тис. грн, що на 95,92 % більше, ніж у попередньому звітному періоді. У 2024 році їх обсяг склав 2490 тис. грн, що на 41,78 % менше, ніж у 2023 році. Динаміка показника демонструє, як змінювалася стратегія компанії у сфері продажу полісів добровільного медичного страхування: від активного росту в 2023 році – до стабілізації та зниження витрат у 2024 році, що може бути пов'язано з досягненням певного етапу зрілості продукту або ефективністю попередніх інвестицій у канали залучення. Також страхова компанія активно розвиває онлайн-канали продажу страхових продуктів, що дозволяє оптимізувати витрат на залучення клієнтів.

Аналіз динаміки доходів за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» демонструє позитивну тенденцію зростання протягом 2022-2024 років (рисунок 2.5).

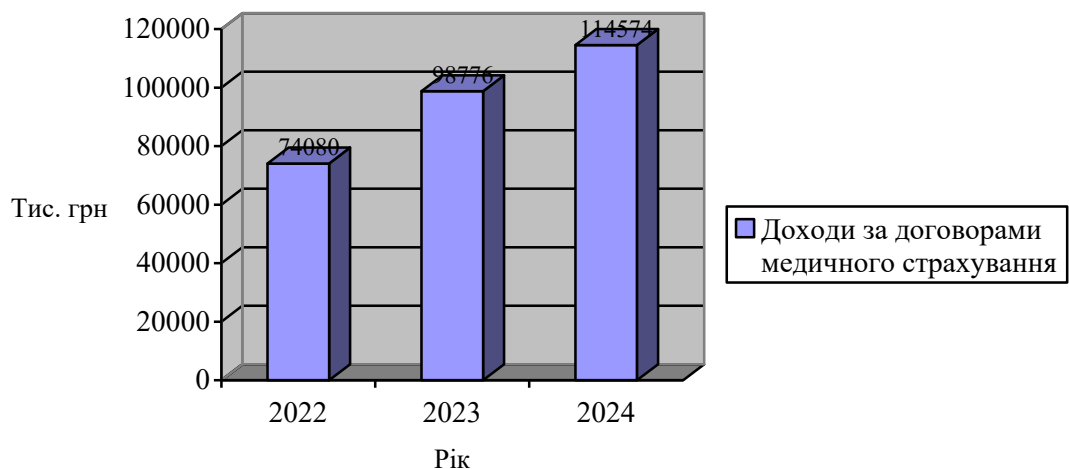


Рисунок 2.5 – Динаміка доходів за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.4

У 2023 році доходи зросли на 33,34 % порівняно з 2022 роком і становили 98776 тис. грн. Такий суттєвий приріст був зумовлений розширенням клієнтської бази, у т.ч. корпоративних клієнтів та підвищенням попиту на

медичне страхування через зовнішні фактори (післяпандемічні наслідки, війна, нестабільна медична система). У 2024 році темп приросту доходів дещо уповільнився, але залишився позитивним, а саме обсяг доходів ДМС зріс на 15,99 %, у порівнянні з 2023 роком і склав 114574 тис. грн.

У 2022 році обсяг страхових премій становив 51226 тис. грн. Упродовж 2023 року компанія продемонструвала суттєве зростання – обсяг премій збільшився на 109,88 %, досягнувши 107511 тис. грн. У 2024 році зростання страхових премій продовжилось, хоч і менш інтенсивно – на 5,29 %, що забезпечило загальний обсяг у 113195 тис. грн (рисунок 2.6).

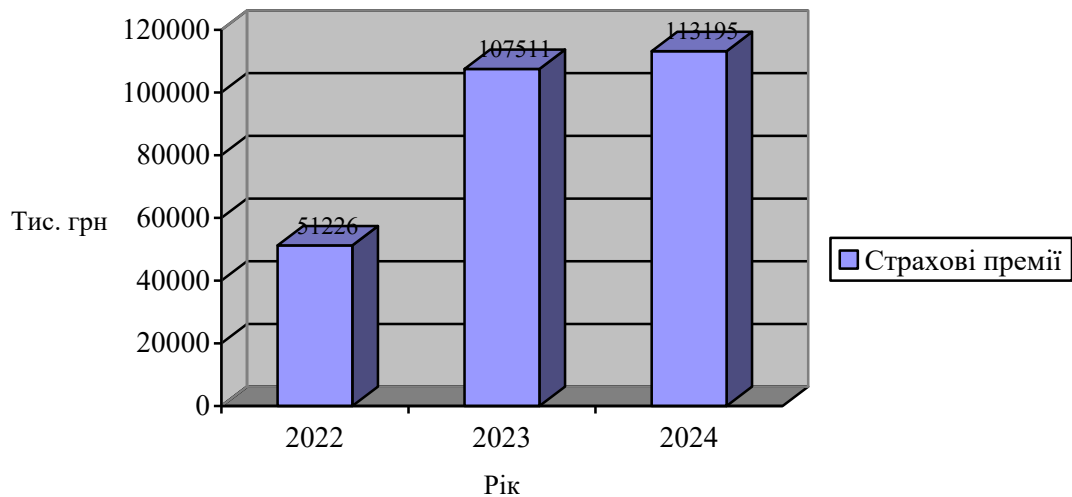


Рисунок 2.6 – Динаміка страхових премій за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.4

Аналіз динаміки витрат від страхової діяльності за медичним страхуванням ПрАТ «СК «Євроінс Україна» за 2022–2024 роки свідчить про значне їх зростання. Так, витрати від страхової діяльності за медичним страхування у 2023 році зросли на 70,37 %, у порівнянні з 2022 роком і склали 101430 тис. грн, а у 2024 році їх обсяг, у порівнянні з 2023 роком зріс ще на 29,68 % і склав 131530 тис. грн.

Страхові виплати за договорами добровільного медичного страхування у 2022 році склали 51226 тис. грн, у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком їх обсяг зріс на 109,88 % і склав 65583 тис. грн. У 2024 році обсяг страхових виплат склав 91219 тис. грн, що на 39,09 % більше, ніж у 2023 році (рисунок 2.7).

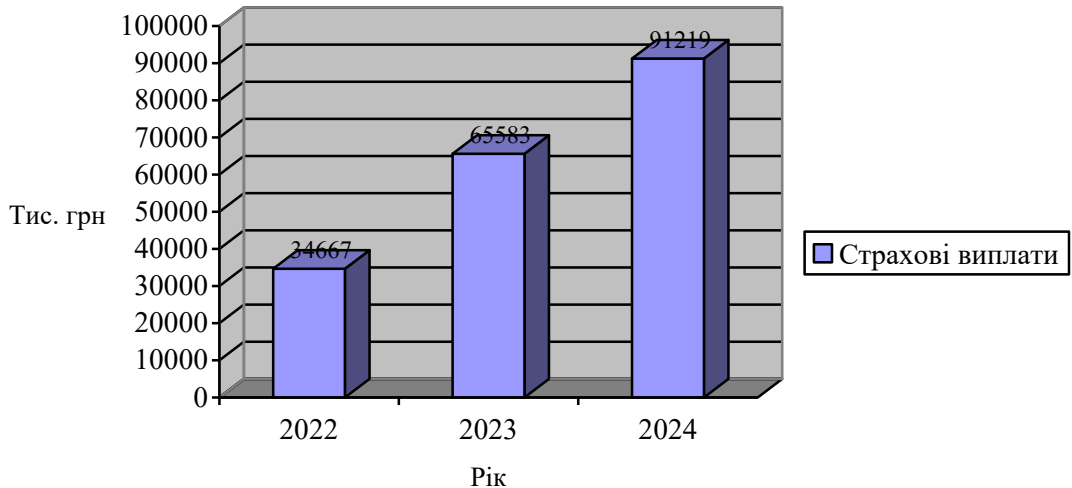


Рисунок 2.7 – Динаміка страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках

Джерело: складено автором на основі таблиці 2.4

Протягом аналізованого періоду рівень страхових виплат варіювався від 60 % до понад 80 %. Зокрема, у 2022 році цей показник становив 67,7 %, у 2023 році – знизився до 61 %, тоді як у 2024 році знову зріс і досягнув 80,59 %.

В цілому, на онові проведеного аналізу відмітимо, що напрям добровільного медичного страхування в компанії демонструє активне зростання доходів і витрат. Проте негативна маржа у 2023 та 2024 роках свідчить про перевищення витрат над доходами, що робить напрям збитковим (2023 рік – коефіцієнт збитковості 102,68 %, 2024 рік – коефіцієнт збитковості 114,81 %), що потребує стратегічного реагування, а саме перегляд тарифів, оптимізація виплат або сервісного процесу.

ПрАТ «СК «Євроінс Україна» пропонує наступні страхові продукти у галузі добровільного медичного страхування: медичне страхування, медичне

страхування іноземних громадян, медичне страхування колективу, медичний захист (таблиця 2.5)

Таблиця 2.5 – Характеристика страхових продуктів в галузі добровільного медичного страхування

Характеристика програми	Програма			
	медичне страхування	медичне страхування іноземних громадян	медичне страхування колективу	медичний захист
Об'єкт страхування	життя, здоров'я та працездатність	здоров'я	життя, здоров'я та працездатність	життя, здоров'я та працездатність
Страхові ризики	гостре захворювання; – хронічне захворювання; – травматичне ушкодження або інші наслідки нещасного випадку; – інше погіршення стану здоров'я; – необхідність в планових, профілактичних або лікувально – профілакт. медичних послугах або товарах	розлад здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй невідкладної (екстреної) медичної допомоги, відповідно до переліку захворювань та станів, COVID-19	-гострі захворювання; –загостренням хронічного захворювання; –наслідки нещасного випадку	-гострі захворювання; –загостренням хронічного захворювання; –наслідки нещасного випадку
Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності)	страхова сума та конкретні умови узгоджуються страховиком та страхувальником при укладенні договору	10000 грн., 15000 грн. 30000 грн 10% від суми на випадок COVID-19	від 100000 грн. до 500000 грн. на одну застраховану особу	від 100000 грн. до 500000 грн. на одну застраховану особу
Мінімальний та максимальний розміри страхової премії та/або страхового тарифу	Мінімальний страховий тариф – 0,2% Максимальний страховий тариф – 7%	Мінімальний страховий тариф -0,82% Максимальний страховий тариф-10%	від 7000 грн. до 30000 грн. на одну застраховану особу	від 15000 грн. до 50000 грн. на одну застраховану особу
Строк дії страхового захисту	до 1 року	від 1 дня до 1 року	від 3 днів до 1 року	від 3 днів до 1 року
Мінімальний та максимальний розміри франшизи	Встановлюється за згодою сторін	Мін франшиза: 1% від страхової суми або 100 грн. Макс.франшиза: 20% від страхової суми або 5000 грн.	Безумовна франшиза при зверненні з категорією вищою за базове покриття. Макс. франшизи 50% від вартості послуг.	Безумовна франшиза при зверненні з категорією, вищою за базове покриття.

Джерело: систематизовано автором на основі інформації з офіційного сайту страхової компанії

«Нині, в умовах підвищеної конкуренції страховики, прагнуть разом із збереженням своєї клієнтської бази та підвищенням якості медичних послуг, підтримувати свою фінансову стійкість, платоспроможність та рентабельність страхового портфеля. Досягти цього можливо як завдяки ефективному управлінню ключовими елементами бізнес-процесів у сфері медичного страхування, так і шляхом підвищення рівня обслуговування, що передбачає постійне вдосконалення» [8].

Проаналізувавши діяльність ПрАТ «СК «Євроінс Україна» на ринку добровільного медичного страхування відмітимо, що у 2022 році, за даними «Форіншурера», страхова компанія зайняла 17-те місце серед учасників ринку за обсягами страхових премій і виплат у сегменті добровільного медичного страхування. У 2023 році вона посіла 13-ту позицію серед усіх вітчизняних страховиків. У 2024 році компанія опинилася на 14-му місці в загальному рейтингу страхових компаній України. Позиції страхової компанії в рейтингах за результатами 2022–2024 років демонструють певну нестабільність, що свідчить про вплив як зовнішніх ринкових факторів, так і внутрішньої стратегії компанії. Незважаючи на зниження позиції у 2024 році порівняно з 2023 роком, компанія утримується в числі провідних гравців ринку, що свідчить про збереження конкурентоспроможності та потенціал до подальшого розвитку в сегменті добровільного медичного страхування.

Втім, для підвищення рівня прибутковості за програмами добровільного медичного страхування та покращення рейтингових позицій ПрАТ «СК «Євроінс Україна» необхідно переглянути власні стратегії та політики, в першу чергу це стосується андеррайтингової політики. Удосконалення андеррайтингової політики у сфері медичного страхування є ключовим чинником для забезпечення фінансової стійкості страхової компанії, ефективного управління ризиками та формування збалансованого страхового портфеля.

Напрями удосконалення андеррайтингової політики у сфері добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» наведені на рисунку 2.7.



Рисунок 2.7 – Напрями удосконалення андеррайтингової політики у сфері добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

Джерело: систематизовано та доповнено автором на основі [8,12,21,26]

Однією з ключових задач андеррайтера є визначення оптимальної страхової суми, яка забезпечить належний обсяг медичних послуг для застрахованої особи. Недостатній розмір страхового покриття знижує економічну привабливість полісу для страхувальника, оскільки не гарантує адекватного рівня захисту. Для визначення страхової суми слід використовувати середні прогнозовані витрати пацієнта на лікування, які базуються на середній вартості лікування конкретних груп захворювань.

Ще однією важливою задачею андеррайтера є розрахунок страхових премій. Страхові премії є ключовим джерелом доходу для страхової компанії, і їх правильне визначення є критично важливим для забезпечення фінансової стабільності та платоспроможності страховика. При калькуляції страхових тарифів за програмами добровільного медичного страхування, особливо для нових продуктів або при виході на нові ринки, часто виникає ситуація, коли

недоступна статистична інформація про такі операції. У таких випадках, коли відсутні достовірні дані про частоту, ймовірність настання та вартість медичних випадків, оцінка страхової суми та виплат може здійснюватися за допомогою математичних методів. Це включає використання статистичних моделей, актуарних розрахунків, аналізу ймовірностей та інших інструментів, що дозволяють прогнозувати майбутні збитки на основі обмеженої інформації. Андеррайтер повинен враховувати різні фактори ризику, такі як вік, стать, стан здоров'я застрахованих, а також вартість медичних послуг та інфляцію у сфері охорони здоров'я. Неправильно розраховані страхові премії можуть призвести до збитків для страхової компанії або до неконкурентоспроможності страхових продуктів на ринку.

Таким чином, удосконалення добровільного медичного страхування базується на поєднанні інноваційних підходів до реалізації страхових продуктів, цифровізації, персоналізації послуг та ефективному клієнтському сервісі. Це дозволяє не лише втримати позиції на ринку, а й розширити частку ДМС у загальному портфелі страхових компаній.

Висновки

У першому розділі кваліфікаційної роботи проаналізовано погляди науковців на сутність поняття «медичне страхування». На основі дослідження фахової економічної літератури виокремлено економічний, соціальний, інституційно-правовий, комплексний підходи до трактування сутності даного поняття. Медичне страхування охоплює всі види страхового захисту, спрямовані на покриття витрат, які виникають у застрахованих осіб у разі виникнення проблем зі здоров'ям. Це включає витрати на діагностику, амбулаторне та стаціонарне лікування, оперативні втручання, придбання медикаментів, реабілітацію та профілактичні заходи. У роботі визначено особливості, суб'єкти, об'єкти, функції добровільного медичного страхування, здійснено характеристику суб'єктів за добровільним медичним страхуванням та систематизовано види добровільного медичного страхування.

У другому розділі кваліфікаційної роботи проаналізовано сучасний стан ринку добровільного медичного страхування та визначено, що у період 2022–2024 років ринок добровільного медичного страхування України демонструє поступове відновлення попри значний вплив воєнного стану та економічних викликів. Так, загальний обсяг страхових премій зріс майже на 30 %, що свідчить про зростання довіри до страхової системи з боку резидентів – як фізичних осіб, так і корпоративного сектору. Ключову роль у цьому процесі відіграє корпоративний сегмент резидентів, який забезпечив найбільший приріст надходжень. Водночас значне скорочення премій від нерезидентів та фактичне виключення перестраховальників з ринку вказує на певну ізоляцію ринку та зниження міжнародної активності у сфері страхування. У цілому, фінансові показники підтверджують стійкість ринку до кризових викликів, однак подальше зростання вимагатиме посилення роботи зі страховими продуктами для населення, відновлення співпраці з міжнародними партнерами та цифровізації послуг.

У роботі проаналізовано фінансово-господарську діяльність ПрАТ «СК «Євроінс Україна» за 2022-2024 роки та визначено, що страхова компанія демонструє позитивну динаміку розвитку, високий рівень адаптивності до ринкових змін і потенціал для подальшого зростання за умови ефективного управління ризиками та фінансовою стабільністю. Втім, збитковість діяльності у 2023-2024 роках свідчить про необхідність перегляду ключових стратегій та скороченню витрат страхової компанії. Для повернення до прибутковості страховик повинен скоригувати тарифну політику, підвищити якість страхового портфеля та посилити внутрішній фінансовий контроль.

ПрАТ «СК «Євроінс Україна» активно розвиває напрям добровільного медичного страхування, пропонуючи індивідуально адаптовані програми страхування відповідно до потреб конкретного клієнта, а також готові пакети послуг для різних категорій населення. Особливу увагу компанія приділяє актуальним викликам, так у страхові продукти включено покриття лікування та обслуговування, пов'язаного з інфікуванням COVID-19, що підвищує привабливість і конкурентоспроможність продуктів компанії на ринку.

У роботі проаналізовано основні показники добровільного медичного страхування ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у 2022-2024 роках та визначено, що напрям добровільного медичного страхування в компанії демонструє активне зростання доходів і витрат. Так, упродовж 2023 року компанія продемонструвала суттєве зростання обсягу премій, які зросли на 109,88 %, досягнувши 107511 тис. грн. У 2024 році зростання страхових премій продовжилось, хоч і менш інтенсивно – на 5,29 %, що забезпечило загальний обсяг у 113195 тис. грн. Страхові виплати за договорами добровільного медичного страхування у 2022 році склали 51226 тис. грн, у 2023 році, у порівнянні з 2022 роком їх обсяг зріс на 109,88 % і склав 65583 тис. грн. У 2024 році обсяг страхових виплат склав 91219 тис. грн, що на 39,09 % більше, ніж у 2023 році. Проте негативна маржа у 2023 та 2024 роках свідчить про перевищення витрат над доходами, що робить напрям збитковим (2023 рік – коефіцієнт збитковості 102,68 %, 2024 рік – коефіцієнт збитковості 114,81 %),

що потребує стратегічного реагування, а саме перегляд тарифів, оптимізація виплат або сервісного процесу.

Для підвищення рівня прибутковості за програмами добровільного медичного страхування та покращення рейтингових позицій ПрАТ «СК «Євроінс Україна» в першу чергу необхідно переглянути власні стратегії та політики, особливо це стосується андеррайтингової політики. Також доцільно забезпечити поєднання інноваційних підходів до реалізації страхових продуктів, цифровізацію, персоналізацію послуг та ефективний клієнтський сервіс.

Список використаних джерел

1. Абдуллаєва А.Є. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи / А.Є. Абдуллаєва, І.В. Гнидюк, Ю.Ю. Людковська // Інфраструктура ринку. – 2024. – Вип. 78. – С. 78-81
2. Баранник Л. Б. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення / Л.Б. Баранник // Економічний вісник університету. – 2023. – Вип. 56. – С. 155–162.
3. Бас-Юрчишин М. А. Організаційно-фінансовий механізм функціонування медичного страхування в системі охорони здоров'я України / М. А. Бас-Юрчишин // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. – 2017. – Вип. 6. – С. 113-117.
4. Бас-Юрчишин М. А. Функціонування медичного страхування у загальнодержавному і регіональному вимірах: проблеми та передумови розвитку / М.А. Бас-Юрчишин // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. – 2018. – Вип. 5. – С. 134-140.
5. Бєлова О.О. Медичне страхування та проблеми його розвитку в Україні / О.О. Бєлова // Молодий вчений. – 2023. – №12 (124). – С. 157-162.
6. 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
7. 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.
8. 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>

9. 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

10. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / О.С. Журавка // Вісник Сумського державного університету. – 2022. – № 2. – С. 50–58.

11. Журавка О. С. Страхування : навчальний посібник / О. С. Журавка, А. Г. Бухтіарова, О. М. Пахненко. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 350 с.

12. Калашник С.А. Інформаційні технології в страхуванні [Електронний ресурс]/ С.А. Калашник, Л.В. Шірінян // Ефективна Економіка. – 2024. – № 10. – Режим доступу: <https://nauka.com.ua/index.php/ee/article/view/4835/4877>

13. Кириченко С.О. Медичне страхування: перспективи та можливості для України / С.О. Кириченко, М.Ю, Тюрічева // Агросвіт. – 2024. –№ 10. – С. 116-121

14. 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.

15. Климук Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов COVID-19 / Н.Я. Климчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2021. – № 3. С. 47–50.

16. Кривошлик Т. Д. Ринок страхових послуг на ринку фінансових послуг України / Т.Д. Кривошлик // Наукові перспективи. – 2022. – № 10(28). – С. 153–168.

17. Крихівська Н. О. Ефективність діяльності страхових компаній на ринку медичного страхування [Електронний ресурс] / Н. О. Крихівська, О. М. Ромашко, Р. Т. Мацьків // Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління. – 2023. – №9. – Режим доступу: <https://reicst.com.ua/pmt/article/view/2023-9-08-01/2023-9-08-01>

18. Логінова А.С. Сучасний стан страхування медичних витрат в Україні [Електронний журнал] / А.С. Логінова // Економіка та суспільство. – 2023. – №

<https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2707/2621>

19. Маргасова В. Г. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації / В.Г. Маргасова // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2021. – № 1. – С. 165–170.

20. Михайлова Н. Медичне страхування туристів, які виїжджають за кордон / Н. Михайлова, В. Карцева// Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. – 2017. – № 4 (82). – С. 122–126.

21. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: автореф. дис. на здобуття ступеня к.е.н.; спец. 08.04.01 - фінанси, грошовий обіг і кредит / Н. Г. Нагайчук. – К. : ІЕП НАН України, 2006. – 20с.

22. 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.

23. Офіційний сайт Національного банку України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://bank.gov.ua>

24. Офіційний сайт ПрАТ «СК «Євроінс Україна» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euroins.com.ua/>

25. Пархета Л.В. Страхіві послуги на ринку добровільного медичного страхування в Україні / Л.В. Пархета // Ринок цінних паперів України. – 2017 – №5-6. - С. 3-10

26. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні / Н.М. Петечел // Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. – 2020. – №53. – С.104-114.

27. Пилипенко С.А. Поняття та особливості договору добровільного медичного страхування /С.А. Пилипенко // Підприємництво, господарство і право. – 2016. – № 2. – С. 24 - 28.

28. Пономарьова О. Б. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні / О. Б. Пономарьова, К. В. Проценко, А. О. Стовбун // Молодий вчений. – 2016. – № 5. – С. 141-145

29. Прутська О. О. Проблеми становлення медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / О. О. Прутська, О. Ю. Неголюк // Ефективна економіка. – 2018. – № 11. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6651>

30. Рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2022 р. [Електронний ресурс] // Форіншурер. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/22/12/45>

31. Рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2023 р. [Електронний ресурс] // Форіншурер. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/23/12/45>

32. Рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2024 р. [Електронний ресурс] // Форіншурер. – Режим доступу: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/24/12/45>

33. Романова А. А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я / А. А. Романова // Медичне право – 2013. – № 1 (22). – С. 106–110.

34. 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.

35. 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.

36. Терещенко Т. Є. Страхування (у схемах, таблицях, коментарях): навч. посібник / Т.Є.Терещенко, Л.О. Заволока, О.Б. Пономарьова. – Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2020. – 221 с.

37. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування / Д.Д. Третяк // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 12. – С. 43–47.

38. 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.

39. Шевців М.Б. До питань про медичне страхування в Україні / М.Б. Шевців // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право. – 2024. – Вип. 86. – Ч.2. – С. 264-269

40. 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://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_2_33

41. Шурару О. С. Шляхи удосконалення медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду / О. С. Шурару // Збірник тез доповідей студентів, аспірантів та здобувачів – учасників 80-ї звітної конференції Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Секція економічних і правових наук (Одеса, 23–25 квіт. 2024 р.) / відп. ред. О. В. Побережець. – Одеса : Олді+, 2024. – С. 455–459.

42. 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

43. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні / І.Є. Януль. – Економіка та держава. – 2021. – № 4. – С. 87–91.

Додатки