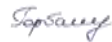


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ФІНАНСІВ**

До захисту допустити:
Завідувач кафедри

 Горбашевська М.О.
(підпис) (ПІБ завідувача кафедри)

«10» грудня 2024 р.


**«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ
ГРОМАДЯН»**

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Фінанси, банківська справа та страхування»
Ткаченко Валерії Дмитрівни
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

Науковий керівник:
Шевченко Л. Я., к.е.н., доцент
(прізвище, ініціали, науковий ступінь, вчене звання)

Рецензент:
Хамініч С.Ю., д.е.н., професор, професор
кафедри аналітичної економіки та
менеджменту Дніпропетровського
державного університету внутрішніх справ
(прізвище, ініціали, науковий ступінь, вчене звання, місце роботи)

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою відмінно 90/А

Секретар ЕК 
«19 грудня» 2024 р.

Київ – 2024

**МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ФІНАНСІВ**

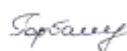
Рівень вищої освіти Магістр

Шифр та назва спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»

Освітньо-професійна програма Фінанси, банківська справа та страхування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри к.е.н., доцент,
(науковий ступінь, вчене звання)



Горбашевська М.О.
(ППІ завідувача кафедри)

«29» лютого 2024 р.

ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Ткаченко Валерії Дмитрівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Медичне страхування в системі соціального захисту громадян»,
керівник роботи Шевченко Любова Ярославівна, к.е.н., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Маріупольського державного університету від «29» лютого 2024 року № 36

2. Строк подання здобувачем роботи 05 грудня 2024 року _____

3. Вихідні дані до роботи (мета, об'єкт, предмет) _____

Мета дослідження полягає в аналізі ролі та ефективності медичного страхування в соціальному захисті громадян на прикладі діяльності АТ «Страхова компанія «ARX», а також у розробці пропозицій щодо вдосконалення системи медичного страхування в Україні.

Об'єктом дослідження є система медичного страхування як складова соціального захисту населення в Україні.

Предметом дослідження є діяльність АТ «Страхова компанія «ARX» у сфері медичного страхування та її вплив на рівень соціального захисту громадян.

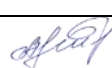
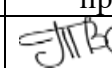
4. Зміст роботи (перелік питань, які потрібно розробити):


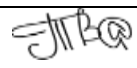


РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ АТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ARX» НА РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ГРОМАДЯН

РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА РОЛІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК ВИДУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Шевченко Л.Я., к.е.н., доцент	 29.02.24	 29.02.24

Розділ 2	Шевченко Л.Я., к.е.н., доцент	 29.02.24	 29.02.24
Розділ 3	Шевченко Л.Я., к.е.н., доцент	 29.02.24	 29.02.24

6. Дата видачі завдання «29» лютого 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН


№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікації роботи	до 29.02.2024	викон.
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи та наукового керівника	29.02.2024	викон.
3.	Консультація з науковим керівником	постійно	викон.
4.	Робота з науковою літературою. Визначення плану кваліфікаційної роботи	до 29.02.2024	викон.
5.	Робота над теоретичною частиною кваліфікаційної роботи	29.02.2024-30.05.2024	викон.
6.	Подання на перевірку теоретичної частини кваліфікаційної роботи науковому керівнику	до 30.05.2024	викон.
7.	Переддипломна практика	30.09.2024 - 21.10.2024	викон.
8.	Робота над аналітичною частиною кваліфікаційної роботи	30.09.2024-15.11.2024	викон.
9.	Подання на перевірку аналітичної частини кваліфікаційної роботи науковому керівнику	до 15.11.2024	викон.
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	19.11.2024	викон.
11.	Подання кваліфікаційної роботи на кафедру	до 05.12.2024	викон.
12.	Захист кваліфікаційної роботи	19.12.2024	викон.

Здобувач


(підпис)

Ткаченко В.Д.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник роботи



Шевченко Л.Я.

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН.....	7
1.1. Сутність, види та значення медичного страхування в системі соціального захисту громадян.....	7
1.2. Історичний розвиток та правові аспекти медичного страхування громадян в Україні	16
1.3. Сучасні тенденції та проблеми розвитку медичного страхування громадян в Україні та світі.....	32
Висновки до розділу 1.....	43
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ АТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ARX» НА РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ГРОМАДЯН.....	46
2.1. Загальна організаційно - економічна характеристика АТ «Страхова компанія «ARX».....	46
2.2. Структура та механізм надання медичного страхування громадян в компанії.....	57
2.3. Основні продукти медичного страхування АТ «ARX».....	67
2.4. Аналіз конкурентних переваг і недоліків медичного страхування АТ «ARX».....	75
Висновки до розділу 2.....	88
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА РОЛІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК ВИДУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ	91
3.1. Вплив страхових продуктів компанії на забезпечення соціального захисту громадян.....	91
3.2. Дослідження рівня задоволеності клієнтів медичним страхуванням АТ «ARX».....	98
3.3. Оцінка ефективності медичних страхових програм АТ «ARX» для різних категорій населення.....	108
3.4. Пропозиції та рекомендації для покращення наявних страхових продуктів та послуг.....	118
Висновки до розділу 3.....	125
ВИСНОВКИ.....	127
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	133
ДОДАТКИ.....	139

ВСТУП

Актуальність дослідження за темою "Медичне страхування в системі соціального захисту громадян на прикладі АТ «Страхова компанія «ARX»" обумовлена важливістю та необхідністю забезпечення населення доступом до якісних медичних послуг. Сучасні соціально-економічні умови вимагають створення ефективних механізмів соціального захисту, серед яких медичне страхування є ключовим елементом. В Україні система медичного страхування перебуває на етапі формування та вдосконалення, що робить дослідження особливо важливим у контексті забезпечення прав громадян на доступну медичну допомогу.

АТ «Страхова компанія «ARX» є однією з провідних страхових компаній України, що активно розвиває послуги з медичного страхування. Вибір цієї компанії як об'єкта дослідження дає можливість оцінити реальний внесок приватного сектора у розвиток медичного страхування та соціальний захист громадян, а також виявити сильні та слабкі сторони існуючих страхових програм.

Мета дослідження полягає в аналізі ролі та ефективності медичного страхування в соціальному захисті громадян на прикладі діяльності АТ «Страхова компанія «ARX», а також у розробці пропозицій щодо вдосконалення системи медичного страхування в Україні.

Для досягнення поставленої мети у роботі передбачається вирішити такі завдання:

- вивчити теоретичні основи медичного страхування та його роль у системі соціального захисту;
- дослідити структуру та механізми функціонування медичного страхування в АТ «ARX»;
- оцінити ефективність програм медичного страхування компанії та рівень задоволеності клієнтів;

- проаналізувати вплив діяльності АТ «ARX» на соціальний захист населення та виявити потенційні напрями покращення медичного страхування;

- розробити рекомендації для вдосконалення медичних страхових послуг АТ «ARX» та підвищення їх доступності для громадян України.

Об'єктом дослідження є система медичного страхування як складова соціального захисту населення в Україні.

Предметом дослідження є діяльність АТ «Страхова компанія «ARX» у сфері медичного страхування та її вплив на рівень соціального захисту громадян.

Наукова новизна роботи полягає у визначенні особливостей та проблем медичного страхування в Україні на прикладі конкретної компанії, а також у розробці практичних рекомендацій для покращення функціонування системи соціального захисту через механізм медичного страхування.

Практична значимість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для вдосконалення діяльності АТ «ARX» та інших страхових компаній, що прагнуть покращити якість і доступність медичних послуг для населення України. Отримані висновки можуть бути також корисними для державних органів у розробці стратегій і нормативних актів у сфері соціального захисту.

Таким чином, дослідження спрямоване на глибоке розуміння сучасного стану та перспектив розвитку медичного страхування в Україні на основі аналізу діяльності АТ «Страхова компанія «ARX», що допоможе підвищити рівень соціального захисту громадян і доступ до медичних послуг.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН

1.1. Сутність, види та значення медичного страхування в системі соціального захисту громадян

Медичне страхування — це система соціального захисту, що забезпечує фінансування медичних послуг для населення за рахунок страхових внесків. Головною метою медичного страхування є надання громадянам доступу до необхідної медичної допомоги у випадку хвороби чи травми, а також зниження фінансового навантаження на пацієнтів.

«Медичне страхування (Medical Insurance) — це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів» [43].

Різні джерела і спеціалісти трактують поняття «медичне страхування» залежно від контексту його використання та системи, в якій воно функціонує. Ось кілька основних трактувань:

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає «медичне страхування як систему фінансування охорони здоров'я, яка забезпечує людям доступ до медичних послуг через розподіл фінансових ресурсів та використання страхових механізмів. За визначенням ВООЗ, основна мета медичного страхування — забезпечити фінансовий захист і доступність необхідної медичної допомоги для всіх громадян» [32].

У публікації на тему «Медичне страхування», автором якої є американський дослідник – Антонян Анаїт було зауважено, що Міністерство охорони здоров'я України трактує термін, «медичне страхування – як систему, що гарантує громадянам право на отримання медичної допомоги за рахунок коштів страхового фонду, який формується з обов'язкових та добровільних внесків. Закон України «Про страхування» зазначає, що

медичне страхування (здоров'я, життя) може бути як добровільним так і обов'язковим видом страхування» [34].

Науковці та експерти в галузі охорони здоров'я (Рудий В., Марина Грекова, Юлія Нікітіна) розглядають медичне страхування як один із інструментів соціального захисту, що дозволяє зменшити особисті витрати громадян на медичні послуги. Наприклад, український науковець Володимир Рудий визначає медичне страхування як «засіб фінансування охорони здоров'я, що передбачає накопичення коштів у спеціальних фондах для оплати медичних послуг застрахованих осіб» [28].

Це сприяє зменшенню фінансових бар'єрів на шляху до медичної допомоги.

Українська дослідниця, Марина Грекова трактує термін «Медичне страхування», як фінансову систему, що сприяє акумуляції коштів для забезпечення медичних послуг через індивідуальні внески громадян або роботодавців. Українська експертка з охорони здоров'я, Юлія Нікітіна пише у своїх працях, що «Медичне страхування – це інструмент, що дозволяє реалізувати конституційне право на медичну допомогу шляхом створення колективних фінансових фондів» [48].

Страхові компанії, такі як АТ «ARX», трактують медичне страхування як договірний механізм між страховиком та застрахованою особою, за яким страхова компанія бере на себе зобов'язання оплатити медичні послуги в разі настання страхового випадку (хвороба, травма), згідно з умовами договору. Вони підкреслюють важливість добровільного медичного страхування як додаткового захисту, який дає можливість громадянам отримати більш широкий спектр послуг, ніж у державній системі.

Міністерство охорони здоров'я України у своєму стратегічному документі під назвою «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року розглядає медичне страхування як «складову державної політики в галузі охорони здоров'я, що спрямована на забезпечення рівного доступу до медичних послуг та покриття фінансових ризиків, пов'язаних зі здоров'ям. На

думку Міністерства, медичне страхування допомагає оптимізувати розподіл коштів у системі охорони здоров'я, підвищуючи її ефективність та стабільність» [44].

Отже, поняття «медичне страхування» трактується як «фінансовий механізм, що захищає населення від витрат на медичні послуги, забезпечуючи соціальний захист і доступність медичної допомоги» [43].

«Медичне страхування поділяється на кілька основних видів, залежно від способу фінансування, умов та мети надання послуг. Ось основні види медичного страхування:

- обов'язкове медичне страхування (ОМС);
- добровільне медичне страхування (ДМС);
- соціальне медичне страхування;
- корпоративне медичне страхування;
- приватне медичне страхування.

«Обов'язкове медичне страхування є частиною державної системи соціального захисту і передбачає обов'язкову участь громадян у програмі страхування, що забезпечується державою. Головні особливості ОМС:

- фінансується через внески, які можуть сплачуватися державою, роботодавцями та, в деяких випадках, самими громадянами;
- гарантує базовий набір медичних послуг, які включають діагностику, лікування, профілактику захворювань та реабілітацію;
- держава контролює та регулює систему ОМС, щоб забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всього населення, незалежно від рівня доходу» [43].

«Необхідність обов'язкового медичного страхування (ОМС) зумовлена потребою громадян в отриманні гарантованих державою рівня та обсягу медичних послуг, незалежно від рівня добробуту та соціального стану громадянина» [43].

«Добровільне медичне страхування — це форма додаткового страхового захисту, що дозволяє громадянам отримати розширений перелік медичних послуг. Основні характеристики ДМС:

- підписується на основі договору між страховою компанією та громадянином (або компанією, яка хоче забезпечити своїх працівників);
- включає послуги, які не завжди покриваються державним страхуванням, наприклад, лікування в приватних клініках, додаткові діагностичні процедури, стоматологія тощо;
- переважно використовується компаніями для розширення соціального пакету для працівників або громадянами, які бажають отримати вищий рівень медичних послуг» [43].

«Соціальне медичне страхування – вид страхування також є обов'язковим, але фінансується переважно за рахунок відрахувань із зарплат громадян або внесків роботодавців. Соціальне медичне страхування характерне для багатьох країн Європи і є спільним продуктом держави та приватного сектора, що гарантує громадянам доступ до основних медичних послуг» [13].

«Особливості соціального медичного страхування:

- управління коштами здійснюють спеціальні фонди, що регулюються державою;
- усі застраховані особи отримують стандартний набір послуг, обсяг яких визначається законом;
- гарантує фінансовий захист громадян на випадок захворювання або травм» [13].

Корпоративне медичне страхування, цей вид страхування є «різновидом добровільного страхування, що надається роботодавцями своїм працівникам як частина соціального пакету. Особливості корпоративного медичного страхування:

- роботодавець укладає договір зі страховою компанією на страхування групи працівників;

- поліс може покривати медичні огляди, лікування у разі травм або хвороб, екстрену медичну допомогу, консультації тощо;

- часто включає розширені послуги і є мотиваційним фактором для працівників» [39].

«Приватне медичне страхування – це страхування, яке громадяни можуть оформити індивідуально, без прив'язки до робочого місця або вимог держави» [2].

Приватне страхування:

- дозволяє застрахованій особі самостійно вибирати страхову компанію, обсяг і якість послуг;

- часто використовується для отримання лікування за кордоном, доступу до високоякісної медицини, або для уникнення черг в державних медичних установах;

- дозволяє гнучко формувати набір медичних послуг, виходячи з особистих потреб клієнта.

Отже, «основні види медичного страхування — обов'язкове, добровільне, соціальне, корпоративне та приватне — формують комплексну систему захисту населення, що враховує різні потреби та можливості громадян» [1].

«Обов'язкове медичне страхування гарантує базовий рівень медичних послуг для всіх громадян, тоді як добровільне та приватне страхування забезпечують доступ до розширених або спеціалізованих послуг, підвищуючи якість і комфорт медичної допомоги. Корпоративне страхування додатково мотивує працівників та підвищує їхній соціальний захист на робочому місці» [1].

Ця багаторівнева система медичного страхування сприяє соціальному захисту та забезпечує доступність медичних послуг для населення, водночас дозволяючи громадянам обирати оптимальний рівень і спектр медичного обслуговування відповідно до їхніх потреб.

Медичне страхування відіграє ключову роль у системі соціального захисту, забезпечуючи громадянам доступ до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у разі захворювань або травм.

Його роль у соціальному захисті полягає в наступному:

- фінансовий захист від медичних витрат;
- доступність медичної допомоги;
- підвищення якості медичних послуг;
- профілактика захворювань;
- соціальна стабільність та впевненість.

«Медичне страхування знижує особисті витрати на лікування, оскільки страхові компанії покривають значну частину витрат на медичні послуги та ліки. Це особливо важливо в умовах, коли високі витрати на медицину можуть стати фінансовим тягарем для сімей, зменшуючи ризик фінансових криз через необхідність оплати дорогого лікування» [43].

«Завдяки медичному страхуванню громадяни мають гарантований доступ до базового пакету медичних послуг. Це сприяє рівному доступу до охорони здоров'я, зокрема для соціально незахищених верств населення, і зменшує нерівність у отриманні медичних послуг між різними соціальними групами» [43].

«Страхові компанії контролюють і оцінюють якість медичних послуг, що мотивує медичні установи до покращення своїх послуг та професійного рівня персоналу. Це позитивно впливає на рівень охорони здоров'я загалом і надає громадянам можливість отримувати послуги вищої якості» [43].

«Медичне страхування часто включає профілактичні заходи, такі як обов'язкові медичні огляди, вакцинація, програми зі здорового способу життя. Профілактика дозволяє знизити ризик розвитку серйозних захворювань та зменшує загальне навантаження на систему охорони здоров'я» [43].

«Наявність медичного страхування забезпечує громадянам впевненість у доступі до медичної допомоги в разі необхідності. Це сприяє соціальній

стабільності, зменшуючи рівень тривожності та страху перед можливими хворобами і витратами на лікування, що є важливим фактором у соціальному захисті» [48].

Отже, медичне страхування є важливою складовою соціального захисту, спрямованою на покращення доступності, якості та фінансової доступності медичних послуг для всіх громадян, а також на підтримку їхнього добробуту й соціальної стабільності.

Медичне страхування допомагає людям, забезпечуючи їм доступ до медичних послуг і захищаючи від фінансових труднощів, пов'язаних із витратами на лікування. Ось кілька основних способів, як саме медичне страхування підтримує людей:

- фінансовий захист;
- гарантований доступ до медичних послуг;
- покращення якості медичних послуг;
- профілактика та раннє виявлення захворювань;
- емоційна підтримка та впевненість у майбутньому;
- зниження ризику погіршення здоров'я через економію на лікуванні.

«Медичне страхування покриває значну частину або навіть усі витрати на медичні послуги та ліки, що дозволяє уникнути великих одноразових витрат у випадку хвороби або травми. Це особливо важливо для дорогого лікування чи тривалої реабілітації, які можуть стати фінансовим тягарем для сімей» [47].

«Страхові програми гарантують, що люди матимуть доступ до необхідної медичної допомоги, включаючи діагностику, профілактику, лікування та реабілітацію. Завдяки медичному страхуванню навіть складні процедури та дорогі ліки стають доступними, що особливо важливо для людей з хронічними захворюваннями» [47].

«Страхові компанії часто співпрацюють лише з медичними установами, що відповідають певним стандартам якості. Це стимулює

заклади охорони здоров'я підвищувати рівень обслуговування, що позитивно впливає на пацієнтів, які отримують медичну допомогу» [47].

«Багато програм медичного страхування включають профілактичні послуги, такі як регулярні медичні огляди, аналізи, вакцинація та консультації. Це допомагає своєчасно виявляти захворювання на ранніх стадіях і знижувати ризик серйозних ускладнень» [47].

«Наявність медичного страхування дає людям почуття впевненості, оскільки вони знають, що за потреби зможуть отримати допомогу без великих витрат. Це знижує рівень тривожності щодо здоров'я та сприяє більшому почуттю безпеки і стабільності» [47].

«Медичне страхування зменшує необхідність економити на здоров'ї через брак коштів, що дозволяє людям своєчасно звертатися до лікаря і проходити необхідні процедури. Це допомагає уникнути погіршення здоров'я через несвоєчасне лікування» [47].

Таким чином, медичне страхування допомагає людям не тільки отримати доступ до якісних медичних послуг, але й сприяє профілактиці захворювань, фінансовій стабільності та психологічному комфорту, що робить його важливим елементом у системі охорони здоров'я та соціального захисту.

Медичне страхування є важливим для суспільства з кількох причин, оскільки воно забезпечує соціальну стабільність, покращує доступність медичних послуг і сприяє загальному добробуту населення, а саме:

- забезпечення рівного доступу до медичних послуг;
- фінансова захищеність і зниження ризиків;
- підвищення ефективності охорони здоров'я;
- зниження навантаження на державну систему охорони здоров'я;
- профілактика та раннє виявлення захворювань;
- економічна стабільність та розвиток;
- соціальна стабільність та благополуччя;
- мотивація до здорового способу життя.

«Медичне страхування гарантує, що кожен громадянин, незалежно від соціального чи економічного статусу, має доступ до необхідної медичної допомоги. Це зменшує соціальну нерівність, оскільки всі верстви населення отримують рівні можливості для лікування та профілактики хвороб» [48].

«Без медичного страхування висока ймовірність того, що люди можуть не мати достатньо коштів на лікування в разі серйозної хвороби чи нещасного випадку. Страхування допомагає уникнути великих фінансових витрат, що можуть виникнути під час тривалого лікування або в разі високих медичних витрат, і забезпечує стабільність бюджету сім'ї» [48].

«Медичне страхування стимулює медичні установи надавати високоякісні послуги, оскільки страхові компанії часто співпрацюють лише з клініками, які дотримуються певних стандартів якості. Це сприяє загальному покращенню медичних послуг у країні» [48].

«Наявність медичного страхування дозволяє зменшити навантаження на державні медичні установи, оскільки багато послуг покриваються приватними страховими компаніями. Це допомагає державним лікарням і поліклінікам надавати послуги більш ефективно, оскільки вони можуть зосередитися на наданні медичної допомоги найбільш нужденним і важким випадкам» [31].

«Медичне страхування зазвичай включає профілактичні заходи, такі як медичні огляди та вакцинації. Це допомагає виявляти захворювання на ранніх стадіях, що значно підвищує шанси на успішне лікування і знижує витрати на медичне обслуговування в майбутньому» [31].

«Медичне страхування сприяє економічній стабільності в країні. Якщо люди мають доступ до медичних послуг і можуть лікуватися без значних фінансових витрат, це дозволяє їм зберігати свою працездатність і продуктивність. Це в свою чергу позитивно впливає на загальний рівень економічного розвитку [48].

Медичне страхування «підвищує загальний рівень благополуччя в суспільстві. Коли люди мають змогу отримати медичну допомогу без страху

за своє фінансове становище, це сприяє соціальній стабільності та довірі до державних інститутів. Це також зменшує рівень стресу та тривожності серед населення» [13].

Страхові компанії часто «заохочують здоровий спосіб життя, пропонуючи бонуси за відмову від куріння, підтримку здорової ваги або проходження регулярних медичних оглядів. Це може допомогти зменшити рівень захворювань у суспільстві і знизити загальні витрати на лікування» [48].

Таким чином, медичне страхування є основою соціального захисту, що має значний вплив на стабільність, здоров'я та добробут громадян, а також на економічне та соціальне благополуччя суспільства в цілому.

1.2. Історичний розвиток та правові аспекти медичного страхування громадян в Україні

Медичне страхування є важливою складовою сучасної системи охорони здоров'я, однак його розвиток не був лінійним і пройшов через численні етапи, від перших експериментальних форм до сучасних складних систем. Історія медичного страхування охоплює кілька століть, і кожен етап відповідав конкретним потребам і соціально-економічним умовам свого часу.

«В античному світі не існувало медичного страхування в сучасному розумінні цього терміна, проте в давніх культурах були певні форми соціальної підтримки для громадян, які потребували медичної допомоги. Ідеї про захист здоров'я і взаємодопомогу з'явилися ще в Давньому Єгипті, Греції та Римі, де розвиток медицини та організованих суспільств потребував певних механізмів для надання допомоги хворим» [18].

У Давньому Єгипті медицина була добре розвинена для того часу. Фараони і високопосадовці часто мали своїх лікарів, а держава організовувала медичну допомогу для значної частини населення, особливо для рабів і військових. Хоча медичне страхування як інститут не існувало,

були сформовані організації, які займалися охороною здоров'я, а лікарі і священики, які служили при храмах, могли надавати лікувальні послуги.

Зокрема, у стародавньому Єгипті існувала практика надання допомоги безкоштовно або за символічну плату для бідних верств населення. Це було схоже на своєрідну форму соціальної медичної допомоги, хоча і не мали статусу медичного страхування.

У Давній Греції медичне обслуговування також не було організоване у вигляді страхових систем, але, на відміну від Єгипту, греки розробили важливі принципи, що стали основою для розвитку медицини та медичного обслуговування.

«Одним з перших відомих медичних підходів у Стародавній Греції була система храмових лікарів, де пацієнти отримували лікування за рахунок святилищ та храмів. Відомі лікарі того часу, такі як Гіпократ, засновували школи медицини, в яких навчалися лікарі, які в подальшому могли надавати медичну допомогу населенню» [6].

Існувала також традиція асоціацій або братств, які підтримували своїх членів у разі хвороби або травми. Такі організації можна порівняти з ранніми варіантами взаємодопомоги, але це все ще не було страхуванням у тому розумінні, яке ми маємо сьогодні.

«У Римській імперії медичне обслуговування стало більш організованим, особливо у військовій сфері та серед громадян імперії. Римляни запровадили систему, що нагадує соціальні медичні програми. Існували так звані "системи підтримки", які допомагали бідним або ветеранам війни отримувати медичні послуги. Медичні асоціації в Римі займалися наданням лікування для своїх членів, що схоже на певні форми страхової допомоги, але ці організації не були системними страховими фондами» [6].

Одним із прикладів ранніх форм медичного забезпечення була практика надання допомоги за рахунок місцевих громад. Римські легіонери,

наприклад, мали доступ до медичних послуг, оскільки військові лікарі (лекарі) займалися лікуванням солдатів за рахунок державних фондів.

Також в імперії існувала традиція взаємодопомоги між професіоналами, які спеціалізувалися на лікуванні різних захворювань. Римська система охорони здоров'я передбачала надання базового медичного обслуговування для громадян, але це було швидше примітивне обслуговування, яке не включало масштабних страхових програм.

У античному світі не було формалізованих страхових механізмів для покриття витрат на медичне обслуговування, як це відбувається сьогодні. Однак вже в цей час існували ранні прояви колективної допомоги через гільдії, професійні асоціації, храми та громадські організації, які надавали певний рівень підтримки для хворих.

«Зокрема, важливими рисами античних форм медичного забезпечення були:

- приватні організації та асоціації: спільноти, які підтримували своїх членів у разі хвороби або травми;
- взаємодопомога через храми та релігійні установи: лікарі, часто працюючи при храмах, надавали медичну допомогу бідним та знедоленим;
- раннє розуміння соціальної допомоги: хоча це не було страхуванням в сучасному розумінні, з'являються перші форми медичної підтримки для різних груп населення» [8].

Отже, медичне страхування в античному світі, як інститут не існувало, але вже тоді були закладені основи для розвитку таких систем. Ідеї про взаємодопомогу, соціальний захист та надання медичних послуг через релігійні або професійні громади стали прообразами сучасних систем медичного страхування, які почали формуватися лише в пізніші століття.

Ідея організованої медичної допомоги існувала ще в давнину, однак в історії людства перші систематичні організації, які забезпечували доступ до медичних послуг, почали з'являтися в середньовіччі та в новий час. Вони стали прообразами сучасних медичних установ і організацій, які сьогодні

займаються забезпеченням охорони здоров'я на інституційному рівні. Перші організації для медичної допомоги мали різну організаційну форму, зокрема релігійні, громадські та професійні організації.

Медичне страхування, яке ми знаємо сьогодні, з'явилося лише в ХІХ столітті, однак ідеї про захист здоров'я, допомогу хворим і соціальну підтримку в разі захворювань існували значно раніше. Початки медичного страхування можна простежити в різних частинах світу, де з'являлися перші форми організованої медичної допомоги для певних соціальних груп. Ці ранні прояви медичного страхування поклали основи для більш розвинених і системних моделей у різних етапах розвитку медичного страхування.

До того, як медичне страхування стало формалізованим інститутом, існували різні форми взаємодопомоги, коли громади чи професійні об'єднання надавали певні медичні послуги своїм членам. Це було більше схоже на принципи колективної відповідальності, ніж на систему медичного страхування.

У середньовіччі в Європі певні цехи та гільдії (професійні об'єднання ремісників, торговців і т.д.) організовували допомогу своїм членам у разі хвороби чи травм. Ці спільноти часто збирали внески з учасників, щоб забезпечити фінансову підтримку тим, хто не міг працювати через хворобу чи інвалідність.

«Перші значущі кроки до формування системи медичного страхування як такого були зроблені в кінці ХІХ століття в Німеччині за часів канцлера Отто фон Бісмарка. Бісмарк запровадив принципи соціального страхування для робітників, щоб вирішити проблему бідності та соціальної незахищеності в промислових містах, які переживали стрімку урбанізацію і розвиток індустріалізації» [9].

У 1883 році в Німеччині був прийнятий закон про обов'язкове медичне страхування для робітників. За цим законом роботодавці та працівники почали сплачувати внески в страхові фонди, які покривали витрати на

медичне обслуговування. Ця система дозволяла робітникам, які не могли оплатити лікування, отримувати медичну допомогу без значних фінансових витрат.

«Закон Бісмарка став основою для розвитку подальших страхових програм в інших європейських країнах і навіть за океаном. Відтак Німеччина стала однією з перших країн, де була реалізована ідея обов'язкового медичного страхування для широких верств населення» [9].

Паралельно з обов'язковими системами медичного страхування розвивалося і добровільне медичне страхування. Це стало поширеним явищем у Великій Британії та США в середині та кінці XIX століття, коли медичні страхові компанії почали пропонувати свої послуги приватним особам. Вони дозволяли забезпечити фінансову підтримку під час хвороби, покриваючи витрати на лікарські послуги, медичні препарати та госпіталізацію.

Великобританія була однією з перших країн, де розвивалися приватні медичні страхові компанії, які пропонували страхування від хвороб і нещасних випадків. Проте їхні послуги були здебільшого доступні лише більш заможним верствам населення, адже для бідніших громадян така форма страхування була недоступною через високі премії.

У Сполучених Штатах Америки ідеї медичного страхування почали розвиватися в середині XIX століття, однак система медичного страхування не була організована до початку XX століття. Спочатку медичне обслуговування в США було доступним лише через індивідуальні договори з лікарями або через благодійні організації.

«Одним із перших прикладів медичного страхування в США було створення планів для лікарів у 1900-х роках, коли деякі страхові компанії почали пропонувати страхування на випадок хвороб. У 1920-х роках страхування стало більш доступним для середнього класу, а з 1940-х років, під час Другої світової війни, почали створюватися медичні плани для

працівників, які стали основою для розвитку сучасної системи медичного страхування в США» [24].

Прогресивні закони медичного страхування, запроваджені в Німеччині, стали зразком для багатьох європейських країн. Відповідно до моделі Бісмарка, обов'язкове медичне страхування було прийнято в Австрії, Франції, Великій Британії, Італії та інших країнах. Вони створювали власні моделі страхових фондів, які забезпечували захист робітників та їхніх сімей у разі хвороби.

Медичне страхування в цих країнах поступово ставало обов'язковим, і держави забезпечували фінансування цієї системи через внески як від роботодавців, так і від самих працівників. Країни з більш розвиненими економіками з часом прийшли до обов'язкових страхових схем, де держава виступала як регулятор і гарантувала доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Отже, початки медичного страхування були тісно пов'язані з розв'язанням соціальних проблем, таких як бідність, відсутність доступу до медичної допомоги та хвороби, які могли призвести до фінансового краху родини. Перші спроби організувати медичне страхування, такі як програми в Німеччині та Великобританії, стали важливими кроками на шляху до створення системи соціального захисту, що забезпечує фінансову безпеку і доступ до медичних послуг. Розвиток медичного страхування також став основою для реформ у системах охорони здоров'я багатьох країн, які ми спостерігаємо сьогодні.

Одними з перших організацій для медичної допомоги були релігійні організації та храми, які надавали допомогу хворим. Вони мали важливу роль у розвитку медичних послуг, оскільки багато лікарів того часу були священнослужителями або працювали при храмах.

Ось деякі приклади таких організацій:

- християнські монастирі та лікарні (У середньовіччі багато християнських монастирів у Європі відкривали лікарні для нужденних і

хворих. Вони часто працювали як благодійні установи, де допомога надавалася безкоштовно або за символічну плату. Це були перші організації, які активно залучали ресурси для лікування людей. Наприклад, монахи в монастирях часто займалися не лише молитвами, а й надавали медичні послуги, готуючи лікарські трави та проводячи лікування);

- «Орден святого Лазаря» - це релігійна організація, заснована в XI столітті, зосереджувалася на лікуванні хворих на проказу. Орден мав лікарні, де надавали медичну допомогу хворим. Це був один з перших прикладів організованої медичної допомоги у формі госпіталів, що поєднували лікування та релігійний догляд;

- «Орден госпітальєрів», був заснований в XII столітті, цей орден відкривав лікарні для паломників та хворих, і значною мірою вплинув на розвиток медичних практик того часу, він здобув популярність завдяки своєму активному участі у наданні медичних послуг по всій Європі» [15].

У середньовіччі і в епоху Відродження в Європі зростала потреба в створенні медичних установ, які надавали б допомогу людям, зокрема в містах, де зростала чисельність населення. Перші лікарні, які фінансувалися міськими органами влади, стали з'являтися в таких містах, як Рим, Париж і Лондон.

Лондонська лікарня Святого Варфоломія - одна з «найстаріших лікарень у Великій Британії, яка надавала медичну допомогу нужденним. Це була одна з перших лікарень, заснованих за рахунок міських ресурсів, що поклала початок розвитку муніципальних лікарень у майбутньому» [19].

В середині середньовіччя в Європі почали з'являтися лікарні, пов'язані з університетами. Наприклад, в університетах Болоньї та Парижа створювалися медичні факультети, які в свою чергу мали лікарні для навчання студентів та надання медичної допомоги пацієнтам.

У середньовіччі також виникли перші професійні асоціації лікарів і медичних працівників, які організовували медичну допомогу та захищали інтереси своїх членів. Гільдії лікарів та інших медичних спеціалістів стали

важливими елементами системи охорони здоров'я, забезпечуючи професіоналізм та етичні стандарти в наданні медичних послуг.

«В середньовіччі та Ренесансі лікарі часто об'єднувалися в гільдії, щоб разом працювати над покращенням медичних стандартів, організовувати медичну допомогу для бідних і забезпечувати навчання нових спеціалістів» [6].

У XVIII-XIX століттях в Європі почали з'являтися перші організації, які поєднували медичну допомогу та страхування. Це був початок розвитку медичних страхових компаній.

«Наприкінці XVIII століття в Німеччині та Великій Британії почали виникати перші страхові асоціації, які пропонували своїм членам доступ до медичних послуг. Такі організації ставали частиною більш широкої соціальної політики, зокрема в контексті розвитку систем соціального забезпечення» [17].

Отже, перші організації для медичної допомоги, що виникли в історії, мали різноманітні форми і функції, але вони всі об'єднували одне важливе завдання — допомогти тим, хто потребував медичної підтримки. Ці організації стали основою для формування сучасних систем охорони здоров'я і соціального захисту. Поступово, з розвитком цивілізацій, ці організації трансформувалися в медичні установи, які сьогодні забезпечують доступ до медичних послуг на більшому рівні, відповідно до потреб суспільства.

Медичне страхування є важливою складовою системи охорони здоров'я, оскільки воно забезпечує доступ до необхідної медичної допомоги для громадян, дозволяючи покрити витрати на лікування та профілактичні заходи. У контексті постійних реформ та змін у медичній сфері України правове регулювання медичного страхування є однією з основних тем для обговорення. Медичне страхування в Україні наразі є ключовим механізмом для забезпечення фінансової доступності медичних послуг для широких верств населення, тому його правове регулювання потребує особливої уваги.

Правове регулювання медичного страхування в Україні визначається рядом законодавчих актів, основними з яких є Конституція України та спеціалізовані закони, що регулюють медичну сферу та страхову діяльність.

Конституція України гарантує громадянам право на охорону здоров'я, а також передбачає, що держава створює умови для забезпечення доступу до медичних послуг. Це є основою для подальшого розвитку та вдосконалення системи медичного страхування в країні.

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють медичне страхування в Україні, є:

- Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (проект закону, що наразі перебуває на етапі розробки) – цей закон є основою для майбутнього створення системи обов'язкового медичного страхування;
- Закон України "Про страхування" – регулює загальні питання страхування, включаючи медичне;
- Закон України "Про охорону здоров'я" – визначає правові основи функціонування системи охорони здоров'я та співпрацю з медичними страховими компаніями;

Постанови та розпорядження органів виконавчої влади, що детально регулюють процеси медичного страхування та його реалізацію.

Отже, медичне страхування в Україні перебуває на етапі розвитку та вдосконалення. Правове регулювання цієї сфери є важливою складовою медичної реформи, і на сьогоднішній день законодавча база вимагає вдосконалення. Важливо, щоб українська система медичного страхування забезпечувала рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, а також сприяла покращенню якості медичного обслуговування в країні.

Конституційне регулювання прав громадян на охорону здоров'я в Україні.

Одним із основних принципів, закладених у Конституції України, є право кожного громадянина на охорону здоров'я. Це право є частиною

загального комплексу соціальних прав, які гарантуються основним законом країни. Важливість охорони здоров'я як основного права громадян закріплена на конституційному рівні, що забезпечує необхідну правову базу для створення державної політики в сфері охорони здоров'я, включаючи медичне страхування та доступність медичних послуг.

«Конституція України, яка була прийнята 28 червня 1996 року, визначає основи державного устрою та прав і свобод громадян. Однією з основних статей, що гарантує право на охорону здоров'я – стаття 49» [22].

«Стаття 49 Конституції України зазначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для доступності та безоплатності медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Ця стаття визначає три важливі аспекти прав громадян у сфері охорони здоров'я:

- право на охорону здоров'я – це гарантія того, що кожен громадянин має право на доступ до медичних послуг і підтримку здоров'я в цілому;
- право на медичну допомогу – забезпечує громадян медичними послугами, необхідними для лікування хвороб і збереження здоров'я;
- право на медичне страхування – гарантує можливість бути застрахованим в системі медичного страхування, що забезпечує фінансову допомогу на випадок необхідності отримання медичних послуг» [22].

Держава не лише визнає ці права, але й зобов'язана забезпечити умови для їх реалізації через відповідні законодавчі та організаційні механізми.

Інші аспекти Конституції, що підтримують право на охорону здоров'я:

- «Стаття 3 Конституції України зазначає, що "людина, її права і свободи є найвищою соціальною цінністю". Це положення закріплює принцип, відповідно до якого охорона здоров'я є важливою частиною захисту прав людини, і держава повинна створювати відповідні умови для реалізації цього права» [22];

- «Стаття 22 Конституції України, гарантує захист прав і свобод громадян, не допускаючи їх обмеження за жодних умов, що також стосується права на охорону здоров'я. Будь-які спроби обмежити доступ до медичних послуг без відповідних законних підстав є порушенням Конституції» [22];

- «Стаття 43 Конституції України, гарантує право на працю, що тісно пов'язане з охороною здоров'я. Права на працю і здоров'я є взаємопов'язаними, оскільки несприятливі умови праці можуть негативно вплинути на здоров'я громадян, а відсутність доступу до медичних послуг або страхування може призвести до соціальних і економічних проблем» [22].

Конституційне регулювання прав на охорону здоров'я створює базу для подальших реформ у сфері медичної допомоги та медичного страхування.

«Основною метою медичних реформ в Україні є створення доступної і якісної медичної допомоги для всіх громадян, що передбачає:

- впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яке гарантує фінансовий захист громадян від витрат на медичні послуги;
- створення державних програм, які забезпечують безоплатне надання медичних послуг для незахищених верств населення;
- реорганізація медичних установ для покращення доступу до послуг, зокрема в сільській місцевості, де доступ до медичних послуг є обмеженим» [3].

Медична реформа також спрямована на поліпшення якості медичних послуг і підвищення рівня доступності через державні та приватні страхові програми.

Конституція України не лише гарантує право на медичну допомогу, але й передбачає розвиток інституту медичного страхування. Це право може бути реалізоване через систему обов'язкового і добровільного медичного страхування. У зв'язку з цим є важливим ухвалення законодавчих актів, які встановлюють механізми організації страхових компаній і формування загальнообов'язкового медичного страхування в країні.

«Проект закону про загальнообов'язкове медичне страхування знаходиться на етапі розробки в Україні. Його ухвалення дозволить забезпечити фінансову стабільність медичних закладів і гарантувати кожному громадянину доступ до медичних послуг на основі державної підтримки і страхових внесків» [28].

Отже, правове регулювання права громадян на охорону здоров'я, закріплене в Конституції України, є важливим елементом державної політики в галузі охорони здоров'я. Це право є невід'ємною частиною загальних прав людини і повинно забезпечувати всебічний захист інтересів громадян у сфері медичного обслуговування. Реалізація цього права передбачає не лише розвиток законодавства, а й удосконалення системи медичних послуг та страхування в Україні для забезпечення рівного доступу до них для всіх верств населення.

1. Конституція України.

«Основним документом, що гарантує право на охорону здоров'я, є Конституція України, яка в статті 49 визначає, що кожен громадянин має право на медичну допомогу та медичне страхування. Це є базою для розробки подальших законодавчих актів, які регулюють медичне страхування та загальнообов'язкове соціальне медичне страхування. Конституція закріплює державні гарантії в галузі охорони здоров'я та визначає, що держава зобов'язана створити умови для доступності медичних послуг для громадян» [22].

2. Закон України "Про страхування".

«Закон України "Про страхування" (від 07.03.1996 року) є основним законодавчим актом, який регулює діяльність усіх видів страхування, включаючи медичне страхування. Цей закон визначає основні принципи та умови страхування, права та обов'язки сторін, порядок укладання страхових договорів, а також регулює діяльність страхових компаній. Хоча закон охоплює всі види страхування, медичне страхування є однією з важливих

його складових, оскільки він визначає правила та умови надання медичних послуг через страхові компанії» [38].

3. Закон України "Про охорону здоров'я".

«Закон України "Про охорону здоров'я" (від 19.11.1992 року) є основним нормативно-правовим актом, що регулює питання організації та забезпечення охорони здоров'я в Україні. Цей закон визначає основи функціонування медичної системи країни, визначає права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я, а також передбачає роль медичних установ та організацій, зокрема страхових, в наданні медичних послуг. Закон встановлює принципи організації медичного страхування та його інтеграцію у систему охорони здоров'я, вказує на необхідність залучення приватних страхових компаній для надання додаткових медичних послуг» [15].

4. Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування".

«Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" є проектом закону, що наразі знаходиться на етапі розробки, і є важливим кроком до створення обов'язкової медичної страхової системи в Україні. Згідно з проектом цього закону, всі громадяни України будуть зобов'язані сплачувати страхові внески до системи соціального медичного страхування, що дозволить забезпечити безкоштовний доступ до медичних послуг для всіх громадян. Закон також визначає органи, які будуть здійснювати контроль та нагляд за виконанням законодавчих норм, а також механізми фінансування медичних послуг через систему страхових компаній» [34].

5. Закон України "Про медичне страхування".

«Закон України "Про медичне страхування" (проект закону, що розробляється) має на меті вдосконалення нормативної бази в галузі медичного страхування, створення єдиної системи медичного страхування для всіх категорій громадян. У разі його ухвалення закон буде визначати чіткі правила для всіх видів медичного страхування, включаючи як

обов'язкове, так і добровільне медичне страхування, механізми їх взаємодії, права та обов'язки страхувальників та застрахованих осіб. Закон буде сприяти розширенню доступу до медичних послуг і забезпечить додаткові фінансові гарантії для медичних установ» [34].

6. Постанови та інші нормативно-правові акти.

Для регулювання медичного страхування також важливу роль відіграють численні постанови, розпорядження, накази та інші підзаконні нормативно-правові акти, які приймаються органами виконавчої влади та відповідними міністерствами. До таких актів належать:

- постанови Кабінету Міністрів України, що регулюють питання організації та фінансування медичних послуг в рамках медичного страхування;

- накази Міністерства охорони здоров'я України, які визначають порядок надання медичних послуг, в тому числі в рамках обов'язкового медичного страхування, а також організацію та діяльність медичних установ;

- постанови Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, що регулюють діяльність страхових компаній, включаючи медичні страхові компанії, та визначають їх вимоги та правила.

7. Перспективи розвитку законодавства щодо медичного страхування.

Одним із важливих напрямків розвитку законодавства щодо медичного страхування є введення в дію обов'язкової медичної страхової системи, яка дозволить забезпечити фінансову доступність медичних послуг для всіх громадян України. Важливими етапами цього процесу є удосконалення існуючих нормативних актів, прийняття нових законів, які дозволять створити прозору та ефективну систему медичного страхування. Окрему увагу слід приділити вдосконаленню контролю за страховими компаніями та забезпеченню високої якості надання медичних послуг.

Отже, правове регулювання медичного страхування в Україні є важливою складовою частиною загальної системи охорони здоров'я країни.

Нормативно-правова база медичного страхування є основою для розвитку обов'язкового та добровільного медичного страхування, гарантує права громадян на медичну допомогу та забезпечує необхідні умови для надання високоякісних медичних послуг. Однак для забезпечення належного рівня медичних послуг та доступу до них всім громадянам необхідно продовжувати вдосконалення законодавчої бази та сприяти впровадженню нових моделей медичного страхування, що відповідають сучасним вимогам та стандартам.

«Держава є основним гарантом реалізації права громадян на охорону здоров'я, тому її роль у забезпеченні медичного страхування є визначальною. Конституція України в статті 49 гарантує право кожного громадянина на медичну допомогу та медичне страхування, зобов'язуючи державу створювати умови для безоплатного доступу до медичних послуг через систему державного медичного страхування» [22].

Одним із основних напрямків діяльності держави в сфері медичного страхування є розробка та впровадження відповідного законодавства, яке регулює організацію медичного страхування, створюючи правову основу для забезпечення доступу до медичних послуг.

Держава має важливу роль у розробці та організації медичного страхування. У багатьох країнах існують моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС), де держава є гарантом фінансування медичних послуг, а також контролює і регулює діяльність страхових компаній, які надають медичне страхування.

«В Україні, на поточний момент, основною формою медичного страхування є система державного фінансування через бюджетні кошти для певних категорій громадян (пільгові категорії, пенсіонери, безробітні, діти тощо), а також добровільне медичне страхування через приватні компанії для більшості громадян, які бажають додатково захистити себе від витрат на лікування» [13].

Держава також бере на себе частину фінансування медичних послуг для тих осіб, які не можуть собі дозволити приватне медичне страхування, гарантуючи їм мінімальний доступ до медичних послуг через державні установи.

«Основним завданням держави є забезпечення всієї популяції доступом до медичних послуг, незалежно від їхнього фінансового становища. Система обов'язкового медичного страхування має на меті гарантувати, що кожен громадянин отримує необхідну медичну допомогу, не витрачаючи на це значних коштів» [13].

В Україні на даний момент розглядається питання створення системи обов'язкового медичного страхування. Однак важливим кроком на шляху до цього є:

- розробка законодавства, яке б забезпечило рівний доступ до медичних послуг усіх громадян, навіть тих, які не мають можливості сплачувати внески за медичне страхування;

- створення єдиного механізму фінансування медичних установ, який би дозволив забезпечити рівний доступ до медичних послуг через систему державних та приватних медичних страховок;

- проведення реформ в медичній сфері, які включають створення ефективної та прозорої системи медичних послуг, контроль за використанням медичних ресурсів, а також розвиток страхових компаній, що пропонують медичне страхування.

«Держава також має важливу роль у контролі та нагляді за діяльністю страхових компаній, які надають медичне страхування. Для забезпечення якості медичних послуг та виконання страхових зобов'язань, держава розробляє нормативно-правову базу для діяльності страхових компаній, регулюючи їх фінансову діяльність, прозорість операцій, контроль за виконанням страховими компаніями своїх зобов'язань перед громадянами» [13].

«Одним із важливих аспектів ролі держави в організації медичного страхування є підтримка соціально незахищених верств населення. Держава зобов'язана забезпечити пільгове медичне страхування для тих, хто не має можливості самостійно оплатити медичне страхування, наприклад, для пенсіонерів, інвалідів, багатодітних родин тощо. Для цього держава може використовувати як бюджетні кошти, так і залучати частину внесків страхових компаній у систему державного медичного страхування» [13].

Україна на сьогодні активно працює над реформуванням медичної сфери, однією з ключових складових якого є удосконалення системи медичного страхування. У перспективі планується введення загальнообов'язкового медичного страхування, що дозволить забезпечити кожному громадянину доступ до якісної медичної допомоги за рахунок державних коштів, а також страхових внесків. Однак для цього необхідно ухвалити відповідне законодавство, яке буде регулювати механізм функціонування цієї системи.

Отже, держава відіграє ключову роль у організації та розвитку медичного страхування в Україні. Вона не тільки гарантує право громадян на медичне страхування, але й бере на себе функції регулювання та контролю, а також фінансування медичних послуг для соціально незахищених верств населення. Впровадження системи обов'язкового медичного страхування стане важливим кроком до забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян України, що є необхідним для розвитку справедливої та ефективної медичної системи в країні.

1.3. Сучасні тенденції та проблеми розвитку медичного страхування в Україні та світі

«Одним із основних факторів, що визначають сучасні тенденції медичного страхування в Україні, є реформа охорони здоров'я. Одним із важливих кроків цієї реформи є впровадження системи фінансування на

основі медичних гарантій. У 2018 році в Україні було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка почала впроваджувати принципи фінансування за пакетами медичних послуг. Це означає, що держава гарантує надання медичних послуг певним категоріям громадян за рахунок державного бюджету, а також працює на інтеграцію медичних послуг через страхування» [14].

Важливим кроком стало введення електронної системи охорони здоров'я, яка дозволяє пацієнтам та медичним установам швидко обмінюватися інформацією. Такі інновації відкривають нові можливості для розвитку медичного страхування, особливо в частині управління та контролю витрат на медичні послуги.

«В Україні добровільне медичне страхування стало більш популярним серед громадян, особливо серед тих, хто має можливість додатково захистити себе від витрат на медичне лікування. Добровільне медичне страхування пропонує більш широкий вибір медичних послуг, таких як планові обстеження, лікування в приватних клініках, стоматологічне обслуговування тощо» [35].

Сьогодні багато українців розуміють, що добровільне медичне страхування допомагає зменшити фінансовий тягар у разі серйозного захворювання або необхідності в дороговартісних медичних процедурах. Це є важливим фактором розвитку медичного страхування, оскільки дозволяє не тільки підвищити рівень доступності медичних послуг, але й сприяє підвищенню якості медичного обслуговування.

Однією з головних тенденцій останніх років є розвиток електронного медичного страхування в Україні. Завдяки цифровим технологіям, процес укладання договорів страхування, управління полісами та лікарняними виплатами значно спростився. Страхові компанії тепер пропонують онлайн-послуги для своїх клієнтів, що дозволяє отримувати медичні послуги безпосередньо через мобільні додатки або веб-платформи.

Такі інновації вносять значні зміни в процес надання медичних послуг і дозволяють оптимізувати витрати на лікування. Впровадження електронного медичного страхування дозволяє зменшити адміністративні витрати та покращити доступність медичних послуг для застрахованих осіб.

«Корпоративне медичне страхування стає все більш популярним в Україні, особливо серед великих компаній та підприємств. Це дозволяє організаціям пропонувати своїм працівникам додаткові переваги у вигляді медичних полісів, що включають не тільки базове медичне обслуговування, але й доступ до кращих клінік, профілактичних обстежень, стоматологічних послуг та інших медичних процедур» [39].

Завдяки корпоративному страхуванню, працівники можуть отримувати високоякісні медичні послуги без значних витрат. В свою чергу, роботодавці отримують додаткову перевагу у вигляді підвищення лояльності працівників, що сприяє поліпшенню їх здоров'я та продуктивності.

Не зважаючи на позитивні зміни в галузі медичного страхування, в Україні існує низка проблем, які впливають на ефективність медичної страхової системи. Основними з них є:

- низька довіра до страхових компаній. Багато українців не довіряють страхуванню через низку негативних випадків у минулому, таких як недобросовісні страховики або недостатній рівень обслуговування;
- недосконала законодавча база. В Україні ще не завершена реформа медичного страхування, тому існують прогалини в законодавстві, що ускладнює розвиток цієї сфери. Законодавчі ініціативи щодо обов'язкового медичного страхування досі залишаються в процесі розробки;
- фінансова доступність. Хоча добровільне медичне страхування стало популярним, воно все ще залишається недоступним для широких верств населення через високі премії та обмежений доступ до медичних послуг в сільських районах.

«В перспективі медичне страхування в Україні буде розвиватися в напрямку створення обов'язкової системи страхування для всіх громадян, що

дозволить забезпечити безкоштовний доступ до медичних послуг на базі державного фінансування. Це потребує вдосконалення законодавства, розвитку інфраструктури, а також належного контролю за діяльністю страхових компаній» [36].

Продовження реформи медичного страхування та поглиблення цифровізації процесів дозволять підвищити рівень доступності медичних послуг, забезпечити гнучкість у наданні послуг і зменшити витрати для громадян.

Отже, сучасні тенденції медичного страхування в Україні свідчать про поступовий перехід до більш відкритої та доступної системи медичних послуг. Зокрема, розвиток добровільного медичного страхування, електронних технологій та корпоративних програм сприяє зростанню доступу до якісних медичних послуг. Однак для подальшого розвитку медичного страхування в Україні необхідно вирішити ряд проблем, таких як низька довіра до страховиків, недосконалість законодавства та фінансова доступність для населення.

Сучасні тенденції медичного страхування в світі. Медичне страхування є важливим інструментом для забезпечення доступу до медичних послуг і є однією з ключових складових системи охорони здоров'я в багатьох країнах. У світі медичне страхування переживає значні зміни, оскільки країни стикаються з новими викликами в сфері охорони здоров'я, такими як старіння населення, зростання витрат на медичні послуги, вплив нових технологій і глобальні пандемії. Ось деякі з основних тенденцій, що визначають розвиток медичного страхування на світовій арені:

«Один із найбільш значущих трендів у розвитку медичного страхування — це прагнення до універсального медичного страхування, яке забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього доходу, місця проживання чи соціального статусу» [2].

«Країни, такі як Великобританія, Канада, Франція, Німеччина, мають національні системи, де медичне страхування є обов'язковим або

загальнодоступним для всіх громадян. Цей тренд набирає популярності й у країнах, що розвиваються, оскільки універсальне страхування дозволяє зменшити соціальну нерівність у доступі до медичних послуг» [12].

«В багатьох країнах з високим рівнем доходу (США, Австралія, Японія) спостерігається тенденція до зростання приватного медичного страхування. В цих країнах приватні страхові компанії доповнюють державні системи медичного страхування, надаючи додаткові послуги та покриття, які не входять у базовий пакет державного страхування» [24].

«Приватне медичне страхування в таких країнах має велике значення для доступу до швидшого лікування, вибору лікарів та лікувальних установ. У країнах Європи, таких як Німеччина, також існує комбінована система, де громадяни можуть обирати між державним і приватним медичним страхуванням залежно від їхнього доходу та бажаного рівня обслуговування» [5].

Сучасні технології, зокрема цифрові інструменти, відіграють важливу роль у зміні медичного страхування на світовому рівні. Країни активно впроваджують електронні медичні картки, онлайн-платформи для покупки страховок, а також використання мобільних додатків для моніторингу стану здоров'я та доступу до медичних послуг.

«В США та Великобританії страхові компанії використовують великі дані для оцінки ризиків та покращення процесу прийняття рішень щодо полісів. Крім того, цифрові платформи дозволяють пацієнтам швидше отримати медичну допомогу, знижуючи витрати на адміністративні процеси та покращуючи взаємодію між пацієнтами та медичними установами» [24].

«Інтеграція новітніх технологій, таких як телемедицина, роботизація медичних процедур та штучний інтелект, змінює формат надання медичних послуг і впливає на розвиток медичного страхування. Наприклад, телемедицина дає можливість пацієнтам отримати консультації лікарів без необхідності фізичного відвідування медичних установ, що особливо актуально в умовах пандемії. Це підвищує доступність медичних послуг та

знижує витрати на лікування, а також стає важливою частиною політик медичного страхування у країнах, як-от США, Великобританія та інші» [24].

«Сучасні виклики, такі як пандемія COVID-19, зміни клімату та збільшення кількості хронічних захворювань, стимулюють попит на нові види медичного страхування. Пандемія підвищила інтерес до страхування, яке покриває витрати на лікування вірусних та інфекційних хвороб, а також забезпечує психологічну допомогу. Водночас, з огляду на зміни клімату, зростає попит на страхування від хвороб, що можуть виникнути через екологічні фактори, як-от респіраторні захворювання через забруднення повітря» [2].

«В країнах, що розвиваються, зокрема в Африці та Південно-Східній Азії, спостерігається тренд до розвитку базового медичного страхування, яке спрямоване на зниження фінансових бар'єрів для доступу до основних медичних послуг. Ці країни працюють над вдосконаленням механізмів, які б дозволяли доступ до медичних послуг на засадах доступності і економічної доцільності. Програмами обов'язкового медичного страхування охоплюються широкі верстви населення, щоб забезпечити їм базові медичні послуги» [2].

Медичне страхування в багатьох країнах починає акцентувати увагу не тільки на лікуванні, але й на профілактиці захворювань. Страхові компанії пропонують програми, які включають профілактичні обстеження, вакцинацію, консультації з харчування та фітнесу.

У деяких європейських країнах страхові поліси можуть охоплювати витрати на спортивні заняття, дієту, а також медичні послуги, що сприяють підтримці здорового способу життя, що знижує загальні витрати на лікування в майбутньому.

«Медичне страхування на міжнародному рівні регулюється низкою законів та нормативних актів, що визначають його основні принципи, права та обов'язки громадян, а також обсяги покриття. У деяких країнах, таких як США, Канада та Німеччина, розробляються нові політики, які дозволяють покращити доступність і якість медичних послуг. Наприклад, в США

відбуваються постійні зміни у системі медичного страхування в контексті реформи охорони здоров'я, зокрема через програму «Obamacare», що забезпечує доступ до медичних послуг для незастрахованих осіб» [23].

Отже, сучасні тенденції медичного страхування у світі відображають прагнення до універсальності, цифровізації процесів, розвитку технологій та зростання уваги до профілактики. Водночас, проблеми доступності та вартості медичних послуг залишаються актуальними викликами для багатьох країн, що вимагає удосконалення існуючих систем і впровадження нових рішень. В Україні також спостерігаються схожі тенденції, що потребують подальшої роботи щодо реформування медичного страхування, впровадження сучасних технологій та покращення доступу до медичних послуг для всіх громадян.

Медичне страхування в Україні знаходиться на етапі реформування і розвитку, але в цій сфері все ще існує низка проблем, які ускладнюють його ефективне функціонування. Враховуючи значення медичного страхування для забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, ці проблеми мають як соціальні, так і економічні наслідки для громадян країни. Ось основні проблеми розвитку медичного страхування в Україні.

Попри значні зусилля уряду, рівень охоплення медичним страхуванням в Україні залишається низьким. Більшість громадян країни не мають медичного страхування, а значна частина тих, хто застрахований, має лише державне медичне страхування, яке не охоплює всі можливі потреби в медичних послугах. Добровільне медичне страхування охоплює лише обмежену частину населення, в основному це працівники великих компаній або заможні громадяни. Більшість українців, зокрема в сільській місцевості, не можуть дозволити собі придбати медичні поліси через їх високу вартість.

Законодавча база медичного страхування в Україні потребує суттєвих змін. Хоча основи медичного страхування закладені в Конституції та законах про охорону здоров'я, в країні відсутня чітка, комплексна система медичного страхування. Законодавчі ініціативи щодо обов'язкового медичного

страхування в Україні все ще перебувають на стадії розробки, що призводить до юридичної невизначеності та ускладнює розвиток цієї сфери. Крім того, існує потреба в удосконаленні нормативно-правових актів, які регулюють діяльність страхових компаній, щоб підвищити рівень довіри до медичного страхування.

Для більшості українців основною проблемою є висока вартість медичних послуг та страхових полісів. Хоча система державного медичного страхування гарантує певні базові послуги, ці послуги часто не покривають всі потреби пацієнтів, особливо коли йдеться про лікування в приватних клініках або дороговартісні медичні процедури.

Приватне медичне страхування, яке може забезпечити більш широкий спектр послуг, залишається доступним лише для обмеженого кола людей через високу вартість страхових премій. Це спричиняє соціальну нерівність у доступі до медичних послуг.

В Україні, як і в інших країнах, є проблема низької довіри до страхових компаній. Занадто багато випадків, коли страхові компанії не виконують свої зобов'язання, або люди не можуть отримати компенсацію за свої полісами. Негативний досвід з такими компаніями у багатьох випадках підриває довіру громадян до медичного страхування в цілому. Це, в свою чергу, зменшує кількість людей, які готові оформляти добровільне медичне страхування.

Різниця в рівні медичного обслуговування в міських і сільських районах є ще однією серйозною проблемою медичного страхування в Україні. Водночас, якщо в великих містах доступ до медичних послуг, особливо через приватне медичне страхування, є достатньо широким, то в малих містах і селищах ситуація зовсім інша. Це ставить під загрозу рівний доступ до якісних медичних послуг для всіх громадян. Відсутність медичних установ або недостатня кількість лікарів у сільських районах ускладнює процес надання медичних послуг, навіть за наявності медичного страхування.

В Україні досі відсутня культура медичного страхування, що є важливим бар'єром для розвитку цієї сфери. Багато українців не звикли до ідеї добровільного медичного страхування і не розуміють його важливості. Замість того, щоб застрахуватися на випадок захворювання або серйозного лікування, більшість покладається на державну медицину, яка не завжди може забезпечити необхідний рівень медичної допомоги. Це також знижує готовність громадян інвестувати в добровільне медичне страхування.

Система охорони здоров'я в Україні, незважаючи на деякі позитивні зміни, все ще потребує кардинальних реформ. Частково медичне страхування є відповіддю на проблеми існуючої медичної системи, але лише надання державних гарантій медичних послуг і розвиток страхової системи не вирішать всіх проблем. Потрібно забезпечити реальну реформу надання медичних послуг, сприяти покращенню якості медичних послуг, а також забезпечити більш ефективний контроль за використанням коштів.

Отже, медичне страхування в Україні є важливою складовою системи соціального захисту, але його розвиток зіштовхується з багатьма проблемами, такими як низький рівень охоплення населення, високі витрати на медичне страхування, недосконалість законодавства та нерівний доступ до медичних послуг у різних регіонах. Однак ці проблеми можна подолати через удосконалення законодавства, стимулювання розвитку добровільного медичного страхування, покращення рівня медичних послуг та підвищення фінансової доступності для населення. Важливим є також виховання культури медичного страхування серед громадян і поширення розуміння його важливості для забезпечення фінансової безпеки у разі необхідності медичного лікування.

Медичне страхування є важливим елементом системи охорони здоров'я в багатьох країнах, і на глобальному рівні спостерігаються різні проблеми, що впливають на його ефективний розвиток. Хоча медичне страхування дозволяє забезпечити доступ до медичних послуг і покращити рівень здоров'я населення, воно стикається з цілим рядом викликів, які

ускладнюють його функціонування в різних країнах. Ось деякі з основних проблем розвитку медичного страхування в світі.

«Однією з найбільших проблем, з якою стикаються системи медичного страхування в багатьох країнах, є висока вартість медичних послуг та страхових полісів. У багатьох розвинених країнах, таких як США, вартість медичного обслуговування залишається дуже високою, що робить страхові премії недоступними для великої кількості людей. Для страхових компаній висока вартість медичних послуг означає значні витрати на лікування, що, в свою чергу, збільшує вартість страхових полісів. Це може призвести до соціальної нерівності, оскільки деякі люди не можуть дозволити собі медичне страхування, навіть якщо це обов'язково за законом, а інші можуть отримати лише мінімальний рівень медичних послуг» [24].

Однією з глобальних проблем є необхідність забезпечення універсального охоплення медичним страхуванням, що гарантує доступ до медичних послуг для всіх громадян. В багатьох країнах, особливо в розвиваючих, існують великі прогалини в медичному страхуванні, що обмежують доступ до основних послуг для населення, особливо для бідних та вразливих верств. У країнах, де медичне страхування є обов'язковим, такі прогалини можуть призвести до значних соціальних проблем, оскільки деякі групи населення не мають достатнього доступу до медичних послуг через високі витрати на страхові поліси або через недостатнє фінансування державних програм.

Зі збільшенням середньої тривалості життя і старінням населення в багатьох країнах спостерігається збільшення потреб у медичному обслуговуванні, зокрема у лікуванні хронічних захворювань і старечих хвороб. Це створює додаткові фінансові навантаження на системи медичного страхування, оскільки витрати на лікування старіючого населення можуть значно перевищувати витрати на обслуговування молодих людей. Проблема полягає в тому, що зростаючі витрати на медичне обслуговування часто не відповідають збільшенню фінансування для медичних установ або страхових

компаній, що може призвести до скорочення доступних послуг або збільшення вартості страхових полісів.

Однією з проблем для користувачів медичного страхування є складність та заплутаність умов страхових полісів. Багато людей не розуміють, що саме покриває їхній поліс, які витрати вони повинні нести додатково і які умови існують для отримання медичних послуг. Це може призводити до незадоволення та фрустрації у пацієнтів, коли вони виявляють, що певні послуги не покриваються страховкою або їхні вимоги відхиляються страховими компаніями з формальних причин.

«Медичне страхування регулюється різними законами і системами в різних країнах, що може створювати серйозні відмінності у якості медичних послуг та доступі до них. У країнах з приватними страховими компаніями, як-от США, система може бути дуже складною і дороговартісною для значної частини населення. З іншого боку, країни з державним медичним страхуванням, такі як Великобританія, мають систему, яка намагається забезпечити універсальний доступ до медичних послуг, однак часто стикаються з проблемами бюджетного фінансування та чергами в лікарнях. Тому міжнародна інтеграція та стандартизація політик медичного страхування, незважаючи на свою важливість, стикаються з політичними та економічними бар'єрами» [24].

«Шахрайство та зловживання в системах медичного страхування також є значною проблемою на світовому рівні. Медичні працівники, страхові агенти або навіть пацієнти можуть маніпулювати даними про лікування, виставляти неправдиві рахунки або навмисно завищувати вартість послуг. Це призводить до зростання витрат на систему медичного страхування і може підривати довіру до цієї сфери серед громадян. Страхові компанії намагаються боротися з шахрайством за допомогою штучного інтелекту і системи моніторингу» [37].

«Пандемії, такі як COVID-19, показали, як глобальні кризи можуть різко змінити вимоги до медичного страхування. Зростання кількості

захворювань потребує значних ресурсів, а багато людей залишаються без необхідного покриття, оскільки медичне страхування не завжди покриває нові типи лікування або профілактики. Крім того, зважаючи на можливі майбутні епідемії або нові інфекційні захворювання, системи медичного страхування повинні бути готові до швидкої адаптації, що потребує значних інвестицій та координації на міжнародному рівні» [21]

Отже, медичне страхування в світі стикається з цілим рядом проблем, які ускладнюють його розвиток і ефективність. Це високі витрати на медичні послуги, нерівний доступ до страхування, складність у розумінні умов полісів, зловживання і шахрайство, а також вплив глобальних пандемій. Для вирішення цих проблем необхідна комплексна реформа медичних систем, вдосконалення законодавства, розвиток технологій у сфері страхування та збільшення фінансування, щоб забезпечити доступність медичних послуг для всіх верств населення.

Висновки до розділу 1

Отже, медичне страхування є важливим фінансовим механізмом, що забезпечує соціальний захист населення, покриваючи витрати на медичні послуги і підвищуючи доступність медичної допомоги. Система медичного страхування включає різні форми, серед яких обов'язкове, добровільне, соціальне, корпоративне та приватне страхування. Обов'язкове медичне страхування гарантує базовий рівень медичних послуг для всіх громадян, а добровільне та приватне страхування дозволяють доступ до розширених і спеціалізованих послуг. Корпоративне страхування підвищує соціальний захист працівників і створює додаткові мотиваційні стимули на робочому місці. Це багаторівневе охоплення дозволяє громадянам обирати найбільш підходящий рівень медичного обслуговування, зважаючи на їхні потреби та можливості.

Історія медичного страхування тісно пов'язана з розв'язанням соціальних проблем, таких як бідність, відсутність доступу до медичних

послуг і загроза фінансового краху через хвороби. Перші спроби організації медичного страхування, як, наприклад, у Німеччині та Великобританії, стали важливими кроками до створення системи соціального захисту. Ідеї взаємодопомоги та соціального захисту, закладені ще в античному світі, послужили основою для формування сучасних систем медичного страхування, які виникли лише в пізніші століття.

В Україні медичне страхування перебуває на етапі розвитку, і його правове регулювання потребує вдосконалення для забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян. Право на охорону здоров'я, закріплене в Конституції України, є важливою частиною державної політики і передбачає розвиток законодавства, а також удосконалення медичних послуг і страхування. Однак для досягнення бажаного рівня медичного обслуговування необхідно продовжувати реформування законодавчої бази, сприяючи впровадженню нових моделей страхування.

Держава відіграє ключову роль у організації та розвитку медичного страхування в Україні, гарантує права громадян на медичне страхування, регулює та контролює систему, а також фінансує медичні послуги для соціально незахищених верств населення. Впровадження обов'язкового медичного страхування стане важливим кроком до забезпечення доступу до медичних послуг для всіх громадян.

Сучасні тенденції медичного страхування в Україні відображають прагнення до більш відкритої і доступної системи, зокрема через розвиток добровільного медичного страхування, електронних технологій і корпоративних програм. Однак залишається багато проблем, таких як низька довіра до страховиків, недосконалість законодавства та фінансова недоступність для населення. У світі медичне страхування також стикається з викликами, такими як високі витрати на медичні послуги, нерівний доступ до страхування, зловживання, а також вплив глобальних пандемій. Для подолання цих проблем необхідні комплексні реформи, вдосконалення

законодавства, розвиток технологій та збільшення фінансування для забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ АТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ARX» НА РИНКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ГРОМАДЯН

2.1. Загальна організаційно - економічна характеристика АТ «Страхова компанія «ARX»

АТ «Страхова компанія «ARX» — одна з провідних страхових компаній на ринку України, яка спеціалізується на наданні страхових послуг, включаючи медичне, автомобільне, майнове та корпоративне страхування. Компанія працює понад 25 років, і за цей час вона зайняла лідируючі позиції у своїй галузі, що підтверджується численними рейтингами та нагородами. Завдяки широкому спектру продуктів та високим стандартам обслуговування, ARX користується великою популярністю як серед фізичних осіб, так і серед корпоративних клієнтів.

ARX обслуговує тисячі клієнтів по всій країні, що свідчить про її високий рівень довіри та репутацію. Компанія підтримує свої фінансові показники на стабільному рівні, що забезпечує надійність її послуг. Крім того, вона регулярно оновлює та вдосконалює свої страхові продукти, щоб максимально відповідати сучасним потребам споживачів. Одним із важливих показників її успішності є низький рівень відмов у виплатах і оперативність при відшкодуванні збитків.

Компанія ARX має розгалужену структуру, що дозволяє їй оперативно реагувати на запити клієнтів та надавати послуги високої якості. Її структура включає кілька основних підрозділів, які займаються окремими напрямками страхування: медичне, автомобільне, майнове страхування та інші. Серед послуг, які пропонує компанія, варто виділити медичне страхування, яке стає все більш популярним в Україні. Цей вид страхування передбачає широкий спектр медичних послуг, доступних для застрахованих клієнтів, включаючи діагностичні, лікувальні та профілактичні заходи.

АТ «Страхова компанія «ARX» пропонує своїм клієнтам різноманітні страхові продукти, які можна умовно поділити на кілька основних категорій:

- «медичне страхування — передбачає покриття витрат на лікування та медичні послуги, включаючи амбулаторну та стаціонарну допомогу» [43];
- «автостраховання — включає обов'язкове страхування цивільної відповідальності (ОСЦПВ), КАСКО та інші види страхування транспортних засобів» [43];
- «майнове страхування — захищає від ризиків втрати або пошкодження майна, включаючи житло, комерційну нерухомість тощо» [43];
- «корпоративне страхування — включає програми для компаній і організацій, що забезпечують соціальний захист співробітників» [39].

Кожен із цих продуктів може бути адаптований під індивідуальні потреби клієнта, що робить страхування гнучким та орієнтованим на максимальне задоволення запитів споживачів.

Однією з головних конкурентних переваг ARX є якість обслуговування та надійність. Компанія інвестує значні кошти в цифрові технології, що дозволяє забезпечувати швидкий доступ до послуг через мобільні додатки, електронні кабінети та інші платформи. Оперативність при розгляді заявок і виплатах за страховими випадками також виділяє ARX на тлі інших компаній.

«До потенційних недоліків можна віднести високу вартість деяких страхових продуктів, що може обмежувати доступ до послуг для певних категорій населення. Крім того, ARX стикається з такими викликами, як конкуренція з міжнародними страховими компаніями, які виходять на український ринок, та економічна нестабільність в країні» [11].

Компанія ARX активно співпрацює з державними органами, медичними установами та іншими учасниками ринку для підвищення якості страхових послуг в Україні. Вона також підтримує розвиток медичного страхування як важливого компонента соціального захисту населення.

«Перспективи розвитку компанії пов'язані з подальшим вдосконаленням страхових продуктів, впровадженням нових цифрових рішень та розширенням співпраці з державою для поліпшення доступу громадян до медичних та інших страхових послуг» [25].

АТ «Страхова компанія «ARX» є лідером українського страхового ринку, який успішно надає широкий спектр послуг для задоволення потреб громадян та підприємств. Компанія забезпечує надійний соціальний захист через свої страхові продукти, сприяє розвитку медичного страхування та активно впроваджує інновації. Роль компанії в системі соціального захисту населення є значною, а її діяльність сприяє підвищенню доступності та якості страхових послуг для українців.

Історія компанії ARX має коріння в іноземних інвестиціях і трансформаціях на українському ринку страхування, що дозволило їй сформувати міцні позиції та завоювати довіру серед клієнтів.

«Компанія розпочала свою історію під брендом «АХА Страхування» як частина великого французького страховика AXA Group, одного з найбільших міжнародних фінансових конгломератів, що працює у сфері страхування та управління активами. AXA Group, з історією, яка нараховує понад 200 років, зайшла на український ринок на початку 2000-х років. Діяльність компанії в Україні була спрямована на створення високоякісних страхових продуктів і надання клієнтам надійного соціального захисту» [31].

У рамках роботи під брендом АХА українська компанія перейняла передові страхові технології, сучасні методи управління ризиками та інноваційні рішення, що зробило її одним з лідерів на ринку страхування в Україні. Завдяки цьому компанія швидко здобула високу довіру серед клієнтів і забезпечила міцні позиції на ринку, особливо в сегменті автомобільного та медичного страхування.

«У 2019 році французький холдинг AXA Group вирішив продати свій бізнес у Східній Європі, зокрема й українське представництво, що було придбано канадським холдингом Fairfax Financial Holdings Limited. У

результаті цієї угоди компанія пройшла процес ребрендингу та змінила назву на «ARX», що символізує надійність і захист, оскільки назва походить від латинського слова «арка» або «форт» [31].

«Новий власник, Fairfax Financial, залишив стратегічний курс на подальший розвиток компанії на українському ринку, зберігши досвідчену команду, клієнтську базу та стандарти обслуговування, закладені AXA Group. Канадський холдинг має сильну репутацію на світовому ринку, що дало компанії можливість залишатися надійним партнером для своїх клієнтів і продовжити розширення спектру страхових послуг» [31].

Зміна власника та бренду не вплинула на стабільність компанії, а навпаки, додала їй нових можливостей для розвитку. Компанія ARX продовжує використовувати міжнародний досвід, поєднуючи його з глибоким розумінням українського ринку. Сьогодні ARX працює в Україні як повноцінний провайдер страхових послуг з широким спектром продуктів у галузі медичного, майнового, автостраховання та страхування відповідальності.

Компанія активно працює над впровадженням інновацій, зокрема, цифрових технологій у сфері страхування. Це дозволяє надавати клієнтам зручні сервіси, такі як онлайн-оформлення страхових полісів, відстеження статусу страхових виплат, а також використання мобільних додатків для клієнтів.

На сьогодні АТ «Страхова компанія «ARX» займає провідні позиції серед страхових компаній України. Вона надає послуги, що охоплюють широкий спектр потреб як фізичних осіб, так і корпоративних клієнтів. ARX постійно підтверджує свою репутацію лідера через високу якість обслуговування, професійний підхід та оперативність у виконанні страхових зобов'язань.

Компанія активно підтримує розвиток медичного страхування та інших видів соціального захисту в Україні, беручи участь у заходах, спрямованих на підвищення якості та доступності медичних послуг. Її діяльність є

важливим елементом розвитку ринку страхування в Україні та сприяє підвищенню фінансової грамотності серед населення.

Історія АТ «Страхова компанія «ARX» демонструє успішний приклад інтернаціональної співпраці та адаптації до місцевого ринку. Спадщина AXA Group і підтримка Fairfax Financial стали надійним фундаментом для стабільного розвитку компанії в Україні. Сьогодні ARX залишається одним із ключових гравців на українському страховому ринку, забезпечуючи клієнтів широким спектром страхових послуг, які відповідають світовим стандартам якості та надійності.

Місія АТ «Страхова компанія «ARX» відображає її прагнення забезпечувати клієнтам надійний захист, фінансову безпеку та впевненість у завтрашньому дні. Як один із провідних учасників страхового ринку України, компанія спрямована на те, щоб задовольняти потреби клієнтів через високу якість страхових послуг, доступність та постійне вдосконалення.

Місія компанії ARX є комплексною. Основні напрямки схематично зображені на рис. 2.1.:

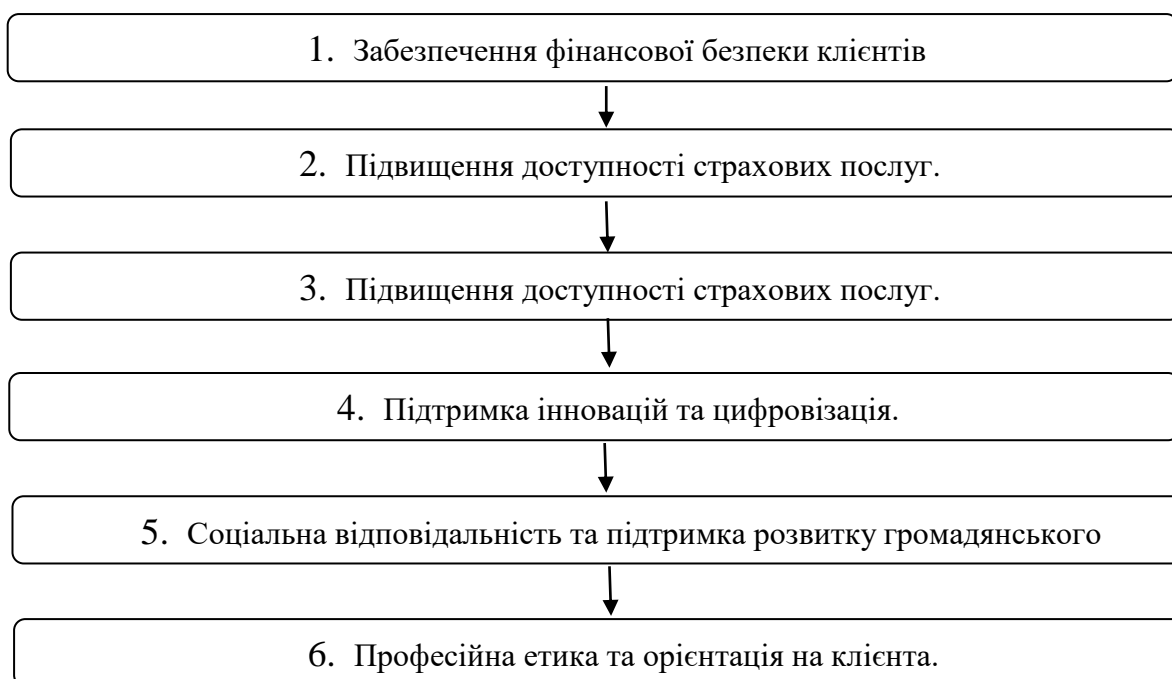


Рис. 2.1- Схема напрямків місії АТ «ARX»

ARX ставить перед собою завдання створити надійний механізм захисту від фінансових ризиків. Компанія прагне надати клієнтам можливість

почуватися захищеними у складних життєвих ситуаціях. Це досягається завдяки розробці якісних страхових продуктів, що покривають різноманітні сфери ризиків: від медичного та автомобільного страхування до страхування майна та відповідальності. Метою є гарантувати фінансову підтримку у разі виникнення страхових випадків і допомогти клієнтам відновити стабільність у житті.

Компанія прагне зробити страхові послуги доступними для широких верств населення України, розробляючи продукти, які можуть відповідати різним фінансовим можливостям. АТ «ARX» впроваджує гнучкі умови страхування, що дозволяють клієнтам вибирати пакети послуг відповідно до своїх потреб та бюджету. Це також включає розвиток цифрових платформ, які забезпечують зручне та швидке оформлення страхових полісів.

У рамках своєї місії ARX активно впроваджує інноваційні підходи, спрямовані на полегшення страхового рн.сс для клієнтів. Компанія інвестує у розвиток цифрових рішень, таких як онлайн-оформлення полісів, дистанційне урегулювання страхових випадків та мобільні додатки для клієнтів. Це дозволяє клієнтам легко взаємодіяти з компанією, підвищує оперативність обслуговування та робить рн.сс страхування більш прозорим і зрозумілим.

Як частина своєї місії, ARX активно працює над підвищенням рівня фінансової грамотності серед населення та поширенням культури страхування. Компанія бере участь у просвітницьких проектах, що пояснюють важливість медичного, майнового та інших видів страхування як елементів соціального захисту. Крім того, ARX підтримує різноманітні соціальні ініціативи, спрямовані на розвиток громадського сектору та підвищення добробуту суспільства.

У центрі своєї місії ARX ставить клієнта, забезпечуючи йому надійне партнерство та підтримку на кожному етапі. Компанія відома своїм відповідальним підходом до виконання страхових зобов'язань, прозорістю у взаємодії з клієнтами та дотриманням високих стандартів етики в роботі. Це

дозволяє ARX підтримувати довіру та лояльність клієнтів, які знають, що у разі страхового випадку вони отримають своєчасну та справедливу допомогу.

Місія АТ «Страхова компанія «ARX» спрямована на те, щоб сприяти фінансовій стабільності та соціальному захисту громадян через надання якісних і доступних страхових послуг. Завдяки зосередженню на інноваціях, доступності, етичності та соціальній відповідальності, компанія допомагає клієнтам почуватися впевненіше у майбутньому. Місія ARX відображає її бачення страхування як невід'ємної частини системи соціального захисту, яка сприяє добробуту і стабільності як кожного окремого клієнта, так і суспільства в цілому.

Показники діяльності компанії демонструють її надійність, фінансову стійкість та постійне зростання, що вказує на високий рівень довіри клієнтів та професіоналізм у сфері страхування.

ARX займає лідерські позиції на ринку страхування в Україні. Протягом останніх років компанія стабільно входить у топ-5 найбільших страхових компаній України. Це досягається завдяки комплексному підходу до надання страхових послуг, інноваціям, орієнтації на клієнтів та високій якості обслуговування. Значна частка ринку дозволяє компанії впливати на розвиток страхового сектора країни та впроваджувати сучасні стандарти.

Таблиця 2.1

Аналіз фінансово-господарської діяльності ПрАТ «Страхова компанія ARX» за 2021-2023 роки

Показник	2021	2022	2023	Абсолютне відхилення		Темп зміни, %	
				2022/ 2021	2023/ 2022	2022/ 2021	2023/ 2022
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Чистий дохід від страхових премій, тис. _грн.	2886,1	2935,5	3352,6	49,4	417,1	1,71	14,21
2. Чисті понесені збитки за страх. виплат., тис. _грн.	1268,5	1012,1	1382,6	-256,4	370,5	-20,21	36,60

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8
3. Валовий страх. прибуток (збиток), тис. грн.	1617,6	1923,4	1970,0	305,8	46,6	18,90	2,42
4. Інші операційні витрати страх. діяль-ті, тис. грн.	29,4	69,1	639,4	39,7	530,3	135,0	825,04
5. Адміністративні витрати СК, тис. грн.	530,0	610,2	-	80,2	-	15,13	-
6. Інші фінансові доходи, тис. грн.	174,8	232,1	373,3	57,3	141,2	32,75	60,88
7. Інші доходи, тис. грн	31,2	217,6	131,4	186,4	-86,2	597,4	-39,61
8. Фінансові витрати, тис. грн.	5,4	4,6	57,5	-1,0	52,9	-14,81	1150,0 0
9. Інші витрати на ведення страхової діяльності, тис. грн.	74,8	152,9	56,7	78,1	-96,2	104,3	-62,91
10. Прибуток (збиток) до оподаткування СК	328,5	750,1	547,3	421,6	-202,8	128,3	-27,03
11. Чистий прибуток (збиток) від осн. діяльності	197,4	537,4	447,4	340,0	-90	172,2	-16,75
12. Середньооб-лікова чисельність працівників СК, чол.	883	-	799	-	-	-	-
13. Витрати на оплату праці, тис. грн.	283,7	373,6	426,7	89,9	53,1	31,68	14,22
14. Власний капітал СК, тис. грн.	957,4	1154,7	1733,1	197,3	578,4	20,63	50,07

Складено автором за даними [дод. А, Б, В, Г, І]

На основі даних про діяльність ПрАТ «ARX» проведено порівняння ключових показників за 2021, 2022 та 2023 роки.

Розглянемо абсолютне відхилення та темп змін (%).

Чистий дохід від страхових премій зріс на 49,4 тис. грн (1,71%) – з 2886,1 тис. грн у 2021 році до 2935,5 тис. грн у 2022 році.

Це зростання свідчить про підвищення попиту на страхові послуги компанії, а також про ефективне управління бізнес-процесами.

У 2023 році виручка збільшилась на 417,1 тис. грн (14,21%) – до 3352,6 тис. грн, що вказує на стабільну динаміку зростання компанії.

Чисті понесені збитки за страховими виплати впали на 256,4 тис. грн (20,21%) – з 1268,5 тис. грн у 2021 році до 1012,1 тис. грн у 2022 році, що вказує на покращення управління ризиками.

У 2023 році збитки зросли на 370,5 тис. грн (36,60%) до 1382,6 тис. грн на відміну від 2022 р. що може бути пов'язано із зміною умов страхування або збільшенням кількості страхових випадків.

Валовий страховий прибуток зріс на 305,8 тис. грн (18,90%) – з 1617,6 тис. грн до 1923,4 тис. грн у 2022 році на відміну від 2021 р.

Це демонструє ефективне управління витратами та збільшення прибутковості компанії.

У 2023 році прибуток зріс на 46,6 тис. грн (2,42%) до 1970,0 тис. грн.

У 2022 році інші операційні витрати зросли на 39,7 тис. грн (135,03%), а адміністративні витрати – на 80,2 тис. грн (15,13%) ніж у 2021 році.

Це свідчить про розширення діяльності та підвищення витрат на управління.

На відміну від 2022 року, у 2023 році операційні витрати зросли на 530,3 тис. грн (825,04%), що може вказувати на перегляд або оптимізацію операційних процесів.

Прибуток до оподаткування зріс на 421,6 тис. грн (128,35%) – з 328,35 тис. грн до 750,1 тис. грн у 2022 році.

Це свідчить про ефективне управління доходами та витратами.

У 2023 році прибуток впав на 202,8 тис. грн (27,03%) до 547,3 тис. грн. що може бути пов'язано зі збільшенням витрат.

У 2022 році чистий прибуток від основної діяльності збільшився на 340,0 тис. грн (172,21%) – з 197,4 тис. грн до 537,4 тис. грн. ніж у 2021

Це підвищення забезпечує компанії більшу фінансову гнучкість для виконання зобов'язань.

У 2023 чистий прибуток впав на 90,0 тис. грн (16,75%) до 447,4 тис. грн на відміну від 2022 року, що вимагає перегляду фінансової стратегії для стабілізації показників.

Отже, компанія демонструє стабільне зростання доходів та прибутковості з незначними коливаннями, які можуть бути подолані за допомогою ефективного управління витратами та подальшої оптимізації бізнес-процесів.

Загалом компанія «ARX» продовжує зміцнювати свої позиції на українському страховому ринку та демонструє готовність до подальшого розвитку навіть у складних економічних умовах.

Компанія поступово нарощує свій кадровий потенціал і збільшує інвестиції в інноваційні рішення та покращення якості послуг. Це дозволяє їй залишатися конкурентоспроможною на українському ринку страхових послуг.

Таблиця 2.2.

Аналіз показників ліквідності та платоспроможності ПрАТ «ARX» за 2021 – 2023 рр.

Показник	Норм. знач.	Формула	2021	2022	2023	Абсолютне відхилення		Темп зміни, %	
						2022/2021	2023/2022	2022/2021	2023/2022
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Коеф-нт абсол. ліквідності	0,2-0,25	$\frac{\text{ф1р.1165}}{\text{ф1 р.1695}}$	0,1	0,4	0,09	0,24	-0,27	181,50	-73,50
2. Коеф-нт швидкої ліквідності	> 1	$\frac{\text{р.1195-р.1103}}{\text{р.1695}}$	0,7	1,5	1,4	0,75	-0,13	101,40	-9,00
3. Коеф-нт покриття	1,5-2	$\frac{\text{р.1195}}{\text{ф1 р.1695}}$	0,7	1,5	1,4	0,75	-0,13	101,40	-8,90

Продовження таблиці 2.2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Коеф-нт автономії	> 0,5	ф1 р.1495/ р.1300	0,3	0,4	0,5	0,04	0,14	13,20	39,60
5. Коеф-нт маневреності власних оборотних коштів	0,2- 0,4	ф1 (р.1195 - р.1695)/ф1 р.1495	-0,6	0,7	0,3	1,29	-0,39	- 226,3 0	-54,20

Складено автором за даними [дод. А, В, Г]

Отже, фінансовий стан підприємства за період 2021–2023 років демонструє суттєві коливання.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності зріс на 181,50% із 0.1 у 2021 році до 0.4 у 2022 році. Це свідчить про покращення здатності компанії негайно погашати свої короткострокові зобов'язання. Але у 2023 році коефіцієнт абсолютної ліквідності впав на 73,5% із 0,4 у 2022 році до 0,09 у 2023 році.

Коефіцієнт швидкої ліквідності збільшився на 101,4% із 0,7 у 2021 році до 1,5 у 2022 році. Це вказує на поліпшення здатності швидко покривати короткострокові зобов'язання. У 2022 році показник зменшився на 9,0% із 1,5 до 1,4 у 2023 році.

У 2021 році коефіцієнт покриття збільшився на 101,4% з 0,7 до 1,5 у 2022 році, що свідчить про достатню кількість активів для покриття поточних зобов'язань. Надалі, показник впав на 8,9% з 1,5 у 2022 році до 1,4 у 2023 р.

Коефіцієнт автономії збільшився на 0.04 (13,2%) – з 0,3 у 2021 році до 0,4 у 2022 році, що свідчить про підвищення фінансової незалежності компанії. У 2022 році показник збільшився на 39,6% з 0,4 до 0,5 у 2023 році.

У 2021 році коефіцієнт маневреності власних оборотних коштів був негативним (-0,6) що свідчило про дефіцит власних оборотних коштів. Проте у 2022 році ситуація кардинально змінилася – коефіцієнт зріс і навіть перевищив нормативне значення (0,7). Покращення цього показника у 2022 році свідчить про те, що підприємство значно покращило свою фінансову

гнучкість і змогло ефективніше використовувати власні кошти для фінансування поточної діяльності. Проте у 2023 році коефіцієнт знизився, що може свідчити про зменшення можливостей для оперативного управління фінансами.

Підприємство у 2022 році демонструвало покращення фінансових показників, що свідчить про стабільний розвиток і ефективне управління активами та зобов'язаннями. Проте у 2023 році ситуація почала погіршуватися. Це може бути пов'язано як із внутрішніми факторами, так і з зовнішніми.

Порівняння фінансових показників за 2022 та 2021 роки свідчить про суттєве покращення фінансового стану підприємства. Майже всі ключові показники значно зросли, що демонструє зміцнення ліквідності, платоспроможності та фінансової незалежності.

Отже, компанія «ARX» підтримує високий рівень ліквідності та фінансової стійкості, що забезпечує їй стабільні позиції на ринку страхових послуг та демонструє стабільне зростання всіх основних показників ліквідності та платоспроможності.

«Підвищення коефіцієнтів ліквідності вказує на покращення короткострокової фінансової стійкості» [26].

«Зростання коефіцієнта автономії свідчить про поступове зниження залежності від зовнішніх джерел фінансування та посилення фінансової незалежності компанії» [26].

«Збільшення маневреності власних коштів дозволяє компанії швидко реагувати на зміни ринкових умов та інвестувати у розвиток» [26].

У цілому компанія «ARX» має здоровий фінансовий стан і ефективно управляє своїми активами, забезпечуючи високу ліквідність та платоспроможність навіть у складних економічних умовах

Основні показники діяльності АТ «Страхова компанія «ARX» свідчать про її надійність, стабільність та високий рівень довіри клієнтів. Завдяки фінансовій стійкості, значному резерву, активній інвестиційній діяльності,

інноваціям та високій якості обслуговування, компанія забезпечує стабільний розвиток на ринку страхування в Україні. ARX є прикладом відповідального підходу до страхування, що орієнтований на задоволення потреб клієнтів і підвищення якості їхнього життя.

2.2. Структура та механізм надання медичного страхування громадян в компанії

АТ «Страхова компанія «ARX» — провідний страховий оператор України, який активно розвиває сектор медичного страхування.

«Медичне страхування є складною та багатокомпонентною системою, що включає різноманітні елементи та структурні одиниці, кожна з яких виконує свою специфічну функцію для забезпечення доступу до медичних послуг та фінансового захисту застрахованих осіб» [41].

Основні функції страхової компанії схематично зображені на рис. 2.2.:

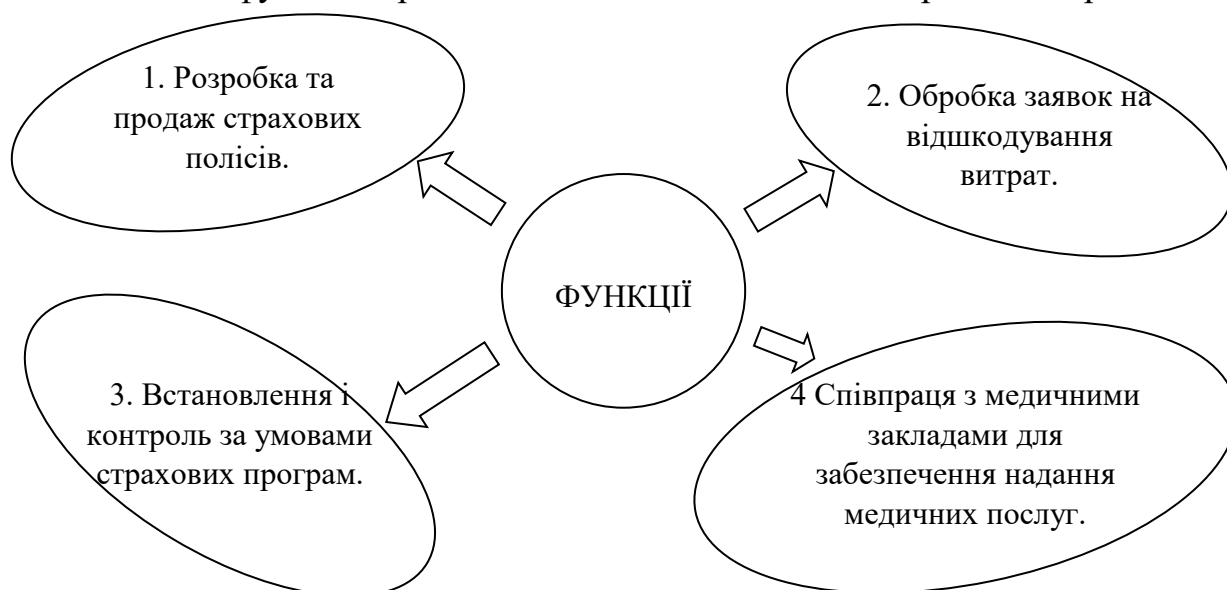


Рис. 2.2. Основні функції СК «ARX»

Складено автором за даними джерела [1]

Розглянемо основні структурні одиниці медичного страхування, які сприяють ефективній організації та реалізації цієї системи.

«Страхова компанія є основною структурною одиницею в системі медичного страхування. Вона бере на себе відповідальність за управління

полісами, надання страхових послуг, збір страхових внесків, а також виконання зобов'язань перед клієнтами (страхувальниками) у разі настання страхового випадку» [41].

«Страхові компанії формують страхові пакети, організують обслуговування застрахованих осіб у медичних установах та забезпечують виплати компенсацій» [41].

«Страхувальник — це фізична або юридична особа, яка укладає договір зі страховою компанією і бере на себе зобов'язання зі сплати страхових внесків» [43].

«В особистому медичному страхуванні страхувальник — це, як правило, сам застрахований, або особа, яка оплачує страхові внески за свою родину чи співробітників підприємства в разі корпоративного страхування» [43].

Основними «обов'язки страхувальника є:

- сплата страхових внесків;
- повідомлення страховій компанії про зміни, що можуть вплинути на надання послуг;
- своєчасне звернення за медичною допомогою, якщо настане страховий випадок» [11].

«Застрахованою особою є та, яка отримує медичні послуги на підставі укладеного договору медичного страхування» [11].

«Застрахованими можуть бути окремі особи або групи осіб (наприклад, співробітники компанії в рамках корпоративного страхування, члени сім'ї тощо). Застрахована особа має право на отримання медичних послуг, що входять до покриття її полісу» [11].

Основні «права застрахованої особи:

- одержання медичних послуг згідно з умовами полісу;
- отримання компенсації за витрати на медичне лікування відповідно до договору;

- право на безкоштовне отримання медичних послуг у межах пакету страхового покриття» [11].

«Медичні заклади та медичні установи — це організації, які надають медичну допомогу застрахованим особам» [40]. Вони є партнерами страхових компаній і виконують функцію надання медичних послуг у рамках медичного страхування. В залежності від умов договору, страховики можуть укладати угоди з певними медичними установами для забезпечення доступу застрахованих осіб до необхідних послуг.

Основні «види медичних установ:

- державні та приватні лікарні, клініки;
- лабораторії та діагностичні центри;
- амбулаторно-поліклінічні установи, стоматологічні кабінети;
- спеціалізовані медичні центри (реабілітаційні, хірургічні, онкологічні тощо)» [40].

«Посередники у медичному страхуванні виступають як представники страхових компаній або незалежні посередники, які допомагають клієнтам вибрати найбільш підходящий страховий поліс і забезпечують ефективний процес укладання договору» [39].

Агенти працюють безпосередньо для страхової компанії, тоді як брокери можуть співпрацювати з кількома страховиками для підбору кращих умов для клієнта.

Основні функції посередників схематично зображені на рис. 2.3:

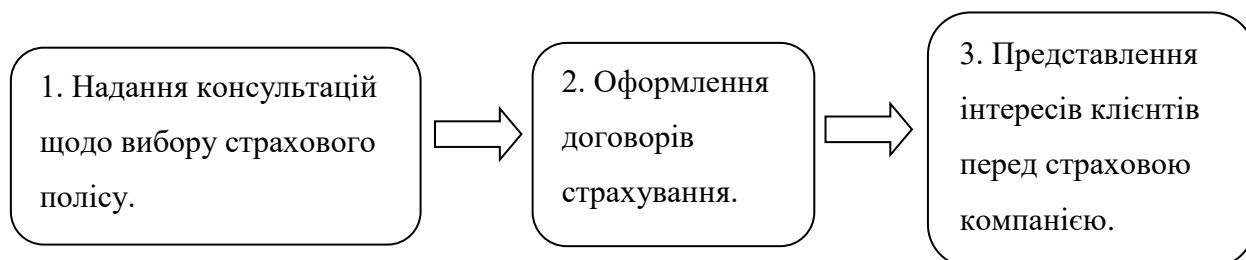


Рис. 2.3. Функції посередників у медичному страхуванні

Складено автором за даними джерела [1]

«Страхові лікарі — це медичні працівники, які співпрацюють з страховими компаніями для проведення оцінки стану здоров'я застрахованих

осіб, надання консультацій, а також перевірки необхідності лікування в межах покриття страховим полісом» [40]. Вони можуть бути залучені для прийняття рішень щодо погодження лікування, вартість якого перевищує певну суму, або в разі сумнівів щодо правильності визначення необхідності медичних послуг.

«Регулятори і контролюючі органи, такі як державні структури (наприклад, Міністерство охорони здоров'я, Національна комісія з регулювання страхових компаній), здійснюють нагляд за функціонуванням системи медичного страхування в країні. Вони розробляють і впроваджують нормативно-правові акти, які регулюють діяльність медичних страхових компаній, а також здійснюють контроль за їх діяльністю та якістю наданих медичних послуг» [30].

Основні «функції регуляторів:

- розробка законодавчої та нормативної бази для медичного страхування;
- контроль за дотриманням умов договорів страхування та наданням медичних послуг;
- оцінка ефективності системи медичного страхування на національному рівні» [30].

«Система медичного страхування є багатокомпонентною і включає кілька основних структурних одиниць, таких як страхові компанії, застраховані особи, медичні установи, посередники, страхові лікарі та контролюючі органи» [29].

Кожна з цих одиниць виконує важливу роль у забезпеченні доступу до медичних послуг та фінансового захисту для населення. Їх взаємодія є основою ефективного функціонування системи медичного страхування і забезпечення високої якості медичних послуг для застрахованих осіб.

Структура медичного страхування в компанії «ARX» побудована на основі сучасних стандартів та прагнення забезпечити максимально зручні та ефективні страхові послуги для громадян.

ARX пропонує різноманітні види медичного страхування, адаптовані до потреб різних категорій клієнтів. Основні типи медичного страхування компанії «ARX» представлені схематично на рис. 2.4.:

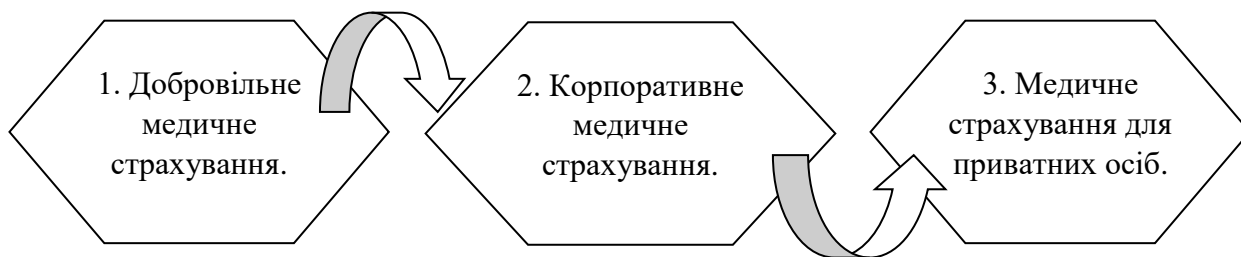


Рис. 2.4. Види медичного страхування, які представлені у АТ «ARX»
Складено автором за даними джерела [36]

«Добровільне медичне страхування дозволяє клієнтам отримувати медичні послуги за розширеними умовами, покриваючи лікування, консультації лікарів, діагностику, а також інші види медичної допомоги» [36].

«Корпоративне медичне страхування орієнтоване на організації та підприємства, які хочуть забезпечити своїм працівникам доступ до якісних медичних послуг, цей вид страхування допомагає роботодавцям покращити соціальний захист працівників, знизити рівень захворюваності, підвищити продуктивність і лояльність персоналу» [39].

«Медичне страхування для приватних осіб забезпечує доступ до базових або розширених медичних послуг для приватних клієнтів, які бажають отримати захист від несподіваних витрат на лікування» [3].

ARX вибудувала чітку структуру надання послуг, яка схематично зображена на рис. 2.5.:

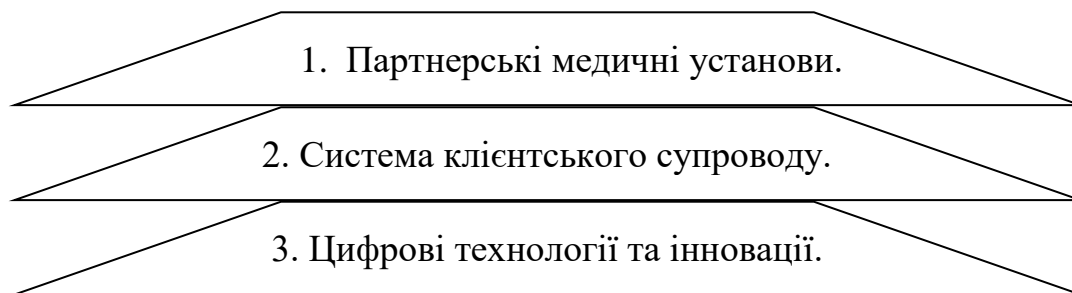


Рис. 2.5. Структура надання послуг АТ «ARX»
Складено автором за даними джерела [3]

Компанія має договори з численними медичними закладами по всій країні, що дозволяє клієнтам отримувати послуги в широкій мережі лікарень та клінік. Партнерська база включає як державні, так і приватні медичні установи, що підвищує якість і доступність медичних послуг.

ARX активно інтегрує цифрові рішення, що дозволяє клієнтам оформлювати страховий поліс, отримувати необхідну інформацію та слідкувати за своїм здоров'ям онлайн. Наприклад, мобільний додаток компанії дозволяє клієнтам контролювати всі страхові послуги, отримувати консультації онлайн і зручно організовувати своє медичне обслуговування.

Медичне страхування в АТ «ARX» включає широкий спектр послуг, який схематично зображено на рис. 2.6.:

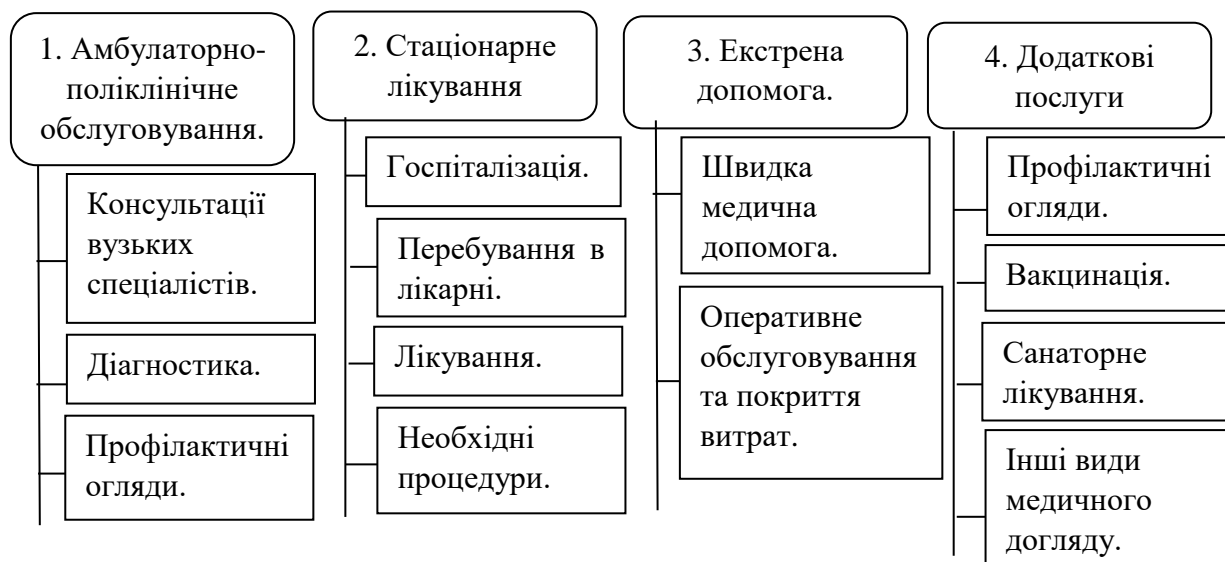


Рис. 2.6. Медичні послуги від АТ «ARX»

Складено автором за даними джерела [3]

У ARX значну увагу приділяють можливості індивідуального підбору послуг та програм для клієнтів. Наприклад, персоналізація страхових планів, тобто кожен клієнт може обрати програму, яка максимально відповідає його потребам, віку, стану здоров'я та фінансовим можливостям. Гнучкість у виборі послуг, тобто клієнти можуть самостійно формувати набір страхових послуг, обирати тільки необхідні їм види медичних послуг, що знижує вартість поліса.

Для забезпечення високого рівня обслуговування ARX проводить регулярний моніторинг якості послуг:

- зворотній зв'язок від клієнтів;
- контроль за виконанням зобов'язань партнерів.

Компанія проводить опитування та збирає відгуки для вдосконалення якості послуг, виявлення слабких місць та покращення комунікації з клієнтами.

СК «ARX» перевіряє якість медичних послуг, які надаються партнерами, та їх відповідність стандартам компанії, щоб клієнти завжди отримували високоякісне лікування та медичну підтримку.

Структура медичного страхування в АТ «Страхова компанія «ARX» є комплексною та багаторівневою, охоплюючи всі ключові елементи, необхідні для надання якісних медичних послуг.

Завдяки широкій мережі партнерів, інноваційним технологіям, індивідуальному підходу та контролю якості, ARX забезпечує своїм клієнтам доступ до медичних послуг високого рівня. Така система страхування допомагає компанії ефективно відповідати на потреби клієнтів та підтримувати їх у випадках медичних труднощів, забезпечуючи фінансову та соціальну безпеку.

АТ «Страхова компанія «ARX» активно розвиває медичне страхування, створюючи сучасні рішення для індивідуальних і корпоративних клієнтів. Механізм надання медичного страхування в компанії охоплює декілька ключових етапів і особливостей, які забезпечують надійний і зручний доступ до медичних послуг.

Компанія «ARX» пропонує широкий спектр медичних страхових програм. Наприклад, індивідуальні програми – для фізичних осіб, що покривають витрати на різноманітні медичні послуги, від консультацій лікарів до стаціонарного лікування.

«Корпоративні програми – для компаній і організацій, що забезпечують медичне страхування працівників і часто їхніх сімей, що підвищує лояльність

і соціальний захист персоналу. Кожна програма розробляється з урахуванням потреб різних категорій клієнтів, а також адаптується під особливості ринку» [39].

Процес надання медичного страхування починається з укладання договору між клієнтом і компанією. Спеціалісти «ARX» консультують клієнтів, допомагаючи їм вибрати оптимальну страхову програму, враховуючи потреби, бюджет і бажаний рівень медичного покриття. Під час укладання договору визначаються умови страхування, страхові випадки та обсяг покриття.

«ARX» співпрацює з широкою мережею медичних закладів, що охоплює:

- державні та приватні клініки;
- діагностичні центри;
- стоматологічні установи;
- аптеки та лабораторії.

Завдяки партнерству з висококваліфікованими медичними установами клієнти «ARX» мають доступ до якісних медичних послуг по всій країні. Компанія перевіряє надійність і професійність партнерів, що гарантує високий рівень обслуговування клієнтів.

Компанія забезпечує клієнтів цілодобовою підтримкою через контакт-центр, де клієнти можуть:

- отримати консультацію;
- уточнити умови поліса;
- отримати направлення до медичних закладів.

Усі процеси надання медичних послуг чітко контролюються та координуються компанією, що значно полегшує клієнтам отримання допомоги.

«ARX» активно впроваджує цифрові сервіси для покращення взаємодії з клієнтами.

Серед таких інструментів:

- мобільний додаток, що дозволяє клієнтам контролювати свій поліс, подавати заявки на виплати, переглядати мережу партнерів;
- онлайн-картка клієнта, де зберігається історія звернень і медичних послуг, що допомагає лікарям ефективніше працювати з пацієнтами;
- система електронних виплат, яка забезпечує швидке і зручне відшкодування витрат на медичні послуги.

«Відшкодування витрат є одним з основних елементів медичного страхування, що дозволяє клієнтам отримати компенсацію за витрати, понесені на лікування» [42].

Компанія пропонує два основні способи відшкодування.

«Перший спосіб – пряме відшкодування через медичний заклад – застрахована особа отримує послуги безпосередньо в партнерських клініках, що забезпечує безготівкове покриття витрат» [42].

«Другий спосіб – відшкодування на основі заяви, з якою клієнт може звернутися до інших медичних установ і подати документи на компенсацію витрат» [42].

Для забезпечення високої якості послуг «ARX» постійно проводить моніторинг задоволеності клієнтів. Відгуки та опитування дозволяють компанії покращувати якість обслуговування, вдосконалювати процеси та адаптувати програми медичного страхування до потреб клієнтів. Такий підхід підвищує довіру до компанії та сприяє розвитку довгострокових відносин з клієнтами.

Механізм надання медичного страхування в АТ «Страхова компанія «ARX» ґрунтується на чітко організованій структурі, що включає широкий вибір страхових програм, розвинену мережу партнерів, високий рівень сервісу та впровадження сучасних технологій. Завдяки такому підходу компанія забезпечує надійний захист клієнтів у разі медичних потреб, а також підвищує доступність якісної медичної допомоги в Україні.

2.3. Основні продукти медичного страхування АТ «ARX»

Страхова компанія «ARX» пропонує широкий спектр страхових продуктів як для фізичних, так і для юридичних осіб. Медичне страхування є важливою частиною соціальної політики компанії, спрямованої на забезпечення фінансового захисту клієнтів у разі необхідності медичних послуг.

Ось деякі з основних «продуктів медичного страхування, які пропонує АТ «ARX»:

- індивідуальне медичне страхування;
- корпоративне медичне страхування;
- медичне страхування для туристів та мандрівників;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування для дітей;
- страхування витрат на лікування в разі хронічних захворювань»

[46].

«Індивідуальне медичне страхування є одним з основних продуктів, який пропонується для фізичних осіб. Цей продукт надає застрахованим особам доступ до необхідної медичної допомоги в разі хвороби або нещасного випадку» [46].

Індивідуальний медичний поліс може включати широкий «спектр медичних послуг, таких як:

- амбулаторне лікування та консультації лікарів;
- лікарняне лікування;
- госпіталізація та проведення необхідних медичних процедур;
- лабораторні та інструментальні дослідження;
- хірургічне лікування;
- стоматологічні послуги» [48].

Цей продукт забезпечує клієнту гнучкість у виборі медичних послуг, оскільки страхувальник сам визначає, який рівень покриття йому потрібен.

Також доступна можливість доповнення полісу додатковими послугами, такими як страхування від нещасних випадків або репатріація.

«Корпоративне медичне страхування є продуктом, призначеним для компаній, які бажають забезпечити своїм працівникам медичний захист. Це вигідне рішення для організацій, оскільки воно дозволяє забезпечити доступ до медичних послуг для всіх співробітників підприємства» [39].

Основні «переваги корпоративного медичного страхування:

- колективне страхування забезпечує доступ до медичних послуг на більш вигідних умовах завдяки ефекту масштабу;
- можливість вибору різних рівнів покриття для співробітників;
- доступ до широкої мережі медичних установ;
- програми для сімей працівників;
- охоплення лікуванням як в Україні, так і за кордоном (у разі потреби)» [39].

Цей продукт є важливим для компаній, які прагнуть покращити соціальні умови працівників і створити більш сприятливе середовище для розвитку та підвищення ефективності праці.

«Медичне страхування для туристів та мандрівників – це тип медичного страхування, який забезпечує медичний захист для осіб, які виїжджають за кордон» [47].

Поліс медичного страхування для туристів та мандрівників покриває витрати на медичне обслуговування під час перебування за кордоном і надає ряд переваг:

Медичне страхування для туристів від АТ «ARX» має кілька ключових переваг, які забезпечують туристам додаткову безпеку та комфорт під час подорожей:

- покриття медичних витрат;
- екстрена медична допомога;
- медична евакуація та репатріація;
- покриття витрат на лікарняне лікування.

«Страховий поліс покриває витрати на медичні послуги, які можуть знадобитися туристам у разі раптових захворювань або нещасних випадків за кордоном. Це може бути лікування в клініці, амбулаторне обслуговування, діагностика, необхідні процедури, медикаменти, госпіталізація тощо» [38].

«Поліс покриває витрати на невідкладну медичну допомогу, яку турист може отримати у разі травм, нещасних випадків або загострення хронічних захворювань під час подорожі. Включає організацію та оплату евакуації туриста до його країни проживання або найближчої клініки, якщо лікування в місці перебування не є можливим» [38].

У разі необхідності госпіталізації чи тривалого лікування в лікарні, медичне страхування покриває витрати на перебування в медичних установах, необхідні медичні процедури та інші витрати.

Страховий продукт для туристів від компанії «ARX» має різні варіанти покриття, що дозволяє клієнтам вибрати оптимальний поліс залежно від потреб та характеру подорожі.

Серед основних «типів покриття:

- стандартне медичне покриття;
- медичне страхування для активних видів спорту;
- розширене покриття» [25].

«Стандартне медичне покриття покриває основні медичні витрати, які можуть виникнути в разі захворювання чи нещасного випадку під час подорожі. Це базовий пакет, який включає амбулаторне лікування, госпіталізацію, екстрену допомогу» [25].

Медичне страхування для активних видів спорту розрахований для туристів, які займаються активними видами спорту, екстремальними подорожами або іншими ризикованими активностями. Він включає додаткове покриття для лікування травм та ушкоджень, отриманих під час цих видів діяльності.

«Розширене покриття – цей варіант включає витрати на обстеження, стоматологічне лікування, допомогу у разі втрати багажу, а також додаткові послуги, такі як юридична допомога чи консультації» [25].

Оформлення медичного страхування для туристів у АТ «ARX» є простим та зручним процесом – онлайн-реєстрація, індивідуальний підбір пакету та швидке оформлення.

При онлайн-реєстрації - клієнт може оформити поліс через офіційний вебсайт компанії або мобільний додаток, вибравши необхідний пакет покриття, зазначивши країну перебування та термін страхування.

Індивідуальний підбір пакету – врахування специфіки подорожі, туристи можуть вибрати індивідуальні додаткові опції, які забезпечують максимальний рівень захисту в залежності від країни призначення та виду діяльності.

Швидке оформлення, тобто оформлення полісу займає всього кілька хвилин, і страхування може почати діяти відразу після оформлення, що є особливо зручним для тих, хто здійснює подорожі в останній момент.

Поліс медичного страхування для туристів «ARX» діє по всьому світу, зокрема, в країнах Європи, Азії, Африки, Америки та інших регіонах.

Залежно від виду полісу, він може включати наступне покриття:

- медичні витрати у разі захворювання чи травми;
- покриття витрат на екстрену медичну допомогу;
- лікування при хронічних захворюваннях;
- організація репатріації.

Покриття витрат на лікування, лікарські послуги, госпіталізацію, проведення необхідних процедур та обстежень.

У разі нещасного випадку чи раптового захворювання поліс покриває витрати на надання екстреної допомоги та транспортування до лікарні.

Включення покриття для лікування хронічних захворювань, якщо вони загострюються під час подорожі.

Покриття витрат на медичну евакуацію або транспортування до країни проживання, якщо лікування за кордоном неможливе або якщо стан здоров'я туриста погіршується.

Ціна медичного страхування для туристів залежить від таких факторів, як:

- тривалість поїздки;
- країна чи країни, до яких турист планує подорожувати;
- тип обраного полісу (стандартний, для активного відпочинку, розширене покриття тощо).

Для клієнтів, які подорожують регулярно або планують довготривалі поїздки, компанія «ARX» пропонує вигідні умови для довгострокових полісів.

У разі необхідності медичної допомоги під час подорожі, туристи можуть звернутися до медичних установ або клінік, які мають партнерські відносини з компанією «ARX», або звернутися за екстреною допомогою через контактний центр страхової компанії. Клієнт може зв'язатися з компанією цілодобово для отримання допомоги або консультації.

«Страхування від нещасних випадків – це продукт, який є важливим доповненням до основного медичного страхування. Він покриває витрати на медичні послуги, що виникають у разі травм або нещасних випадків» [3].

Продукт надає додатковий захист та включає:

- виплати за травми, отримані внаслідок нещасних випадків;
- лікування у разі отримання фізичних травм або хірургічного втручання;
- компенсація за втрату працездатності на період лікування або реабілітації.

«Медичне страхування від нещасних випадків є важливою складовою для людей, які мають активний спосіб життя або працюють у високоризикованих сферах» [3].

«Медичне страхування для дітей. Компанія розуміє, наскільки важливо забезпечити дітям належний медичний захист, тому пропонує спеціалізовані програми страхування, які охоплюють різні медичні послуги та надають батькам спокій за здоров'я їх дітей» [3].

АТ «ARX» пропонує кілька варіантів медичного страхування для дітей, що включають різноманітні послуги і покриття в залежності від потреб родини.

Основні типи полісів для дітей:

- стандартне медичне страхування для дітей;
- розширене медичне страхування для дітей;
- страхування для новонароджених та малюків.

«Стандартне медичне страхування для дітей – це базовий пакет, який включає основні медичні послуги, зокрема амбулаторне та стаціонарне лікування, лікування гострих захворювань, вакцинацію, обстеження та консультації педіатрів. Такий поліс покриває витрати на первинну медичну допомогу, медикаменти та лікування несерйозних захворювань» [2].

«Розширене медичне страхування для дітей – це пакет послуг, який включає додаткові опції, такі як стоматологічне обслуговування, ортопедичне лікування, лікування хронічних захворювань, а також послуги для батьків або опікунів дитини у випадку необхідності лікування.» [2].

Для наймолодших клієнтів (новонароджені та малюки) компанія пропонує спеціальні програми, що включають профілактичні обстеження, вакцинацію, лікування респіраторних захворювань, алергій, а також підтримку в разі нещасного випадку чи гострої хвороби.

Поліси медичного страхування для дітей в АТ «ARX» охоплюють широкий спектр медичних послуг, що дає можливість отримати необхідне лікування у разі хвороб або травм.

Ось основні послуги, які можуть бути включені в поліс:

- консультації педіатрів та спеціалістів;
- амбулаторне лікування;

- стаціонарне лікування;
- вакцинація;
- лікування травм;
- стоматологічне обслуговування;
- діагностика та лабораторні дослідження;
- профілактичні заходи.

Дитина має доступ до кваліфікованих лікарів-педіатрів та інших спеціалістів (дерматологів, неврологів, отоларингологів тощо) для проведення діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Поліс покриває витрати на обстеження, консультації та лікування дітей у лікарів без госпіталізації. Це можуть бути прості діагностичні процедури, аналізи та призначення лікарських засобів.

У разі серйозної хвороби або травми, коли дитині необхідно перебувати в лікарні, поліс покриває витрати на госпіталізацію, лікування, операції, зокрема, витрати на проживання та медичні процедури.

Деякі програми включають покриття витрат на вакцини, що дозволяє забезпечити дитину необхідним захистом від інфекційних хвороб.

У разі травм чи нещасних випадків (наприклад, при падіннях, ударах), поліс покриває витрати на лікування та реабілітацію.

Багато варіантів полісів для дітей також включають стоматологічне обслуговування, яке забезпечує лікування зубів та профілактику стоматологічних проблем.

Медичне страхування може включати покриття для обстеження дитини, проведення аналізів та лабораторних досліджень для виявлення хвороб або моніторингу стану здоров'я.

«Профілактичні заходи – це програми медичного страхування, які можуть передбачати профілактичні заходи, як от вакцинації, обстеження на ранні стадії захворювань, моніторинг здоров'я дитини» [9].

У разі нещасних випадків, що можуть трапитися з дитиною, поліс медичного страхування «ARX» забезпечує швидку та кваліфіковану допомогу. Сюди входять:

- екстрена допомога в разі травм чи інших критичних ситуацій;
- покриття витрат на лікування після нещасних випадків, зокрема на госпіталізацію, операції, медикаменти;
- охоплення медичними послугами в разі переломів, порізів, опіків та інших травм.

Оформлення медичного страхування для дитини в АТ «ARX» відбувається в декілька етапів.

Перший етап - вибір пакета страхування. Батьки обирають відповідний пакет страхування, який відповідає потребам їхніх дітей. Це може бути базовий, стандартний чи розширений поліс, в залежності від бажаного рівня покриття.

Другий етап - заповнення анкети. Для оформлення полісу необхідно заповнити анкету, вказавши основну інформацію про дитину, таку як вік, наявність хронічних захворювань (якщо є), а також тип покриття, що обирається.

Третій етап - оплата та активація полісу. Після вибору пакета та заповнення анкети, клієнти здійснюють оплату та отримують поліс, який починає діяти з моменту оформлення або з обраної дати початку страхування.

Вартість страхування для дітей залежить від кількох факторів:

- вік дитини;
- обраний пакет;
- країна перебування.

Для новонароджених або малюків вартість полісу може бути нижчою через меншу потребу в лікуванні порівняно з більш дорослими дітьми.

Розширені програми зі збільшеним покриттям будуть коштувати дорожче.

Якщо страхування покриває міжнародні поїздки, вартість може змінюватися в залежності від країни або регіону.

У разі потреби в медичній допомозі батьки або опікуни можуть звернутися до медичного закладу, який має угоду з АТ «ARX», або ж отримати консультацію через гарячу лінію компанії. У разі екстреної ситуації можна зв'язатися з компанією через телефон або онлайн, щоб організувати необхідну допомогу та компенсацію витрат.

Страхування витрат на лікування в разі хронічних захворювань. Цей продукт спеціалізується на покритті витрат на лікування хронічних або тривалих захворювань, таких як цукровий діабет, гіпертонія або інші хвороби, що потребують регулярного медичного втручання.

Він включає:

- постійний доступ до медичних послуг та лікарських засобів;
- проведення регулярних обстежень та консультацій;
- реабілітація та підтримка лікування в разі загострення хронічних хвороб.

Цей продукт є важливим для осіб, які мають хронічні захворювання і потребують постійного контролю за станом здоров'я.

АТ «ARX» пропонує широкий асортимент медичних страхових продуктів, що охоплюють різні потреби клієнтів — від індивідуального медичного страхування до комплексного корпоративного страхування та спеціалізованих продуктів для туристів і мандрівників.

Компанія орієнтується на інновації в медичному страхуванні та надає своїм клієнтам можливість вибору оптимальних варіантів страхового покриття, що забезпечує високий рівень захисту здоров'я та фінансової стабільності.

2.4. Аналіз конкурентних переваг і недоліків медичного страхування АТ «ARX»

У сучасному страховому ринку України існує кілька компаній, які пропонують різноманітні медичні страхові продукти.

АТ «Страхова компанія «ARX», як і будь-яка інша страхова компанія, стикається з конкуренцією на ринку. Тому важливо провести порівняння медичних страхових продуктів АТ «ARX» з пропозиціями інших страхових компаній.

АТ «ARX» пропонує різноманітні медичні страхові продукти для індивідуальних і корпоративних клієнтів. Основні продукти компанії включають:

- медичне страхування для фізичних осіб;
- корпоративне медичне страхування;
- медичне страхування для туристів;
- страхування для дітей.

«Медичне страхування для фізичних осіб охоплює різні типи медичних послуг, включаючи лікування в клініках, амбулаторне та стаціонарне лікування, обстеження, консультації з лікарями, а також екстрену медичну допомогу» [9].

«Корпоративне медичне страхування надає підприємствам можливість організувати медичне страхування для своїх співробітників, що включає профілактичні огляди, медичні послуги, а також стоматологічне страхування» [39].

«Медичне страхування для туристів передбачає страхування витрат на медичне обслуговування для осіб, які подорожують за кордон» [9].

«Страхування для дітей — це спеціалізовані програми медичного страхування для дітей, що включають не тільки лікування захворювань, але й профілактичні послуги, вакцинацію, а також стоматологічну допомогу» [9].

На ринку медичного страхування в Україні існують й інші страхові компанії, які пропонують подібні продукти. Одними з основних конкурентів АТ «ARX» є такі страхові компанії як:

- ПрАТ «Страхова компанія «Країна»;
- ПрАТ «Альфа Страхування»;
- ПрАТ «Інго Україна». (табл. 2.3)

Порівняльна характеристика діяльності ПрАТ «ARX» з іншими страховими компаніями України

Критерій	СК «Країна»	СК «Альфа Страховання»	СК «Інго Україна»	СК «ARX»
1	2	3	4	5
Заснування	1994	Понад 20 років	Понад 30 років	Понад 25 років
Основні види страхування	КАСКО, ОСЦПВ, медичне, туристичне	ОСЦПВ, КАСКО, медичне, майнове	Автостраховання, медичне, майнове	Автостраховання, медичне, майнове
Позиція в рейтингу ОСЦПВ	19 місце з 27	Входить у топ-10	Входить у топ-10	Входить у топ-5
Премії за ОСЦПВ	137 тис. грн	Високі	Високі	Високі
Медичне страхування	10 місце з 25	Входить у топ-15	Входить у топ-10	Входить у топ-5
Система врегулювання випадків	Стандартне врегулювання	Спрощене врегулювання онлайн	Спрощене врегулювання онлайн	Цифрові сервіси для управління полісами
Клієнтська підтримка	Контакт-центр	Контакт-центр, чат	Контакт-центр, Viber, Telegram	Контакт-центр, мобільні додатки
Кількість ліцензій	23 чинні ліцензії НБУ	20+	20+	20+
Членство у МТСБУ	Так	Так	Так	Так
Статутний капітал	84 985 200 грн	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Ключова особливість	Середній рівень виплат за медичне страх.	Фокус на спрощених онлайн посл-х	Підтримка в умовах воєнного стану	Лідер цифрових страхових сервісів

Складено автором за даними джерела [31].

Подивившись табл. 2.1 вже можна зробити такі висновки:

- СК «ARX» є лідером ринку в цифрових сервісах та управлінні страхуванням, що надає конкурентну перевагу у сфері автоматизації та швидкості обслуговування клієнтів.
- СК «Країна» займає середні позиції на ринку страхування ОСЦПВ та медичного страхування з фокусом на стандартні послуги;

- СК «Альфа Страхування» та СК «Інго Україна» надають можливість онлайн врегулювання страхових випадків, що робить їх більш гнучкими для клієнтів;

Для розуміння положення АТ «ARX» на ринку медичного страхування зробимо порівняльний аналіз страхових послуг на прикладі компаній ПрАТ «Страхова компанія «Країна», ПрАТ «Альфа Страхування», ПрАТ «Інго Україна» та ПрАТ «ARX». (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Порівняльний аналіз страхових послуг ПрАТ «ARX» з іншими українськими компаніями

Категорія страхування	СК «Країна»	СК «Альфа Страхування»	СК «Інго Україна»	СК «ARX»
1	2	3	4	5
1. Автострахування (ОСЦПВ, КАСКО)	ОСЦПВ: сер. рівень премій і виплат. КАСКО- позиція 20 з 25 за обсягом виплат. Спеціальні пакети для водіїв з великим стажем.	Входить у топ-10 за обсягом премій ОСЦПВ. Пропонує страхування авто із додатковими послугами (евакуація, ремонт на СТО-партнерах).	ОСЦВП і КАСКО – топ - 10 на ринку України, підтримка клієнтів у воєнний час. Спрощене врегулювання випадків онлайн.	Один із лідерів ринку ОСЦВП і КАСКО. Пропонує індивідуальні тарифи та розширене покриття, швидка реєстрація страхових випадків через мобільний додаток.
2. Медичне страхування	10 місце серед страхових компаній. Пакети включають амбулаторне лікування, стаціонар, медичні послуги для корпоративних клієнтів.	Пропонує корпоративні та індивідуальні пакети. Включає амбулаторне лікування та діагностику, зручні умови компенсації витрат.	Спеціалізується на корпоративному медичному страхуванні. Надає онлайн-консультації лікарів та швидке відшкодування за рахунок фото/скан документів.	Пропонує широкий спектр медичних послуг: від базових консультацій до спеціалізованих обстежень. Лідер за швидкістю обробки заявок.

1	2	3	4	5
3. Страхування майна	Захищає від пожеж, затоплень, крадіжок та інших ризиків. Зосереджена на стандартних пакетах без значних інновацій.	Пропонує індивідуальні пакети майнового страхування, включаючи страхування нерухомості під оренду або житло в кредит.	Підтримка корпоративного та приватного майнового страхування з можливістю розширеного покриття за додаткову плату.	Високий рівень цифрових сервісів для майнового страхування, що дозволяє управляти полісом через мобільний додаток.
4. Туристичне страхування	Позиція 23 із 25. Надає базовий набір послуг для подорожей: медичне страхування, втрати багажу.	Включає покриття медичних витрат за кордоном, страхування від нещасних випадків під час подорожей.	Забезпечує туристичне страхування з розширеними послугами, включаючи репатріацію та компенсацію витрат на непередбачені обставини.	Пропонує туристичне страхування з інноваційними рішеннями для часто подорожуючих осіб та сімей.

Складено автором за даними джерела [33].

Отже, АТ «ARX» пропонує широкий вибір медичних послуг, включаючи лікування у провідних медичних установах, екстрену допомогу, а також стоматологічні послуги. Однак Страхова компанія «Країна» має дещо більш конкурентоспроможну цінову політику для певних типів програм, надаючи доступ до послуг на більш вигідних умовах для фізичних осіб, які не хочуть обирати високий рівень страхового покриття.

Альфа Страхування, в свою чергу, пропонує індивідуальні програми медичного страхування, які включають більш гнучку систему вибору лікарень та послуг, однак її страхові продукти можуть бути дорожчими в порівнянні з продуктами АТ «ARX».

АТ «ARX» має вигідні корпоративні пакети медичного страхування для компаній будь-якого розміру, що включають профілактичні огляди, страховку на випадок захворювань та нещасних випадків, а також безкоштовне лікування в медичних установах. У порівнянні з Інго Україна, АТ «ARX» надає більш широкий спектр послуг для корпоративних клієнтів, включаючи покриття вартості стоматологічного лікування, що є значною перевагою.

Пропозиції АТ «ARX» для туристів є досить привабливими, включаючи лікування, госпіталізацію, а також витрати на медичні послуги при нещасних випадках за кордоном. Конкуренти, такі як Альфа Страхування, також пропонують аналогічні програми, але ARX виграє в плані швидкості обробки заявок і наявності підтримки 24/7, що є великим плюсом для туристів.

АТ «ARX» має спеціалізовані пакети для дітей, що включають профілактичні огляди, вакцинацію та лікування захворювань, зокрема, важливим є доступ до стоматологічних послуг. У порівнянні з іншими компаніями, такими як ПрАТ «Інго Україна», програми ARX часто пропонують більш розширене покриття для лікування дітей, а також вищу гнучкість у виборі медичних установ для дитячих пацієнтів.

Отже, СК «ARX» є лідером ринку з цифровими рішеннями та високою швидкістю обслуговування клієнтів у всіх категоріях страхування. СК «Країна» має середні позиції у більшості страхових категорій, зосереджуючись на базових страхових послугах. СК «Альфа Страхування» та СК «Інго Україна» активно використовують інновації в обслуговуванні клієнтів, пропонуючи зручні онлайн-інструменти.

Медичне страхування від АТ «ARX» пропонує конкурентоспроможні рішення для фізичних осіб, корпоративних клієнтів, туристів та дітей. Компанія забезпечує високий рівень медичних послуг, але також має певні недоліки, такі як висока вартість премії для окремих програм.

Конкуренти на ринку, такі як Страхова компанія «Країна», Альфа Страхування та Інго Україна, пропонують схожі продукти, зокрема у сфері корпоративного страхування та страхування для туристів, але АТ «ARX» виграє в плані гнучкості продуктів, високої якості послуг та підтримки на всіх етапах страхування.

Для того, щоб залишатись лідером на ринку медичного страхування, АТ «ARX» слід звернути увагу на зниження вартості деяких продуктів, збільшення варіантів покриття у медичних програмах для фізичних осіб та постійне вдосконалення взаємодії з клієнтами.

Порівняння медичних страхових продуктів АТ «ARX» з конкурентами на ринку показує, що компанія має багато переваг, зокрема у якості обслуговування. Однак для подальшого розвитку компанії необхідно покращувати доступність страхових продуктів і враховувати змінювані потреби клієнтів для забезпечення стабільного лідерства на ринку медичного страхування в Україні.

Однією з ключових переваг АТ «ARX» є широкий асортимент медичних страхових продуктів, які компанія пропонує як для індивідуальних, так і для корпоративних клієнтів.

АТ «ARX» надає можливість налаштувати умови страхування відповідно до специфічних вимог клієнтів. Від вибору конкретних медичних послуг до встановлення ліміту покриття, клієнти можуть адаптувати умови договору до своїх уподобань:

- можливість вибору страхових сум і варіантів обслуговування (ліцензовані клініки, стоматологічні послуги тощо);
- гнучкість у виборі рівня покриття, що дозволяє оптимізувати витрати і отримати необхідний захист;
- додаткові опції для осіб з особливими потребами, таких як обслуговування іноземними лікарями або доступ до спеціалізованих медичних установ;

- це дає можливість вибудувати персоналізований продукт, що підходить як для фізичних осіб, так і для великих компаній.

АТ «ARX» має широкий партнерський список лікарень і клінік, що дозволяє клієнтам компанії отримувати медичні послуги в найкращих медичних установах. Компанія співпрацює з провідними державними та приватними клініками, а також має домовленості з медичними центрами за кордоном, що дозволяє клієнтам отримувати кваліфіковану медичну допомогу навіть під час подорожей.

Завдяки такій співпраці, клієнти можуть бути впевнені в тому, що отримають високоякісне обслуговування та консультації від кращих лікарів.

АТ «ARX» пропонує своїм клієнтам послугу екстреного медичного обслуговування, яка включає термінову госпіталізацію, швидку медичну допомогу та транспортування в разі необхідності. Це є великою перевагою, оскільки з таким покриттям клієнт може бути впевнений, що отримає необхідну допомогу в будь-якій ситуації, навіть у критичних умовах.

Додатково, компанія пропонує медичні консультації онлайн, що є актуальним в умовах розвитку цифрових технологій та пандемії COVID-19. Клієнти можуть безкоштовно звертатися за порадами до лікарів через телефон або інтернет, що значно зручніше і доступніше.

АТ «ARX» надає високий рівень сервісу і підтримки своїм клієнтам. Компанія активно працює над оптимізацією процесу подачі заявок на медичні послуги, що дозволяє швидко і ефективно вирішувати всі питання. Клієнти можуть звертатися до компанії за консультацією чи допомогою через гарячу лінію, а також отримувати інформацію про покриття за допомогою онлайн-ресурсів.

Завдяки цій зручності і швидкості обслуговування, клієнти можуть отримати своєчасну допомогу і розв'язання проблем без зайвих затримок.

Незважаючи на високий рівень обслуговування та широкий спектр послуг, АТ «ARX» пропонує конкурентоспроможні ціни на свої медичні страхові продукти. Крім того, для корпоративних клієнтів передбачені

додаткові знижки та вигідні умови для великих груп співробітників, що робить медичне страхування доступним для підприємств будь-якого розміру.

Компанія активно впроваджує інновації у своїй роботі. Наприклад, АТ «ARX» використовує сучасні цифрові платформи для оформлення полісів, що дозволяє клієнтам зручно і швидко підписувати документи онлайн. Також клієнти можуть стежити за станом своїх заявок, взаємодіяти з лікарями та страхово-ліцензійними партнерами через мобільні додатки.

Основні конкурентні переваги медичного страхування від АТ «ARX» полягають у гнучкості продуктів, широкій мережі партнерських медичних установ, доступності цін і високому рівні обслуговування клієнтів. Крім того, компанія постійно вдосконалює свої програми, використовуючи інноваційні технології для полегшення процесу страхування та надання медичних послуг. Усі ці фактори дозволяють АТ «ARX» займати провідні позиції на ринку медичного страхування в Україні і бути однією з найпопулярніших компаній серед клієнтів.

Однак, навіть для провідних компаній, таких як АТ «Страхова компанія «ARX», існують певні недоліки та обмеження в медичних страхових продуктах, які можуть впливати на задоволеність клієнтів та ефективність діяльності компанії.

Одним з основних недоліків є обмеження покриття деяких медичних послуг, таких як пластичні операції, стоматологічні послуги або лікування хронічних захворювань. У стандартних полісах медичного страхування часто відсутня підтримка для певних категорій лікування або встановлені високі франшизи для таких послуг:

- пластичні операції та естетична медицина;
- стоматологічні послуги.

«Поліси медичного страхування, як правило, не покривають витрати на пластичні операції, якщо вони не пов'язані з лікуванням травм або інших медичних показів. Це може бути недоліком для клієнтів, які потребують таких послуг» [9].

В деяких випадках стоматологічне лікування може бути обмежене певним лімітом або навіть не входити до пакету обслуговування, що може стати серйозною проблемою для тих, хто потребує регулярного стоматологічного обслуговування.

«Деякі страхові продукти мають обмеження, що стосуються віку застрахованих осіб. Наприклад, медичне страхування для осіб старше певного віку (60-65 років) може бути обмеженим або навіть недоступним у зв'язку з високими ризиками для здоров'я, що значно обмежує доступність страхових послуг для старшого покоління» [19].

«Крім того, деякі поліси не передбачають покриття для вагітних жінок, що може бути важливим аспектом для сімей, що планують дітей» [19].

Деякі страхові продукти компанії «ARX» можуть містити умови франшизи, що означає, що клієнти повинні спочатку покрити частину витрат з власної кишені, перш ніж страхова компанія почне виплачувати компенсацію. Це може стати проблемою для тих, хто очікує повного покриття витрат на медичне обслуговування.

Також деякі додаткові медичні послуги, як консультації з висококваліфікованими лікарями або лікування у спеціалізованих клініках, можуть не бути включені в стандартний пакет, що потребує додаткових витрат з боку клієнтів.

Хоча компанія «ARX» має партнерські клініки і лікарів, кількість медичних установ, з якими вона співпрацює, все ж обмежена в порівнянні з іншими страховими компаніями, які мають значно ширшу мережу медичних закладів. Це може створити незручності для клієнтів, особливо якщо вони перебувають у регіонах, де немає доступу до партнерських клінік компанії.

Зокрема, в регіонах з меншою кількістю медичних установ, які співпрацюють з компанією, клієнти можуть зіткнутися з труднощами у використанні своїх страхових полісів та з обмеженими можливостями для отримання медичних послуг.

Деякі клієнти відзначають, що умови страхування в медичних полісах компанії «ARX» можуть бути недостатньо прозорими, особливо що стосується різних винятків, обмежень і виключень із покриття. Це може призвести до непорозуміння та розчарування клієнтів при настанні страхового випадку. Вони можуть виявити, що певні послуги або витрати, які вони очікували, не покриваються політикою, навіть якщо це не було чітко зазначено на етапі підписання договору.

Для тих, хто хоче повністю покрити медичні витрати, можуть виникнути додаткові витрати на додаткові страхові пакети або розширення базових умов. Це може включати в себе додаткові послуги, такі як покриття витрат на ліки, стоматологічне обслуговування, реабілітаційні послуги або консультації з фахівцями, що вимагають окремого страхового покриття.

Медичне страхування компанії «ARX» для туристів і мандрівників може мати обмежене покриття за кордоном, особливо в країнах з високим рівнем медичних витрат. Це може бути недоліком для тих, хто часто подорожує і потребує комплексного медичного страхування в різних регіонах світу.

Отже, хоча АТ «ARX» пропонує широкий спектр медичних страхових продуктів і має значні переваги на ринку, існують певні недоліки, які можуть вплинути на вибір клієнтів. Це включає обмеження в покритті для певних медичних послуг, вікові обмеження, франшизи, обмежена кількість партнерських медичних установ, а також потребу в додаткових пакетах для повного страхового покриття. Однак ці недоліки можуть бути усунуті за рахунок подальшого вдосконалення продуктів і розширення співпраці з медичними установами.

Конкурентні переваги та недоліки компанії в галузі медичного страхування формуються під впливом різноманітних факторів. У випадку АТ «ARX» важливими є як внутрішні, так і зовнішні аспекти, що визначають ефективність і привабливість її продуктів на ринку медичного страхування.

Розглянемо основні фактори, які впливають на конкурентні переваги і недоліки медичного страхування цієї компанії.

Одним із ключових факторів, що визначає конкурентні переваги «ARX», є якість медичних послуг, які надаються в межах страхових продуктів. Велика кількість партнерських медичних установ, високий рівень лікарів, доступ до сучасних медичних технологій — усе це може стати значною перевагою компанії.

«Конкурентні переваги. Якщо компанія має широку мережу медичних партнерів, що включає провідні клініки та лікарів, це робить її продукти більш привабливими для потенційних клієнтів» [10].

«Недоліки – обмежена кількість партнерських медичних установ або відсутність співпраці з лікарями в певних регіонах може стати недоліком, що знижує доступність медичних послуг для клієнтів» [10].

«Ціна є важливим чинником, який прямо впливає на конкурентоспроможність страхових продуктів. Якщо компанія пропонує вигідніші умови порівняно з конкурентами, це може стати сильним мотиватором для клієнтів вибрати її послуги» [10].

«Конкурентні переваги – пропозиція конкурентоспроможних тарифів, гнучкість у виборі планів, можливість адаптувати поліс під конкретні потреби клієнта робить компанію привабливою для більшої кількості споживачів» [1-].

«Недоліки. Якщо компанія пропонує високі тарифи або має обмежену кількість варіантів для вибору, це може відштовхнути потенційних клієнтів, особливо в умовах конкуренції на ринку медичного страхування» [10].

«Умови страхування — це ще один важливий фактор, який впливає на переваги та недоліки медичних страхових продуктів. Сюди входять особливості покриття, виключення, франшиза, ліміти виплат, а також рівень доступу до різних медичних послуг» [41].

«Конкурентні переваги – гнучкість в умовах страхування, відсутність високих франшиз, широка палітра послуг, доступність для різних категорій

населення — це все дозволяє «ARX» зберігати конкурентні переваги на ринку» [41].

«Недоліки – надмірно суворі умови, високі франшизи або обмеження у покритті (наприклад, не покриваються певні види лікування або послуг), можуть призвести до зниження привабливості продуктів компанії для потенційних клієнтів» [41].

«Інновації в медичному страхуванні, зокрема впровадження цифрових технологій, автоматизованих процесів, електронних платформ для взаємодії з клієнтами, можуть значно підвищити конкурентоспроможність компанії» [41].

«Конкурентні переваги – наявність мобільних додатків, можливість онлайн-заявок на страхування, інтеграція з медичними технологіями (наприклад, електронні картки, онлайн-консультації з лікарями) дозволяє компанії покращити взаємодію з клієнтами і знизити витрати на обслуговування» [41].

«Недоліки – відсутність або застаріле використання цифрових технологій може впливати на ефективність обслуговування клієнтів і призводити до незадоволення» [41].

Досвід компанії в галузі медичного страхування, її репутація серед клієнтів та партнерів відіграють важливу роль у формуванні конкурентних переваг. Компанії з багаторічним досвідом і довірою від клієнтів зазвичай мають більше шансів на успіх на конкурентному ринку.

«Конкурентні переваги – довгий успішний досвід роботи на ринку, позитивні відгуки клієнтів і наявність стабільної репутації допомагають «ARX» залучати нових клієнтів і зберігати довіру існуючих» [41].

«Недоліки – нові або менш відомі компанії можуть мати труднощі з побудовою репутації, що впливає на їх здатність конкурувати з великими і давно усталеними гравцями на ринку» [48].

Рівень обслуговування клієнтів є важливим фактором для конкурентоспроможності будь-якої компанії в галузі медичного страхування.

Це стосується як швидкості обробки заявок, так і здатності швидко вирішувати проблеми, що виникають у клієнтів.

«Конкурентні переваги – високий рівень обслуговування, оперативне реагування на запити клієнтів, зручні канали комунікації, а також доступність підтримки 24/7 допомагають утримувати клієнтів і залучати нових» [34].

«Недоліки – неякісне обслуговування або проблеми з доступом до підтримки можуть призвести до негативних відгуків і відтоку клієнтів» [34].

«Зовнішні фактори, такі як економічна ситуація, рівень конкуренції на ринку медичного страхування та державна політика у галузі медичного страхування, також впливають на конкурентні переваги і недоліки компанії «ARX»» [34].

«Конкурентні переваги – здатність швидко адаптуватися до змін на ринку, гнучкість у відповіді на змінні вимоги та тренди (наприклад, більш ефективне використання цифрових технологій або нові підходи до страхових продуктів) допомагають компанії утримувати конкурентні позиції» [34].

«Недоліки – висока конкуренція на ринку або зміни в регулюванні можуть призвести до необхідності постійного коригування цінових і сервісних стратегій, що може бути складно для деяких компаній» [34].

Отже, на конкурентні переваги і недоліки АТ «ARX» в медичному страхуванні впливає ряд факторів, серед яких важливими є якість медичних послуг, ціна продуктів, умови страхових полісів, технологічний розвиток, репутація на ринку, а також рівень клієнтського сервісу. Постійний моніторинг цих факторів та адаптація до змін на ринку дозволяють компанії підтримувати свої конкурентні переваги, а врахування можливих недоліків може стати основою для вдосконалення існуючих продуктів і послуг.

Висновки до розділу 2

АТ «Страхова компанія «ARX» є одним з лідерів на українському ринку медичного страхування, демонструючи стабільний розвиток та

впровадження інновацій. Завдяки високому рівню надійності та фінансової стабільності, компанія здатна надавати якісні та доступні страхові послуги, що відповідають світовим стандартам. Проте, конкуренція на ринку медичного страхування є високою, і компанії необхідно постійно адаптуватися до змінюваних потреб клієнтів та розширювати пропозицію своїх продуктів, щоб зберегти лідерські позиції.

Історія АТ «ARX» відображає успішний шлях компанії від початку діяльності до становлення її одним із провідних гравців на ринку страхування України. Спадщина AXA Group та підтримка Fairfax Financial створили надійну основу для стабільного розвитку. Місія компанії фокусується на наданні доступних і високоякісних страхових послуг, що забезпечують фінансову стабільність та соціальний захист клієнтів. Основні показники діяльності підтверджують стабільність і високий рівень довіри до компанії з боку клієнтів.

Структура медичного страхування в АТ «ARX» є комплексною і багаторівневою. Вона включає ключові компоненти, які забезпечують високий рівень медичних послуг та фінансову безпеку клієнтів. Механізм надання медичного страхування базується на чітко організованій структурі, розвиненій мережі партнерів, широкому виборі страхових програм та впровадженні інноваційних технологій. Це дозволяє компанії ефективно задовольняти потреби клієнтів і надавати медичні послуги на високому рівні.

АТ «ARX» пропонує широкий спектр медичних страхових продуктів, що включають індивідуальне медичне страхування, корпоративне страхування, а також спеціалізовані продукти для туристів, дітей та мандрівників. Компанія активно орієнтується на інновації у медичному страхуванні, забезпечуючи клієнтів можливістю вибору оптимальних варіантів страхового покриття, що відповідають різним потребам та забезпечують високий рівень фінансового захисту та медичного обслуговування.

Конкурентні переваги АТ «ARX» включають гнучкість страхових продуктів, широку мережу партнерських медичних установ, високу якість обслуговування клієнтів та застосування інноваційних технологій у процесі страхування. Проте, існують певні недоліки, зокрема висока вартість премій для деяких продуктів та обмежена кількість партнерських медичних установ. Для підтримання лідерства на ринку компанії слід звернути увагу на зниження вартості премій, збільшення варіантів покриття у медичних програмах та розширення співпраці з медичними установами, що дозволить усунути виявлені недоліки та зміцнити конкурентні позиції.

АТ «Страхова компанія «ARX» є важливим гравцем на ринку медичного страхування в Україні. Її діяльність базується на стабільності, інноваціях та високій якості обслуговування, що забезпечує компанії конкурентні переваги. Однак для підтримки лідерських позицій та подальшого розвитку компанії необхідно враховувати виявлені недоліки та адаптуватися до змінюваних потреб ринку і клієнтів.

РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА РОЛІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК ВИДУ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

3.1. Вплив страхових продуктів компанії на забезпечення соціального захисту громадян.

«Страховання є важливим інструментом для забезпечення фінансової безпеки як для окремих осіб, так і для підприємств та держави в цілому» [11].

Основні функції страхування, які сприяють фінансовій безпеці громадян схематично зображені на рис. 3.1.:



Рис. 3.1. «Функції страхування, які сприяють фінансовій безпеці громадян»

Складено автором за даними джерела [11].

«Страховання дозволяє мінімізувати фінансові втрати, що виникають внаслідок непередбачених подій, таких як хвороба, нещасний випадок, крадіжка, пошкодження майна або смерть. Завдяки цьому страховання виступає важливим елементом системи економічної стабільності та безпеки» [11].

«Страховання — це фінансова послуга, яка передбачає передачу ризику від страхувальника до страхової компанії в обмін на плату (страховий внесок). В разі настання страхового випадку (наприклад, нещасного випадку, хвороби чи стихійного лиха) страхова компанія виплачує страхувальнику або третім особам компенсацію, яка дозволяє покрити понесені витрати або втрати» [11]

Існує кілька видів страховання, які мають важливе значення для забезпечення фінансової безпеки (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Види страховання

№	Вид страховання	Опис
1	Медичне страховання	Забезпечує покриття витрат на лікування та медичні послуги, що дозволяє громадянам отримувати необхідну допомогу без великих фінансових витрат.
2	Автомобільне страховання	Включає страховання відповідальності перед третіми особами, а також каско — страховання від пошкоджень або крадіжки транспортного засобу.
3	Страховання Життя	Забезпечує фінансову підтримку родині застрахованої особи у разі її смерті, а також може бути використане для накопичення коштів на майбутнє.
4	Страховання від нещасних випадків	Захищає осіб від наслідків травм або інвалідності, забезпечуючи їм виплати.
5	Страховання майна	Це важливий інструмент для захисту від збитків через стихійні лиха, крадіжки чи пожежі, що дозволяє підприємствам і фізичним особам відшкодувати витрати на відновлення або заміну майна.

Складено автором за даними джерела [31].

«Страховання забезпечує не тільки матеріальний захист, але й психологічний спокій» [11].

Ключові переваги страхування для забезпечення фінансової безпеки схематично зображені на рис. 3.2.



Рис. 3.2. «Переваги страхування для забезпечення фінансової безпеки громадян»

Складено автором за даними джерела [11].

Попри численні переваги, страхування має і певні недоліки (табл. 3.2)

Таблиця 3.2

Основні недоліки страхування

№	Недоліки	Опис
1	Високі премії	Для деяких осіб або підприємств ціна страхових полісів може бути занадто високою, що обмежує доступ до страхових послуг.
2	Необхідність ретельного вибору СК	Не всі страхові компанії надають якісні послуги, тому важливо ретельно обирати компанію, щоб уникнути проблем при виплаті страхових сум.
3	Обмеження покриття	У деяких випадках умови страхового договору можуть бути обмеженими, що призводить до часткового покриття витрат.

Складено автором за даними [28].

Отже, «страхування є важливим інструментом для забезпечення фінансової безпеки. Воно дозволяє знизити фінансові ризики, пов'язані з непередбаченими подіями, і забезпечує додаткову стабільність для фізичних осіб та підприємств. За допомогою страхування можна забезпечити захист у разі хвороби, нещасного випадку, втрати майна чи інших фінансових труднощів» [43].

Однак, для того, щоб страхування дійсно стало ефективним інструментом, важливо ретельно підходити до вибору страхової компанії і продукту, що найбільше відповідає потребам.

«Страхові компанії відіграють ключову роль у формуванні та реалізації соціальних гарантій, забезпечуючи громадян фінансовою підтримкою в разі настання ризиків, таких як хвороба, нещасний випадок, інвалідність, старість або смерть. Вони стають важливою частиною системи соціального захисту, де виконують функції, які допомагають громадянам зберегти рівень життя та забезпечити стабільність у складних життєвих ситуаціях» [51].

«Страхові компанії виконують важливу функцію у забезпеченні соціальних гарантій, пропонуючи широкий спектр страхових продуктів, які доповнюють державні соціальні виплати або забезпечують їх заміну. Вони роблять це через кілька основних механізмів».

«Страхові компанії часто пропонують додаткові послуги, які не покриваються державним страхуванням» [51].

Наприклад, медичне страхування може покривати не лише базові послуги, але й доступ до приватних лікарень або спеціалізованих лікарів, що забезпечує громадянам кращий доступ до медичних послуг.

«Страхові компанії надають можливість створення додаткових пенсійних фондів, що дозволяє громадянам забезпечити собі додаткові виплати після виходу на пенсію, що важливо в умовах низьких державних пенсій» [11].

«Страхові компанії надають продукти, які дозволяють забезпечити фінансову підтримку в разі травм або втрати працездатності, інвалідності, що

є частиною соціальних гарантій для осіб, які стали інвалідами або втратили можливість працювати» [43].

«Продукти, що забезпечують виплати у разі смерті застрахованої особи, або покривають витрати на лікування серйозних захворювань, що дозволяє зменшити фінансові труднощі для родини або самої особи» [47].

Дивлячись на рис. 3.3 можна зрозуміти що, страхові компанії мають важливе значення не тільки для окремих громадян, а й для суспільства в цілому.

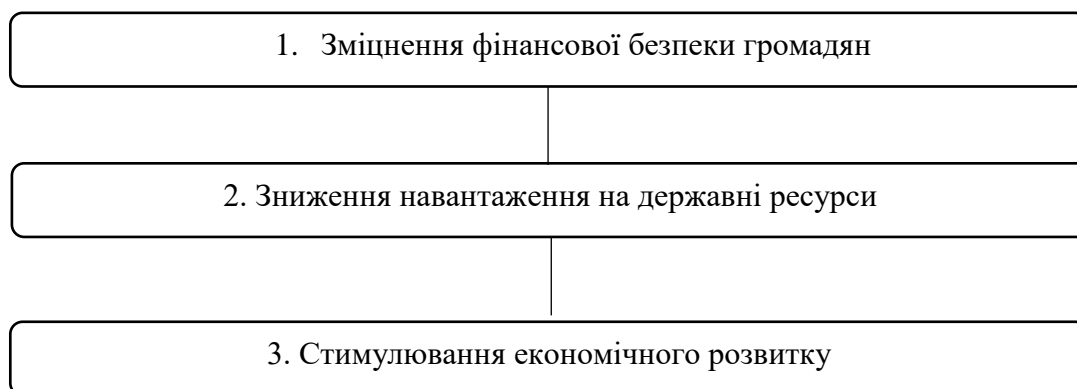


Рис. 3.3 Значення страхових компаній в суспільстві

Складено автором за даними джерела [47].

Отже, страхування дає людям можливість уникнути фінансових катастроф у разі нещасного випадку або захворювання, тим самим забезпечуючи базові соціальні гарантії.

За допомогою приватних страхових компаній значно зменшується тиск на державний бюджет, оскільки частина витрат на соціальні послуги та виплати бере на себе приватний сектор.

«Страхові компанії забезпечують економічну стабільність, знижуючи ризики для підприємців і громадян. Також вони сприяють розвитку інвестиційних ринків і залученню додаткових фінансових ресурсів в економіку країни» [28].

Попри всі переваги, діяльність страхових компаній може стикатися з рядом проблем, що потребують вирішення для забезпечення ефективного формування соціальних гарантій.

В деяких країнах існує низька довіра до страховиків через недостатній рівень обслуговування, нечіткі умови договорів або навіть випадки шахрайства.

У деяких країнах законодавчі акти, що регулюють страхування, можуть бути недостатньо розвиненими або складними, що ускладнює взаємодію між громадянами, страховими компаніями та державними органами.

Вартість страхових полісів може бути занадто високою для широких верств населення, що обмежує доступність страхових продуктів для всіх категорій громадян.

Страхові компанії мають важливе значення у формуванні та реалізації соціальних гарантій. Вони не лише доповнюють державні програми соціального забезпечення, а й значною мірою знижують фінансові ризики для громадян, забезпечуючи їх медичну, пенсійну та іншу підтримку. Проте для забезпечення ефективного функціонування страхового ринку необхідно вдосконалювати законодавчу базу, підвищувати довіру до страховиків і робити страхування доступним для широких верств населення. Врешті-решт, роль страхових компаній у формуванні соціальних гарантій сприяє стабільності соціальної системи та покращує якість життя громадян.

«Соціальні гарантії — це зобов'язання держави або інших організацій забезпечити громадянам певний мінімум благ і послуг у випадку настання непередбачених обставин, що можуть вплинути на їх фінансове становище. Це можуть бути пенсії, виплати по безробіттю, медичне забезпечення, компенсації у разі травм чи втрати працездатності» [28].

«Соціальні гарантії є важливою частиною економічної та соціальної політики будь-якої країни. Вони спрямовані на забезпечення мінімального рівня життя для громадян, захист їхніх прав у разі втрати працездатності, старості чи інших соціальних ризиків. Важливим інструментом реалізації цих гарантій є система соціального страхування, до якої активно залучаються як державні органи, так і приватні страхові компанії» [28].

«Держава є основним гарантом соціальних прав громадян. Вона розробляє та впроваджує законодавство, яке регулює сферу соціального захисту, включаючи пенсії, медичне страхування, допомогу по безробіттю та інші види соціальної підтримки. У більшості країн держава також бере на себе функцію контролю за страховими компаніями, щоб забезпечити їхню фінансову стабільність і надійність у виконанні зобов'язань перед громадянами» [29].

У рамках соціальних програм держава може використовувати як державне, так і приватне страхування для надання громадянам різноманітних видів страхових послуг. Вона визначає механізм розподілу фінансових ресурсів, що йдуть на соціальне забезпечення, та формує умови для співпраці з приватними страховими компаніями.

«Приватні страхові компанії відіграють важливу роль у системі соціального захисту.» [28]. Вони надають додаткові послуги, які можуть не покриватися державними програмами, або заповнюють прогалини у фінансуванні основних соціальних гарантій. Наприклад, страхові компанії можуть пропонувати додаткові пенсійні плани, медичне страхування, страхування життя та інші послуги, що допомагають громадянам забезпечити себе в разі непередбачуваних ситуацій.

«Страхові компанії активно співпрацюють з державою, оскільки їхня діяльність підлягає державному регулюванню. Держава визначає вимоги до фінансової стійкості таких компаній, рівня їхніх резервів, а також механізми відшкодування збитків у разі банкрутства страховика» [29].

Взаємодія між державою та страховими компаніями може бути різною, залежно від моделі соціального страхування, що застосовується в конкретній країні.

Існують кілька основних форм такої взаємодії:

- обов'язкове соціальне страхування;
- додаткове або добровільне страхування.

«Обов'язкове соціальне страхування – держава встановлює вимогу для всіх громадян або роботодавців укласти договори страхування з державними або приватними страховими компаніями. Наприклад, в Україні система пенсійного страхування включає як державні, так і приватні інструменти» [13].

«Додаткове або добровільне страхування – держава може заохочувати громадян до добровільного страхування через надання податкових пільг або субсидій. Це дозволяє зменшити навантаження на державні бюджети, а також забезпечити більш широкий спектр послуг» [37].

Партнерство у сфері медичного страхування – у деяких країнах держава укладає угоди з приватними страховими компаніями для надання медичних послуг, фінансуючи частину страхових внесків або встановлюючи квоти на обслуговування за державними програмами.

«Одним з основних викликів у взаємодії між державою та страховими компаніями є забезпечення прозорості та ефективності таких відносин. Для цього необхідно розробити чіткі механізми моніторингу та контролю за діяльністю страховиків, а також удосконалити законодавство, яке регулює страхову діяльність» [13].

Перспективи співпраці між державою і страховими компаніями включають розвиток нових видів соціального страхування, таких як страхування від природних катастроф або інші форми страхування, які б доповнювали традиційні державні програми.

«Отже, взаємодія держави і страхових компаній у забезпеченні соціальних гарантій є важливою складовою ефективної системи соціального захисту» [13].

Спільні зусилля можуть забезпечити громадянам надійний захист від соціальних ризиків, таких як хвороби, безробіття, старість та інші. Для досягнення цієї мети необхідно постійно вдосконалювати правові механізми та підтримувати діалог між державними органами та приватним сектором страхування.

3.2. Дослідження рівня задоволеності клієнтів медичним страхуванням АТ«ARX».

«В умовах високої конкуренції на ринку послуг, задоволеність клієнтів стає ключовим чинником успішності компанії. Це особливо важливо для страхових компаній, де лояльність клієнтів залежить від якості обслуговування, прозорості умов страхування та ефективності взаємодії» [10].

Розглянемо основні етапи та методи дослідження рівня задоволеності клієнтів, які можна застосувати до медичного страхування.

Основні критерії для оцінювання задоволеності клієнтів схематично зображені на рис. 3.4.

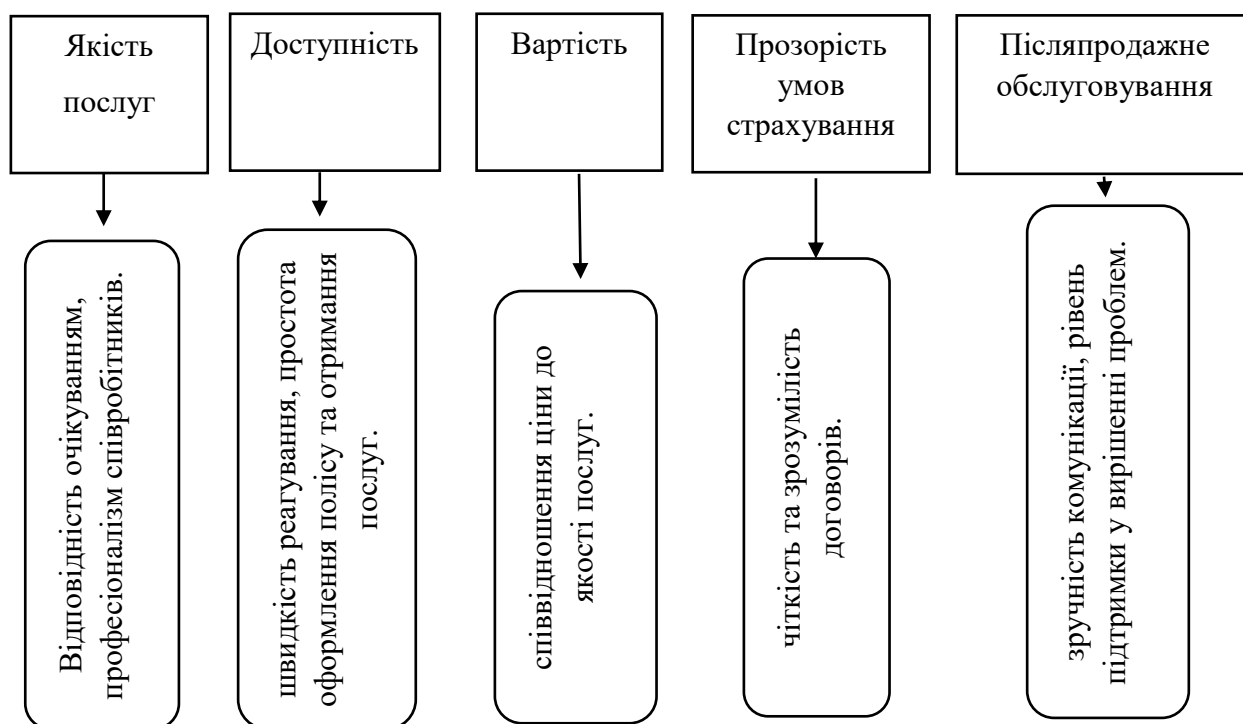


Рис. 3.4 Критерії для оцінювання задоволеності страхувальників.

Складено автором за даними джерела [10].

Для дослідження рівня задоволеності клієнтів використовуються кілька методів:

- «опитування»;
- інтерв'ю;

- аналіз відгуків;
- «містері-шопінг» [10].

«Опитування - це найпоширеніший метод, що включає анкетування клієнтів. Анкети можуть містити закриті (так/ні, шкала оцінювання) та відкриті питання (запропонувати ідеї чи побажання). Основні питання можуть стосуватися оцінки якості обслуговування, досвіду користування послугами та побажань щодо вдосконалення продуктів» [31].

«Глибокі інтерв'ю з клієнтами дозволяють отримати детальніші відповіді на питання про їхній досвід співпраці з компанією. Цей метод корисний для ідентифікації глибших проблем, які неможливо виявити через анкетування» [31].

«Аналіз відгуків – моніторинг скарг та позитивних відгуків у соціальних мережах, на сайтах відгуків та форумах надає цінну інформацію про реальні враження клієнтів» [31].

««Містері-шопінг» – це залучення незалежних експертів, які взаємодіють із компанією як звичайні клієнти, дозволяє оцінити якість послуг "зсередини"» [31].

Після отримання даних – необхідно їх систематизувати та проаналізувати за допомогою статистичних методів.

«Кількісний аналіз дозволяє визначити середні оцінки за кожним критерієм. Якісний аналіз використовується для інтерпретації відкритих відповідей і коментарів клієнтів. Порівняння із конкурентами допомагає оцінити позицію компанії на ринку» [20].

Для збору та аналізу даних використовуються цифрові платформи:

- Google Forms;
- SurveyMonkey;
- Excel;
- SPSS;
- інші.

Для аналізу соціальних мереж можуть застосовуватися спеціалізовані сервіси, такі як Brandwatch чи YouScan.

На основі результатів дослідження можна:

- визначити ступінь задоволеності клієнтів;
- виявити ключові проблеми, з якими стикаються клієнти;
- розробити план дій для вдосконалення обслуговування та покращення клієнтського досвіду.

Після проведення дослідження необхідно:

- поліпшити аспекти, які отримали низькі оцінки;
- посилити комунікацію з клієнтами щодо їхніх потреб;
- розробити нові програми лояльності та індивідуальні пропозиції.

Отже, дослідження рівня задоволеності клієнтів є важливим інструментом для покращення якості послуг компанії. АТ «ARX», застосовуючи цю методологію, зможе краще розуміти потреби клієнтів, підтримувати їхню довіру та зміцнювати свої позиції на ринку медичного страхування.

«Задоволеність клієнтів є ключовим показником ефективності будь-якої організації, зокрема в сфері страхування. Цей показник відображає, наскільки продукти та послуги компанії відповідають або перевершують очікування клієнтів. Високий рівень задоволеності клієнтів безпосередньо впливає на утримання клієнтів, лояльність, рекомендації іншим та довгостроковий успіх компанії» [28].

«Основні показники задоволеності клієнтів

- Net Promoter Score (NPS);
- Customer Satisfaction Score (CSAT);
- Customer Effort Score (CES);
- рівень утримання клієнтів (Customer Retention Rate, CRR);
- скарги та їх розв'язання;
- час очікування та обробки запитів;
- лояльність клієнтів» [28].

«NPS — це індекс, який вимірює лояльність клієнтів на основі запитання» [28].

Респонденти оцінюють свою відповідь за шкалою від 0 до 10 (табл. 3.3)

Таблиця 3.3.

Шкала оцінювання послуг страхових компаній

№	Шкала	Пояснення
1.	Промоутери (9-10)	Задоволені клієнти, які готові рекомендувати компанію.
2.	Пасивні (7-8)	Клієнти, які задоволені, але не віддані бренду.
3.	Критики (0-6)	Незадоволені клієнти.

Складено автором за даними джерела [33].

Формула розрахунку NPS зображена на рис. 3.4.

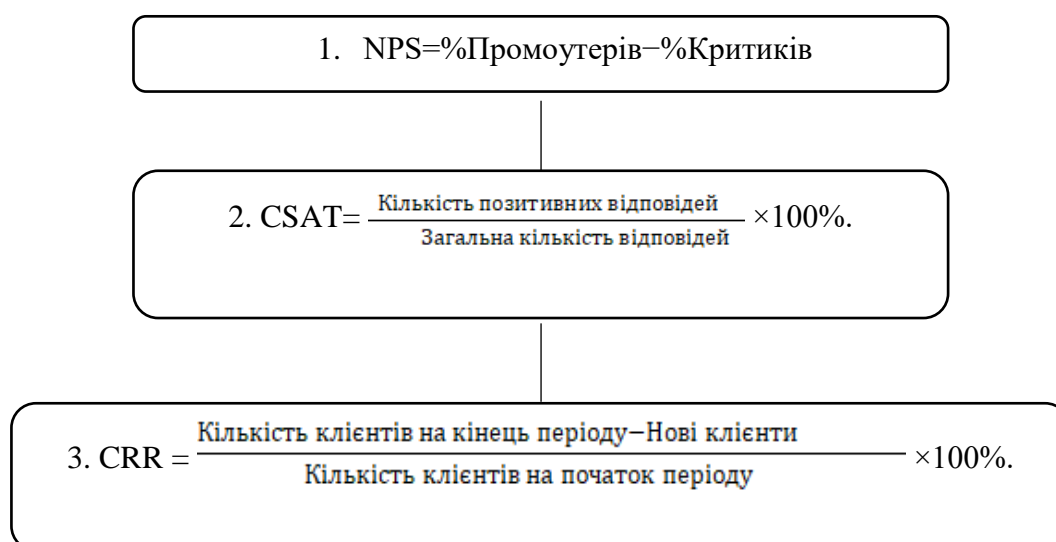


Рис. 3.4. Формули розрахунку основних показників задоволеності клієнтів

Складено автором за даними джерела [34].

«Customer Satisfaction Score (CSAT) вимірює рівень задоволеності клієнтів після взаємодії з компанією, наприклад, після отримання послуги чи розв'язання проблеми» [34].

«Customer Effort Score (CES) оцінює зусилля, які клієнти докладають для розв'язання своїх питань чи отримання послуг. Менший показник зусиль свідчить про вищу ефективність процесів компанії» [34].

«Рівень утримання клієнтів (Customer Retention Rate, CRR) – це показник відображає, скільки клієнтів залишилися з компанією після певного періоду» [34.]

«Скарги та їх розв'язання – це аналіз кількості скарг, швидкості та ефективності їх вирішення» [34].

«First Call Resolution (FCR) – показник, який показує, наскільки успішно питання клієнта вирішується під час першого контакту» [34].

«Час очікування та обробки запитів – час, який клієнт витрачає на очікування відповіді або розв'язання свого питання, безпосередньо впливає на задоволеність» [31].

«Лояльність клієнтів – це кількість клієнтів, які продовжують користуватися послугами компанії протягом кількох років» [31].

Основні фактори, що впливають на показники задоволеності схематично зображені на рис. 3.5.

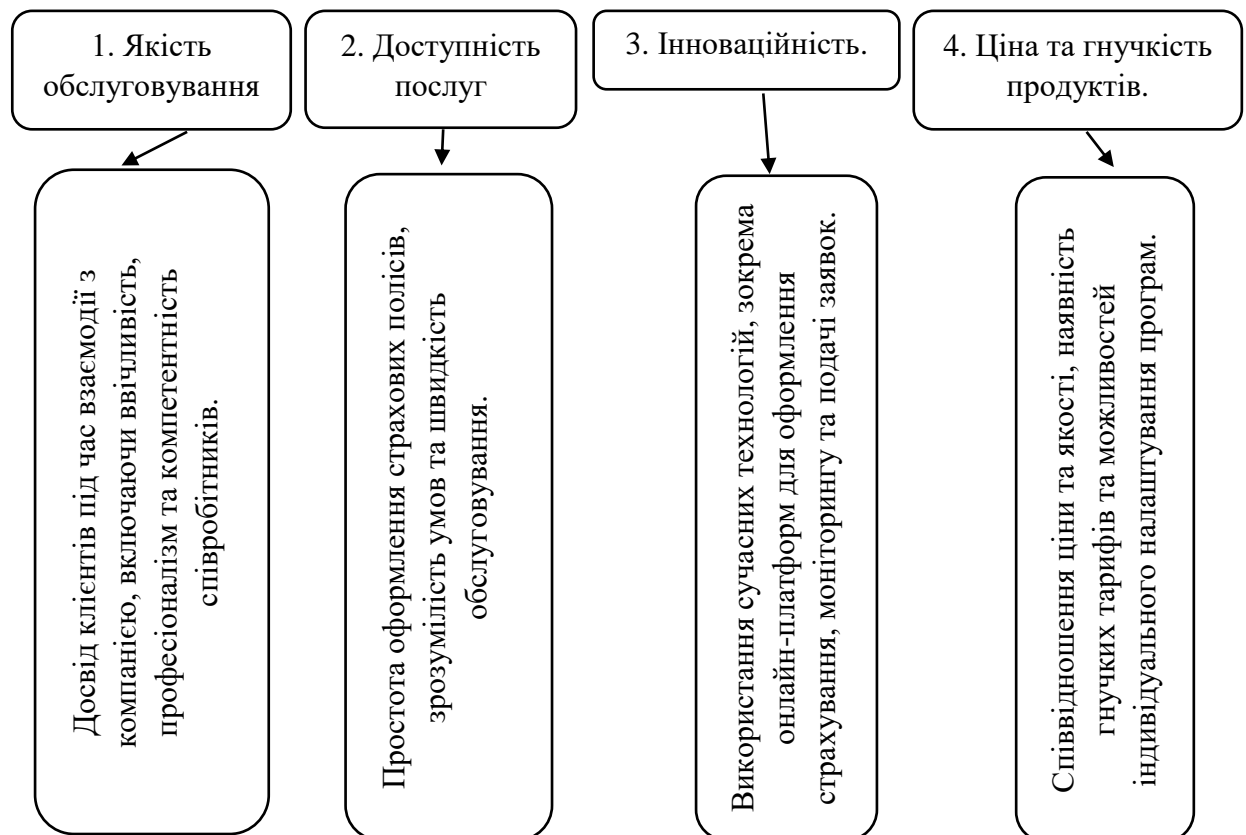


Рис. 3.5. Чинники, що впливають на рівень задоволеності страхувальників.

Складено автором за даними джерела [31].

Основні критерії, що впливають на задоволеність клієнтів у сфері страхування схематично зображені на рис. 3.6..



Рис. 3.6. Показники задоволеності клієнтів

Складено автором за даними джерела [31].

Визначення критеріїв задоволеності клієнтів у системі страхування є важливим етапом у підвищенні якості послуг та утриманні клієнтів. Ефективні методи аналізу дозволяють виявити, які фактори найбільше впливають на сприйняття клієнтами якості страхових продуктів і сервісу, а також розробити стратегії для їх покращення.

Отже, показники задоволеності клієнтів є важливим інструментом оцінки ефективності діяльності компанії. Для підвищення задоволеності важливо постійно моніторити ці показники, впроваджувати зворотний зв'язок і адаптувати свої послуги до потреб клієнтів. У страхових компаніях, таких як АТ «ARX», аналіз рівня задоволеності клієнтів дозволяє забезпечити високий рівень сервісу, що є основою для утримання клієнтів, підвищення їхньої лояльності та зміцнення позицій на ринку.

«Задоволеність клієнтів є ключовим показником, що характеризує успішність діяльності організації, її здатність відповідати очікуванням клієнтів і підтримувати високий рівень лояльності. Для ефективного вимірювання задоволеності необхідно визначити чіткі критерії, які відображають якість послуг, рівень сервісу та загальний клієнтський досвід» [29].

«Критерії задоволеності — це набір параметрів або характеристик, які клієнти враховують при оцінюванні свого досвіду взаємодії з компанією. Ці критерії можуть варіюватися залежно від галузі, специфіки бізнесу та цільової аудиторії» [29].

Основні методи визначення критеріїв задоволеності викладені в табл. 3.4:

Таблиця 3.4.

Методи визначення критеріїв задоволеності клієнтів страхових компаній

Метод	Пояснення
1	2
1. Опитування клієнтів	Використання анкет або онлайн-опитувань для отримання зворотного зв'язку щодо очікувань і реального досвіду клієнтів.

Продовження таблиці 3.4.

1	2
2. Порівняння з конкурентами	Аналіз пропозицій конкурентів дозволяє зрозуміти, які критерії задоволеності є актуальними на ринку та які з них можуть бути вдосконалені.
3. Аналіз скарг та відгуків	Вивчення негативних коментарів, запитів клієнтів допомагає виявити проблемні моменти та покращити якість послуг.
4. Фокус-групи	Проведення обговорень із групами клієнтів для з'ясування важливих для них аспектів обслуговування.
5. Моніторинг соц. мереж і платформ з відгуками	Відстеження думок клієнтів на платформах допомагає зрозуміти, як вони оцінюють компанію та які критерії для них є важливими.

Складено автором за даними [31].

Отже, визначення критеріїв задоволеності клієнтів є важливим етапом для побудови ефективної стратегії роботи з клієнтами. Зрозуміти, які аспекти є ключовими для клієнтів, дозволяє компаніям підвищувати якість обслуговування, покращувати страхові продукти та забезпечувати довгострокову лояльність клієнтів. Для страхової компанії АТ «ARX», важливо регулярно оцінювати ці критерії, враховувати зворотний зв'язок клієнтів і впроваджувати інновації для підтримки конкурентоспроможності на ринку.

Задоволеність клієнтів є ключовим аспектом успішної діяльності страхової компанії, особливо у сфері медичного страхування.

Основні фактори впливу на задоволеність клієнтів можна побачити в табл. 3.5:

Таблиця 3.5

Фактори впливу на задоволеність клієнтів

Фактори	Пояснення
1	2

	1	2
1. Якість страх. продуктів	Рівень страхового покриття.	Чим ширше покриття полісу, тим більше клієнтів відчують себе захищеними.
	Різноманітність програм страхування.	Наявність широкого вибору страхових продуктів дозволяє клієнтам знайти оптимальний варіант.
	Прозорість умов.	Чіткі та зрозумілі правила страхування знижують ризик непорозумінь між клієнтом і компанією.
2. Вартість послуг	Доступність цін.	Конкурентні тарифи підвищують привабливість страхової компанії.
	Гнучкість оплати.	Можливість розстрочки або використання спеціальних програм лояльності позитивно впливає на задоволеність клієнтів.
	Співвідношення ціни та якості.	Клієнти очікують, що якість послуг буде відповідати їхній вартості.
3. Якість обслуговування	Професіоналізм співробітників.	Компетентність, ввічливість та бажання допомогти є важливими факторами, що формують позитивний досвід клієнта.
	Швидкість реагування.	Оперативна допомога при зверненнях клієнтів, зокрема під час подання заяв на страхові випадки.
	Індивідуальний підхід.	Здатність враховувати унікальні потреби кожного клієнта підвищує їхню лояльність.
4. Доступність послуг	Розгалужена мережа медичних партнерів.	Чим більше медичних установ спів-працюють зі страховою компанією, тим зручніше клієнтам отримувати послуги.
	Цифровізація процесів.	Доступ до онлайн-платформ, мобільних додатків та можливість дистанційного врегулювання страхових випадків позитивно впливає на задоволеність клієнтів.
	Гнучкість страхових програм.	Можливість адаптації умов страхування до потреб клієнта є вагомим фактором.

Продовження таблиці 3.5.

1		2
5. Врегулювання страх. випадків	Чіткість і прозорість процесу.	Клієнти повинні розуміти, як подати заяву на страховий випадок та отримати компенсацію.
	Оперативність виплат.	Затримки у виплатах створюють негативний досвід для клієнтів.
	Мінімізація бюрократичних перешкод.	Спрощення процедур є важливим для формування позитивного ставлення клієнтів до СК.
6. Репутація компанії	Надійність та довіра.	Високий рівень довіри до бренду позитивно впливає на задоволеність клієнтів.
	Досвід інших клієнтів.	Відгуки та рекомендації впливають на формування очікувань нових клієнтів.
7. Емоційний аспект обслуговування	Відчуття турботи.	Клієнти очікують, що страхова компанія буде проявляти зацікавленість у їхньому добробуті.
	Психологічна підтримка.	У складних ситуаціях, пов'язаних із медичними проблемами, компанія має виявляти емпатію та підтримувати клієнта.

Складено автором за даними джерела [34].

Отже, задоволеність клієнтів залежить від багатьох факторів, які охоплюють якість страхових продуктів, рівень обслуговування, доступність послуг і репутацію компанії.

Для забезпечення високого рівня задоволеності страхова компанія має постійно вдосконалювати свої продукти, впроваджувати інноваційні рішення та забезпечувати клієнтам позитивний досвід. Урахування цих факторів допоможе компаніям залишатися конкурентоспроможними та підтримувати довготривалу лояльність клієнтів.

3.3. Оцінка ефективності медичних страхових програм АТ «ARX» для різних категорій населення.

«Медичне страхування для фізичних осіб є одним із ключових напрямів діяльності страхових компаній, оскільки воно забезпечує фінансовий захист, доступ до медичних послуг та соціальну безпеку громадян» [36].

АТ «ARX» пропонує низку програм, що відповідають потребам різних вікових і соціальних категорій клієнтів. Оцінка ефективності цих програм базується на аналізі доступності, якості послуг та відповідності потребам застрахованих.

Медичне страхування для дітей є одним із пріоритетних напрямів діяльності компанії, оскільки забезпечення здоров'я молодого покоління є важливою соціальною потребою.

Основні особливості програм страхування дітей:

- широкий спектр послуг;
- мережа медичних установ;
- індивідуальний підхід;
- вартість.

Поліси для дітей включають профілактичні обстеження, лікування в разі захворювань, вакцинацію, невідкладну допомогу та реабілітаційні послуги.

АТ «ARX» співпрацює з провідними дитячими клініками, що забезпечує високий рівень медичної допомоги.

Програми розробляються з урахуванням вікових потреб дитини, наприклад, для немовлят включають регулярні огляди педіатра.

Хоча програми для дітей мають високий рівень покриття, їхня вартість може бути значною для окремих родин, що обмежує доступність для малозабезпечених сімей.

Для дорослих клієнтів АТ «ARX» пропонує програми, які охоплюють широкий спектр медичних послуг, спрямованих на забезпечення повсякденних і спеціалізованих медичних потреб.

Основні характеристики:

- покриття ризиків;
- гнучкість програм;
- інноваційні рішення;
- ціна.

Поліси включають консультації лікарів, діагностичні процедури, лікування в стаціонарі, оплату медикаментів і хірургічних втручань.

Дорослі клієнти можуть вибрати індивідуальний або сімейний поліс, а також додаткові пакети послуг.

Компанія пропонує телемедичні консультації, що підвищують зручність і доступність медичної допомоги.

Дорослі програми мають помірну вартість порівняно з аналогами на ринку, але премії можуть зрости залежно від віку, стану здоров'я або вибору додаткових послуг.

АТ «ARX» пропонує спеціалізовані медичні страхові програми для осіб пенсійного віку, які враховують специфіку здоров'я цієї категорії.

Особливості програм для пенсіонерів:

- розширений набір послуг;
- доступність;
- мережа партнерів;
- підтримка.

Поліси включають лікування хронічних захворювань, забезпечення медикаментами, консультації вузькопрофільних спеціалістів, стаціонарне лікування та реабілітацію.

Компанія пропонує програми за доступними цінами, хоча для осіб із серйозними захворюваннями вартість може бути вищою.

ARX забезпечує доступ до медичних послуг через широку мережу лікарень, включаючи ті, які спеціалізуються на геріатричній допомозі.

Програми передбачають регулярні огляди, що допомагають запобігати ускладненням і підтримувати здоров'я клієнтів на належному рівні.

Ефективність медичних страхових програм АТ «ARX» для фізичних осіб оцінюється позитивно завдяки їхній адаптованості до потреб кожної вікової групи. Програми для дітей забезпечують комплексну підтримку, програми для дорослих вирізняються гнучкістю, а поліси для пенсіонерів орієнтовані на хронічні захворювання і доступність медичних послуг.

«Попри високу якість і широкий спектр послуг, залишається потреба у подальшому вдосконаленні — зокрема, зниженні вартості для окремих категорій клієнтів і розширенні можливостей страхового покриття. Це сприятиме підвищенню задоволеності клієнтів і зміцненню позицій компанії на ринку медичного страхування» [36].

Медичне страхування для корпоративних клієнтів є одним із важливих напрямів діяльності АТ «ARX», оскільки воно забезпечує підприємствам інструменти для підвищення соціального захисту співробітників, їхньої мотивації та продуктивності.

Ефективність таких програм оцінюється за рівнем їхнього впливу на загальний стан здоров'я співробітників, економічну вигоду для підприємств і задоволеність застрахованих осіб.

Програми медичного страхування для корпоративних клієнтів надають підприємствам низку переваг, серед яких:

- мотивація персоналу та підвищення лояльності;
- зниження витрат на медичне обслуговування;
- підвищення продуктивності;
- іміджеві переваги;
- гнучкість умов.

Наявність медичного страхування як частини соціального пакету покращує задоволеність співробітників умовами праці, сприяє їхньому довготривалому залученню до компанії.

Роботодавці отримують можливість оптимізувати витрати на медичне забезпечення працівників завдяки корпоративним програмам, які часто є більш вигідними, ніж індивідуальні поліси.

Завдяки доступу до якісних медичних послуг співробітники залишаються здоровими та менше часу витрачають на лікарняні.

Компанії, які надають медичне страхування, формують позитивний імідж соціально відповідального роботодавця, що може залучити кращих спеціалістів на ринку праці.

АТ «ARX» пропонує підприємствам індивідуалізовані програми страхування, які враховують специфіку їхньої діяльності, кількість працівників та інші особливості.

Програми медичного страхування для співробітників від АТ «ARX» охоплюють широкий спектр послуг, що дозволяє забезпечити всебічну підтримку здоров'я персоналу.

Основні особливості включають:

- доступ до високоякісної медичної допомоги;
- комплексний набір послуг;
- врахування специфіки професійної діяльності;
- додаткові послуги;
- гнучкі умови для підприємств;
- захист сімей співробітників;
- простота адміністрування.

Співробітники підприємств мають змогу отримувати лікування в провідних медичних установах, з якими співпрацює компанія.

Поліси покривають профілактичні огляди, діагностику, лікування захворювань, оплату медикаментів, хірургічні втручання, реабілітацію тощо.

Програми адаптовані до особливостей роботи підприємств, наприклад, можуть включати послуги з психологічної підтримки або лікування професійних захворювань.

Програми можуть включати телемедицину, консультації вузькопрофільних фахівців, стоматологічну допомогу та інші послуги.

Підприємства можуть обирати різні рівні покриття залежно від бюджету та пріоритетів. Наприклад, страхові пакети можуть бути базовими або преміальними.

Деякі програми передбачають можливість страхування членів сім'ї співробітників, що сприяє додатковій мотивації працівників.

Страхова компанія «ARX» забезпечує зручне управління страховими полісами, інтеграцію з HR-системами підприємств і оперативне обслуговування клієнтів.

Отже, медичні страхові програми для корпоративних клієнтів від АТ «ARX» є ефективним інструментом для підвищення соціального захисту працівників і мотивації персоналу. Вони забезпечують підприємствам економічну вигоду, покращують репутацію роботодавця і створюють умови для стабільного розвитку бізнесу.

«Особливості страхового покриття для співробітників, такі як доступ до якісної медицини, комплексність послуг і гнучкість програм, сприяють підвищенню задоволеності та продуктивності працівників. Однак, для підтримки конкурентоспроможності, важливо враховувати індивідуальні потреби клієнтів і вдосконалювати програми, розширюючи їхню доступність і набір послуг».

«Медичне страхування для туристів є також важливою частиною системи соціального захисту, оскільки забезпечує фінансову та медичну підтримку під час подорожей.

АТ «Страхова компанія «ARX» активно розвиває спеціалізовані програми для мандрівників, орієнтуючись на потреби різних категорій клієнтів. Аналіз ефективності цих програм дозволяє оцінити їхній вплив на рівень захищеності туристів, конкурентоспроможність на ринку та відповідність очікуванням клієнтів.

Програми медичного страхування для мандрівників від АТ «ARX» відзначаються рядом характеристик, які роблять їх популярними серед туристів.

Основні переваги та обмеження, які слід враховувати при виборі страхового продукту викладені в табл.3.6:

Таблиця 3.6

Переваги та обмеження програм для мандрівників

№	Переваги		Обмеження	
1	2		3	
1	Фінансова безпека.	Поліси страхування покривають витрати, які можуть виникнути через неочікувані медичні ситуації, що особливо важливо у країнах із високою вартістю медичних послуг.	Виключення зі страхового покриття.	Деякі види ризиків, такі як загострення хр. захворювань чи травми, отримані під час екстремальних видів спорту, потребують додаткового страхування.
2	Спокій клієнтів.	Застраховані туристи почуваються впевненіше, знаючи, що в разі надзв. ситуації їм буде надано підтримку.	Вікові обмеження.	Програми можуть мати обмеження за віком, що ускладнює їх використання літніми туристами.
3	Адаптованість до потреб.	Туристи можуть обирати програми з урахуванням специфіки поїздки, наприклад, страхування для занять зимовими видами спорту чи дайвінгом.	Франшиза.	У багатьох програмах передбачена франшиза — сума, яку клієнт сплачує самостійно перед активацією страхового покриття.
4	Швидкість і зручність.	ARX пропонує прості та зрозумілі процедури оформлення, а також якісний сервіс під час страхового випадку.	Додаткові витрати.	Розширення покриття для активних видів відпочинку чи інших специфічних потреб може суттєво підвищити вартість полісу.
5	Партнерська мережа.	Компанія співпрацює з міжнародними асистанс-службами, що забезпечує доступ до медичних послуг навіть у віддалених куточках світу.	Обмеження щодо COVID-19.	Хоча страхування часто покриває лікування COVID-19, є обмеження, наприклад, щодо витрат, пов'язаних із карантинном.

Складено автором за даними [34].

Основними особливостями програм для мандрівників є:

- широке покриття ризиків;
- глобальне покриття;
- можливість розширення страхового покриття;
- гнучкість і доступність;
- сервісна підтримка;
- швидке оформлення.

Програми охоплюють витрати на екстрену медичну допомогу, стаціонарне та амбулаторне лікування, транспортування до медичного закладу або на батьківщину, а також репатріацію.

Поліси діють у більшості країн світу, що особливо важливо для туристів, які подорожують за кордон. Туристи можуть додатково застрахуватися від ризиків, пов'язаних із активними видами спорту, хронічними захворюваннями або відмовою від поїздки.

Програми адаптовані до тривалості подорожі та особливостей туристичної активності, що дозволяє вибрати оптимальний варіант за ціною та умовами. Компанія забезпечує цілодобову допомогу туристам через гарячу лінію або мобільний додаток, включаючи консультації та організацію медичних послуг. Поліс можна придбати онлайн.

Програми страхування для мандрівників є важливим елементом забезпечення безпеки під час подорожей, оскільки вони дозволяють мінімізувати фінансові та організаційні ризики у разі непередбачуваних ситуацій.

Отже, програми медичного страхування для туристів від АТ «ARX» забезпечують високий рівень захисту клієнтів під час подорожей. Їхні особливості, такі як широке покриття ризиків, гнучкість умов і якісний сервіс, роблять їх ефективним інструментом фінансової та медичної підтримки.

Однак, попри переваги, існують певні обмеження, які можуть вплинути на вибір клієнтів. Для збереження конкурентних позицій на ринку АТ «ARX»

слід продовжувати вдосконалювати свої програми, враховуючи змінювані потреби туристів і тенденції у сфері медичного страхування.

Незважаючи на різноманітність категорій клієнтів, всі медичні страхові програми мають кілька спільних характеристик, що забезпечують їх ефективність та високий рівень задоволеності користувачів:

Всі програми медичного страхування, незалежно від категорії клієнтів, забезпечують покриття таких медичних послуг, як екстрена медична допомога, амбулаторне лікування, госпіталізація, транспортування, репатріація та інші пов'язані з медичною допомогою витрати.

Компанія забезпечує доступ до медичних послуг у будь-який час та в будь-якому місці, гарантуючи фінансову стабільність при настанні страхового випадку. Це досягається завдяки налагодженій мережі партнерських медичних установ і цілодобовій підтримці клієнтів.

Усі програми орієнтовані на потреби клієнтів, забезпечуючи можливість вибору варіантів покриття залежно від індивідуальних вимог: тривалість страхування, включення додаткових послуг, вибір суми покриття.

Програми мають можливість розширення покриття через додаткові опції, такі як страхування від нещасних випадків, хронічних захворювань, екстремальних видів спорту або туристичних ризиків.

Останнім часом страхові компанії активно впроваджують сучасні технології для полегшення процесу оформлення страхових полісів, підвищення ефективності обслуговування клієнтів і автоматизації виплат.

Незважаючи на спільні характеристики, для кожної категорії клієнтів є особливості, які роблять програми медичного страхування ефективними та адаптованими до їхніх потреб.

«Особливості програми для фізичних осіб:

- індивідуальне страхування;
- гнучкість варіантів покриття;
- орієнтація на тривалість страхування» [37].

«Для фізичних осіб програми медичного страхування часто передбачають базове покриття, яке можна доповнити додатковими опціями, такими як страхування від нещасних випадків або хронічних захворювань» [37].

Залежно від вікової категорії, стану здоров'я та соціального статусу, клієнт може вибрати відповідну програму, що відповідає його вимогам.

Можливість вибору між короткостроковими (для подорожей) і довгостроковими програмами.

Особливості програми для корпоративних клієнтів:

- колективне страхування;
- покриття для родин співробітників;
- групові знижки та спеціальні умови.

«Програми для корпоративних клієнтів зазвичай охоплюють велику кількість осіб і забезпечують медичне страхування співробітників підприємства або організації» [39].

У багатьох корпоративних програмах є можливість включення медичного страхування для членів сім'ї співробітників, що підвищує їх лояльність і загальний рівень задоволеності.

Компанії, які застрахували цілу групу співробітників, отримують додаткові переваги у вигляді знижок на страхові внески.

Особливості програми для туристів та мандрівників

- глобальне покриття та екстрена допомога;
- можливість розширення страхового покриття;
- цілодобова підтримка та консультації.

Для туристів важливим є покриття витрат на екстрену медичну допомогу під час перебування за кордоном, госпіталізацію та повернення на батьківщину у випадку серйозної хвороби або травми.

Програми можуть бути адаптовані до потреб активних туристів, включаючи покриття для спорту, екстремальних видів відпочинку або пандемічних ситуацій.

Туристи можуть звертатися до спеціальних гарячих ліній для отримання екстреної допомоги або консультацій щодо медичних послуг у інших країнах.

Особливості програми для дітей:

- покриття ризиків, характерних для дітей;
- адаптованість до вікових особливостей.

«Програми для дітей передбачають включення медичних послуг, пов'язаних з вакцинацією, лікуванням хвороб, що часто трапляються у дітей, а також регулярними профілактичними оглядами» [40].

Програми можуть включати специфічні пільги та винятки, наприклад, охоплення лікування дитячих хвороб або можливість консультування педіатрів.

«Порівняння ефективності страхових програм для різних категорій клієнтів демонструє, що медичне страхування має ряд спільних характеристик, таких як надійність, доступність, гнучкість і широкий вибір покриття. Однак кожна категорія клієнтів потребує певних специфічних умов, які враховуються в окремих програмах» [40].

Програми для фізичних осіб більше орієнтовані на індивідуальні потреби клієнтів, програми для корпоративних клієнтів мають на меті забезпечити медичну безпеку для великих колективів, програми для туристів орієнтуються на забезпечення глобальної підтримки в подорожах, а програми для дітей спеціалізуються на медичних послугах, що відповідають віковим характеристикам малюків.

Враховуючи ці унікальні аспекти, компанії можуть ефективно задовольняти потреби своїх клієнтів, а також підтримувати конкурентоспроможність на ринку медичного страхування.

3.4. Пропозиції та рекомендації для покращення наявних страхових продуктів та послуг.

«Медичне страхування є одним із ключових елементів системи соціального захисту, що сприяє підвищенню якості життя громадян та забезпечує фінансову стабільність у разі настання медичних витрат» [46].

Однак, щоб залишатися конкурентоспроможною на ринку, страхова компанія повинна постійно вдосконалювати свої продукти та послуги, відповідати змінним потребам клієнтів і впроваджувати інноваційні рішення. У цьому розділі розглянуто пропозиції та рекомендації для покращення наявних медичних страхових продуктів і послуг.

«Один із основних аспектів, що впливає на задоволеність клієнтів — це гнучкість страхових програм, яка дозволяє адаптувати покриття відповідно до індивідуальних потреб. Це особливо важливо для фізичних осіб і сімейних пакетів» [46].

Рекомендується:

- створити модульні програми;
- розширити покриття для старшого віку;
- індивідуальні програми для дітей.

Клієнти повинні мати можливість самостійно формувати пакет послуг, вибираючи необхідні опції, такі як покриття для хронічних захворювань, стоматології, терапії, психологічної допомоги тощо.

Програми медичного страхування для людей похилого віку мають бути адаптовані до специфічних потреб цієї категорії клієнтів, включаючи страхування від великих витрат на хронічні захворювання, оперативне лікування та реабілітацію.

Потрібно створювати програми, що враховують всі особливості медичних послуг для дітей, включаючи вакцинацію, регулярні профілактичні огляди та спеціалізоване лікування.

Наступними важливими аспектами є доступність та зниження вартості премії. Вартість медичних страхових полісів є важливим чинником, який впливає на вибір програми клієнтами.

Рекомендується:

- інтеграція страхових продуктів з іншими послугами;
- запровадження варіативної системи премії;
- зниження витрат на адміністрування.

Наприклад, створення пільгових умов для медичного страхування при купівлі інших фінансових продуктів компанії, таких як автостраховання або страхування майна, дозволить знизити вартість полісу для клієнтів.

Створення прогресивної премії, де для клієнтів з низьким рівнем доходу або для молодших за віком передбачено знижки, допоможе залучити більшу кількість користувачів.

Оптимізація процесу обробки страхових випадків і скорочення операційних витрат може привести до зниження вартості премії для клієнтів.

Покращення рівня сервісу та швидкості обробки заявок – третій важливий аспект.

Ефективність обробки заявок, зручність взаємодії з компанією і доступність консультацій — важливі фактори, що впливають на загальне задоволення клієнтів.

Рекомендується:

- запровадження онлайн-платформ для консультацій та подачі заявок;
- цілодобова підтримка;
- скорочення часу на виплати.

Клієнти повинні мати можливість отримати консультації, подати заявку на відшкодування або знайти інформацію про поліси через мобільні додатки або веб-платформи. Це скоротить час на обробку запитів і зробить процес більш прозорим.

Важливим є забезпечення цілодобової підтримки для клієнтів, щоб вони могли отримати допомогу у разі настання страхового випадку будь-якої миті, зокрема під час подорожей чи у вихідні дні.

Оптимізація процесу виплат і зменшення бюрократичних бар'єрів дозволять швидко відшкодувати витрати, що важливо для клієнтів, які потребують негайної медичної допомоги.

Четвертий важливий аспект – це використання інноваційних технологій. Для досягнення високої ефективності медичних страхових програм важливо застосовувати інноваційні технології.

Рекомендується:

- впровадження телемедицини;
- інтеграція з електронними медичними картами;
- мобільні додатки для моніторингу здоров'я.

Враховуючи зростаючу популярність дистанційної медицини, компанія може розглянути можливість включення послуг телемедицини у свої програми медичного страхування, що дозволить клієнтам отримувати медичні консультації онлайн.

Створення системи для автоматичного обміну даними між страховими компаніями та медичними установами дозволить швидше і точніше обробляти інформацію про лікування і діагностику.

Розробка мобільних додатків, які допоможуть користувачам відстежувати їхній стан здоров'я, перевіряти покриття полісів і записувати дані для медичних установ.

П'ятим аспектом є інформування та освіта клієнтів. Ще одним важливим напрямком для покращення страхових послуг є підвищення рівня обізнаності клієнтів.

Рекомендується:

- запуск інформаційних кампаній;
- роз'яснення умов страхування;
- відгуки клієнтів.

Проведення регулярних навчальних заходів та інформування клієнтів про можливості медичного страхування через семінари, вебінари, онлайн-курси чи інформаційні листівки.

Компанія повинна активно працювати над тим, щоб клієнти розуміли всі умови своїх страхових полісів, включаючи обмеження та виключення, щоб уникнути непорозумінь під час настання страхового випадку.

Створення платформ для збору відгуків і пропозицій дозволить компанії регулярно оновлювати свої продукти, орієнтуючись на реальні потреби споживачів.

Шостим важливим аспектом є збільшення різноманіття продуктів. Для залучення більшої кількості клієнтів компанія повинна розширити асортимент своїх страхових продуктів, пропонуючи:

- програми для певних груп населення;
- пакетні пропозиції для сімей.

Це можуть бути спеціалізовані програми для людей з особливими потребами, студентів, пенсіонерів або людей, що працюють у високоризикованих професіях.

Сімейні пакети, що включають страхування всіх членів родини, можуть стати популярним продуктом серед клієнтів.

Отже, покращення наявних страхових продуктів і послуг вимагає комплексного підходу, який охоплює розширення покриття, гнучкість, оптимізацію вартості та підвищення якості сервісу. Завдяки впровадженню інноваційних технологій, інформуванню клієнтів, а також збільшенню різноманіття пропозицій, компанія може значно підвищити рівень задоволеності своїх клієнтів, що сприятиме залученню нових користувачів і зміцненню лояльності на ринку медичного страхування.

Що стосується АТ «Страхова компанія «ARX», яке є одним із лідерів страхового ринку України, тоді для його подальшого зміцнення своїх позицій і підвищення задоволеності клієнтів важливо постійно вдосконалювати страхові продукти та послуги. Нижче наведено кілька пропозицій і рекомендацій, які можуть сприяти цьому.

По-перше, розширення страхового покриття, а саме:

- інтеграція послуг з психологічної підтримки та лікування психічного здоров'я;
- покриття витрат на профілактичні заходи (вакцинації, скринінгові дослідження);

- додання послуг телемедицини з доступом до консультацій із провідними лікарями;

- запровадження програм медичного страхування з покриттям за кордоном;

- надання послуг медичної евакуації та транспортування в екстрених випадках.

По-друге, розробка нових програм для різних категорій клієнтів (для дітей, для пенсіонерів, для туристів), а саме:

- покриття витрат на вакцинацію та лікування дитячих хвороб;

- спеціальні програми для школярів і студентів із включенням профілактичних обстежень;

- розробка доступних пакетів страхування для літніх людей з урахуванням вікових ризиків;

- програми довгострокового догляду для осіб із хронічними захворюваннями;

- запровадження програм страхування для активного туризму, таких як альпінізм чи дайвінг;

- надання страхування подорожей із покриттям ризиків пандемій чи затримки рейсів.

По-третє, посилення гнучкості страхових програм, а саме:

- надання клієнтам можливості вибору лише тих послуг, які їм потрібні;

- запровадження модульної системи, коли клієнти можуть додавати опції до базового пакету;

- запровадження розстрочки страхових платежів без додаткових витрат;

- можливість сплати внесків через зручні цифрові платформи.

В четвертих, підвищення рівня сервісу, тобто:

- створення мобільного додатку для управління страховими полісами, подання заявок на виплати та доступу до електронних консультацій;

- розширення можливостей онлайн-калькуляторів для розрахунку вартості страхових послуг;

- запровадження чат-ботів із швидкими відповідями на запитання клієнтів;

- проведення регулярних опитувань клієнтів для отримання зворотного зв'язку.

В п'ятих, оптимізація цінової політики:

- запровадження пільгових тарифів для пенсіонерів, студентів і сімей із дітьми;

- знижки для клієнтів, які регулярно продовжують страхові договори;

- надання бонусних програм для постійних клієнтів, таких як безкоштовні консультації чи знижки на наступний договір страхування.

В шостих, розвиток партнерської мережі:

- розширення співпраці з приватними і державними медичними центрами;

- партнерство з аптеками для надання знижок на ліки для застрахованих осіб;

- співпраця з великими підприємствами для запровадження програм медичного страхування як частини соціального пакету.

В сьомих, підвищення прозорості та довіри:

- уникнення прихованих умов і чітке пояснення винятків із покриття;

- надання клієнтам детальних консультацій перед укладенням договору;

- скорочення термінів розгляду заявок на страхові виплати;

- запровадження автоматизованих систем для прискорення процесу компенсації.

І останній важливий аспект – це освітні програми для клієнтів:

- організація вебінарів та семінарів, присвячених темам медичного страхування;

- інформування клієнтів про переваги різних страхових продуктів та правильне їх використання.

Отже,окращення страхових продуктів і послуг АТ «Страхова компанія «ARX» має базуватися на індивідуальному підході до клієнтів, використанні інноваційних технологій та розширенні варіантів покриття. Впровадження гнучких програм, підвищення якості сервісу та оптимізація цінової політики дозволять компанії не лише зберегти лідерські позиції на ринку, а й залучити нових клієнтів, забезпечуючи їхню фінансову стабільність і довгострокову лояльність.

Висновки до розділу 3

АТ «ARX» відіграє важливу роль у системі соціального захисту населення, забезпечуючи клієнтів доступними та якісними медичними страховими продуктами. Компанія сприяє фінансовій стабільності громадян, пропонуючи покриття на випадок захворювань, травм чи необхідності екстреної допомоги. Її діяльність підвищує рівень доступу до медичних послуг і зменшує фінансові ризики для фізичних осіб, підприємств та туристів, що є важливим внеском у загальну систему соціального захисту.

Дослідження показують, що більшість клієнтів компанії задоволені якістю послуг, професіоналізмом персоналу та доступністю страхових продуктів. Висока оцінка отримує прозорість умов страхування, оперативність у вирішенні страхових випадків та широкий спектр програм для різних потреб. Однак виявлено певні недоліки, такі як висока вартість премій для окремих категорій клієнтів та обмеження у покритті для специфічних послуг, які потребують вдосконалення.

Програми медичного страхування компанії демонструють ефективність у задоволенні потреб різних груп населення.

Фізичні особи отримують доступ до індивідуальних програм з гнучкими умовами. Корпоративні клієнти користуються вигідними умовами страхування для співробітників, що підвищує їхню лояльність та мотивацію.

Туристи мають доступ до спеціалізованих продуктів, що забезпечують медичний захист під час подорожей.

Ефективність програм підтверджується високим рівнем задоволеності клієнтів, однак існує потенціал для розширення спектра послуг та вдосконалення умов страхування.

Для зміцнення позицій на ринку та збільшення задоволеності клієнтів АТ «ARX» рекомендується:

- розширити варіанти страхового покриття, включивши більше профілактичних послуг та лікування специфічних станів;
- запровадити більш доступні тарифи для певних груп клієнтів, зокрема пенсіонерів та молоді;
- поліпшити цифрові сервіси, щоб спростити процес оформлення та обслуговування договорів;
- активніше співпрацювати з медичними установами для розширення мережі партнерів;
- удосконалити комунікацію з клієнтами для покращення їхнього досвіду страхування.

АТ «ARX» успішно виконує функцію соціального захисту через медичне страхування, забезпечуючи клієнтам широкий вибір програм. Водночас впровадження рекомендацій дозволить компанії не лише підвищити якість послуг, але й розширити базу клієнтів, укріпити конкурентні переваги та сприяти покращенню доступу до медичних послуг для широких верств населення.

ВИСНОВКИ

Медичне страхування – це система соціального захисту, що забезпечує фінансування медичних послуг для населення за рахунок страхових внесків. Головною метою медичного страхування є надання громадянам доступу до необхідної медичної допомоги у випадку хвороби чи травми, а також зниження фінансового навантаження на пацієнтів

Медичне страхування є важливим компонентом системи соціального захисту громадян, спрямованим на забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та фінансового захисту в разі хвороби.

Воно виконує функцію перерозподілу ризиків, зменшуючи тягар витрат на лікування для окремих осіб і домогосподарств.

Основні принципи медичного страхування:

- солідарність;
- обов'язковість або добровільність;
- економічна стабільність.

Фінансування медичних послуг через страхові внески, що дозволяє підтримувати менш забезпечених громадян.

У різних системах страхування можливі моделі як обов'язкового, так і добровільного медичного страхування.

Страхування сприяє зниженню фінансових ризиків для громадян, що важливо для соціальної стійкості.

Функції медичного страхування:

- захисна;
- профілактична;
- економічна.

Захисна функція гарантує фінансову підтримку в разі потреби в медичних послугах.

Профілактична функція стимулює участь у програмах раннього виявлення хвороб та профілактичних заходах.

Економічна функція оптимізує витрати на охорону здоров'я через механізми страхового покриття.

Існують два типи медичного страхування:

- обов'язкове медичне страхування (ОМС);
- добровільне медичне страхування (ДМС).

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) покриває базові потреби у сфері охорони здоров'я. Його головна мета – забезпечення загального доступу до медичних послуг.

Добровільне медичне страхування (ДМС): пропонує додаткові медичні послуги, які не входять до базового пакету, зокрема спеціалізоване лікування, комфортні умови стаціонару тощо.

Медичне страхування зміцнює соціальну стійкість, сприяючи зменшенню нерівності у доступі до медичних послуг.

Воно є інструментом економічної підтримки населення, допомагаючи уникнути фінансової катастрофи через високу вартість лікування.

У теорії медичного страхування поєднуються соціальні та економічні аспекти. Важливим завданням є баланс між доступністю страхових програм і їхньою економічною доцільністю.

Отже, медичне страхування відіграє ключову роль у забезпеченні соціального захисту громадян. Його функції виходять за межі суто фінансової підтримки, включаючи профілактику захворювань і соціальну стабільність. Розуміння теоретичних аспектів медичного страхування дає змогу створювати ефективні моделі, здатні забезпечити доступ до медичних послуг для всіх верств населення. Водночас вирішення викликів, таких як фінансування та доступність, є важливими для подальшого розвитку цієї сфери.

АТ «ARX» є одним із лідерів ринку медичного страхування в Україні, що підтверджується значною часткою ринку та високим рівнем довіри клієнтів.

Компанія має сильну репутацію завдяки багаторічному досвіду, стабільним фінансовим показникам та інноваційному підходу до надання страхових послуг.

Компанія пропонує різноманітні програми медичного страхування, включаючи добровільне медичне страхування (ДМС) для фізичних осіб, корпоративне страхування, а також спеціалізовані продукти для подорожуючих.

Гнучкість страхових програм дозволяє клієнтам обирати умови, які найбільше відповідають їхнім потребам та фінансовим можливостям.

АТ «ARX» забезпечує швидке врегулювання страхових випадків, що є ключовим фактором у збереженні довіри клієнтів.

Наявність медичних координаторів і цифрових платформ значно полегшує взаємодію клієнтів із компанією.

Компанія активно впроваджує сучасні технології, зокрема телемедицину, онлайн-консультації та мобільні додатки для управління страхуванням.

Ці інструменти дозволяють клієнтам зручно отримувати доступ до послуг і знижують витрати на адміністрування.

Високий рівень капіталізації та платоспроможності дозволяє компанії своєчасно виконувати зобов'язання перед клієнтами.

«ARX» інвестує у розвиток своєї діяльності, що сприяє її конкурентоспроможності.

Основні виклики для компанії пов'язані з конкуренцією на ринку, зростанням вартості медичних послуг і потребою розширення географії покриття.

Компанія також стикається із завданням популяризації медичного страхування серед громадян, які поки що мало усвідомлюють переваги цього продукту.

Компанія співпрацює з широким колом медичних установ, що дозволяє пропонувати якісні послуги в багатьох регіонах країни.

Водночас у деяких регіонах можуть бути обмеження щодо вибору партнерських клінік, що потребує подальшого розвитку.

Отже, АТ «Страхова компанія «ARX» успішно займає провідні позиції на ринку медичного страхування громадян завдяки широкому спектру продуктів, високій якості сервісу та інноваційним рішенням. Компанія сприяє підвищенню доступності медичних послуг та фінансовому захисту своїх клієнтів. Проте для зміцнення позицій і подальшого розвитку необхідно зосередитися на розширенні доступу до страхування, популяризації продуктів і вдосконаленні партнерської мережі.

Медичне страхування є одним із ключових елементів системи соціального захисту, спрямованим на забезпечення доступу до якісної медичної допомоги.

Воно допомагає знизити фінансовий тягар для громадян у разі хвороби, зменшуючи нерівність у доступі до медичних послуг.

Основними перевагами існуючої системи медичного страхування є:

- забезпечення фінансової підтримки громадян у разі медичних витрат;
- зростання популярності добровільного медичного страхування (ДМС) як ефективного інструменту доповнення до державної системи охорони здоров'я;
- впровадження профілактичних програм страхування сприяє покращенню загального стану здоров'я населення.

Система медичного страхування має свої недоліки та деякі обмеження:

- обмежений доступ до страхування;
- нерівномірний доступ до медичних послуг;
- недостатня обізнаність населення.

Значна частина населення не має можливості скористатися програмами ДМС через їх високу вартість.

У віддалених регіонах спостерігається нестача партнерських клінік і медичних установ.

Низька страхова культура та недостатня інформаційна підтримка щодо переваг медичного страхування.

Відсутність обов'язкового медичного страхування (ОМС), яке могло б забезпечити базовий рівень захисту для всіх громадян.

Пропозиції щодо вдосконалення медичного страхування:

- запровадження обов'язкового медичного страхування;
- розширення доступності страхових продуктів;
- розвиток цифрових технологій;
- інформаційні кампанії;
- розширення партнерської мережі.

Створення державної системи ОМС для забезпечення базового пакету медичних послуг для всіх громадян.

Розробка субсидованих програм страхування для малозабезпечених верств населення.

Впровадження електронних медичних карт, онлайн-платформ для управління страховими полісами та телемедицини.

Підвищення обізнаності громадян про переваги медичного страхування через інформаційні кампанії та освітні програми.

Активна співпраця з медичними установами в усіх регіонах для забезпечення рівного доступу до послуг.

При реалізації пропозицій щодо вдосконалення медичного страхування можна отримати багато вигоди.

По-перше, забезпечення фінансової стабільності домогосподарств у випадку витрат на лікування.

По-друге, збільшення тривалості та якості життя населення завдяки профілактичним заходам.

По-третє, зменшення навантаження на державний бюджет через ефективний перерозподіл ризиків.

В четвертих, зміцнення довіри громадян до системи охорони здоров'я та страхування.

Отже, медичне страхування відіграє важливу роль у системі соціального захисту, забезпечуючи фінансовий та медичний захист громадян. Однак існуюча система потребує удосконалення через запровадження обов'язкового страхування, розширення доступності послуг та підвищення страхової культури населення. Реалізація цих заходів дозволить забезпечити ефективну, справедливу та сучасну систему медичного страхування, яка сприятиме соціальній стабільності та покращенню рівня життя громадян.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. Київ: ВД —Персонал, 2013. 432 с. (дата звернення: 25.11.2024)
2. Борисюк О. В. Розвиток медичного страхування в Україні із використанням зарубіжного досвіду. Регіональна економіка та управління, 2020. Вип. 1 (27). 45–50 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/326327494.pdf> (дата звернення: 25.11.2024).
3. Гатаулліна Е. І., Божок М. О. Основні аспекти розвитку ринку медичного страхування в Україні. Економіка і суспільство. 2018. Вип. 18. 708–713 с. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2018-18-99> (дата звернення 24.11.2024)
4. Голяченко О. М, Голяченко О., Ганіткевич Я. Історія медицини: підручник. Тернопіль, 2004. 248 с. (дата звернення: 17.11.2024)
5. Гречківська Н. Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. Медична наука та практика: виклики і сьогодення. 2020. 77–82 с. (дата звернення: 25.11.2024)
6. Дзяк Г.В. , Перцева Т.О., Васильєва Т.Л. Витоки і традиції мистецтва лікування в пазлах всесвітньої історії: від давнини до середньовіччя. Дніпро, 2022. 192 с. (дата звернення: 29.11.2024)
7. Добрик Л.О. Виявлення і розкриття шахрайських схем у сфері страхування як невід'ємний елемент забезпечення економічної безпеки. Ефективна економіка. 2016. № 4. 24-26 с. (дата звернення: 25.11.2024)
8. Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навч. посібник. Черкаси, 2018. 244 с. (дата звернення: 28.11.2024)
9. Економіка охорони здоров'я: методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Основи медичного страхування» для підготовки студентів 6-х курсів за спеціальностями 7.12010001 «Лікарська справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003

«Медично-профілактична справа» / В.А. Огнєв та ін. Харків: ХНМУ, 2018. 26 с. (дата звернення: 25.11.2024)

10. Електронний журнал про страхування Форіншурер: веб-сайт. URL: <http://forinsurer.com/> (дата звернення: 25.10.2024)

11. Журавльова Т.О. Страхування: навч. посібн. Київ: «Освіти України», 2017. 320 с. (дата звернення: 25.11.2024)

12. Заволока Л. О., Задорожна В. В. Впровадження та гармонізація європейських стандартів в системі українського страхування. Економіка Фінанси Право: щомісячний інформаційно: аналітичний журнал. 2019. № 4/1. 35–38 с. (дата звернення: 25.11.2024)

13. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: сучасний стан та стратегія розвитку : монографія /С. М. Прилипко, О. М. Ярошенко, Т. А. Занфірова, Я. А. Аркатов. Харків : Право, 2017. 208 с. (дата звернення: 25.11.2024)

14. Про стандартизацію: Закон України від 19.11.1992. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 17.11.2024)

15. Про стандартизацію: Закон України від 07.03.1996. №85/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 21.11.2024)

16. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. 60-65 с. (дата звернення: 23.11.2024)

17. Історія медицини і медсестринства : навч. посібник / Л.Ф. Луцик, Р.В. Малюта, В.І.Мельник, О.Г. Григола. Київ : ВСВ "Медицина", 2018. 376 с. (дата звернення: 28.11.2024)

18. Історія медицини: курс лекцій для магістрів 1-3 курсів медичних факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» /

уклад. І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 132 с. (дата звернення: 19.11.2024)

19. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. 55–60 с. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1> (дата звернення: 27.11.2024)

20. Коваленко Л.О. Фінансовий менеджмент: навчальний посібник. Чернігів, 2017. 227 с. (дата звернення: 17.11.2024)

21. Кондратенко Д.В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування: наук. журн. Харків, 2021. 243-249 с. (дата звернення: 12.11.2024)

22. Конституція України: станом на 1 верес. 2016 р. / Верховна Рада України. Київ : Право, 2016, 86. (дата звернення: 25.11.2024)

23. Машина Н.І. Міжнародне страхування : навчальний посібник. Київ : Центр навч. літератури, 2006. 504 с. (дата звернення: 25.11.2024)

24. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США: веб сайт. URL: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>(дата звернення: 25.11.2024)

25. Мельник А.В. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування. Стратегічні напрями соціально-економічного розвитку держави в умовах глобалізації: тези всеукр. наук.-практ. конф., Хмельницький. (дата звернення: 25.11.2024)

26. Михайленко О. Г. Страхування: навчальний посібник Донецьк: ДНУ, 2016. 156 с. (дата звернення: 15.11.2024)

27. Мірошниченко В. Г. Медицина у ранньосередньовічній монастирській культурі (V-XI століття) / ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» 2015, 36-39 с. (дата звернення: 25.11.2024)

28. Навчально-наукова бібліотека. Університет «КРОК»: веб-сайт. URL: <https://www.krok.edu.ua/ua/pro-krok/pidrozdili/strukturni/navchalno-naukova-biblioteka> (дата звернення: 25.11.2024)

29. Національна наукова медична бібліотека України: веб-сайт. URL: <http://www.library.gov.ua> (дата звернення: 25.11.2024)
30. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг: веб-сайт. URL: <https://nfr.gov.ua> (дата звернення: 25.11.2024)
31. Офіційний сайт вільної енциклопедії: веб-сайт. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B5_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F (дата звернення: 22.11.2024)
32. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я: веб-сайт. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822> (дата звернення: 21.11.2024)
33. Офіційний сайт Ліги страхових організацій України: веб-сайт. URL: <https://uainsur.com/> (дата звернення: 20.11.2024)
34. Офіційний сайт Юридичної клініки Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого: веб-сайт. URL: <http://legalclinic.nlu.edu.ua/2020/04/29/medichne-strahuvannya/> (дата звернення: 24.11.2024)
35. ПОСТАНОВА КМУ Про утворення Національної служби здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 25.11.2024)
36. Прилуцький А. М. Стан та перспективи добровільного медичного страхування в Україні. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». 2019, № 12. URL: <http://socrates.vsau.org/repository/getfile.php/22939.pdf>. (дата звернення: 25.11.2024)
37. Проблеми розвитку добровільного медичного страхування в Україні: веб-сайт. URL: <http://forum.mnau.edu.ua/index.php?topic=487.0>. (дата звернення: 21.10.2024)
38. Проект Закону про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні (3464). URL:

<https://www.kmu.gov.ua/bills/proekt-zakonu-pro-finansove-zabezpechennya-okhoroni-zdorovya-ta-zagalnoobovyazkove-medichne-strakhuvannya-v-ukraini>
(дата звернення: 25.10.2024)

39. Романова А. А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я. *Медичне право*. 2013. № 1 (22). 106–110 с. (дата звернення: 25.10.2024)

40. Сардинець І. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль, 2002. 152 с. (дата звернення: 20.11.2024)

41. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Вчені записки університету «КРОК»*. Серія: Економіка. 2018. 80–93 с. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2018-49-80-93> (дата звернення: 11.11.2024)

42. Соціальне страхування: Навчальний посібник. Київ: Кондор, 2006. – 350 с. (дата звернення: 10.11.2024)

43. Страхування: підручник / В.Д. Базилевич та ін. Київ, 2008. 83 - 1019 с. (дата звернення: 15.11.2024)

44. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. (ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки). URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 25.10.2024)

45. Ступак Ф. Я. Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство. Київ: НМУ, 2002. 64 с. (дата звернення: 28.10.2024)

46. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. 43–47 с. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2019.12.43> (дата звернення: 15.11.2024)

47. Український інформаційний портал з останніми новинами в сфері медицини: веб-сайт. URL: <https://med.oboz.ua/> (дата звернення: 25.11.2024) (дата звернення: 20.11.2024)

48. Український медичний часопис: веб-сайт. URL: <https://umj.com.ua/uk> (дата звернення: 24.11.2024)

49. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої Влади України. Медична реформа: веб-сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 13.11.2024)

50. Фармакологія за Рангом і Дейлом: у 2 т. Т. 1 / Джеймс М. Ріттер, Род Флавер, Грем Гендерсон, Юн Конг Лоук, Девід Мак'юси, Гамфрі. (дата звернення: 25.11.2024)

51. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування: навчальний посібник. Кондор, 2004. 462 с. (дата звернення: 25.11.2024)

52. Юрченко О., Свирида О., Ковальчук С. Медичне страхування як інструмент забезпечення демографічної безпеки країни. Цифрова економіка та економічна безпека: науково-практичний журнал, 2022. 142–147 с. URL: <https://doi.org/10.32782/dees.2-24> (дата звернення: 25.11.2024)

ДОДАТКИ

Додаток А

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на 31 грудня 2021 р.

Форма №1 Кол за ДКУД 1801001

А К Т И В	Код рядка	На початок звітнього періоду	На кінець звітнього періоду
1	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	38 514	53 192
первісна вартість	1001	76 007	96 609
накопичена амортизація	1002	37 493	43 417
Незавершені капітальні інвестиції	1005	-	-
Основні засоби	1010	80 126	68 928
первісна вартість	1011	181 231	191 029
знос	1012	101 105	122 101
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції: які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	-	1 033 016
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	3 109	2 875
Відстрочені податкові активи	1045	37 779	50 821
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	377 550	510 666
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	66 146	120 102
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	603 224	1 839 600
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	512	751
виробничі запаси	1101	512	751
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	431 466	515 665
Дебіторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	9 222	12 265
з бюджетом	1135	124	2 586
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	2 281
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	5 811	1 301
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	1155	129 607	184 921
Поточні фінансові інвестиції	1160	1 364 955	762 751
Гроші та їх еквіваленти	1165	470 104	328 445
готівка	1166	15	7
рахунки в банках	1167	469 348	327 569
Витрати майбутніх періодів	1170	-	-
Частка перестраховика у страхових резервах	1180	42 758	50 148
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	5 139	8 021
резервах незароблених премій	1183	37 619	42 127

Продовження додатку А

інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	2 454 559	1 858 833
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	3 057 783	3 698 433

Пасив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
I	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	261 975	261 975
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	-	-
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	118 000	118 000
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	577 361	774 797
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Вилучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	957 336	1 154 772
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	35 938	27 840
Довгострокові забезпечення	1520	278 532	4 332
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	90 702	4 332
Цільове фінансування	1525	-	-
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	1 564 044	1 991 693
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань			
резерв збитків або резерв належних виплат	1532	234 480	302 269
резерв незароблених премій	1533	1 329 564	1 689 424
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Призовий фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	1 878 514	2 023 865
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями	1610	-	-
товари, роботи, послуги	1615	30 605	27 732
розрахунками з бюджетом	1620	29 034	39 032
у тому числі з податку на прибуток	1621	28 824	38 990
розрахунками зі страхування	1625	-	-
розрахунками з оплати праці	1630	975	351
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	160 941	109 698
Поточні забезпечення	1660	-	342 370
Доходи майбутніх періодів	1665	-	-
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	378	613
Усього за розділом III	1695	221 933	519 796
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття			
	1700	-	-
V. Чиста вартість акцій недержавного пенсійного фонду			
	1800	-	-
Баланс	1900	3 057 783	3 698 433

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)
за Рік 2021 р.

ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО

Форма № 2 Код за ДКУД 1801003

I. ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	-	-
Чисті зароблені страхові премії	2010	2 886 159	2 346 190
премії підписані, валова сума	2011	3 405 304	2 680 022
премії, передані у перестраховування	2012	163 795	148 914
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	359 859	206 985
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	4 509	22 067
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(-)	(35 763)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	1 268 521	1 009 058
Валовий:			
прибуток	2090	1 617 638	1 301 369
збиток	2095	(-)	(-)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	(64 908)	(21 331)
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	(67 789)	(23 768)
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	2 881	2 437
Інші операційні доходи	2120	12 426	195 409
у тому числі:	2121	-	-
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(529 969)	(494 710)
Витрати на збут	2150	(803 140)	(617 259)
Інші операційні витрати	2180	(29 390)	(73 945)
у тому числі:	2181	-	-
витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності:			
прибуток	2190	202 657	289 533
збиток	2195	(-)	(-)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	174 804	100 809
Інші доходи	2240	31 237	102 146
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2250	(5 448)	(7 364)
Втрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(74 789)	(46 574)
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті	2275	-	-

Продовження додатка 2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	328 461	438 550
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	(131 025)	(139 892)
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	197 436	298 658
збиток	2355	(-)	(-)

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на 31 грудня 2022 р.

Форма №1 Код за ДКУД 1801001

А К Т И В	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
I	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	53 192	114 585
первісна вартість	1001	96 609	167 221
накопичена амортизація	1002	43 417	52 636
Незавершені капітальні інвестиції	1005	-	-
Основні засоби	1010	68 928	64 595
первісна вартість	1011	191 029	201 513
знос	1012	122 101	136 918
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції: які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	1 033 016	360 325
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	2 875	2 220
Відстрочені податкові активи	1045	50 821	49 893
Гудвил	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	510 666	399 440
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	120 102	131 033
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	1 839 600	1 122 091
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	751	750
виробничі запаси	1101	751	750
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	515 665	512 311
Дебіторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	12 265	17 226
з бюджетом	1135	2 586	2 294
у тому числі з податку на прибуток	1136	2 281	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	1 301	5 341
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	1155	184 921	151 823
Поточні фінансові інвестиції	1160	762 751	1 381 557
Гроші та їх еквіваленти	1165	328 445	908 742
готівка	1166	7	10
рахунки в банках	1167	327 569	908 732
Витрати майбутніх періодів	1170	-	-
Частка перестраховника у страхових резервах	1180	50 148	716 498
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних вигод	1182	8 021	699 024
резервах незароблених премій	1183	42 127	17 473

Продовження додатку В

інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	1 858 833	3 696 542
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	3 698 433	4 818 633

Пасив	Код ривка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
I	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	261 975	261 975
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у доодіаках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	-	-
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	118 000	139 906
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	774 797	1 290 268
Невсплачений капітал	1425	(-)	(-)
Вилучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	1 154 772	1 692 149
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	27 840	20 554
Довгострокові забезпечення	1520	4 332	15 719
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	4 332	15 749
Цільове фінансування	1525	-	-
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	1 991 693	2 443 238
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань	1532	302 269	1 044 914
резерв збитків або резерв належних виплат	1533	1 689 424	1 398 324
резерв незароблених премій	1534	-	-
інші страхові резерви	1535	-	-
Інвестиційні контракти	1540	-	-
Призовий фонд	1545	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	2 023 865	2 479 541
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за: довгостроковими зобов'язаннями	1610	-	-
товари, роботи, послуги	1615	27 732	59 076
розрахунками з бюджетом	1620	39 032	27 518
у тому числі з податку на прибуток	1621	38 990	27 316
розрахунками зі страхування	1625	-	168
розрахунками з оплати праці	1630	351	107
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	109 698	203 145
Поточні забезпечення	1660	342 370	356 105
Доходи майбутніх періодів	1665	-	-
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	613	824
Усього за розділом III	1695	519 796	646 943
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	1700	-	-
V Чиста вартість акцій дисервального пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	3 698 433	4 818 633

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)
за Рік 2022 р.

Форма № 2 Код за ДКУД 1801003

I. ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
I	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	-	-
Чисті зароблені страхові премії	2010	2 935 548	2 886 159
премії підписані, валова сума	2011	2 763 900	3 405 304
премії, передані у перестраховування	2012	94 797	163 795
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	(291 099)	359 859
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	(24 654)	4 509
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(-)	(-)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	1 012 162	1 268 521
Валовий:			
прибуток	2090	1 923 386	1 617 638
збиток	2095	(-)	(-)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	(51 641)	(64 908)
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	(742 645)	(67 789)
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	691 004	2 881
Інші операційні доходи	2120	91 458	12 426
у тому числі:	2121	-	-
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(610 243)	(529 969)
Витрати на збут	2150	(826 012)	(803 140)
Інші операційні витрати	2180	(69 131)	(29 390)
у тому числі:	2181	-	-
витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності:			
прибуток	2190	457 817	202 657
збиток	2195	(-)	(-)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	232 130	174 804
Інші доходи	2240	217 590	31 237
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2250	(4 635)	(5 448)
Втрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(152 890)	(74 789)
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті	2275	-	-

Продовження додатка 2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	750 012	328 461
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	(212 635)	(131 025)
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	537 377	197 436
збиток	2355	(-)	(-)

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на 31 грудня 2023 р.

Форма №1 Код за ДКУД 1801001

А К Т И В	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
I	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	114 585	149 822
первісна вартість	1001	167 221	217 723
накопичена амортизація	1002	52 636	67 901
Незавершені капітальні інвестиції	1005	-	-
Освоєні засоби	1010	64 595	82 522
первісна вартість	1011	201 513	205 905
знос	1012	136 918	123 383
Інвестиційна нерухомість	1015	-	-
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	-	-
знос інвестиційної нерухомості	1017	-	-
Довгострокові біологічні активи	1020	-	-
первісна вартість довгострокових біологічних активів	1021	-	-
накопичена амортизація довгострокових біологічних активів	1022	-	-
Довгострокові фінансові інвестиції:			
які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	1030	-	-
інші фінансові інвестиції	1035	360 325	1 214 305
Довгострокова дебіторська заборгованість	1040	2 220	1 939
Відстрочені податкові активи	1045	10 821	9 976
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	-	-
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	131 033	226 080
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	683 579	1 684 644
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	750	908
виробничі запаси	1101	750	908
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебіторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	-	-
Дебіторська заборгованість за розрахунками:			
за виданими авансами	1130	17 226	8 817
з бюджетом	1135	2 531	2 409
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	2 278
Дебіторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	5 341	5 784
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інші поточні дебіторська заборгованість	1155	69 018	104 157
Поточні фінансові інвестиції	1160	1 381 557	1 745 446
Гроші та їх еквіваленти	1165	908 742	196 329
готівка	1166	10	6
рахунки в банках	1167	908 732	196 323
Витрати майбутніх періодів	1170	-	-
Частина перестраховика у страхових резервах	1180	671 492	686 739
у тому числі в:			
резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних викидів	1182	-	-
резервах незароблених премій	1183	-	-

Продовження додатку Г

інших страхових резервах	1184	671 492	686 739
Інші оборотні активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	3 056 657	2 750 589
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	3 740 236	4 435 233

Пасив	Код рядка	На початок звітної періоду	На кінець звітної періоду
1	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (пайовий) капітал	1400	261 975	261 975
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	-	-
Додатковий капітал	1410	-	-
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	118 000	118 000
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	1 353 142	1 800 525
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Видучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	1 733 117	2 180 500
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податкові зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	20 554	29 366
Довгострокові забезпечення	1520	15 749	41 128
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	15 749	41 128
Цільове фінансування	1525	-	-
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	1 730 752	1 956 623
у тому числі:	1531	-	-
резерви довгострокових зобов'язань	1532	-	-
резерв збитків або резерв належних виплат	1533	-	-
резерв незароблених премій	1534	1 730 752	1 956 623
інші страхові резерви	1535	-	-
Інвестиційні контракти	1540	-	-
Призовний фонд	1545	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1550	-	-
Усього за розділом II	1595	1 767 055	2 027 117
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями:	1610	-	-
товари, роботи, послуги	1615	59 076	26 807
розрахунками з бюджетом	1620	3 579	15 020
у тому числі з податку на прибуток	1621	3 189	15 020
розрахунками зі страхування	1625	89	-
розрахунками з оплати праці	1630	106	38
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	37 351	38 091
Поточні забезпечення	1660	139 038	147 521
Доходи майбутніх періодів	1665	-	-
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	825	139
Усього за розділом III	1695	240 064	227 616
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	1700	-	-
V. Чиста зобов'язання недержавного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	3 740 236	4 435 233

Підприємство **Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "АРКС"** за ЄДРПОУ **20474912**

Дата (рік, місяць, число) **2024 01 01**

(найменування)

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) за **Рік 2023** р.

Форма № 2 Код за ДКУД **1801003**

КОДИ

ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО

І. ФІНАНСОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	-	-
Чисті зароблені страхові премії	2010	3 352 601	3 054 570
премії підписані, валова сума	2011	-	-
премії, передані у перестраховування	2012	-	-
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	-	-
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	-	-
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(-)	(-)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	1 382 682	1 029 275
Валовий:			
прибуток	2090	1 969 919	2 025 295
збиток	2095	(-)	(-)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	-	-
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	-	-
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	-	-
Інші операційні доходи	2120	8 917	73 070
у тому числі:	2121	-	-
дохід від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
дохід від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2122	-	-
дохід від використання коштів, вивільнених від оподаткування	2123	-	-
Адміністративні витрати	2130	(-)	(-)
Витрати на збут	2150	(1 182 635)	(1 071 393)
Інші операційні витрати	2180	(639 413)	(620 124)
у тому числі:	2181	-	-
витрати від зміни вартості активів, які оцінюються за справедливою вартістю			
витрати від первісного визнання біологічних активів і сільськогосподарської продукції	2182	-	-
Фінансовий результат від операційної діяльності:			
прибуток	2190	156 788	406 848
збиток	2195	(-)	(-)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	373 256	232 132
Інші доходи	2240	131 432	217 250
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2250	(57 500)	(29 337)
Витрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(56 717)	(153 365)
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті	2275	-	-



Продовження додатка 2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	547 259	673 528
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	(99 876)	(160 130)
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	447 383	513 398
збиток	2355	(-)	(-)

II. СУКУПНИЙ ДОХІД

Стаття	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Дооцінка (уцінка) необоротних активів	2400	-	-
Дооцінка (уцінка) фінансових інструментів	2405	-	-
Накопичені курсові різниці	2410	-	-
Частка іншого сукупного доходу асоційованих та спільних підприємств	2415	-	-
Інший сукупний дохід	2445	-	-
Інший сукупний дохід до оподаткування	2450	-	-
Податок на прибуток, пов'язаний з іншим сукупним доходом	2455	-	-
Інший сукупний дохід після оподаткування	2460	-	-
Сукупний дохід (сума рядків 2350, 2355 та 2460)	2465	447 383	513 398

III. ЕЛЕМЕНТИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Матеріальні затрати	2500	11 367	8 702
Витрати на оплату праці	2505	426 679	373 643
Відрахування на соціальні заходи	2510	65 175	64 407
Амортизація	2515	39 105	43 796
Інші операційні витрати	2520	2 585 011	2 766 561
Разом	2550	3 127 337	3 257 109

IV. РОЗРАХУНОК ПОКАЗНИКІВ ПРИБУТКОВОСТІ АКЦІЙ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Середньорічна кількість простих акцій	2600	-	-
Скоригована середньорічна кількість простих акцій	2605	-	-
Чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2610	-	-
Скоригований чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2615	-	-
Дивіденди на одну просту акцію	2650	-	-



ЕП Перетяжко
Андрій Іванович

Перетяжко Андрій Іванович

ЕП Груба Інна
Іванівна

Груба Інна Іванівна