

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЖИТОМИРСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»**

ФАКУЛЬТЕТ БІЗНЕСУ ТА СФЕРИ ОБСЛУГОВУВАННЯ

КАФЕДРА ФІНАНСІВ ТА ЦИФРОВОЇ ЕКОНОМІКИ



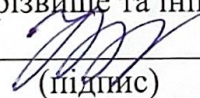
ЧЕВЕЛЬЧА Дар'я Павлівна
(студентка групи ЗФБС-23-М)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

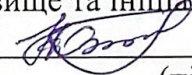
РИНОК ПОСЛУГ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

(представлена на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий
ринок»
освітньо-професійна програма «Фінанси, банківська справа, страхування та
фондовий ринок»)

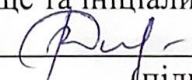
Завідувач кафедри фінансів та
цифрової економіки
д.е.н. проф. Н.Г. Виговська.
(науковий ступінь, вчене
звання, прізвище та ініціали)


(підпис)

Науковий керівник
к.е.н. доц. Новак О.С.
(науковий ступінь, вчене звання,
прізвище та ініціали)


(підпис)

Рецензент
к.е.н., доц. Довгалоук В.В.
(науковий ступінь, вчене звання,
прізвище та ініціали)


(підпис)

Житомир 2024

Анотація

Чевельча Д.П. Ринок послуг медичного страхування в Україні.

Кваліфікаційна робота представлена на здобуття освітнього ступеня «магістр» галузі знань 07 «Управління та адміністрування» спеціальності 072 «Фінанси банківська справа, страхування та фондовий ринок». – Державний університет «Житомирська політехніка», Житомир, 2024.

Дослідження присвячено розвитку ринку послуг медичного страхування теоретичних в Україні.

Проведено аналіз основних моделей медичного страхування у різних країнах світу. Розглянуто ринок послуг добровільного медичного страхування та його особливості. Проаналізовано страховий портфель Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Перша». Проведено прогнозування надходжень від медичного страхування ПрАТ «СК «Перша» за удосконаленою методикою.

Ключові слова: страхування, страхова компанія, страховий портфель, медичне страхування, медична інфляція.

Annotation

Chevelcha D.P. *The Market of Medical Insurance Services in Ukraine.*

The qualification work is presented for obtaining the master's degree in the field of knowledge 07 "Management and administration" specialty 072 "Finance, banking, insurance and the stock market". - Zhytomyr Polytechnic State University, Zhytomyr, 2024.

The research focuses on the development of the medical insurance services market in Ukraine from a theoretical standpoint.

An analysis of the main models of medical insurance in various countries around the world has been conducted. The voluntary medical insurance services market and its specific features have been examined. The insurance portfolio of the Private Joint-Stock Company "Insurance Company 'Persha'" has been analyzed. Revenue forecasting for medical insurance at PJSC "IC 'Persha'" was performed using an improved methodology.

Keywords: insurance, insurance company, insurance portfolio, medical insurance, medical inflation.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	8
1.1. Поняття та сутність медичного страхування	8
1.2. Аналіз основних моделей медичного страхування у різних країнах світу ..	12
1.3. Розвиток медичного страхування в Україні.....	17
1.4. Аналіз ринку медичного страхування в Україні.....	19
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ ПРАТ «СК «ПЕРША»)	33
2.1. Загальна характеристика ПрАТ «СК «Перша»	33
2.2. Аналіз діяльності ПрАТ «СК «Перша»	35
2.3. Аналіз страхового портфелю ПрАТ «СК «Перша».....	41
2.4. Характеристика програм медичного страхування ПрАТ «СК «Перша»	47
2.5. Прогнозування майбутніх надходжень за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша».....	51
Висновки до розділу 2.	57
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	60
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Дослідження ринку послуг медичного страхування в Україні є важливим кроком для розуміння його сучасного стану, викликів і перспектив. Це сприятиме підвищенню ефективності функціонування ринку, поліпшенню доступу до медичних послуг і захисту прав споживачів.

Дослідження досвіду медичного страхування в інших країнах дозволяє Україні вибрати оптимальний шлях розвитку медичної системи, враховуючи різні моделі фінансування та доступу до послуг. Система медичного страхування в Україні ще перебуває на етапі розвитку, що зумовлює потребу у розвитку добровільного медичного страхування. Наразі кількість страховиків не відповідає ані масштабам території України, ані чисельності населення, зацікавленого в страховому покритті загалом, зокрема в добровільному медичному страхуванні.

Питання розвитку медичного страхування в Україні розглядалися в працях багатьох вітчизняних та іноземних науковців, економістів і фахівців у сфері страхування та медицини. Серед них можна виділити таких авторів: Загородній А.Г., Вахненко Т.П., Романенко О.Р., Євдокимов Ф.І., Губський Б.В., Качан Є.П., Котлер Ф., Лемке Д., Райс Т., Хелман Ф., Грей Дж. М.

У той же час питання розвитку медичного страхування в Україні недостатньо досліджене, зокрема щодо зацікавленості споживачів у страхових послугах та розвитку добровільного страхування на прикладі діяльності страхової компанії.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження теоретичних основ та розробка практичних рекомендацій щодо розвитку медичного страхування в Україні. Відповідно до цієї мети визначено сукупність основних завдань, спрямованих на її досягнення:

- дослідити поняття та сутність медичного страхування;
- провести аналіз основних моделей медичного страхування;
- оцінити сучасний стан ринку медичного страхування в Україні;

- визначити ключові особливості медичного страхування в умовах України;
- провести оцінку результатів діяльності ПрАТ «СК «Перша»;
- спрогнозувати динаміку майбутніх надходжень за договорами медичного страхування.

Об'єктом дослідження є ринок послуг медичного страхування в Україні та ПрАТ «СК «Перша» в частині надання послуг з медичного страхування.

Предметом дослідження виступають теоретичні засади, методичні підходи та практичні рекомендації щодо розвитку ринку послуг медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Основу теоретичного та методологічного аналізу дослідження становлять наукові роботи вітчизняних і міжнародних авторів, які охоплюють питання розвитку та впровадження медичного страхування.

Для вирішення поставлених завдань застосовувалися такі методи: аналізу, синтезу та теоретичного узагальнення – для узагальнення наукових результатів з питань розвитку медичного страхування; порівняння та абстрагування – для класифікації різних моделей медичного страхування, а також для аналізу ринку послуг медичного страхування в Україні; статистико-економічні методи – для комплексного аналізу діяльності ПрАТ «СК «Перша», що включає оцінку фінансових результатів та ефективності роботи компанії на ринку медичного страхування; прогнозування – для прогнозування подальшої роботи ПрАТ «СК «Перша» на ринку медичного страхування, включаючи оцінку потенційних змін у ринкових умовах і прогнозування майбутніх надходжень за договорами медичного страхування.

Інформаційну базу дослідження для написання роботи складають офіційні дані Національного банку України, галузеві дослідження та річні фінансові звіти ПрАТ «СК «Перша» за 2021-2023 рр.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- визначено ключові фактори впливу на розвиток ринку медичного страхування в Україні, зокрема роль державної політики, інноваційних технологій та адаптації міжнародного досвіду;
- виявлено бар'єри для розвитку медичного страхування в Україні (низький рівень платоспроможності населення, недостатня кількість страхових компаній для покриття всієї країни);
- визначено ключові тенденції розвитку добровільного медичного страхування в Україні, зокрема зростання попиту на медичні послуги та комплексні програми страхування;
- враховано вплив медичної інфляції як окремого чинника в прогнозуванні надходжень за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша».

Практичне значення одержаних результатів полягає в проведенні поглибленого аналізу страхового портфеля медичного страхування та прогнозуванні майбутніх надходжень за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша». Окремі результати дослідження можуть бути використані у вищих навчальних закладах при викладанні курсу «Страховий менеджмент».

Особистий внесок здобувача. Кваліфікаційна робота є самостійною науковою роботою. Наукові положення, результати, висновки та пропозиції, представлені в роботі, отримані автором особисто та опубліковані в наукових працях.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи публікувалися на науково-практичних конференціях:

1. Чевельча Д. П. Ринок послуг добровільного медичного страхування в Україні // Тези Всеукраїнської науково-практичної on-line конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених, присвяченої Дню науки (13-17 травня 2024 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <https://conf.ztu.edu.ua>.
2. Чевельча Д. П. Прогноз надходження майбутніх страхових премій за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша» // V Міжнародна науково-практична конференція «СУЧАСНІ ВИКЛИКИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

БІЗНЕСУ» (06-07 листопада 2024 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <https://conf.ztu.edu.ua>.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи складає 99 сторінок, у тому числі 21 таблиця, 15 рисунків, список використаних джерел з 66 найменувань, 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Поняття та сутність медичного страхування

Медичне страхування є однією з найважливіших складових системи соціального захисту населення, яка забезпечує доступ до медичних послуг та фінансовий захист у разі захворювань чи інших станів, що потребують медичного втручання. Це механізм перерозподілу ризиків, який дає змогу уникнути надмірного фінансового навантаження на особу або домогосподарство при виникненні витрат на охорону здоров'я.

Відповідно до досліджень вітчизняних науковців, медичне страхування визначається як система фінансових, організаційних та правових заходів, спрямованих на забезпечення громадян медичною допомогою через формування та використання спеціальних фондів.

Зокрема, А. Г. Загородній у своїй праці зазначає, що медичне страхування дозволяє досягати рівноваги між потребами у медичному обслуговуванні та доступними ресурсами для їх задоволення [1].

А науковець Т. О. Гриценко описує медичне страхування як економічний механізм, що об'єднує ресурси для забезпечення медичних послуг у випадках захворювання, нещасних випадків чи інших медичних потреб [2].

Тоді як О. В. Литвиненко визначає медичне страхування як систему, що дає змогу перерозподілити фінансові ризики, пов'язані з витратами на охорону здоров'я, між державою, роботодавцями та населення [3].

Іноземний дослідник Ф. Хелман описує медичне страхування як форму страхування, що знижує фінансові ризики, пов'язані з витратами на лікування, через внески, сплачені застрахованими особами. [4].

Дж. М. Грей вважає медичне страхування способом організації медичного обслуговування, який сприяє ефективному використанню ресурсів охорони здоров'я [5].

П. Коллінз визначає медичне страхування як систему, що дозволяє забезпечити доступ до послуг охорони здоров'я, засновану на принципах солідарності та взаємної підтримки [6].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує медичне страхування як механізм фінансування охорони здоров'я, який забезпечує доступність медичних послуг і фінансовий захист для застрахованих осіб [7].

В Законі України № 2801-XII від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медичне страхування описується як форма соціального захисту, спрямована на гарантування отримання медичних послуг застрахованим особам [8].

Метою медичного страхування є забезпечення доступу до якісних та своєчасних медичних послуг для всіх верств населення незалежно від їх фінансового стану. Основними завданнями системи медичного страхування є:

1. Захист населення від фінансових ризиків. При виникненні значних витрат на лікування медичне страхування допомагає уникнути фінансових втрат.
2. Гарантування рівного доступу до медичних послуг. Це досягається шляхом фінансування медичної допомоги за рахунок страхових фондів.
3. Стимулювання ефективності у сфері охорони здоров'я. Через систему страхування забезпечується контроль за якістю та вартістю медичних послуг [9].

У сучасній практиці виділяють два основні типи медичного страхування:

1. **Обов'язкове медичне страхування (ОМС)** є основним елементом соціального захисту в багатьох країнах. Воно забезпечується державою і фінансується за рахунок обов'язкових внесків роботодавців, працівників або інших платників податків.

2. **Добровільне медичне страхування (ДМС)** виступає як доповнення до обов'язкового страхування і надає застрахованим можливість отримувати послуги, які не входять до базового пакету обов'язкового медичного страхування [10].

Таблиця 1.1.

Переваги та недоліки обов'язкового медичного страхування

№	Переваги	Недоліки
1	Загальний доступ до медичних послуг. Забезпечення базовим рівнем медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи фінансового становища. Це сприяє соціальній рівності й зменшує ризик дискримінації за доходами.	Обмежений спектр послуг. У більшості випадків покриваються лише базові послуги, тоді як складні або спеціалізовані процедури можуть вимагати додаткового фінансування або переходу на добровільне страхування.
2	Стабільне фінансування системи охорони здоров'я. Завдяки обов'язковим страховим внескам, система отримує постійний притік коштів, що дозволяє ефективніше планувати і фінансувати медичні послуги.	Мотивація до мінімізації витрат. Медичні установи, що працюють за системою обов'язкового медичного страхування, іноді можуть знижувати витрати за рахунок скорочення послуг або використання менш якісних матеріалів.
3	Державний контроль якості послуг. Часто супроводжується встановленням стандартів медичної допомоги, що підвищує якість надання послуг.	Відсутність індивідуалізації. Не завжди враховуються індивідуальні потреби пацієнта, оскільки діє за стандартними протоколами.
4	Захист від фінансових ризиків. Пацієнти з обов'язковим страхуванням мають доступ до основних медичних послуг без додаткових витрат, що мінімізує ризик фінансових труднощів у разі захворювання.	Фінансові ризики для системи. Економічні кризи або демографічні зміни, наприклад, старіння населення, можуть спричинити дефіцит коштів у системі обов'язкового медичного страхування.
5	Зменшення адміністративного навантаження. У рамках обов'язкового медичного страхування пацієнти можуть отримувати медичну допомогу без необхідності самостійно укладати	Перевантаженість системи. Через масовий доступ до послуг виникають черги, недостатня кількість лікарів і ресурсів, що може знижувати оперативність і якість медичної допомоги.

	договори або здійснювати складні розрахунки.	
--	--	--

Таблиця 1.2.

Переваги та недоліки добровільного медичного страхування

№	Переваги	Недоліки
1	Широкий спектр послуг. Договори зазвичай охоплюють більш широкий набір медичних послуг, включно зі стоматологією, косметологією, профілактичними обстеженнями та іншими спеціалізованими процедурами.	Більша вартість. Договори медичного страхування можуть бути дорогими, особливо для осіб з хронічними захворюваннями або високими ризиками.
2	Індивідуальний підхід. Пацієнти можуть обирати страхові програми відповідно до своїх потреб і фінансових можливостей, що дозволяє отримувати медичні послуги на більш високому рівні.	Нерівний доступ. На відміну від обов'язкового медичного страхування, добровільне медичне страхування доступне переважно для людей із середнім або високим рівнем доходу, що створює соціальну нерівність.
3	Прискорений доступ до послуг. Страхові компанії, які пропонують послуги добровільного медичного страхування, часто співпрацюють з приватними клініками, що дозволяє пацієнтам уникати довгих черг і отримувати допомогу швидше.	Можливі обмеження страхових виплат. Страхові компанії можуть встановлювати ліміти на виплати, що у разі серйозного захворювання може призвести до додаткових витрат з боку пацієнта.
4	Гнучкість страхових умов. Добровільне медичне страхування дозволяє адаптувати програму під конкретного клієнта: включати додаткові послуги або змінювати умови договору.	Складність вибору. Велика кількість страхових компаній і програм може ускладнювати вибір оптимального поліса, особливо для людей без досвіду.
5	Мотивування до профілактики. Поліси добровільного медичного страхування нерідко включають програми профілактичних заходів,	Відсутність державного контролю. У деяких країнах ринок добровільного медичного страхування менш регульований,

	такі як регулярні обстеження або вакцинація, що сприяє збереженню здоров'я.	що може призводити до випадків шахрайства або недобросовісного виконання умов договору.
--	---	---

Обов'язкове медичне страхування та добровільне медичне страхування мають свої переваги і недоліки, що визначають їхнє місце у системі охорони здоров'я.

Обов'язкове страхування забезпечує базовий рівень доступу до медичної допомоги для всіх громадян, тоді як добровільне страхування дозволяє отримати індивідуалізовані та більш якісні послуги.

Найкращим підходом є комбінування обох систем, що дозволяє охопити базові потреби за допомогою обов'язкового медичного страхування і забезпечити додатковий рівень захисту через добровільне медичне страхування. Така інтеграція сприятиме підвищенню якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів [11].

1.2. Аналіз основних моделей медичного страхування у різних країнах світу

Медичне страхування є ключовим елементом фінансування охорони здоров'я у багатьох країнах світу. Залежно від соціально-економічних умов і історичних передумов, різні держави розробили власні моделі медичного страхування. Умовно їх можна поділити на кілька основних типів: обов'язкове соціальне страхування, універсальна державна система, приватне страхування та змішані моделі.

1.2.1. Модель Бісмарка

Ця модель була вперше запроваджена в Німеччині наприкінці XIX століття під керівництвом канцлера Отто фон Бісмарка. Основою системи є обов'язкове

соціальне медичне страхування, яке фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників [12]. Основні характеристики цієї моделі:

- 1) обов'язкове соціальне страхування;
- 2) незалежні страхові фонди;
- 3) плюралізм у наданні послуг;
- 4) держава здійснює контроль роботи страхових фондів.

Ця модель медичного страхування характерна для Німеччини, Франції, Бельгії, Нідерландів та Австрії.

У Німеччині більшість населення охоплена обов'язковим соціальним медичним страхуванням, але існує можливість перейти на приватне страхування для осіб із вищими доходами [13].

У Бельгії всі громадяни зобов'язані бути застрахованими через страхові фонди. Система охорони здоров'я фінансується за рахунок внесків і державних субсидій [14]. Після реформ у 2006 році Нідерланди перейшли на обов'язкове страхування для всіх, яке поєднує елементи моделі Бісмарка та приватного страхування [15].

В Австралії всі працівники та самозайняті особи застраховані через соціальні страхові фонди. Додатково доступне приватне страхування для тих, хто бажає отримати розширені послуги [16].

1.2.2. Беверіджська модель страхування

Ця модель була вперше реалізована у Великій Британії в рамках Національної служби здоров'я (NHS) після Другої світової війни. Вона базується на принципах, викладених у доповіді Вільяма Беверіджа 1942 року [17]. Основні характеристики:

- 1) фінансування через податки;
- 2) універсальний покриття;
- 3) державне управління та контроль;
- 4) система спрямована на запобігання хворобам.

Дана модель медичного страхування характерна для Великої Британії, Іспанії, Швеції, Норвегії, Данії та Нової Зеландії.

У Великій Британії всі громадяни мають доступ до безкоштовних медичних послуг у державних закладах. Приватне страхування використовується для доступу до додаткових або альтернативних послуг [18].

У скандинавських країнах Беверіджська модель поєднується з високими соціальними стандартами. Високий рівень оподаткування дозволяє фінансувати якісну систему охорони здоров'я з безкоштовними або дуже доступними послугами [19].

Іспанська система охорони здоров'я фінансується за рахунок загальних податків і забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян. Значна частина медичних закладів є державними, але існують і приватні лікарні, які працюють за контрактом із системою соціального страхування [20].

У Новій Зеландії державна система охорони здоров'я забезпечує безкоштовний або субсидований доступ до медичних послуг, фінансованих з податків. Нова Зеландія також надає приватне страхування для тих, хто бажає додаткового покриття [21].

1.2.3. Модель приватного страхування

У Сполучених Штатах Америки медичне страхування історично базується на приватних страхових компаніях. Хоча існують державні програми для вразливих верств населення, таких як Medicare (для літніх людей) і Medicaid (для малозабезпечених), значна частина населення отримує страхування через роботодавців або самотійно купує приватні поліси [22].

Особливості моделі приватного страхування полягає в наступному:

- 1) Велика роль приватних компаній: більшість медичних послуг фінансується через приватне страхування;
- 2) Державні програми для окремих груп: вони покривають медичні витрати літніх людей, військових ветеранів та малозабезпечених громадян;

3) Висока вартість медичних послуг: США мають одні з найвищих витрат на охорону здоров'я у світі.

Хоча система забезпечує високий рівень медичних послуг, вона також характеризується нерівномірним доступом до медицини через високі страхові премії та витрати на медичну допомогу [23].

1.2.4. Змішана модель медичного страхування

У багатьох країнах використовується змішана модель, яка поєднує елементи державного і приватного страхування. Прикладом може бути система охорони здоров'я в Канаді:

1) Універсальне державне страхування: усі громадяни покриті державним медичним страхуванням, яке фінансується з податків;

2) Приватне страхування: використовується для покриття додаткових послуг, таких як стоматологія або фармацевтичні препарати.

Така модель медичного страхування характерна для Канади, Австралії та Японії [24].

В Австралії функціонує програма Medicare, яка забезпечує базові медичні послуги для всіх громадян, тоді як приватне страхування допомагає зменшити навантаження на державну систему і покриває додаткові послуги [25].

Японія має одну з найстаріших і найефективніших систем охорони здоров'я в Азії. Система базується на обов'язковому медичному страхуванні, яке охоплює всіх громадян і постійних резидентів країни. Японська система охорони здоров'я відома високою якістю медичних послуг, доступних для всього населення. Витрати на медицину частково покриваються з державного бюджету, але близько 30% витрат пацієнти сплачують за власні кошти [26].

1.2.5. Моделі медичного страхування країн Азії

Азійські країни демонструють різноманітні підходи до організації систем охорони здоров'я, поєднуючи елементи державного і приватного фінансування. Особливості розвитку цих систем залежать від економічного розвитку, демографічних тенденцій і культурних особливостей. Розглянемо деякі з найуспішніших моделей медичного страхування в Азії.

Система охорони здоров'я в Сингапурі вважається однією з найефективніших у світі. Сингапурська система поєднує високий рівень державного контролю з особистою відповідальністю громадян за свої медичні витрати. Це дозволяє підтримувати низький рівень державних витрат на охорону здоров'я і водночас забезпечувати високу якість медичних послуг [27].

У 2009 році Китай розпочав реформу, спрямовану на досягнення універсального медичного покриття. Зараз понад 95% населення країни мають доступ до основних медичних послуг. Водночас Китай стикається з викликами, такими як нерівномірність якості медичних послуг між міськими та сільськими районами [28].

Південна Корея має унікальну систему єдиного національного медичного страхування, яка була запроваджена у 1989 році. Вона охоплює всіх громадян країни та працює за принципом обов'язкових внесків. Система Південної Кореї відома високою ефективністю, швидким доступом до медичних послуг і високою якістю обслуговування. Водночас витрати на охорону здоров'я залишаються контрольованими завдяки централізованому управлінню страховим фондом [29].

В Індії медична система характеризується великою роллю приватного сектору та численними державними програмами, спрямованими на підтримку малозабезпечених верств населення. Індія продовжує розвивати свою систему охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу доступу до медичних послуг у віддалених регіонах. Проте країна стикається з викликами, такими як недостатнє фінансування та висока вартість приватних медичних послуг [30].

1.3. Розвиток медичного страхування в Україні

1.3.1. Перші відомості про медичне страхування на українських землях

Медичне страхування в Україні бере свій початок ще з часів Російської імперії та Австро-Угорщини. У XIX столітті на західноукраїнських землях, що входили до складу Австро-Угорщини, функціонували каси хворих, які забезпечували фінансову допомогу робітникам у разі хвороби. У той час у східній частині України, яка перебувала під владою Російської імперії, почали створювати лікарняні каси. Їхня мета була подібною: забезпечити робітників доступом до медичних послуг.

Перша офіційна спроба запровадити обов'язкове медичне страхування відбулася у 1912 році, коли в Російській імперії був прийнятий закон про страхування робітників. Закон передбачав створення лікарняних кас для робітників промислових підприємств. Цей закон також діяв на території України, але його реалізація була обмеженою через економічну та соціальну нестабільність [31].

1.3.2. Медичне страхування у радянський період

Після встановлення радянської влади в Україні в 1920-х роках систему медичного страхування замінили на державну модель охорони здоров'я. У СРСР медичні послуги стали безкоштовними для всіх громадян, а фінансування здійснювалося через державний бюджет. Страхування як окремий механізм фінансування медицини було ліквідоване.

Радянська модель охорони здоров'я передбачала централізоване управління та фінансування. Вона забезпечувала широке покриття медичних послуг, але страждала від недостатнього фінансування, низької якості обслуговування та дефіциту ресурсів. Незважаючи на ці проблеми, система мала певні досягнення, зокрема в боротьбі з епідеміями та забезпеченні базової медичної допомоги [32].

1.3.3. Розвиток медичного страхування у період після здобуття незалежності

Після проголошення незалежності України в 1991 році почалися пошуки нових моделей фінансування охорони здоров'я. Система, успадкована від СРСР, виявилася неефективною в умовах ринкової економіки. Уряд України почав розглядати можливість запровадження обов'язкового медичного страхування, яке б поєднало державні та приватні механізми фінансування [33].

Протягом 1990-х і 2000-х років було кілька спроб запровадити законодавчу базу для обов'язкового медичного страхування. Однак через політичну нестабільність, відсутність консенсусу між різними політичними силами та слабку інституційну спроможність ці спроби не були реалізовані.

У цей період у країні почало розвиватися добровільне медичне страхування. Приватні страхові компанії почали пропонувати договори добровільного медичного страхування, що покривав додаткові медичні послуги, не доступні в державних лікарнях, або забезпечував обслуговування в приватних медичних закладах [34].

1.3.4. Сучасний період розвитку медичного страхування

Початок реформування системи охорони здоров'я припав на 2016 рік, коли уряд України під керівництвом Уляни Супрун запустив масштабну медичну реформу. У 2018 році було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка почала виконувати функції єдиного замовника медичних послуг у державі [35].

Ключовий елемент реформи — принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Держава почала оплачувати медичним закладам послуги, надані пацієнтам, через НСЗУ. Громадяни отримали можливість безкоштовно отримувати первинну медичну допомогу, екстрену допомогу та ряд інших послуг, включених до програми медичних гарантій.

Хоча медичне страхування у класичному розумінні ще не запроваджене, модель, яку реалізує НСЗУ, має страхові риси. Водночас, розвиток добровільного медичного страхування продовжується. У багатьох компаніях працівникам пропонують пакети добровільного медичного страхування як частину соціальних пільг.

Система медичного страхування в Україні ще перебуває у стадії розвитку. Серед основних викликів:

- 1) недостатнє фінансування охорони здоров'я;
- 2) рівень доступності послуг;
- 3) недовіра до страхових механізмів.

Попри це, запровадження обов'язкового медичного страхування залишається стратегічною метою. З огляду на досвід європейських країн, які успішно інтегрували страхові механізми у свої системи охорони здоров'я, Україна має потенціал для побудови ефективної моделі медичного страхування [36].

1.4. Аналіз ринку медичного страхування в Україні

1.4.1. Ринок послуг добровільного медичного страхування та його особливості

Основу державної політики в галузі охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих принципів. Вона визначає мету, основні завдання, напрями, принципи та пріоритети охорони здоров'я, встановлює нормативи і обсяги бюджетного фінансування, створює систему фінансових, податкових, митних та інших регуляторних механізмів, а також затверджує загальнодержавні програми охорони здоров'я [37].

До ключових показників, які відображають рівень розвитку страхового ринку, належать:

- 1) абсолютні показники (обсяг зібраних страхових премій, страхових виплат, рівень капіталізації страховиків, розмір страхових резервів);
- 2) відносні показники (частка страхових премій у ВВП, страховий внесок на душу населення, рівень страхових виплат, структура ринку за видами

страхування, регіонами, страховими компаніями, інвестиційна дохідність, концентрація ринку, охоплення страхового поля);

З) показники динаміки (зміни основних індикаторів за видами страхування, суб'єктами страхування, діяльністю страхових компаній та регіонами).

Важливим показником також є кількість страхових компаній, що функціонують на ринку. У період з 2016 по 2022 роки їхня кількість зменшилася з 271 у 2016 році до 127 у 2022 році. Також змінилася кількість страховиків, які мають ліцензію на здійснення добровільного медичного страхування (табл. 1.3.).

Динаміка страхових компаній, що здійснюють добровільне медичне страхування, загалом відповідає тенденції скорочення загальної кількості страховиків. У період з 2016 по 2022 рр. загальна кількість страховиків зменшилася на 143 компанії, тоді як кількість страховиків, які пропонують послуги ДМС, скоротилася на 25 одиниць [38].

Таблиця 1.3.

Динаміка зміни кількості страхових компаній протягом 2016-2022 рр.

Роки	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Кількість зареєстрованих страховиків	271	271	251	210	190	152	127
Кількість страховиків, які мають ліцензію на здійснення ДМС	50	50	67	50	25	25	25
Частка страховиків, що мають ліцензію на здійснення ДМС, в загальній кількості страховиків, %	18,45 %	18,45 %	26,69 %	23,81 %	13,16 %	16,45 %	19,69 %

Незважаючи на це, така кількість страховиків не відповідає ні розмірам території України, ні чисельності населення, зацікавленого у страхових послугах загалом і ДМС зокрема. Коливання в кількості страховиків на ринку можна пояснити різними факторами, зокрема: посиленням контролю за діяльністю страховиків (включно з припиненням діяльності так званих «схемних» компаній), добровільним виходом компаній із ринку через низьку ефективність

операцій, активізацією процесів злиття та поглинання, а також наслідками фінансових криз.

Ці фактори, як правило, сприяють не лише скороченню кількості страховиків, але й оптимізації їхньої діяльності. Аналіз основних показників страхового ринку за період 2016–2022 років (табл. 1.4.) свідчить про стабільне зростання частки ДМС у загальних обсягах ринку. Наприклад, у 2016 році обсяг валових страхових премій у сегменті ДМС становив 4 212,2 млн грн, а в 2019 році цей показник зріс до 8 912,1 млн грн [39].

Водночас загальні показники валових страхових премій на ринку мали певні спади, зокрема у 2020 та 2022 роках, що відображено на рис. 1.1.

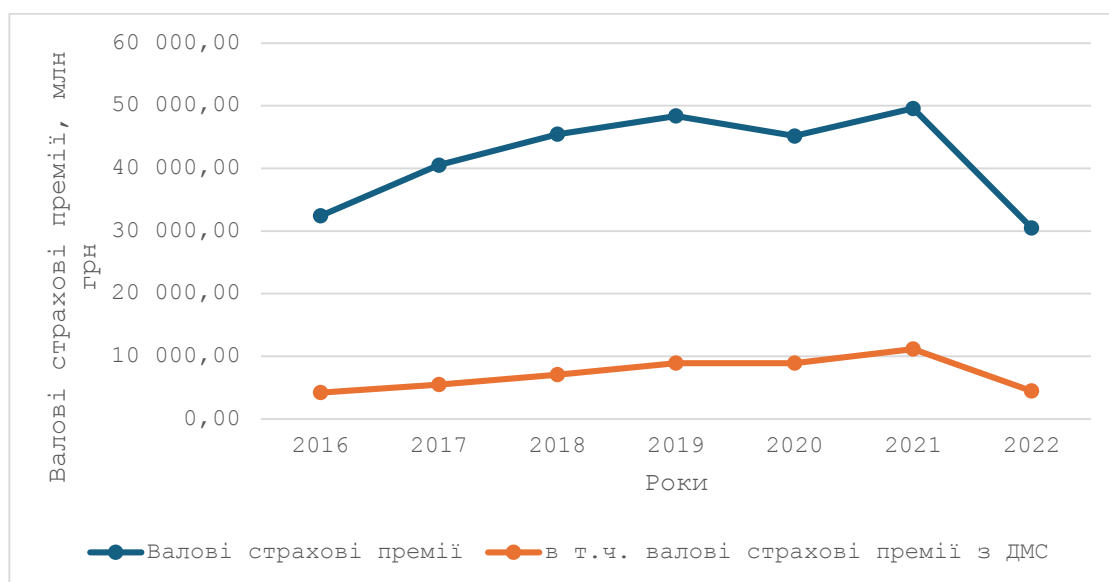


Рис. 1.1. Валові страхові премії, зібрані на ринку страхування протягом 2016-2022 рр.

Як видно з рис. 1.1., найнижчий обсяг валових страхових премій на страховому ринку було зафіксовано у 2022 році, коли він становив 30 503,3 млн грн. Це було зумовлено безпосереднім впливом повномасштабного російського вторгнення на територію України. Крім того, у 2020 році спостерігалось зниження обсягу валових страхових премій через наслідки пандемії COVID-19.

Динаміка чистих страхових премій демонструє подібну тенденцію до змін, що відображено на рис. 1.2.

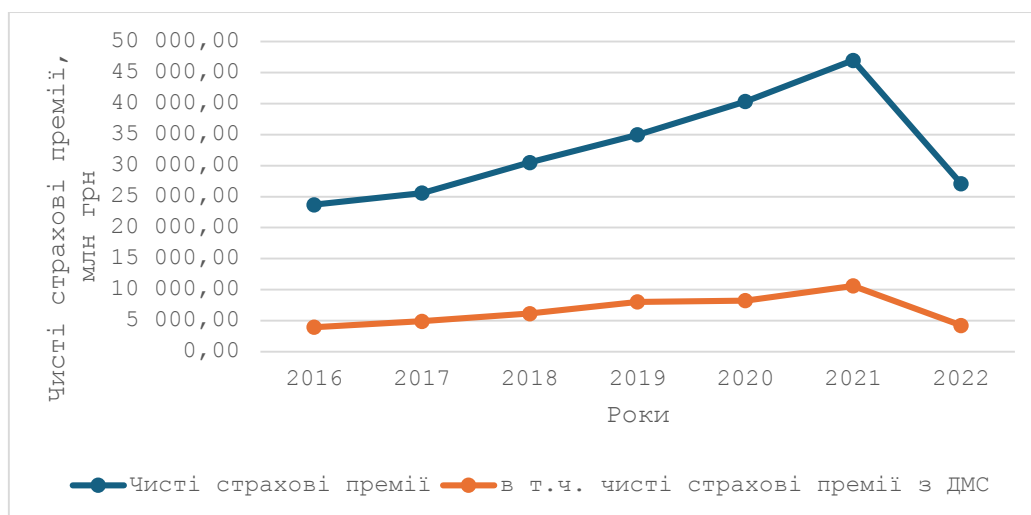


Рис. 1.2. Чисті страхові премії, зібрані на ринку страхування протягом 2016-2022 рр.

Як видно з рис. 1.2., ринок добровільного медичного страхування демонструє стабільну позитивну динаміку. Упродовж досліджуваного періоду показники валових страхових виплат загалом по ринку щороку зростали, за винятком 2022 року, коли цей показник склав 6 962,6 млн грн.

Аналогічну тенденцію можна спостерігати і в сегменті добровільного медичного страхування (рис. 1.3.).

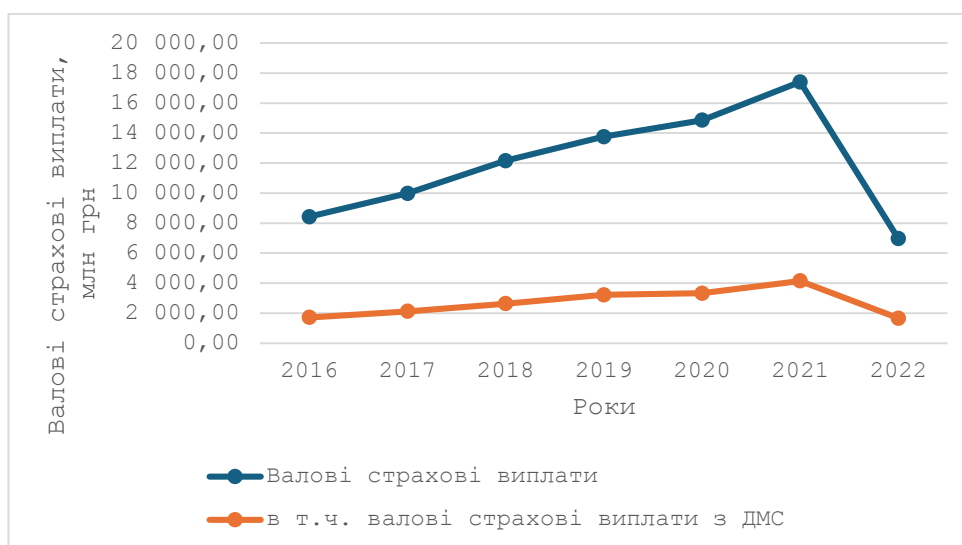


Рис. 1.3. Валові страхові виплати в сегменті медичного страхування протягом 2016-2022 рр.

Таблиця 1.4.

Основні показники розвитку ринку ДМС у складі ринку страхових послуг за 2016-2022 рр.

№	Показники	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
		млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
1	Валові страхові премії	32 414,2	100	40 518,1	100	45 461,4	100	48 377,2	100	45 184,9	100	49 559,5	100	30 503,3	100
	в т.ч. валові страхові премії з ДМС	4 212,2	13,0	5 485,9	13,5	7 078,7	15,6	8 912,1	18,4	8 913,8	19,7	11 167,8	22,5	4 467,1	14,6
2	Валові страхові виплати	8 421,2	100	9 980,5	100	12 158,5	100	13 762,4	100	14 852,7	100	17 406,6	100	6 962,6	100
	в т.ч. валові страхові виплати з ДМС	1 718,3	20,4	2 123,8	21,3	2 630,3	21,6	3 215,7	23,4	3 328,1	22,4	4 147,4	23,8	1 658,9	23,8
3	Рівень валових страхових виплат	х	26	х	24,6	х	26,7	х	28,4	х	32,9	х	35,2	х	36,1
	в т.ч. рівень валових страхових виплат з ДМС	х	40,8	х	38,7	х	37,2	х	36,1	х	40,1	х	42,3	х	41,2
4	Чисті страхові премії	23 709,7	100	25 580,7	100	30 518,2	100	34 962,0	100	40350,2	100	46 959,4	100	27 106,9	100
	в т.ч. чисті страхові премії з ДМС	3 969,2	16,7	4 904,9	19,2	6 144,7	20,1	8 044,5	23,0	8 248,3	20,4	10 620,4	22,6	4 248,2	15,7
5	Чисті страхові виплати	8 142,7	100	9 700,5	100	11 727,7	100	13 464,6	100	14 451,9	100	17 104,2	100	6 841,7	100
	в т.ч. чисті страхові виплати з ДМС	1 715,6	21,1	2 121,0	21,9	2 626,6	22,4	3 215,6	23,9	3 326,9	23,0	4 142,6	24,2	1 657,1	24,2
6	Рівень чистих страхових виплат	х	34,3	х	37,9	х	38,4	х	38,5	х	35,8	х	36,7	х	36,8
	в т.ч. рівень чистих страхових виплат з ДМС	х	43,2	х	43,2	х	42,7	х	40	х	41,3	х	40,2	х	40,9

Позитивна динаміка валових страхових виплат у сегменті добровільного медичного страхування відображається і в показниках чистих страхових виплат, як видно з рис. 1.4.

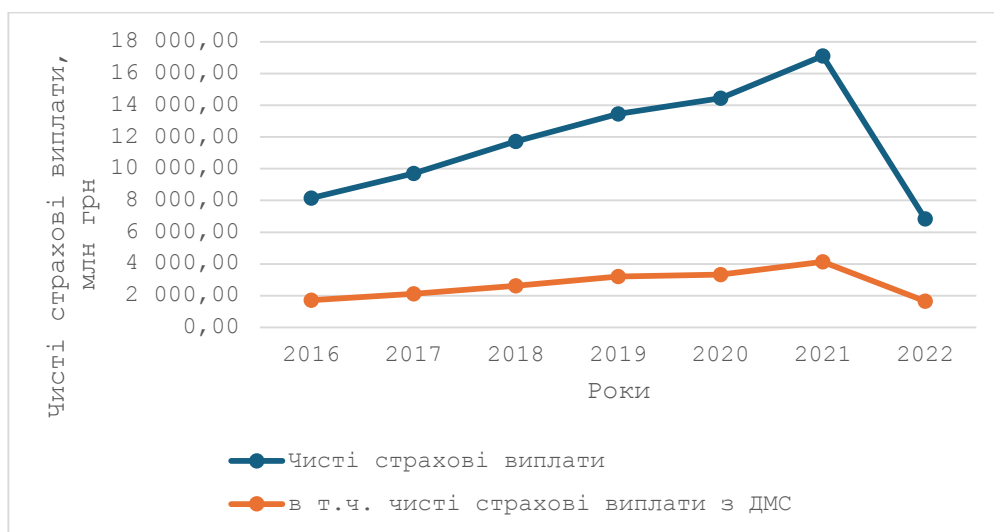


Рис. 1.4. Чисті страхові виплати в сегменті медичного страхування протягом 2016-2022 рр.

Як показано на рис. 1.4., чисті страхові виплати на страховому ринку зростали протягом усього досліджуваного періоду. Основними факторами цього зростання є збільшення виплат за договорами страхування фінансових ризиків, наземного транспорту та кредитів.

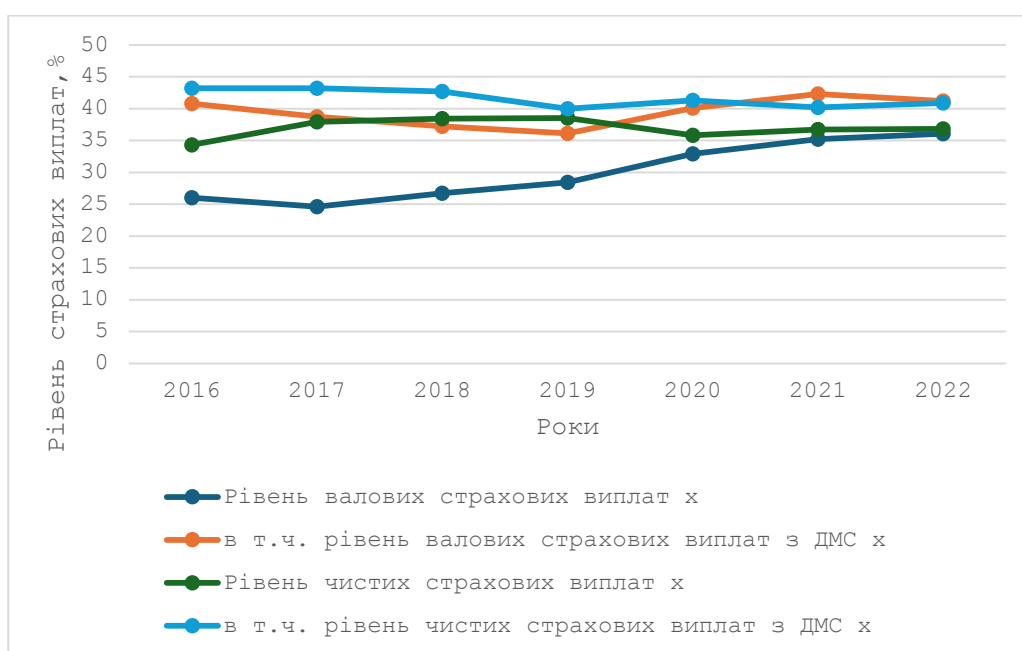


Рис. 1.5. Загальний рівень страхових виплат та рівень виплат в сегменті медичного страхування протягом 2016-2022 рр.

Як видно з рис. 1.5., рівень страхових виплат демонструє стабільну позитивну динаміку. Протягом аналізованого періоду показник рівня виплат за договорами добровільного медичного страхування також зростає, що частково пояснюється щорічним збільшенням кількості врегульованих страхових випадків.

Аналіз рівня виплат свідчить про відносно високу збитковість цього виду страхування. Особливість страхування як виду підприємницької діяльності полягає в тому, що зі зростанням надходжень за певним видом страхування зростають і страхові зобов'язання, що, відповідно, підвищує обсяги страхових виплат.

Серед причин високої збитковості ДМС експерти відзначають: збільшення кількості звернень клієнтів по медичну допомогу через погіршення стану здоров'я та старіння населення, високі вимоги клієнтів, недоліки андеррайтингу, застосування необґрунтованих тарифів, неефективну організацію процесу врегулювання збитків, низьку клієнтоорієнтованість державних медичних закладів, значні адміністративні витрати, зокрема високі комісійні винагороди посередникам [40].

Ефективним способом зниження обсягів потенційних виплат є ретельний відбір ризиків. Страхові компанії надають перевагу корпоративним клієнтам, оскільки збитковість ДМС за договорами з фізичними особами зазвичай є вищою. Співвідношення корпоративного та індивідуального страхування в сегменті ДМС наразі становить 70 на 30 відповідно.

Частка ДМС у структурі страхового ринку в Україні протягом 2016–2022 років стабільно зростала. За цей період частка валових премій у цьому сегменті збільшилася з 13% до 22,5%, валових виплат – з 20,4% до 23,8%, чистих премій – з 16,7% до 22,6%, а чистих виплат – з 21,1% до 24,2%. Ці тенденції підтверджують важливість ДМС для задоволення потреб населення.

Міжнародний досвід свідчить, що основою розвитку страхового ринку є концепція страхового захисту. За умови її реалізації ринок розвивається згідно з об'єктивними законами попиту, пропозиції, ціноутворення та конкуренції. В

Україні, хоча впровадження цієї концепції ще далеко від завершення, спостерігаються позитивні зміни, які поступово наближають структуру ринку до моделей розвинених країн. Розвиток ринку класичного страхування, зокрема ДМС, формується під впливом реального попиту на страховий захист.

Важливим фактором розширення ринку ДМС є активне залучення до нього широких верств населення. Саме кошти громадян дозволяють страховим компаніям збільшувати обсяги зібраних премій. Як зазначає О. Гаманкова, потенціал цього сегмента значний: частка українського страхового ринку в загальноєвропейському обсязі страхових послуг становить лише 0,09%, хоча населення України складає 7% від загальної чисельності населення Європи [41].

Однак повноцінний розвиток страхового ринку для фізичних осіб неможливий без підвищення рівня добробуту громадян. Міжнародний досвід доводить, що заощадження населення, зокрема їх частка, спрямована на фінансові послуги, можуть значно впливати на темпи економічного розвитку, якщо становлять не менше 12–14% ВВП. Наприклад, у Японії в період стрімкого економічного зростання цей показник досягав 20%, у Франції – 12%, у Німеччині – 11%.

Доходи громадян є одним із ключових показників, які визначають рівень економічного розвитку та соціального захисту. Як зазначає О.М. Залєтов, існує пряма залежність між зростанням доходів населення та їхньою готовністю не лише заощаджувати, але й укладати страхові договори [42].

1.4.2. Послуги добровільного медичного страхування та їх характеристика

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування діє значна кількість страхових компаній. У рамках дослідження було проаналізовано показники п'яти провідних страховиків, які займають лідируючі позиції за обсягами зібраних страхових премій, здійснених виплат, рівнем виплат, а також за часткою ДМС у їхньому страховому портфелі протягом 2016–2022 років.

До п'ятірки лідерів у сегменті добровільного медичного страхування належать страхові компанії ПРОВІДНА, УНІКА, АЛЬФА Страхування, РЗУ Україна та ІНГО. На ці компанії припадає 40-50% загального обсягу зібраних страхових премій у сегменті ДМС за аналізований період (табл. 1.5.) [43, 44, 45, 46, 47].

Аналізуючи концентрацію кожної з вказаних страхових компаній на ринку ДМС у період 2016–2022 років (рис. 1.6.), можна зробити висновок, що найбільш динамічний розвиток продемонструвала страхова компанія ІНГО. Якщо у 2016 році вона лише входила до ТОП-20 страховиків, то вже у 2022 році забезпечила збір 10% від загального обсягу страхових премій у цьому сегменті.

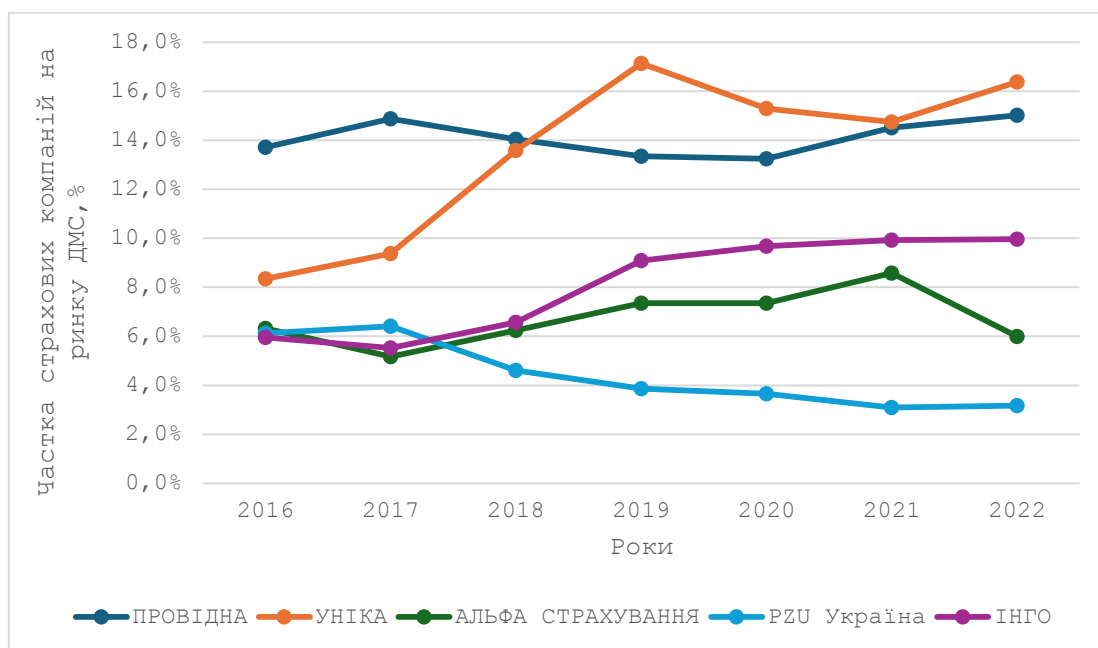


Рис. 1.6. Динаміка концентрації ТОП 5 страхових компаній – лідерів ринку ДМС у 2016 – 2022 рр.

Аналіз позитивної динаміки ключових показників розвитку ринку ДМС за досліджуваний період свідчить, що у 2021 році обсяги зібраних страхових премій п'ятьма провідними страховиками досягли найвищих значень. Зокрема, вони становили відповідно 794,3 млн грн, 807,5 млн грн, 469,8 млн грн, 169,1 млн грн та 543,5 млн грн (рис. 1.7.).

Таблиця 1.5.

Концентрація TOP 5 страхових компаній на ринку ДМС у 2016 – 2022 рр.

Обсяг зібраних премій	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	тис грн	%	тис грн	%	тис грн	%	тис грн	%	тис грн	%	тис грн	%	тис грн	%
ПРОВІДНА	288 759	13,7	358 849	14,9	400 114	14,0	483 855	13,4	602 602	13,2	794 320	14,5	652 442	15,0
УНІКА	175 681	8,3	226 414	9,4	387 174	13,6	621 075	17,1	696 200	15,3	807 542	14,7	711 366	16,4
АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	132 969	6,3	124 665	5,2	177 945	6,2	266 184	7,3	334 517	7,3	469 844	8,6	260 126	6,0
PZU Україна	128 832	6,1	154 636	6,4	131 487	4,6	139 938	3,9	166 134	3,6	169 135	3,1	137 906	3,2
ІНГО	125 498	6,0	133 176	5,5	187 075	6,6	329 399	9,1	440 607	9,7	543 594	9,9	432 943	10,0
TOP 5	851 739	40,4	997 740	41,3	1 283 795	45,0	1 840 451	50,8	2 240 060	49,2	2 784 435	50,8	2 194 783	50,5
Всього на ринку ДМС	2 106 237	100	2 413 501	100	2 849 920	100	3 624 005	100	4 552 254	100	5 476 151	100	4 344 624	100

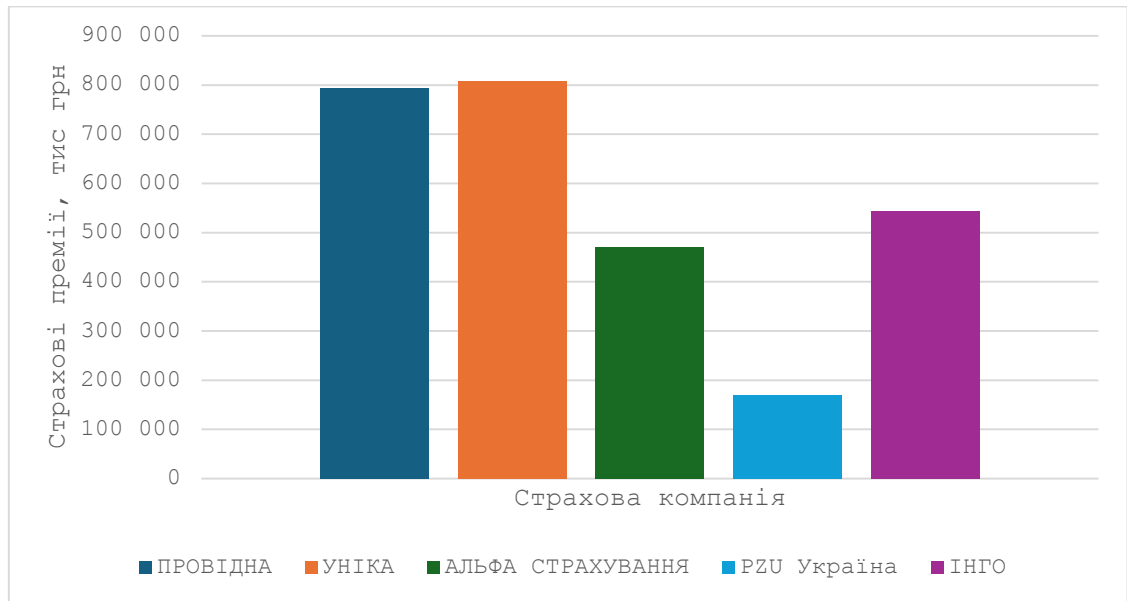


Рис. 1.7. Обсяг зібраних страхових премій страховими компаніями – лідерами в сегменті ДМС у 2021 р.

Аналізуючи дані рис. 1.7., можна визначити концентрацію кожної з ТОП-5 страхових компаній на ринку ДМС протягом 2014 року, що наочно показано на рис. 1.8. Зокрема, страхова компанія УНІКА збрала 14,7% від загального обсягу страхових премій на ринку ДМС, ПРОВІДНА – 14,5%, ІНГО – 9,9%, АЛЬФА Страхування – 8,6%, а УНІКА – 3,1%. Загалом, концентрація ТОП-5 страховиків на ринку ДМС за обсягами валових премій у 2021 році склала 50,8%.

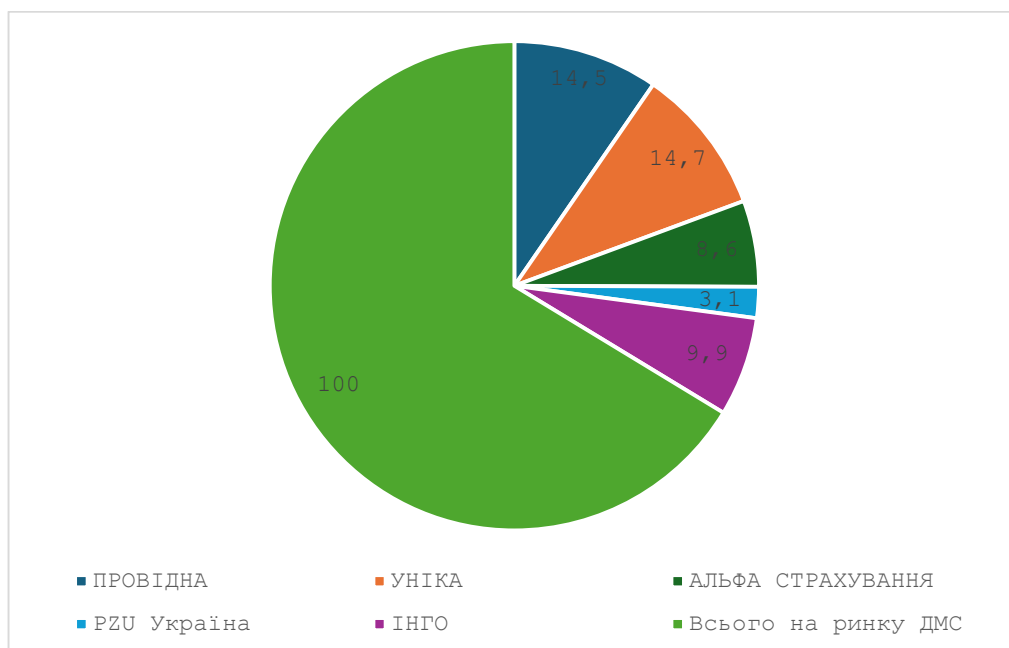


Рис. 1.8. Концентрація TOP 5 страхових компаній – лідерів ринку ДМС у 2021р.

Аналіз концентрації ТОП-5 страхових компаній підтверджує висновок про існування олігополістичної структури на ринку добровільного медичного страхування, що значною мірою впливає на цінову політику цих компаній, пропозиції яких будуть розглянуті далі. Лідери ринку та інші учасники цього сегмента демонструють високий рівень страхових виплат. Так, у 2021 році рівень виплат компаній ПРОВІДНА, УНІКА, АЛЬФА Страхування, PZU Україна та ІНГО за договорами ДМС склав 61%, 66%, 62%, 57% та 62% відповідно, що є високим у порівнянні з іншими видами страхування.

Страхові компанії, які надають послуги у сфері добровільного медичного страхування, забезпечують широкий спектр лікувальних послуг для задоволення різних потреб клієнтів. Кожен вид лікування має визначені ліміти відповідальності, що охоплюють лікарські засоби, медичні вироби, діагностичні обстеження, перебування в медичних установах, а також витрати на медичний персонал і інші послуги [43, 44, 45, 46, 47].

Деякі види лікування, як-от КТ, МРТ, хіміотерапія, а також спеціалізоване лікування та транспортування у реанімаційних умовах, також включені в програму. Медичне обслуговування надається здебільшого в державних або комунальних медичних закладах, але за узгодженням зі страховиком можуть бути залучені й приватні установи.

Витрати на самостійно придбані медичні засоби можуть бути відшкодовані лише за умови попередньої узгодженості з страховиком. Страхове відшкодування під час амбулаторного лікування здійснюється шляхом виплати «на руки».

Існують також винятки, за яких страховик не відшкодовує витрати, зокрема на стоматологічні послуги, лікування травм, що сталися внаслідок умисного самопошкодження або спроби самогубства, а також за деякими іншими умовами, що визначені в договорі.

Страховик визначає розмір виплати, враховуючи вартість наданої медичної допомоги, але не перевищуючи страхової суми, вказаної в договорі. Виплати можуть бути здійснені безпосередньо медичним закладом або застрахованою особою, яка оплатить послуги та погодить це зі страховиком.

Страхова компанія має чітко визначені причини відмови у виплаті, серед яких навмисні дії страхувальника або застрахованої особи, надання неправдивої інформації, несвоєчасне повідомлення про страховий випадок або несвоєчасне подання документів для виплати. У разі відмови рішення має бути прийняте протягом 15 днів із письмовим обґрунтуванням причин відмови [43, 44, 45, 46, 47].

Висновки до розділу 1

1. Залежно від соціально-економічних умов і історичних передумов, різні держави розробили власні моделі медичного страхування. Умовно їх можна поділити на кілька основних типів: обов'язкове соціальне страхування, універсальна державна система, приватне страхування та змішані моделі.
2. Проаналізувавши досвід європейських країн, які успішно інтегрували страхові механізми у свої системи охорони здоров'я, Україна має потенціал для побудови ефективної моделі медичного страхування.
3. Кількість страховиків не відповідає ні розмірам території України, ні чисельності населення, зацікавленого у послугах медичного страхування.
4. До п'ятірки лідерів у сегменті добровільного медичного страхування належать страхові компанії ПРОВІДНА, УНІКА, АЛЬФА Страхування, РЗУ Україна та ІНГО.
5. Аналіз концентрації ТОП-5 страхових компаній підтверджує висновок про існування олігополістичної структури на ринку добровільного медичного страхування.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ ПРАТ «СК «ПЕРША»)

2.1. Загальна характеристика ПрАТ «СК «Перша»

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Перша» — одна з провідних страхових компаній України, яка надає широкий спектр страхових послуг і працює на ринку з 2001 року. За більш ніж 20 років своєї діяльності компанія здобула репутацію надійного партнера завдяки високому рівню обслуговування клієнтів та дотриманню принципів прозорості, відкритості й сумлінності.

Компанія зареєстрована 24 вересня 2001 року, а з 2004 року включена до Державного реєстру фінансових установ. ПрАТ «СК «Перша» має потужну розгалужену мережу, що охоплює всі регіони України. У багатьох областях вона входить до числа лідерів місцевих страхових ринків, що свідчить про її ефективну адаптацію до потреб клієнтів у різних регіонах.

Компанія пропонує гнучкі та зручні форми співпраці, зокрема оформлення договорів страхування в електронному вигляді, що значно спрощує взаємодію між клієнтами й страховиком [48].



Рисунок 2.1. Про ПрАТ "СК "Перша"

Особливу увагу ПрАТ «СК «Перша» приділяє забезпеченню безпеки фінансових операцій. Клієнтам доступні онлайн-платежі з використанням сучасних протоколів захисту даних, а також традиційні форми оплати через банківські установи або безпосередньо в офісах компанії.

Крім технічної підтримки, компанія інвестує у взаємини з клієнтами. Інтерфейс офіційного сайту компанії створено максимально зрозумілим, що спрощує процес укладення договорів та отримання необхідної інформації.

ПрАТ «СК «Перша» активно інтегрує інновації в свою діяльність, поєднуючи технологічні рішення із традиційними цінностями страхового бізнесу. Завдяки цьому компанія впевнено закріплює свої позиції на страховому ринку України, формуючи довіру серед клієнтів та партнерів.

Компанія пропонує широкий асортимент страхових продуктів, які забезпечують покриття ризиків у різних життєвих ситуаціях. Основні види страхових послуг включають:

1. ОСЦПВ забезпечує фінансове покриття збитків, завданих третім особам у результаті дорожньо-транспортних пригод.
2. Договір «Зелена картка». Страхування для подорожей за кордон, яке гарантує відшкодування збитків, завданих третім особам під час використання транспортного засобу в іншій країні.
3. Туристичне страхування включає медичне страхування, компенсацію витрат у разі нещасного випадку або втрати багажу, що забезпечує захист під час подорожей.
4. КАСКО. Добровільне страхування автомобілів, яке покриває збитки в разі пошкодження транспортного засобу, його викрадення або повного знищення.
5. Комплексне страхування майна передбачає захист нерухомого та рухомого майна від різних ризиків, таких як пожежа, затоплення чи крадіжка.
6. Страхування від нещасних випадків забезпечує виплати у разі травм, втрати працездатності або летального випадку внаслідок нещасного випадку.
7. Страхування відповідальності перед третіми особами покриває збитки, завдані третім особам у разі пошкодження їхнього майна чи здоров'я з вини страхувальника.
8. Страхування відповідальності перевізника (CMR). Продукт для транспортних компаній, який покриває ризики, пов'язані з перевезенням вантажів міжнародними маршрутами.

9. Страхування відповідальності експедитора забезпечує фінансовий захист експедиторів від можливих збитків, завданих клієнтам через невиконання чи неналежне виконання зобов'язань.

10. Медичне страхування покриває витрати на лікування, медичне обслуговування та реабілітацію страхувальника.

2.2. Аналіз діяльності ПрАТ «СК «Перша»

Для аналізу та розрахунку показників діяльності ПрАТ «СК «Перша» використаємо дані фінансової звітності (ДОДАТКИ А-В).

Табл. 2.1. містить основні фінансово-економічні показники діяльності ПрАТ «СК «Перша».

Таблица 2.1.

Основні показники діяльності ПрАТ «СК «Перша»

Назва показників	Показники, тис. грн			Відносне відхилення, %		
	2021	2022	2023	2022/2021	2023/2022	2023/2021
Страхові премії	399 750	417 605	750 141	4,47	79,63	87,65
Премії, передані в перестрахування	141 417	81 203	75 054	-42,58	-7,57	-46,93
Валовий прибуток	141 904	127 517	29 493	-10,14	-76,87	-79,22
Страхові виплати	241 739	215 815	291 932	-10,72	35,27	20,76
Страхові резерви	571 739	646 766	674 778	13,12	4,33	18,02
Чистий прибуток	21 144	5 593	28 263	-73,55	405,33	33,67

У період 2021–2023 років обсяг страхових премій ПрАТ «СК «Перша» демонстрував стабільну тенденцію до зростання, збільшившись у 2023 році на 87,65 % порівняно з 2021 роком і досягнувши 750 141 тис. грн, а порівняно з 2022 роком — на 79,63 %.

Серед причин стрімкого зростання страхових надходжень можна зазначити збільшення у 2023 році кількості відокремлених структурних підрозділів ПрАТ «СК «Перша» по всій території України, що сприяло зростанню кількості страхувальників і забезпечило потребу українців у якісних страхових послугах.

У 2022 році відбулося зниження чистого прибутку, що було зумовлено початком повномасштабного вторгнення на територію України. Водночас у 2023 році спостерігалось зростання чистого прибутку на 405 % порівняно з 2022 роком. Однак у діяльності страхових компаній прибуток не є ключовим показником, оскільки важливішими є рівень платоспроможності та надійність страховика.

Ліквідність страхової компанії характеризується її здатністю здійснювати поточні виплати за рахунок наявних надходжень, тобто своєчасно виконувати свої термінові зобов'язання (табл. 2.2.) [49].

Таблиця 2.2.

Показники ліквідності ПрАТ «СК «Перша»

Назва показників	Роки			Рекомендоване значення
	2021	2022	2023	
Коефіцієнт покриття	9,54	9,22	0,51	> 2
Коефіцієнт швидкої ліквідності	9,52	9,21	0,51	> 1
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	5,08	2,78	0,31	> 0,2

Варто відзначити, що майже всі коефіцієнти ліквідності значно перевищують рекомендовані значення. Це є позитивним показником і пояснюється тим, що зазначені нормативи розроблені для виробничих підприємств, тоді як структура балансу страхових компаній має інші особливості.

Протягом 2021–2023 років показники абсолютної ліквідності ПрАТ «СК «Перша» відповідали рекомендованим значенням, що свідчить про достатній рівень оборотних коштів компанії для виконання короткострокових зобов'язань, зокрема при настанні страхових випадків.

Таким чином, можна зробити висновок про задовільний рівень ліквідності ПрАТ «СК «Перша», що є критично важливим для страхової компанії, оскільки забезпечує можливість оперативних розрахунків зі страхувальниками.

Для оцінки якості сформованого страхового портфеля доцільно враховувати фінансові результати діяльності страхової компанії. У рамках діагностики було проаналізовано динаміку та структуру доходів і витрат, а також ключові фінансові показники ПрАТ «СК «Перша» [50].

У таблиці 2.3. представлено ключові фінансові показники, які відображають результати діяльності ПрАТ «СК «Перша».

Таблиця 2.3.

Основні фінансові показники діяльності ПрАТ «СК «Перша» за період 2021-2023 рр., тис. грн

Назва показника	Роки			Відхилення 2022/2021		Відхилення 2023/2022	
	2021	2022	2023	тис. грн	%	тис. грн	%
Статутний капітал	60 000,00	60 000,00	60 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Власний капітал	149 732,00	171 839,00	188 649,00	22 107,00	14,76	16 810,00	9,78
Основні засоби	91 992,00	112 388,00	167 992,00	20 396,00	22,17	55 604,00	49,48
Страхові платежі	567 980,20	549 617,00	827 850,00	-18 363,20	-3,23	278 233,00	50,62
Страхові виплати	241 738,50	215 814,80	291 932,00	-25 923,70	-10,72	76 117,20	35,27
Рівень виплат, %	42,56	28,47	35,26				
Середній рівень виплат по страховому ринку	43,94	36,08	38,25				

За період 2021–2023 рр. більшість фінансових показників діяльності ПрАТ «СК «Перша» демонстрували позитивну динаміку. Водночас у 2022 році спостерігалось незначне зниження обсягів страхових платежів та страхових виплат порівняно з 2021 роком.

Із збільшенням страхових виплат (на 35,27% у 2023 р. в порівнянні з 2022 р.) відбувається зростання страхових платежів (на 50,62 % у 2023 р. в порівнянні з 2022 р.).

На такий стан речей могли вплинути воєнний стан у країні, а також політика компанії щодо розширення діяльності, зокрема значне збільшення кількості штатних працівників і відокремлених структурних підрозділів у 2023 році. Це, ймовірно, підвищило рівень ризиковості страхового портфеля компанії, що, у свою чергу, спричинило зростання обсягів страхових платежів та страхових виплат.

Рівень виплат ПрАТ «СК «Перша» залишається нижчим за середній рівень виплат по страховому ринку, що може свідчити про менший ризик у портфелі компанії або про ефективне управління ризиками.

Для діагностики фінансових результатів ПрАТ «СК «Перша» проаналізуємо доходи та витрати страховика (табл. 2.4.-2.6.) [51].

Таблиця 2.4.

Динаміка доходів ПрАТ «СК «Перша» за період 2021-2023 рр.

Назва показника	Роки						Відхилення 2022/2021		Відхилення 2023/2022	
	2021		2022		2023					
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%
Дохід від реалізації послуг зі страхування	399 750	90,5	417 605	82,4	750 141	87,5	17 855	4,5	332 536	79,6
Інші операційні доходи	12 882	2,9	54 640	10,8	1 876	0,2	41 758	324,2	-52 764	-96,6
Фінансові доходи	24 029	5,4	34 289	6,8	105 239	12,3	10 260	42,7	70 950	206,9
Інші доходи	4 918	1,1	0	0,0	0	0,0	-4 918	-100	0	0,0
Разом	441 579	100	506 534	100	857 256	100	64 955	14,7	350 722	69,2

Згідно з наведеними даними, протягом аналізованого періоду доходи страховика мали змінний характер. Зокрема, у 2023 році загальний обсяг доходів збільшився на 350 722 тис. грн., або на 69 %, що можна пояснити активним розвитком страхової діяльності в цей період.

Аналізуючи структуру доходів за 2021–2023 рр., можна відзначити, що найбільшу питому вагу мали доходи від страхової діяльності. У 2021 р. вони

становили 90,5 %, у 2022 р. зменшилися до 82,4 %, а у 2023 р. знову зросли до 87,5 %.

Фінансові доходи займають друге місце за обсягом у загальній структурі доходів, складаючи від 5 % до 12 %.

Інші джерела доходів страховика становлять незначну частку загального обсягу та не демонструють стабільних тенденцій.

При цьому діяльність страхової компанії супроводжується витратами, пов'язаними як із виконанням страхових зобов'язань, так і з організацією господарської діяльності.

«Звіт про фінансові результати» розглядає витрати як зменшення економічних вигод у вигляді вибуття активів або збільшення зобов'язань, що ведуть до зниження власного капіталу (окрім випадків, коли зменшення капіталу відбувається через його вилучення або розподіл серед власників) за звітний період [52].

Детально динаміка витрат ПрАТ «СК «Перша» наведена в табл. 2.5.

Таблиця 2.5.

Динаміка витрат ПрАТ «СК «Перша» за період 2021-2023 рр., тис. грн

Назва показника	Роки			Відхилення 2022/2021		Відхилення 2023/2022	
	2021	2022	2023	тис. грн	%	тис. грн	%
Страхові виплати	241 738,5	215 814,8	291 932,0	-25 923,7	-10,7	76 117,2	35,3
Аквізиційні витрати	13 088,0	0,0	0,0	-13 088,0	-	0,0	-
Інші адміністративні витрати	94 262,0	107 871,0	0,0	13 609,0	14,4	-107 871,0	-100,0
Інші витрати на збут послуг	26 758,0	19 098,0	0,0	-7 660,0	-28,6	-19 098,0	-100,0
Інші операційні витрати	30 766,0	36 914,0	17 451,0	6 148,0	20,0	-19 463,0	-52,7
Фінансові витрати	22,0	0,0	54 939,0	-22,0	-	54 939,0	-
Всього витрат	406 634,5	379 697,8	364 322,0	-26 936,7	-6,6	-15 375,8	-4,0

За аналізований період витрати компанії демонстрували тенденцію до зниження. Зокрема, у 2022 році порівняно з попереднім роком вони зменшилися на 6,6 % (або на 26 936,7 тис. грн). У 2023 році темпи зниження уповільнилися, і витрати скоротилися на 4 % (або на 15 375,8 тис. грн).

Далі проаналізуємо фактори, які вплинули на формування фінансових результатів страхової компанії. У табл. 2.6. наведено фінансові показники діяльності ПрАТ «СК «Перша» за 2021–2023 рр. [53].

Таблиця 2.6.

Фінансові результати діяльності ПрАТ «СК «Перша» за 2021-2023 рр., тис. грн

Назва показника	Роки			Абсолютне відхилення		
	2021	2022	2023	2022/2021	2023/2022	2023/2021
Валовий прибуток	141 904,0	127 517,0	29 493,0	7 193,5	49 012,0	56 205,5
Фінансовий результат від операційної діяльності	15 793,0	0,0	13 918,0	7 896,5	6 959,0	937,5
Фінансовий результат до оподаткування	40 366,0	23 734,0	59 241,0	8 316,0	17 753,5	9 437,5
Чистий фінансовий результат	21 144,0	5 593,0	28 263,0	7 775,5	11 335,0	3 559,5
Податок на прибуток	0,0	0,0	833,0	0,0	416,5	416,5
Страхові резерви	571 739,0	646 766,0	674 778,0	37 513,5	14 006,0	51 519,5

Протягом аналізованого періоду ПрАТ «СК «Перша» демонструвало покращення результатів основної діяльності. Зокрема, у 2022 році фінансовий результат від операційної діяльності був нульовим, а в 2023 році став позитивним. Інші фінансові показники компанії також показали тенденцію до зростання у 2023 році.

Обсяг сформованих страхових резервів зріс із 571 739 тис. грн у 2021 р. до 674 778 тис. грн у 2023 р. Це стало наслідком розширення страхових операцій

компанії, що сприяло збільшенню її інвестиційних можливостей і отриманню додаткових доходів від розміщення коштів страхових резервів.

Проведений аналіз свідчить про покращення та стабілізацію діяльності компанії, попри кризові явища в економіці. Фінансовий стан ПрАТ «СК «Перша» можна оцінити як задовільний.

Для підтримки позитивних тенденцій і запобігання можливим ризикам компанії рекомендовано:

1. Провести глибокий аналіз структури витрат із метою їх оптимізації.
2. Аналізувати дебіторську заборгованість, її причини та можливості погашення.
3. Підвищити рівень ліквідності активів.
4. Оцінити ефективність інвестиційної діяльності.
5. Забезпечити компенсацію можливих фінансових збитків через ефективне управління портфелем цінних паперів, у тому числі шляхом прибуткових операцій на фондовому ринку.

У подальшій діяльності ПрАТ «СК «Перша» доцільно орієнтуватися на стратегію зростання частки на страховому ринку, забезпечуючи водночас достатній рівень прибутковості [54].

2.3. Аналіз страхового портфелю ПрАТ «СК «Перша»

Аналіз страхового портфеля зазвичай проводиться в динаміці, з акцентом на розмір та структуру портфеля. Розглянемо страховий портфель ПрАТ «СК «Перша» за період 2021–2023 рр., зосередившись на кількісних характеристиках, таких як обсяги надходжень страхових премій та суми здійснених страхових виплат. Також визначимо рівень виплат, тобто збитковість портфеля [55].

Проаналізуємо динаміку та структуру надходжень страхових премій у період 2021–2023 рр. (табл. 2.7. та 2.8.).

Таблиця 2.7.

Динаміка надходжень страхових платежів ПрАТ «СК «Перша»

за період 2021 – 2023 рр., тис. грн

Вид страхування	Роки			Відхилення			
	2021	2022	2023	Абсолютне, +/-		Відносне, %	
				2022/2021	2023/2022	2022/2021	2023/2022
Обов'язкове страхування	348 037,2	370 729,4	514 264,0	22 692,2	143 534,6	6,52	38,72
Страхування відповідальності	50 354,1	43 931,9	61 180,0	-6 422,2	17 248,1	-12,75	39,26
Особисте страхування	47 721,0	32 392,4	60 853,0	-15 328,6	28 460,6	-32,12	87,86
Майнове страхування	121 867,9	102 563,3	191 553,0	-19 304,6	88 989,7	-15,84	86,77
Разом	567 980,2	549 617,0	827 850,0	-18 363,2	278 233,0	-3,23	50,62

Таблиця 2.8.

Структура надходжень страхових платежів ПрАТ «СК «Перша»

за період 2021 – 2023 рр., %

Вид страхування	Роки			Абсолютне відхилення, +/-	
	2021	2022	2023	2022/2021	2023/2022
Обов'язкове страхування	61,3	67,5	62,1	6,2	-5,3
Страхування відповідальності	8,9	8,0	7,4	-0,9	-0,6
Особисте страхування	8,4	5,9	7,4	-2,5	1,5
Майнове страхування	21,5	18,7	23,1	-2,8	4,5
Разом	100,0	100,0	100,0		

У 2023 р. обсяг страхових надходжень ПрАТ «СК «Перша» склав 827850,00 тис. грн, що на 50,62 % більше порівняно з 2022 р.

Водночас страхові виплати за 2023 р. досягли 291 932,00 тис. грн, перевищивши показник попереднього року на 35,3 %.

Обов'язкове страхування займає провідну позицію за часткою надходжень: 61,3 % у 2021 році, 67,5 % у 2022 році та 62,1 % у 2023 році. Проте динаміка надходжень за цим видом страхування не демонструє стабільного зростання — після підвищення у 2022 р. спостерігалось зниження у 2023 р.

Відзначається позитивна динаміка зростання надходжень від майнового страхування, які у 2023 р. зросли на 4,5 % порівняно з 2022 р., при цьому їх частка в загальному обсязі поступово збільшується.

Зростання надходжень за цим напрямом пов'язане насамперед із підвищенням попиту на страхування автомобілів. Це зумовлено вигідними умовами, які компанія пропонує для страхувальників, а також постійним збільшенням кількості автовласників [56].

На останньому місці за надходженнями страхового портфеля компанії ПрАТ «СК «Перша» – надходження від добровільного особистого страхування (8,4 % у 2021 р., 5,9 % у 2022 р., 7,4 % у 2023 р.), при цьому, спостерігається позитивна тенденція до зростання абсолютної величини надходжень з особистого страхування у 2023 р., але при цьому частка надходжень в загальному обсязі скорочується у 2022 р, але знову збільшується у 2023 р.

Таблиця 2.9.

Динаміка та структура надходжень ПрАТ «СК «Перша» від добровільного особистого страхування за період 2021-2023 рр.

Вид страхування	Роки						Відхилення			
	2021		2022		2023		Абсолютне, +/-		Відносне, +/-	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%	2022/ 2021	2023/ 2022	2022/ 2021	2023/ 2022
Страхування від нещасних випадків	2 671,0	5,6	2 460,8	7,6	4 538,0	7,5	-210,2	2 077,2	-7,9	84,4
Медичне страхування	36 918,1	77,4	17 346,1	53,5	36 887,4	60,6	-19 572,0	19 541,3	-53,0	112,7
Страхування здоров'я на випадок хвороби	8 131,9	17,0	12 585,5	38,9	15 922,0	26,2	4 453,6	3 336,5	54,8	26,5
Разом	47 721,0	100	32 392,4	100	60 853,0	100				

Найбільші надходження в особистому страхуванні компанія ПрАТ «СК «Перша» отримує від надання послуг медичного страхування здоров'я (77,4 % у 2021 р., 53,5 % у 2022 р., 60,6 % у 2023 р.), потім від страхування здоров'я на випадок хвороби (17 % у 2021 р., 38,9 % у 2022 р., 31,9 % у 2023 р.), та найменше від надання послуг страхування від нещасних випадків (5,6 % у 2021 р., 7,6 % у 2022 р., 7,5 % у 2023 р.). Слід зауважити, що тенденція зміни частки надходжень за першими видами особистого страхування нестійка (табл. 2.9).

Таким чином, можна зробити висновок, що страховий портфель компанії за надходженнями страхових премій поступово збільшується як з добровільних видів страхування, так і з обов'язкових. Зростають обсяги доходів майже від усіх страхових послуг, які пропонує компанія. При цьому простежується тенденція до спеціалізації компанії на страхуванні вантажів.

ПрАТ «СК «Перша» здійснює страхові виплати у разі настання страхових випадків, передбачених договором страхування. Це дозволяє аналізувати динаміку та структуру портфеля за виплатами, що, у свою чергу, дає змогу оцінити ефективність діяльності страхової компанії з погляду оптимальності та збалансованості страхового портфеля [57].

Таблиця 2.10.

Динаміка страхових виплат ПрАТ «СК «Перша» за період 2021-2023 рр., тис. грн

Вид страхування	Роки			Відхилення			
	2021	2022	2023	Абсолютне, +/-		Відносне, %	
				2022/2021	2023/2022	2022/2021	2023/2022
Обов'язкове страхування	163 962,7	143 601,3	197 553,0	-20 361,4	53 951,7	-12,42	37,57
Страхування відповідальності	11 308,6	8 997,2	13 483,0	-2 311,4	4 485,8	-20,44	49,86
Особисте страхування	12 173,9	9 358,4	18 597,0	-2 815,5	9 238,6	-23,13	98,72
Майнове страхування	54 293,3	53 857,9	62 299,0	-435,4	8 441,1	-0,80	15,67
Разом	241 738,5	215 814,8	291 932,0	-25 923,7	76 117,2	-10,72	35,27

Надалі проаналізуємо страховий портфель ПрАТ «СК «Перша» з позицій страхових виплат. Динаміка та структура страхових виплат за період 2021-2023 рр. наведена в табл. 2.10. та табл. 2.11.

Таблиця 2.11.

Структура страхових виплат ПрАТ «СК «Перша» за період 2021-2023 рр., %

Вид страхування	Роки			Абсолютне відхилення, +/-	
	2021	2022	2023	2022/2021	2023/2022
Обов'язкове страхування	67,8	66,5	67,7	-1,3	1,1
Страхування відповідальності	4,7	4,2	4,6	-0,5	0,4
Особисте страхування	5,0	4,3	6,4	-0,7	2,0
Майнове страхування	22,5	25,0	21,3	2,5	-3,6
Разом	100,0	100,0	100,0		

Варто відзначити, що частка особистого страхування у 2021–2023 рр. змінюється, демонструючи як зниження, так і зростання, паралельно зі змінами в абсолютних обсягах виплат. Основною причиною таких коливань є медичне страхування.

Детальну інформацію про страхові виплати з особистого страхування ПрАТ «СК «Перша» наведено в табл. 2.12., а також на рис. 2.2., 2.3. та 2.4.

Таблиця 2.12.

Динаміка виплат з особистого страхування за період 2021- 2023 рр.

Вид страхування	Роки						Відхилення			
	2021		2022		2023		Абсолютне, +/-		Відносне, +/-	
	тис. грн	%	тис. грн	%	тис. грн	%	2022/2021	2023/2022	2022/2021	2023/2022
Страхування від нещасних випадків	199,1	1,6	66,3	0,7	155,0	0,8	-132,8	88,7	-66,7	133,8
Медичне страхування	8 853,5	72,7	7 867,1	84,1	16 223,0	87,2	-986,4	8 355,9	-11,1	106,2
Страхування здоров'я на випадок хвороби	3 121,3	25,6	1 425,0	15,2	2 219,0	11,9	-1 696,3	794,0	-54,3	55,7
Разом	12 173,9	100,0	9 358,4	100,0	18 597,0	100,0				

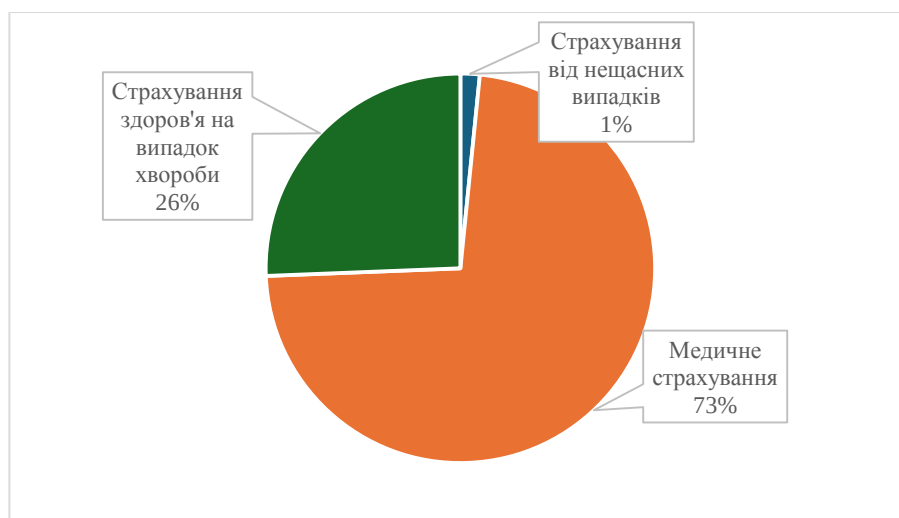


Рисунок 2.2. Структура виплат з особистого страхування за 2021 р.

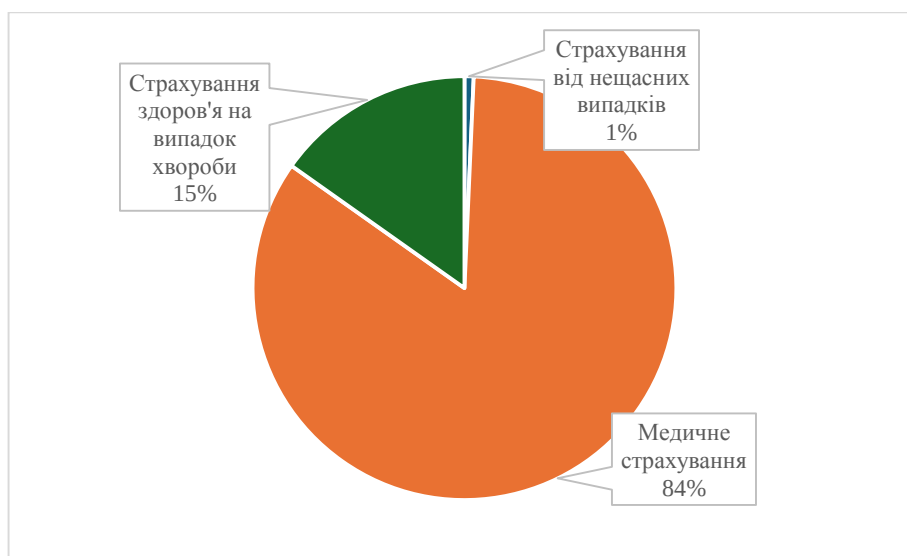


Рисунок 2.3. Структура виплат з особистого страхування за 2022 р.



Рисунок 2.4. Структура виплат з особистого страхування за 2023 р.

Найбільші виплати в добровільному особистому страхуванні ПрАТ «СК «Перша» здійснює за полісами медичного страхування (73 % у 2021 р., 84 % у 2022 р., 87 % у 2023 р.). Інші види особистого страхування займають незначну частку в портфелі особистого страхування ПрАТ «СК «Перша»: страхування здоров'я на випадок хвороби (26 % у 2021 р., 15 % у 2022 р., 12 % у 2023 р.) та добровільне страхування від нещасних випадків (1 % у 2021 р., 1 % у 2022 р., 1 % у 2020 р.). Можна зробити висновок, що найбільшим попитом користується медичне страхування, що цілком природньо у зв'язку із пандемією коронавірусу та воєнним станом в Україні [58].

2.4. Характеристика програм медичного страхування ПрАТ «СК «Перша»

Програми медичного страхування, які пропонує ПрАТ «СК «Перша», розділені на п'ять основних рівнів: Стандарт, Класик, Класик+, Еліт та ВІП. Вони адаптовані до різних потреб та фінансових можливостей клієнтів, відрізняючись лімітами покриття (табл. 2.13.), набором послуг та рівнем доступу до медичних закладів [48].

Кожна з програм побудована з урахуванням гнучкості в обслуговуванні та потреб клієнтів, дозволяючи обрати оптимальний баланс між вартістю і наповненням послуг.

Таблиця 2.13.

Програми медичного страхування ПрАТ «СК «Перша»

Найменування Програми страхування	Стандарт	Класик	Класик+	Еліт	ВІП
Страхова сума, грн/рік	100 000,00	150 000,00	160 000,00	200 000,00	250 000,00

Програми медичного страхування пропонують широкий спектр послуг, спрямованих на надання допомоги у разі гострого захворювання, загострення

хронічних хвороб або розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку. У рамках програм покриваються такі послуги:

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога включає:

- консультації лікарів, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації в умовах поліклініки;
- консультації в поліклініці провідних фахівців (професори, доктори медичних наук, завідувачі відділень тощо);
- проведення інструментальних методів досліджень (функціональних, ендоскопічних, ультразвукових, рентгенологічних, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, тощо) в умовах поліклініки;
- проведення лабораторних досліджень за призначенням лікаря в умовах поліклініки;
- призначення схеми лікування;
- лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції, блокади тощо);
- проведення малих хірургічних операцій в умовах поліклініки та інших лікувальних заходів і маніпуляцій;
- денний стаціонар;
- фізіотерапевтичні процедури;
- експертиза тимчасової непрацездатності (видача лікарняних листків за показаннями відповідно до інструкції МОЗ України);
- виклик лікаря додому.

2. Медикаментозне забезпечення включає:

- забезпечення необхідними медикаментами для лікування в поліклінічних умовах гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- медикаменти, які застрахована особа отримує в мережі аптечних закладів з переліку страховика за рецептом лікаря;
- самостійне придбання медикаментів поза аптечною мережею з переліку страховика за власні кошти, згідно призначень лікаря, з

подальшим відшкодуванням, згідно Програми та Класу страхування (при наданні медичного висновку, рецепта лікаря, фіскального чека, товарного чека).

3. Стаціонарна допомога включає:

- невідкладна (ургентна) госпіталізація до чергового (ургентного) відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події;
- планова госпіталізація до медичного закладу з переліку страховика при наявності страхового випадку в палати відповідно до Класу страхування;
- консервативне та оперативне лікування, в тому числі реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення;
- лікувальні маніпуляції під час знаходження в стаціонарі;
- категорія палат (палати стандартні для медичного закладу, 2-4 місні);
- перебування у відділенні інтенсивної терапії;
- діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні) за призначенням лікаря;
- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- медикаментозне забезпечення при стаціонарному лікуванні, в тому числі з лікувальною метою курсом до 30 днів;
- фізіотерапевтичні процедури з метою лікування основного захворювання;
- харчування стандартне для лікувального закладу.

4. Невідкладна медична допомога (виклик бригади невідкладної допомоги) включає:

- цілодобовий прийом викликів безпосередньо шляхом звернення застрахованої особи до диспетчерського пункту медичного асистансу страховика;

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги з медичного закладу, що найближче розташоване до місця настання страхового випадку, або яке зможе найшвидше надати бригаду для виїзду;

- експрес-діагностика, проведення лабораторних тестів та встановлення первинного діагнозу;

- надання невідкладної допомоги;

- лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша висококваліфікована медична допомога);

- забезпечення медикаментами для надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі;

- транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до медичного закладу з переліку страховика або до чергового (ургентного) відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування;

- компенсація витрачених за власний рахунок коштів в розмірі 100% вартості медичних послуг, отриманих застрахованою особою в будь-якому державному, відомчому або комерційному (приватному) медичному закладі з переліку страховика.

5. Додаткові програми страхування, що включається за додаткову оплату:

- планова та невідкладна стоматологічна допомога;

- експрес-аптека;

- дермато-косметологія;

- профілактика грипу та ГРВІ;

- вітамінопрофілактика;

- критичні захворювання (цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання);

- медичний огляд;

- діагностика та лікування ЗПСШ;

- діагностика та лікування станів та захворювань, забезпечення медикаментами, надання послуг, що є виключенням із страхових випадків;
- оздоровчі послуги;
- масаж профілактичний;
- відновлювально-реабілітаційне лікування;
- корекція зору;
- профілактика комп'ютерного синдрому;
- діагностика та лікування грибкових уражень;
- лікування вірусних гепатитів (В та С);
- патронаж вагітних;
- пологи;
- патронаж дитини.

2.5. Прогнозування майбутніх надходжень за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша»

Розвиток системи медичного страхування в Україні має значний потенціал. Зростання попиту на страхові послуги обумовлено багатьма факторами, зокрема:

1. збільшенням усвідомлення важливості страхування серед населення;
2. реформуванням системи охорони здоров'я;
3. зростанням кількості приватних медичних закладів, які активно співпрацюють зі страховими компаніями;
4. тенденцією до поліпшення фінансової грамотності населення.

На прикладі ПрАТ «СК «Перша» можна побачити позитивну динаміку розвитку медичного страхування. Так, обсяг надходжень страхових премій демонструє стабільний ріст: за 2020 р. кількість страхових премій складала 26 946,2 тис. грн, а за 2023 р. – 36 887 тис. грн. Це свідчить про темп росту 136,9%, що еквівалентно збільшенню на 9 940,8 тис. грн у порівнянні з 2020 роком (табл. 2.14.) [59].

Таблиця 2.14.

Надходження страхових премій за договорами медичного страхування в ПрАТ «СК «Перша» за період 2020-2023 рр.

Період	2020	2021	2022	2023
Сума страхових премій, тис. грн	26 946,20	36 918,10	17 346,10	36 887

Такий ріст вказує на активне збільшення зацікавленості споживачів у страхових послугах та розширення діяльності страхової компанії. Водночас це є відображенням загальної тенденції до зростання обсягів ринку страхування в Україні.

На рис. 2.5. графічно представлено надходження страхових премій за договорами медичного страхування за період 2020-2024 рр.

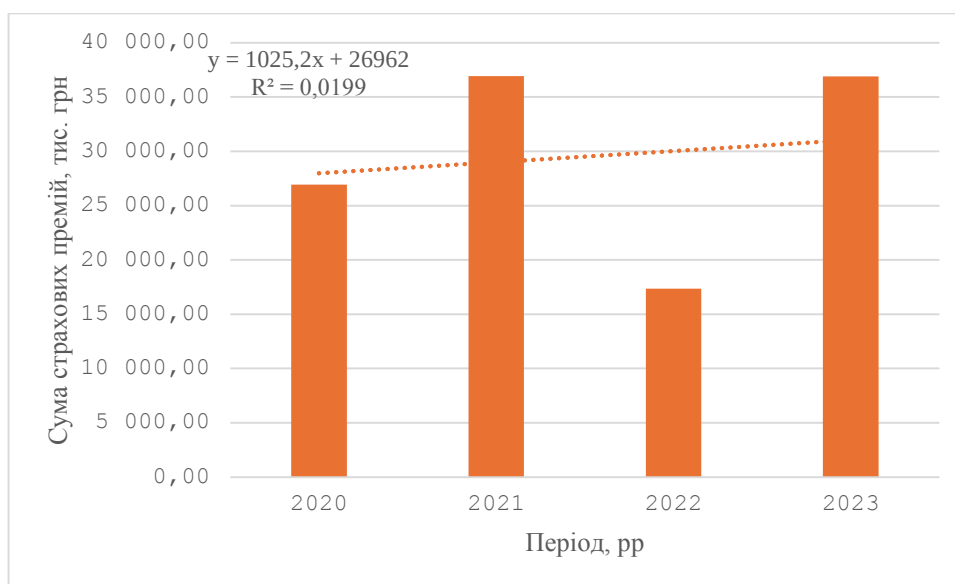


Рисунок 2.5 Надходження страхових премій за договорами медичного страхування в ПрАТ «СК «Перша» за 2020-2024 рр.

Серед причин швидкого зростання надходжень страхових премій у 2023 р. в порівнянні з 2022 р., можна вказати початок повномасштабного вторгнення та збільшення у 2023 році кількості відокремлених підрозділів ПрАТ «СК «Перша» по всій території України. Що привело більше страхувальників у компанію та забезпечило потребу українців у якісному медичному страхуванні.

Для оцінки майбутніх надходжень страхових премій ПрАТ «СК «Перша» було використано метод екстраполяції, що базується на аналізі існуючих тенденцій та їх поширенні на майбутній період.

Екстраполяція передбачає побудову прогнозу, виходячи з динаміки минулих періодів. У випадку ПрАТ «СК «Перша», зростання страхових премій у попередні роки демонструє стабільну позитивну тенденцію, що дозволяє передбачити подальший розвиток за аналогічною траєкторією [60].

За допомогою цього методу було визначено прогнозовані обсяги страхових премій до 2027 року, які наведено в табл. 2.15.

Таблиця 2.15.

Прогноз надходжень за договорами медичного страхування в ПрАТ «СК
«Перша» до 2027 року

Період	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Сума страхових премій, тис. грн	26 946,20	36 918,10	17 346,10	36 887	32 087,35	33 112,51	34 137,67	35 163

Відповідно до прогнозу, очікується, що обсяг страхових премій ПрАТ «СК «Перша» у 2027 році становитиме 35 163 тис. грн. Однак, аналіз прогнозованої динаміки вказує на негативну тенденцію у порівнянні з попередніми роками: темп приросту складатиме -4,7 % або -1 724 тис. грн.

Можливі причини негативної тенденції полягають у наступному:

1. Насиченість ринку: Можливе зниження темпів зростання через поступове досягнення ринком точки насичення.

2. Зміна економічних умов: Негативний вплив можуть мати економічні фактори, зокрема, інфляція, падіння купівельної спроможності населення або зростання конкуренції, або продовження повномасштабного вторгнення.

3. Перегляд страхових тарифів: Можливе зниження активності клієнтів у разі збільшення тарифів на страхові послуги.

4. Регуляторні зміни: Вплив нових нормативних вимог чи змін у законодавстві.

На рис. 2.6. графічно зображено прогноз надходжень за договорами медичного страхування до 2027 року.

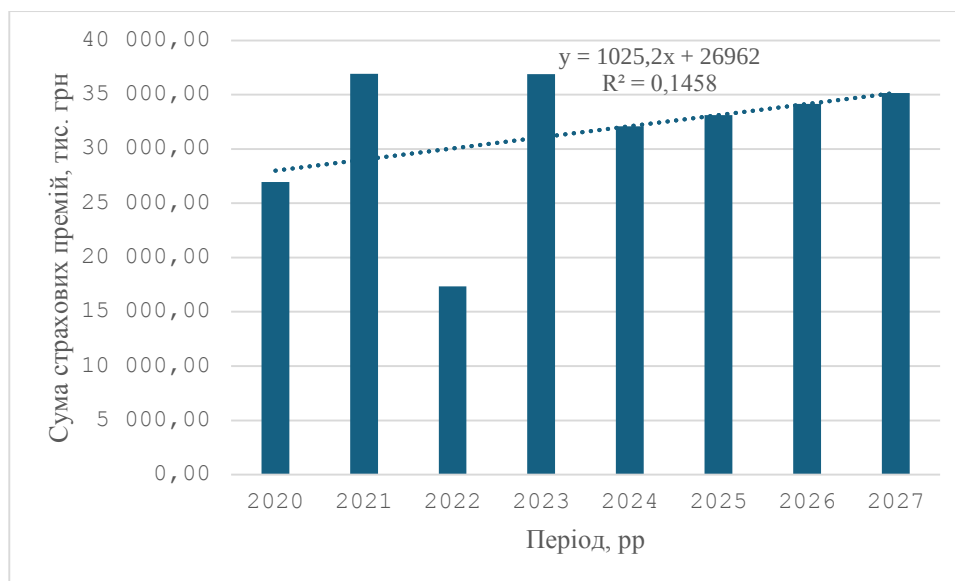


Рисунок 2.6. Прогноз надходжень страхових премій за договорами медичного страхування в ПрАТ «СК «Перша»

Прогнозування обсягів страхових премій, засноване виключно на аналізі попередніх тенденцій, може бути неточним, оскільки не враховує низку зовнішніх факторів, які впливають на ринок медичного страхування. Одним із таких важливих чинників є медична інфляція, яка суттєво впливає на вартість страхових послуг і відповідно на обсяги страхових премій [61].

Урахування медичної інфляції, яка становить 12% на рік, дозволяє здійснити більш реалістичне прогнозування, особливо для нових та зростаючих страхових портфелів медичного страхування. Медична інфляція включає:

1. Зростання цін на медичні послуги та препарати.
2. Підвищення витрат на модернізацію обладнання та технологій у сфері охорони здоров'я.
3. Збільшення витрат на лікування нових захворювань або ускладнень.

Для розрахунку прогнозованих надходжень за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша» з урахуванням медичної інфляції використовуються коригування базових показників та достроковий підхід.

Результати таких розрахунків наведено в табл. 2.16, яка демонструє, як інфляція впливає на прогнозовані надходження. Цей підхід дозволяє отримати більш точні дані для планування фінансової діяльності компанії [62].

Таблиця 2.16.

Прогноз надходжень від медичного страхування ПрАТ «СК «Перша» з
врахуванням медичної інфляції

Період	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Сума страхових премій, тис. грн	26 946,20	36 918,10	17 346,10	36 887	41 313,89	46 271,55	51 824,14	58 043,04

За прогнозом страхові премії за 2027 р. становитимуть 58 043,04 тис. грн, а темп росту складатиме 145,5 % або 21 156,04 тис. грн. Урахування медичної інфляції дозволяє мінімізувати похибки прогнозу та отримати реалістичні оцінки майбутніх надходжень. Також, ПрАТ «СК «Перша» має змогу адаптувати свої страхові портфелі відповідно до прогнозованих змін, забезпечуючи конкурентоспроможність на ринку.

На рис. 2.7. графічно зображено прогноз надходжень від медичного страхування з врахуванням медичної інфляції.

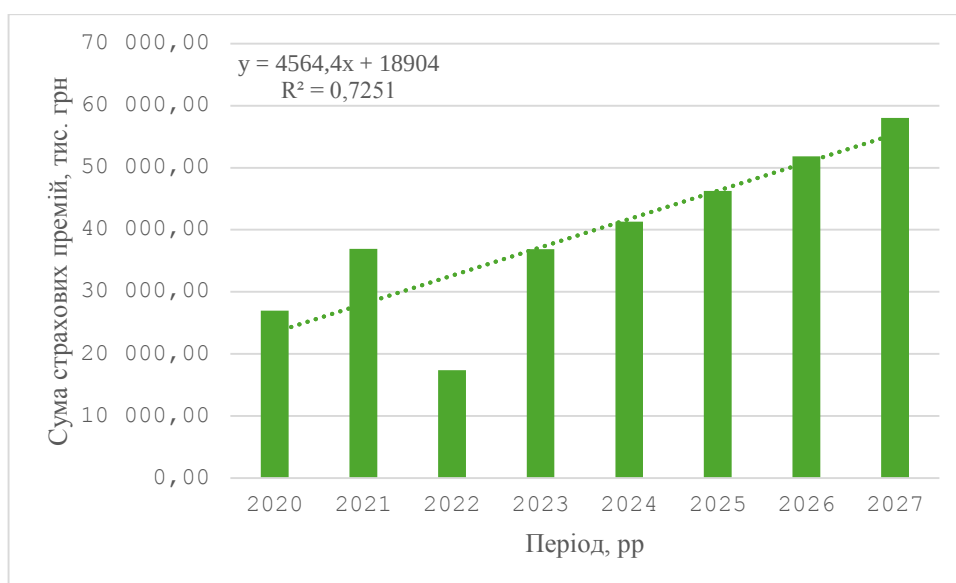


Рисунок 2.7. Прогноз надходження страхових платежів за договорами медичного страхування з врахуванням медичної інфляції

Для забезпечення стабільності та надійності роботи страхової компанії, важливим фактором є збільшення резерву для медичного страхування. Резерв виконує кілька ключових функцій:

1. Гарантія виконання зобов'язань перед страхувальниками: Наявність достатніх коштів у резерві забезпечує можливість своєчасного покриття витрат на медичні послуги застрахованих осіб.

2. Дотримання нормативів регулятора: Недостатній розмір резерву порушує правила, встановлені Національним банком України, що може призвести до санкцій або обмежень у діяльності компанії.

Збільшення резерву дозволяє компанії пропонувати вигідніші та більш конкурентоспроможні умови страхування, що приваблює більше клієнтів. Також це дозволить збільшити обсяги страхових премій завдяки розширенню страхового портфеля [63].

Для досягнення позитивного фінансового результату за напрямом медичного страхування, необхідно забезпечити диверсифікацію страхового портфеля, що включає:

1. Розподіл ризиків: Балансування між різними категоріями застрахованих осіб (корпоративні клієнти, індивідуальні страхувальники тощо) з різним рівнем ризику.

2. Різноманіття страхових програм: Введення програм для різних потреб, наприклад, базове покриття, розширене покриття, страхування критичних захворювань.

3. Географічна диверсифікація: Розширення присутності компанії в різних регіонах, що знижує залежність від локальних економічних або соціальних факторів [64].

Висновки до розділу 2

1. ПрАТ "СК "Перша" демонструє високу ефективність у наданні страхових послуг, відповідаючи потребам різних груп клієнтів. Завдяки широкому спектру продуктів компанія здатна забезпечити фінансовий захист як приватних осіб, так і бізнесу. Подальший розвиток страхових продуктів у напрямку інноваційних технологій може суттєво зміцнити позиції компанії на ринку.

2. Програми медичного страхування спрямовані на забезпечення всебічного медичного обслуговування з акцентом на доступність, якість і гнучкість у виборі послуг, що відповідають потребам застрахованих осіб. Вони охоплюють базові потреби та пропонують можливість розширення через додаткові опції.

3. Страховий портфель компанії за надходженнями страхових премій поступово збільшується як з добровільних видів страхування, так і з обов'язкових. Зростають обсяги доходів майже від усіх страхових послуг, які пропонує компанія. При цьому простежується тенденція до спеціалізації компанії на страхуванні вантажів.

4. Програми медичного страхування спрямовані на забезпечення всебічного медичного обслуговування з акцентом на доступність, якість і гнучкість у виборі послуг, що відповідають потребам застрахованих осіб. Вони охоплюють базові потреби та пропонують можливість розширення через додаткові опції.

5. Урахування медичної інфляції дозволяє мінімізувати похибки прогнозу та отримати реалістичні оцінки майбутніх надходжень. Використання удосконаленого прогнозування сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень та забезпечує довгострокову стійкість компанії. ПрАТ «СК «Перша» має змогу адаптувати свої страхові портфелі відповідно до прогнозованих змін, забезпечуючи конкурентоспроможність на ринку.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Результати проведеного дослідження ринку послуг медичного страхування дають підстави сформулювати наступні теоретично-методичні та практичні висновки:

1. Залежно від соціально-економічних умов і історичних передумов, різні держави розробили власні моделі медичного страхування. Умовно їх можна поділити на кілька основних типів: обов'язкове соціальне страхування, універсальна державна система, приватне страхування та змішані моделі.

2. Проаналізувавши досвід європейських країн, які успішно інтегрували страхові механізми у свої системи охорони здоров'я, Україна має потенціал для побудови ефективної моделі медичного страхування.

3. До п'ятірки лідерів у сегменті добровільного медичного страхування належать страхові компанії ПРОВІДНА, УНІКА, АЛЬФА Страхування, PZU Україна та ІНГО.

4. Аналіз концентрації ТОП-5 страхових компаній підтверджує висновок про існування олігополістичної структури на ринку добровільного медичного страхування.

5. ПрАТ "СК "Перша" демонструє високу ефективність у наданні страхових послуг, відповідаючи потребам різних груп клієнтів. Завдяки широкому спектру продуктів компанія здатна забезпечити фінансовий захист як приватних осіб, так і бізнесу. Подальший розвиток страхових продуктів у напрямку інноваційних технологій може суттєво зміцнити позиції компанії на ринку.

6. Програми медичного страхування спрямовані на забезпечення всебічного медичного обслуговування з акцентом на доступність, якість і гнучкість у виборі послуг, що відповідають потребам застрахованих осіб. Вони охоплюють базові потреби та пропонують можливість розширення через додаткові опції.

7. Страховий портфель компанії за надходженнями страхових премій поступово збільшується як з добровільних видів страхування, так і з обов'язкових. Зростають обсяги доходів майже від усіх страхових послуг, які пропонує компанія. При цьому простежується тенденція до спеціалізації компанії на страхуванні вантажів.

8. Програми медичного страхування спрямовані на забезпечення всебічного медичного обслуговування з акцентом на доступність, якість і гнучкість у виборі послуг, що відповідають потребам застрахованих осіб. Вони охоплюють базові потреби та пропонують можливість розширення через додаткові опції.

9. Урахування медичної інфляції дозволяє мінімізувати похибки прогнозу та отримати реалістичні оцінки майбутніх надходжень. Використання удосконаленого прогнозування сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень та забезпечує довгострокову стійкість компанії. ПрАТ «СК «Перша» має змогу адаптувати свої страхові портфелі відповідно до прогнозованих змін, забезпечуючи конкурентоспроможність на ринку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Загородній А. Г. Медичне страхування: теоретичні та практичні аспекти. — Київ: Видавничий дім «Освіта», 2018. — 240 с.
2. Гриценко Т. О. Медичне страхування як економічний механізм забезпечення соціальної стабільності. // Економіка та управління в охороні здоров'я. — 2019. — № 3. — С. 45–52.
3. Литвиненко О. В. Фінансові аспекти медичного страхування в Україні. // Фінанси України. — 2020. — № 5. — С. 28–33.
4. Hellman F. Health Insurance: Principles and Applications. — Oxford: Health Press, 2017. — 312 p.
5. Gray J. M. Healthcare Systems and Insurance Models. — New York: Springer, 2016. — 284 p.
6. Collins P. Insurance and Solidarity: A New Perspective. — London: Routledge, 2018. — 196 p.
7. World Health Organization (WHO). Health Financing: Policy and Guidance. — Geneva: WHO Press, 2020. — Available at: <https://www.who.int/publications>.
8. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19.11.1992 р. — Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua>.
9. Грузева Т. С. «Медичне страхування як механізм соціального захисту населення». Український медичний часопис, 2017. <https://umj.com.ua>.
10. Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. "International Profiles of Health Care Systems." Commonwealth Fund, 2017. <https://www.commonwealthfund.org>.
11. Чепурний В. М., Шаповал О. В. «Комбінована модель медичного страхування: перспективи впровадження в Україні». Менеджмент та підприємництво в Україні, 2018. <https://irbis-nbuv.gov.ua>.
12. Фунт, С. (2021). Огляд медичних систем Європи: структура та фінансування. <https://www.eurohealthnet.eu>.

13. Міністерство охорони здоров'я Німеччини. Система охорони здоров'я Німеччини: основні принципи та організація. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

14. Міністерство охорони здоров'я Бельгії. Медичне страхування в Бельгії: розвиток та реформування. <https://www.health.belgium.be>

15. Міністерство охорони здоров'я Нідерландів. Реформа охорони здоров'я в Нідерландах: інтеграція моделі Бісмарка з приватним страхуванням. <https://www.government.nl>.

16. Міністерство охорони здоров'я Австралії. Модель медичного страхування в Австралії: соціальне страхування та приватні послуги. <https://www.health.gov.au>.

17. Беверідж, В. Доповідь Вільяма Беверіджа про соціальне забезпечення. <https://www.gov.uk>.

18. Міністерство охорони здоров'я Великої Британії. Національна служба здоров'я Великої Британії: історія та принципи. <https://www.nhs.uk>.

19. Міністерство охорони здоров'я Швеції. Огляд системи охорони здоров'я Швеції. <https://www.socialstyrelsen.se>.

20. Міністерство охорони здоров'я Іспанії. Система охорони здоров'я в Іспанії: фінансування та організація. <https://www.mscbs.gob.es>.

21. Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії. Система охорони здоров'я Нової Зеландії: фінансування та організація. <https://www.health.govt.nz>.

22. Ляшенко, О. О. «Медичне страхування в США: історія розвитку та сучасний стан». Журнал економіки та управління охороною здоров'я. <https://www.uekh.org.ua>.

23. Шевченко, Л. В. «Система медичного страхування в США та її адаптація до українських реалій». Журнал медичних наук України. <http://www.jmedukraine.org.ua>.

24. Кузьменко, І. А. «Змішана модель медичного страхування: світовий досвід та перспективи України». Соціально-економічні дослідження. <https://www.socioeconomics.org.ua>.

25. Канадський інститут охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я Японії. (2021). Медичне страхування в Японії: обов'язкове страхування та приватні послуги. <https://www.mhlw.go.jp>.

26. Особливості канадської системи охорони здоров'я: роль державного страхування. <https://www.cihi.ca>.

27. Lee, S. H. (2020). Health Care System in South Korea: The Role of National Health Insurance. Journal of Asian Health, 34(2), 115-130. <https://www.journalofasianhealth.com>.

28. Zhang, L., & Liu, X. (2019). China's Health Care Reform: Achieving Universal Health Coverage. The Lancet Public Health, 4(6), 271-279. <https://www.thelancet.com>.

29. Міністерство охорони здоров'я Південної Кореї. Єдина система медичного страхування в Південній Кореї: досвід та результати. <https://www.mohw.go.kr>.

30. Reddy, S., & Raman, S. (2019). Health Care Access and Inequality in India: Challenges and Solutions. The Indian Journal of Medical Sciences, 72(4), 208-215. <https://www.ijms.in>.

31. Ковальчук, О. І. «Історія розвитку медичного страхування в Україні в умовах Російської імперії та Австро-Угорщини». Економіка охорони здоров'я України, 15(3), 45-58. <https://www.economhealth.org.ua>.

32. Іванова, Л. А. «Радянська модель медичного страхування в Україні: етапи розвитку та проблеми реалізації». Історія охорони здоров'я та медичного страхування в Україні, 14(2), 54-67. <https://www.medhistory.ua>.

33. Гриценко, О. П. «Медичне страхування в Україні: від радянської системи до сучасних викликів». Економіка охорони здоров'я України, 20(1), 22-34. <https://www.economhealth.org.ua>.

34. Савчук, О. М. «Структурні зміни в системі охорони здоров'я України після незалежності: досвід та виклики». Збірник наукових праць з медичних реформ, 12(2), 68-80. <https://www.healthreforms.org.ua>.

35. Супрун, У. В. «Медична реформа в Україні: перші результати та

виклики». Журнал медичних реформ, 12(2), 27-38.
<https://www.healthreforms.org.ua>.

36. Грек, І. Ю. «Стратегія розвитку медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи». Науковий вісник Національного університету охорони здоров'я України, 17(3), 85-98. <https://www.nuph.edu.ua>.

37. Гребенюк, В. П. «Законодавчі ініціативи Верховної Ради України в галузі охорони здоров'я». Юридичний вісник України, 28(3), 50-62.
<https://www.legalhealth.org.ua>.

38. Чевельча Д. П. Ринок послуг добровільного медичного страхування в Україні // Тези Всеукраїнської науково-практичної on-line конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених, присвяченої Дню науки (13-17 травня 2024 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <https://conf.ztu.edu.ua>.

39. Національний банк України [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://bank.gov.ua>.

40. Задорожний, П.І. «Динаміка розвитку страхових компаній в Україні: зміни за 2016-2022 роки». Фінансова стабільність та страхування, 17(4), 45-58.
<https://www.financestabilityins.com.ua>.

41. Гаманкова, О. «Розширення ринку добровільного медичного страхування в Україні: проблеми та перспективи». Економіка та управління національними проектами, 13(4), 58-72. <https://www.economicsprojects.org.ua>.

42. Залетов, О.М. «Вплив доходів населення на розвиток ринку страхових послуг в Україні». Фінансово-економічний аналіз та управління, 10(2), 112-125.
<https://www.finanaliz.org.ua>.

43. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПРОВІДНА» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.providna.ua>.

44. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://uniqa.ua>.

45. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://alfaic.ua>.

46. Приватне акціонерне товариство «ПЗУ Україна» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.pzu.com.ua>.
47. Акціонерне товариство «Страхова компанія «ІНГО» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://ingo.ua>.
48. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Перша». [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://persha.ua>.
49. Литвиненко, С.П. (2020). «Показники ліквідності страхової компанії: методи оцінки та оптимізація». Економіка та управління підприємствами страхування, 19(1), 78-92. <https://www.economicsinsurancedomain.ua>.
50. Савченко, М.Д. (2021). «Формування та оцінка якості страхового портфеля: теоретичні аспекти і практичні рекомендації». Економіка та фінанси в страхуванні, 22(4), 124-137. <https://www.economicsinsurancenews.com.ua>.
51. Гончаренко, І.В. (2019). «Аналіз доходів і витрат страхових компаній в Україні». Журнал фінансового аналізу, 12(2), 56-67. <https://www.finanalysisjournal.com.ua>.
52. Ковальчук, І.Л. (2018). «Аналіз фінансових результатів та витрат у звітності страхових компаній». Фінансова звітність і аналіз в страховій діяльності, 22(1), 45-59. <https://www.finreportanalysis.com.ua>.
53. Гончарова, В.А. (2021). «Аналіз факторів, що впливають на формування фінансових результатів страхових компаній». Аналіз фінансових результатів в страхуванні, 18(2), 98-107. <https://www.finresultsinsurance.com.ua>.
54. Сидоренко, І.В. (2021). «Підвищення ліквідності та ефективність управління активами в страховій компанії». Фінансова ліквідність в страховій діяльності, 20(1), 87-98. <https://www.finliquidityinsurance.com.ua>.
55. Левченко, М.С. (2023). «Аналіз страхових премій та виплат у контексті ефективності страхового портфеля». Фінансові стратегії страхових компаній, 19(1), 34-45. <https://www.finstratins.com.ua>.
56. Петриченко, І.П. (2020). «Аналіз зростання страхових премій на автомобільному ринку». Економіка та страхування, 15(6), 120-133. <https://www.economyinsurance.com.ua>.

57. Іванова, Т.С. (2023). «Аналіз страхових виплат як інструмент оцінки ефективності страхової діяльності». Економіка та страхування, 16(1), 99-108. <https://www.economyinsurance.com.ua>.

58. Бенедиктова, Н.Г. (2022). «Динаміка попиту на медичне страхування в Україні: аналіз основних факторів». Журнал страхових послуг, 17(3), 99-110. <https://www.journal-insurance.com.ua>.

59. Ткаченко, О.В. (2022). «Перспективи розвитку медичного страхування в Україні: фактори та тенденції». Економіка та страхування, 12(2), 45-57. <https://www.economyinsurance.com.ua>.

60. Чевельча Д. П. Прогноз надходження майбутніх страхових премій за договорами медичного страхування ПрАТ «СК «Перша» // V Міжнародна науково-практична конференція «СУЧАСНІ ВИКЛИКИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ БІЗНЕСУ» (06-07 листопада 2024 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <https://conf.ztu.edu.ua>.

61. Мельник, С.Б. (2021). «Фактори, що впливають на обсяги страхових премій в умовах медичної інфляції». Фінансова стабільність і медичне страхування, 9(3), 112-124. <https://www.finhealthmarket.com.ua>.

62. Сидоренко, І.І. (2021). «Використання коригувань базових показників для прогнозування медичних надходжень у страховій компанії». Економіка медичного страхування, 18(3), 92-104. <https://www.medicaleconomics.com.ua>.

63. Іванова, М.О. (2021). «Резерви в медичному страхуванні: забезпечення стабільності страхової компанії». Наукові записки з економіки і страхування, 15(4), 56-70. <https://www.economicsandinsurance.com.ua>.

64. Савченко, А.І. (2022). «Стратегії диверсифікації медичних страхових програм: підходи та практичні рішення». Державне управління і страхування, 17(4), 123-138. <https://www.governanceandinsurance.com.ua>.

ДОДАТКИ

Список додатків.

Додаток А. Фінансова річна звітність ПрАТ «СК «Перша» за 2021 рік.

Додаток Б. Фінансова річна звітність ПрАТ «СК «Перша» за 2022 рік.

Додаток В. Фінансова річна звітність ПрАТ «СК «Перша» за 2023 рік.