

20МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	<u>інститут економіки та бізнес-освіти</u>
Кафедра	<u>фінансів і бухгалтерського обліку</u>
Спеціальність	<u>072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»</u>
Форма навчання	<u>денна</u>

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Лазаренка Павла Вікторовича

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему **«Медичне страхування як ефективний підхід
забезпечення потреб сталого розвитку у сфері
охорони здоров'я»**

(повна назва теми)

за матеріалами

ПрАТ СК «Універсальна»

(повна назва бази дослідження)

науковий керівник

к. е. н.

(наук. ступінь, вчене звання)

(підпис)

Супрун Н.В.

(прізвище, ініціали)

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри

від 20 січня 2026 р. № 7

Завідувач кафедри

(підпис)

к. е. н., доцент

Наук. ступінь, вчене звання

О.В. Неізнана

Ініціали, прізвище

Кривий Ріг – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	<i>інститут економіки та бізнес-освіти</i>
Кафедра	<i>фінансів і бухгалтерського обліку</i>
Спеціальність	<i>072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок»</i>
Форма навчання	<i>денна</i>

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри _____ Неізнєстна О.В.
(підпис) (Прізвище, ініціали)
«08» вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ

1. Тема роботи: **«Медичне страхування як ефективний підхід забезпечення потреб сталого розвитку у сфері охорони здоров'я»**

Керівник роботи к.е.н., доцент кафедри фінансів і бухгалтерського обліку Супрун Наталія Вікторівна.

затверджені наказом закладу вищої освіти від **«14» жовтня 2025 р. № 711-ст**

2. Строк подання здобувачем роботи до **«09» січня 2026 р.**

3. Зміст кваліфікаційної роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

Розділ 1. Теоретичні та методичні засади медичного страхування у контексті досягнення цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я: зміст медичного страхування та його роль у сучасній системі охорони здоров'я з врахуванням цілей сталого розвитку; основні моделі державного і приватного медичного страхування; опис моделі фінансування охорони здоров'я в Україні.

Розділ 2. Оцінка діяльності страхової компанії в сегменті медичного страхування: характеристика ПрАТ СК «Універсальна» та оцінка її місця в сегменті медичного страхування; аналіз фінансового стану та ефективності діяльності страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна»; оцінка продуктів з медичного страхування ПрАТ СК «Універсальна».

Розділ 3. Удосконалення системи медичного страхування з врахуванням потреб сталого розвитку: напрямки удосконалення інституційної та інфраструктурної складових медичного страхування у контексті сталого розвитку; стратегічні фактори успіху для розвитку медичного страхування в Україні; розробка послуги з цифрового медичного страхування.

Об'єкт дослідження: процеси функціонування та розвитку медичного страхування в Україні на сучасному етапі.

Предмет дослідження: методи, моделі та інструменти медичного страхування як механізму забезпечення потреб сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Мета кваліфікаційної роботи: обґрунтування теоретичних засад, інституційних передумов та практичних підходів до використання медичного страхування як ефективного інструменту сталого розвитку у сфері охорони здоров'я України.

5. Дата видачі завдання « 08 » вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів МДР	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	до 03.10.2025	01.10.2025
2	Підготовка розділу 2	до 31.10.2025	30.10.2025
3.	Підготовка розділу 3	до 01.12.2025	28.11.2025
4	Отримання відгуку від наукового керівника	до 08.12.2025	08.12.2025
5	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 02.01.2026	31.12.2025
6	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 09.01.2026	Реєстраційний № ____ «__» січня 2026 р.
7	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	до 12.01.2026	12.01.2026
8	Підготовка до захисту в ЕК	до 16.01.2026	15.01.2026

Завдання підготував науковий керівник

(підпис)

Супрун Н.В.

(прізвище та ініціали)

Завдання одержав

(підпис)

Лазаренко П.В.

(прізвище та ініціали)

Декларація
про дотримання академічної доброчесності під час написання
кваліфікаційної магістерської роботи
здобувачем вищої освіти
Державного університету економіки і технологій

Я, Лазаренко Павло Вікторович, студент 2 курсу, групи ФБС-24м Державного університету економіки і технологій розумію і підтримую політику закладу із академічної доброчесності. Я не надавав і не одержував заборонену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

(підпис)

Павло ЛАЗАРЕНКО

(Ім'я, ПРІЗВИЩЕ)

06.01.2026 р.

(дата)

АНОТАЦІЯ

Лазаренко П. В. Медичне страхування як ефективний підхід забезпечення потреб сталого розвитку у сфері охорони здоров'я (за матеріалами ПрАТ СК «Універсальна»). – Рукопис.

Кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок». Державний університет економіки і технологій. Кривий Ріг. 2026.

Кваліфікаційна робота магістра присвячена актуальним питанням функціонування медичного страхування як ефективного механізму забезпечення потреб сталого розвитку у сфері охорони здоров'я.

В роботі оцінено фінансовий і організаційний механізм медичного страхування і його місце у концепції охорони здоров'я відповідно до цілей сталого розвитку. Розглянуто закордонний досвід охорони здоров'я в розвинених країнах і місце у ньому медичного страхування. Оцінено фактори впливу на розвиток медичного страхування в Україні. Проаналізовано діяльність страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна» та оцінено її програми медичного страхування.

В роботі оцінено досягнення сфери охорони здоров'я у цифровізації та визначено напрямки подальшого удосконалення. На прикладі ПрАТ СК «Універсальна» розроблено сучасну страхову послугу з медичного страхування та послугу зі страхування випадок хвороби. Проведено прогнозування результатів реалізації пропонованих заходів на стратегічне управління діяльністю страхової компанії.

Ключеві слова: охорона здоров'я, сталий розвиток, невизначеність, війна, воєнний стан, страховий ринок, страхування, страховик, медичне страхування, криза, фінансовий результат, фінансовий стан, фінансова стійкість, страхові резерви, діджиталізація, телематика, штучний інтелект.

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 Теоретичні та методичні засади медичного страхування у контексті досягнення цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я	10
1.1 Зміст медичного страхування та його роль у сучасній системі охорони здоров'я з врахуванням цілей сталого розвитку	10
1.2 Основні моделі державного і приватного медичного страхування	18
1.3 Опис моделі фінансування охорони здоров'я в Україні	24
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2 Оцінка діяльності страхової компанії в сегменті медичного страхування	37
2.1 Характеристика ПрАТ СК «Універсальна» та оцінка її місця в сегменті медичного страхування	37
2.2 Аналіз фінансового стану та ефективності діяльності страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна»	45
2.3 Оцінка продуктів з медичного страхування ПрАТ СК «Універсальна»	60
Висновки до розділу 2	71
РОЗДІЛ 3 Удосконалення системи медичного страхування з врахуванням потреб сталого розвитку	74
3.1 Напрямки удосконалення інституційної та інфраструктурної складових медичного страхування у контексті сталого розвитку	74
3.2 Стратегічні фактори успіху для розвитку медичного страхування в Україні	84
3.3 Розробка послуги з цифрового медичного страхування	96
Висновки до розділу 3	114
ВИСНОВКИ	117
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	125
ДОДАТКИ	131

ВСТУП

Сфера охорони здоров'я України переживає один із найскладніших періодів у своїй сучасній історії. Повномасштабна війна, що триває вже четвертий рік, суттєво вплинула на доступність медичних послуг, стан інфраструктури, фінансову стійкість медичних закладів та здоров'я населення. Зростання потреб у медичній допомозі на тлі обмежених ресурсів держави загострило проблему забезпечення громадян якісними і безперервними медичними послугами. У таких умовах набуває особливої актуальності питання формування ефективної моделі медичного страхування як елементу системи сталого розвитку у сфері охорони здоров'я.

Одночасно з воєнними викликами, сектор охорони здоров'я зазнає істотних трансформацій, пов'язаних із реалізацією медичної реформи, цифровізацією, впровадженням електронної системи охорони здоров'я та модернізацією фінансових механізмів. У 2023–2025 роках відбувається поступове вдосконалення правової та організаційної бази державних гарантій медичного забезпечення, посилюється увага до ролі страхових механізмів, розширюються можливості приватних страхових компаній, активно обговорюються майбутні моделі загальнообов'язкового медичного страхування. Це формує нове середовище для розвитку інститутів медичного страхування як у державному, так і в приватному секторах.

Важливо зазначити, що попит на послуги медичного страхування в Україні традиційно залишався фрагментарним. Низький рівень страхової культури, обмежені фінансові можливості населення, нерівномірний доступ до медичних послуг та історично сильна залежність від бюджетного фінансування стримували розвиток медичного страхування. Однак спочатку пандемія коронавірусу, а потім і широкомасштабна війна продемонстрували критичну необхідність диверсифікації джерел фінансування медицини та посилення ролі механізмів управління ризиками здоров'я.

Особливу цінність медичне страхування набуває в контексті забезпечення Цілей сталого розвитку ООН, насамперед Цілі 3 «Міцне здоров'я і благополуччя». Стале функціонування системи охорони здоров'я, фінансова захищеність громадян, зменшення нерівності у доступі до медичних послуг, розвиток профілактичних програм — усі ці компоненти безпосередньо пов'язані з формуванням ефективної моделі медичного страхування.

Сектор медичного страхування в Україні також зазнає впливу інституційних змін: посилення державного регулювання, узгодження із вимогами ЄС, розширення технічних стандартів обміну даними у системі eHealth, підвищення вимог до захисту персональних даних, цифрових сервісів, кібербезпеки та прозорості роботи медичних страховиків. Водночас цифрові інструменти – електронні медичні картки, електронні рецепти, телемедицина, автоматизовані системи врегулювання страхових випадків підсилюють можливості страхових компаній щодо підвищення ефективності та зниження операційних витрат.

Попри актуальність проблематики, у сучасному українському науковому просторі спостерігається недостатня кількість комплексних досліджень, що розглядають медичне страхування саме як механізм забезпечення сталого розвитку у сфері охорони здоров'я. Потребують поглиблення питання взаємодії державних і приватних фінансових інструментів, аналіз моделей медичного страхування, оцінка їхнього впливу на фінансову стійкість системи охорони здоров'я, формування підходів до інтеграції цифрових технологій у страхові процеси.

Дослідження проблематики медичного страхування представлені у працях вітчизняних і зарубіжних науковців, зокрема Базилевича В.Д., Гаманкової О.О., Бугеля Ю.В., Осадця С.С., Залєтова О.М., Ротової Т.А., Шумелди Я.П., Супруна А.А., Супрун Н.В., а також інших дослідників. Вагомий внесок у розвиток теорії та практики медичного страхування зробили також Мних М.В., Плиса В.Й., Стецюк П.А., Шолойко А.С., Онишко С.В.,

Козьменко С.М., Кнейслер О.В., Клапків Ю.М., Лондар С.Л., Ніколенко Л.Ф., Петрова І.П., Скулиш Ю.М.

Серед зарубіжних учених і експертів, які досліджували фінансові, інституційні та соціально-економічні аспекти медичного страхування й систем охорони здоров'я, доцільно відзначити W. van de Ven, R. Busse, E. Mossialos, J. Figueras, M. McKee, J. Kutzin, P. Smith, T. Rice, A. Wagstaff, J. Savedoff, M. Thomson, S. Thomson, J. Langenbrunner, а також аналітиків і дослідників OECD, World Bank, WHO (Europe).

Водночас слід зауважити, що значна частина наукових напрацювань потребує оновлення та адаптації до сучасних викликів, пов'язаних з медициною катастроф (медицина під час пандемії і війни), трансформацією системи охорони здоров'я, цифровізацією медичних послуг та розвитком системи eHealth, а також завданнями післявоєнного відновлення та осучаснення медичної інфраструктури у відповідності до цілей сталого розвитку.

Об'єктом дослідження є процеси функціонування та розвитку медичного страхування в Україні на сучасному етапі. Процеси відслідковуються на базі даних розвитку медичної галузі, страхового ринку та діяльності в сегменті страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна».

Предметом дослідження є методи, моделі та інструменти медичного страхування як механізму забезпечення потреб сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Метою роботи є обґрунтування теоретичних засад, інституційних передумов та практичних підходів до використання медичного страхування як ефективного інструменту сталого розвитку у сфері охорони здоров'я України.

Для досягнення поставленої мети у роботі розв'язано такі завдання:

- розкрито зміст медичного страхування та його роль у сучасній системі охорони здоров'я з врахуванням цілей сталого розвитку;
- оцінено вплив воєнних подій на стан здоров'я населення та фінансову стійкість системи охорони здоров'я;

- досліджено інституційні та нормативно-правові зміни, що впливають на розвиток медичного страхування в Україні;
- проаналізовано світові моделі медичного страхування та можливості їх застосування в українських умовах;
- досліджено взаємозв'язок медичного страхування із Цілями сталого розвитку, зокрема Ціллю 3;
- проаналізовано діяльність ПрАТ СК «Універсальна» у сфері медичного страхування;
- оцінено фінансовий стан та ефективність діяльності ПрАТ СК «Універсальна»;
- розкрито потенціал цифрових технологій для досягнення цілей сталого розвитку у медичному страхуванні;
- розроблено сучасну послугу з медичного страхування з акцентом на змішаний формат обслуговування страхувальників;
- сформовано пропозиції щодо удосконалення механізмів медичного страхування у воєнний та післявоєнний періоди;
- обґрунтовано перспективні моделі поєднання державного та приватного страхування у контексті сталого розвитку охорони здоров'я.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному підході до оцінки медичного страхування як інструменту сталого розвитку, поєднанні аналізу страхових механізмів із системною оцінкою воєнних викликів, цифрових інновацій та стратегічних пріоритетів розвитку охорони здоров'я. Додатковою складовою новизни є розробка концептуальної моделі інтеграції медичного страхування у фінансову та організаційну архітектуру сучасної системи охорони здоров'я в Україні.

Методологічною основою дослідження є діалектичний підхід, загальнонаукові та спеціальні методи аналізу: історичний, логічний, структурно-функціональний аналіз, порівняння, економіко-статистичні методи, метод експертних оцінок. Інформаційну базу становлять законодавчі акти України, нормативні документи МОЗ, НСЗУ та НБУ, матеріали ВООЗ,

ООН та Світового банку, статистичні дані НАСУ, аналітичні огляди страховиків, публікації українських та зарубіжних дослідників.

Практичне значення роботи полягає в розробці страхової послуги з медичного страхування на базі ПрАТ СК «Універсальна».

Результати кваліфікаційної роботи частково оприлюднені автором у збірнику матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції «Інновації та їхній вплив на економіку та суспільство» Східноєвропейського центру наукових досліджень (м. Суми, 15 жовтня 2025 р) – «Інноваційні технології страхових компаній в контексті сталого розвитку», DOI: <https://doi.org/10.64076/eecsr251015>

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У КОНТЕКСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ СТАЛОГО РОЗВИТКУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Зміст медичного страхування та його роль у сучасній системі охорони здоров'я з врахуванням цілей сталого розвитку

Україна зараз знаходиться у стані важкої війни екзистенційного характеру з потужним агресором. В таких умовах важливо не втратити базис формування держави, її інституцій, елементів ефективного управління, оскільки від цього залежатиме і швидкість відновлення країни після завершення бойових дій.

Елементом економічної незалежності, суверенітету є якісна система охорони здоров'я. Забезпечення населення якісними і доступними медичними послугами має і локальний, і глобальний масштаб, що прослідковується у відомій концепції сталого розвитку.

Концепція сталого розвитку сформувалася поступово як відповідь на глобальні екологічні, соціальні та економічні виклики другої половини ХХ століття. Її витоки пов'язують із екологічним рухом 1960–1970-х років та науковими попередженнями щодо перевантаження природних систем. Важливим етапом став звіт «Limits to Growth» (1972), підготовлений Римським клубом, у якому за допомогою математичного моделювання було доведено, що неконтрольоване зростання населення та виробництва є несумісним із ресурсними можливостями планети [11].

Поворотним моментом стало створення у 1983 році Всесвітньої комісії ООН з навколишнього середовища і розвитку (WCED). У 1987 році комісія оприлюднила звіт "Our Common Future", де вперше було сформовано сучасне визначення сталого розвитку як розвитку, що задовольняє потреби

нинішнього покоління, не ставлячи під загрозу можливості майбутніх поколінь задовольняти свої власні потреби. Цей документ заклав фундамент нормативного та політичного розуміння сталості [26].

Подальший розвиток концепції відбувся на конференції ООН у Ріо-де-Жанейро «Саміт Землі» (1992), де були ухвалені принципи сталого розвитку, «Порядок денний на XXI століття» (Agenda 21) і почалося формування міжнародної інституційної інфраструктури екологічної політики [22]. У 2000 році держави ухвалили Цілі розвитку тисячоліття (MDGs) [24], а у 2015 році їх змінила розширена система Цілей сталого розвитку (SDGs) — глобальний комплекс орієнтирів у соціальній, економічній та екологічній сферах до 2030 року [16].

Концепція сталого розвитку еволюціонувала від екологічно мотивованої ідеї до інтегрованої глобальної стратегії розвитку, що поєднує економічне зростання, соціальну справедливість і відповідальне використання природних ресурсів.

Україна фактично на рівні державних інституцій приєдналася до концепції у 2019 році, що закріплено Указом Президента [46].

Зміст цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я можна представити так (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Цілі сталого розвитку у сфері охорони здоров'я

Глобальна ціль - Забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці	
Ціль 3 спрямована на створення стійких систем охорони здоров'я, зменшення смертності, забезпечення доступу до медичних послуг і підвищення якості життя населення. Вона є ключовою у досягненні соціального та економічного розвитку, оскільки здорове населення є фундаментом людського потенціалу та продуктивності.	
1	2
3.1	Знизити глобальний рівень материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених.
3.2	Ліквідувати до 2030 року попереджувану смертність немовлят і дітей до 5 років.
3.3	Подолати епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб; знизити рівень захворюваності на гепатити, водні та інші інфекції.
3.4	До 2030 року знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань на одну третину та сприяти психічному здоров'ю й добробуту.

Продовження табл. 1.1

1	2
3.5	Посилити профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, включаючи наркотики й алкоголь.
3.6	До 2030 року наполовину скоротити смертність та травматизм від дорожньо-транспортних пригод.
3.7	Забезпечити універсальний доступ до сексуальної та репродуктивної медицини, включно з плануванням сім'ї.
3.8	Досягти універсального охоплення медичними послугами (УНС), включаючи фінансовий захист, доступ до якісної базової медичної допомоги та безпечних і ефективних ліків і вакцин.
3.9	Знизити смертність і захворюваність від небезпечних хімічних речовин та забруднення повітря, води й ґрунтів. 3.a. Посилити реалізацію Рамкової конвенції ВООЗ щодо боротьби проти тютюну. 3.b. Підтримувати дослідження, розвиток вакцин та ліків; забезпечити доступ до недорогих препаратів і вакцин для країн, що розвиваються. 3.c. Значно збільшити фінансування охорони здоров'я та забезпечити підготовку, розвиток і рівномірний розподіл медичних працівників. 3.d. Посилити готовність усіх країн до реагування на національні та глобальні загрози здоров'ю.

Джерело: складено за [23]

Звісно, що після злочинського нападу росії на Україні, трагедії українського народу і повернення усієї цивілізації на крок назад, є питання до самого змісту концепції сталого розвитку. Чи взагалі можлива її реалізація, коли існують такі країни як росія, іран, північна корея. Але однозначним є те, що попри війни, пандемії, катастрофи і економічні кризи ефективна система охорони здоров'я має забезпечувати рівний доступ до медичних послуг для всіх категорій населення, гарантувати їхню якість, охоплювати профілактичні заходи, бути територіально доступною та відповідно фінансованою. Принципи сталого розвитку в цій сфері реалізуються шляхом належного ресурсного та кадрового забезпечення, а також розвитку сучасної медичної інфраструктури. Україна декларативно підтримує зазначені вище цілі, але реально мало до них наблизилася через інституційні та інфраструктурні проблеми.

Стан сучасної української медицини не можна вважати задовільним. Скоріше навпаки. Невідповідність системи охорони здоров'я України сучасним світовим стандартам відчувалася від самого початку отримання

країною незалежності. Україна є чи не єдиною країною у Європі де відсутнє обов'язкове медичне страхування. Пандемія коронавірусу просто показала наочно те, про що неодноразово згадувалося на різних експертних рівнях. У 2022 році на існуючі і виявлені під час пандемії інституційні і фінансові проблеми наклався фактор війни, який додав дефіцит персоналу та кількості вільних місць у медичних закладах. Здавалося б у таких умовах варто очікувати збільшення попиту на медичне страхування, а насправді він зменшився. Про це свідчать останні статистичні дані – загальна кількість договорів медичного страхування за результатами 6 місяців 2025 року дорівнює 267,3 тис., а за аналогічний період 2024 року було укладено 531,6 тис. договорів. Відповідно до цього загальна кількість чинних договорів страхування зменшилася у 2025 році на 32,2%.

Гіпотеза нашого подальшого дослідження – попит на медичне страхування зменшився за одночасної дії таких факторів:

- масовий виїзд українців за кордон у якості біженців;
- зменшення реальної платоспроможності населення на фоні високої інфляції;
- погіршення під час війни наявної медичної інфраструктури;
- часто не вигідні умови, яку пропонуються клієнтам страховими компаніями та пасивність страхових компаній у сфері впровадження інновацій у сегменті.

Окрім представлених факторів у форматі гіпотези є незаперечний факт – відставання України у царині охорони здоров'я має чітко визначений інституційний характер: в Україні не впроваджено обов'язкове медичне страхування ні у якій формі. Переважна більшість страховиків сьогодні діє ситуативно і однобоко - компанії влаштовують суттєве підняття тарифів на страхування цивільної відповідальності водіїв як забезпечення грошового потоку і фактору росту. Переважна більшість конкурує у цьому сегменті ринку і фактично залишає інші потенційно перспективні сегменти без уваги.

Іншу ситуацію спостерігаємо у розвинених країнах світу. Медичному страхуванню там приділяється дуже суттєва увага, що відповідає концепції сталого розвитку. До того ж вартість медичних послуг у більшості країн є дуже вартісною і тільки достатньо заможні верстви населення можуть собі дозволити не мати медичної страховки і користуватися послугами приватної медицини.

Медичне страхування є ключовим елементом сучасних систем охорони здоров'я, оскільки забезпечує фінансовий захист населення від ризиків, пов'язаних із захворюваннями, непрацездатністю та високими витратами на медичні послуги. У світовій практиці медичне страхування розглядається як фундаментальний інструмент реалізації права людини на охорону здоров'я та один з найбільш ефективних механізмів забезпечення сталого фінансування галузі. Зростаюча потреба у доступності, якості та економічній стійкості медичної допомоги зумовлює інтеграцію страхових моделей у стратегічні плани держав, включно з досягненням Цілей сталого розвитку (SDGs), затверджених Генеральною Асамблеєю United Nations у 2015 році [24].

Медичне страхування представляє собою сукупність економічних, правових і соціальних відносин, спрямованих на забезпечення громадян фінансовими гарантіями при настанні страхового випадку — хвороби, травми, госпіталізації чи втрати працездатності. Медичне страхування структуроване за елементами: формування страхового фонду, оцінка ризиків, тарифікація, адміністрування договорів, медичний андеррайтинг, врегулювання страхових випадків, а також моніторинг якості медичних послуг (табл. 1.2).

В основі цієї системи лежить принцип солідарності: здорові учасники страхового пулу частково компенсують втрати тих, хто потребує медичної допомоги. Саме цей принцип є ключовим для забезпечення справедливості, рівності доступу та соціальної стійкості системи охорони здоров'я. Для досягнення максимального ефекту у медичному страхуванні необхідно щоб ним було охоплено максимальна кількість населення, що надає ефект розсіювання ризиків.

Зміст медичного страхування за елементами

Напрямок, що забезпечується елементом	Характеристика
Формування і розміщення страхового фонду	Страховий фонд формується за рахунок страхових внесків і є фінансовою базою для здійснення виплат при настанні страхових випадків. Принцип еквівалентності страхового фонду: сума страхового фонду = сума нетто-премій окремих страхувальників. Страховий фонд розміщується у високоліквідних активах – грошових коштах і поточних фінансових інвестиціях, оскільки медичне страхування характеризується безперервними грошовими потоками і підвищеним рівнем збитковості.
Оцінка ризиків	Є базою для визначення розміру нетто-премії, що передбачає аналіз демографічних, медичних та поведінкових характеристик застрахованих осіб. На основі такого аналізу здійснюється тарифікація, тобто встановлення економічно обґрунтованої страхової премії, яка повинна одночасно покривати очікувані витрати та забезпечувати фінансову стійкість страховика. В цілому оцінка ризиків і витрат, пов'язаних зі страхуванням поєднується у сегменті актуарних обчислень, що є важливою складовою внутрішніх бізнес-процесів. Визначальну роль у процесі відіграє медичний андеррайтинг, який полягає у визначенні індивідуального рівня ризику на основі медичної інформації та встановленні відповідних умов страхування. Це дозволяє запобігти анти-селекції та підтримувати баланс ризиків у страховому портфелі
Адміністрування договорів	Охоплює укладення, супровід і завершення страхових угод, включно з веденням персональних даних, контролем за строками дії договорів і комунікаціями з клієнтами. Визначальним тут є інтеграція внутрішніх і зовнішніх бізнес-процесів на основі єдиної цифрової платформи.
Врегулювання страхових випадків	Елемент є важливим і включає фіксацію і перевірку факту настання події, підтвердження медичної документації, визначення обґрунтованості витрат, ухвалення рішення про виплату та контроль якості медичних послуг. В деяких випадках є потреба у проведенні додаткових експертиз та інших складних процедур для запобігання шахрайству та фальсифікаціям. На цьому етапі проявляється зв'язок між страховою компанією та медичними закладами — страховик не лише здійснює фінансове відшкодування, а й бере участь у забезпеченні стандартів лікування, запобігаючи необґрунтованим призначенням і завищенню вартості послуг. Виплати можуть здійснюватися у компенсаційному форматі, коли страхувальнику просто виплачується певна грошова сума за фактом фіксації хвороби, або у сервісному, коли страховик оплачує рахунки, які виставляються медичним закладом. У процесі врегулювання страхових випадків зараз також активно використовуються цифрові технології - електронної медичної картки, розширених аналітичних інструментів, алгоритмів машинного навчання, що дозволяють виявляти аномалії та оптимізувати медичні маршрути.

Примітка. Складено автором

У сучасному глобальному контексті медичне страхування відіграє важливу роль як механізм реалізації концепції universal health coverage (УНС), підтриманої World Health Organization, яка передбачає забезпечення всіх громадян доступом до необхідних медичних послуг без ризику фінансових труднощів. ВООЗ визначає фінансовий захист населення одним із ключових індикаторів стійкості системи охорони здоров'я. Медичне страхування дозволяє мінімізувати «катастрофічні» витрати домогосподарств, які у багатьох країнах світу стають причиною бідності або неможливості отримання своєчасної допомоги. Концепція УНС попри очевидність і безсумнівність визначених нею цілей і задач є достатньо складною в реалізації, адже вона розроблена для усього світу де рівень статків людей суттєво відрізняється і від країни до країни, і від родини до родини. Така концепція не може бути однаковою у плані фінансової реалізації для Індії і США, або для України та Німеччини. І навіть у найбільш розвинених країнах світу існує суттєвий розрив у статках громадян – більш заможні люди не будуть користуватися базовим рівнем медичного обслуговування. Для забезпечення більш заможних громадян або громадян з середніми статками якісними медичними послугами з більш дорогою вартістю існує приватна і страхова медицина. Інколи приватна і страхова медицина виступають як доповнення до базової державної, а інколи як її повна заміна.

Важливою складовою ролі медичного страхування у сучасній моделі охорони здоров'я є його зв'язок з Цілями сталого розвитку, зокрема з Ціллю 3 — «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці». Стале фінансування через страхові механізми допомагає державам забезпечити довгострокову економічну рівновагу, підвищувати доступність медичних послуг, розвивати профілактичні програми та знижувати фіскальне навантаження на бюджет. Страхові компанії, у свою чергу, відіграють роль партнерів держави, об'єднаних у системі державно-приватного партнерства, яке сприяє підвищенню ефективності управління ризиками та розвитку цифрових механізмів охорони здоров'я [40].

У світлі сучасних викликів, таких як пандемії, старіння населення, зростання частки хронічних захворювань, нерівності у доступі до медичних послуг, медичне страхування набуває додаткової ваги як інструмент превенції, раннього виявлення та безперервного лікування. Цифровізація, зокрема впровадження електронних медичних даних, телемедицини та автоматизованих страхових виплат, значно підсилює потенціал страхової моделі у забезпеченні стійкого розвитку системи охорони здоров'я. Завдяки цьому медичне страхування сприяє підвищенню якості медичних послуг, забезпечує дорожню карту для удосконалення управління ресурсами, стимулює конкуренцію між медичними провайдерами та покращує результативність лікування.

Страховий механізм формує стабільний фінансовий фонд, перерозподіляє ризики між учасниками та компенсує витрати на медичну допомогу, водночас сприяючи підвищенню ефективності використання ресурсів у сфері охорони здоров'я. Ці процеси доповнюються системами оцінки ризиків, тарифікації, адміністрування договорів та врегулювання страхових випадків, а також контролем якості медичних послуг. У сучасних умовах цифровізації ці елементи значно посилюють свою ефективність завдяки впровадженню електронних медичних даних, телемедицини, автоматизованих процедур виплат та алгоритмів виявлення медичного шахрайства. До сьогодні в світі недооцінено потенціал приватного медичного страхування для формування якісної аналітики ситуації у сфері охорони здоров'я і прогнозування змін. Часто державна і страхова медицини йдуть паралельно у даному питанні, що суттєво зменшує потенціал людства у захисті від різноманітних хворіб та їх попередженні.

Максимальне охоплення населення найкраще досягається через механізм обов'язкового медичного страхування. Медичне страхування в обов'язковій формі виступає як інтегральний механізм захисту населення та стратегічний інструмент державної політики у сфері охорони здоров'я. Добровільне медичне страхування доповнює державне і завдяки приватній

ініціативі забезпечує пошук оптимальних рішень, таких як телемедицина та дистанційне обслуговування. Досягненню цілей сталого розвитку через накопичення синергетичних ефектів сприятиме симбіоз державної і приватної медицини, обов'язкового і добровільного медичного страхування. Для страхового ринку найкращою є модель, за якої керувати фондом обов'язкового медичного страхування будуть приватні страховики, що пройшли якісний відбір.

В умовах зростання вартості медичних послуг, демографічних змін, поширення хронічних захворювань та необхідності реалізації цілей сталого розвитку значення медичного страхування зростає і буде зростати надалі. Механізми медичного страхування, поєднані з цифровими інноваціями, створюють основу для формування стійкої, економічно збалансованої та соціально орієнтованої системи охорони здоров'я, здатної ефективно реагувати на поточні та майбутні медико-біологічні виклики.

1.2 Основні моделі державного і приватного медичного страхування

Медичне страхування являє собою спеціально організовану систему фінансових відносин, що виникають між трьома ключовими сторонами: застрахованими громадянами, страховими організаціями та закладами охорони здоров'я. Громадяни, бізнес або держава виступають платниками страхових внесків, а отримувачами медичних послуг є застраховані громадяни. Страхові компанії беруть на себе ризики, пов'язані з фінансуванням медичної допомоги; медичні заклади забезпечують надання медичних послуг відповідно до умов страхового покриття.

Основна мета та сутність медичного страхування полягає у створенні фінансового захисту населення у випадку захворювання, травмування, госпіталізації чи виникнення інших медичних ризиків. Такий захист досягається шляхом перерозподілу зібраних коштів: застраховані особи

регулярно сплачують страхові внески, які формують страховий фонд, а у разі настання страхового випадку витрати покриваються за рахунок цього спільного фонду. Таким чином, система працює як механізм колективного розподілу та розсіювання ризиків (яке стає можливим тільки в умовах масового охоплення), що дає змогу значно знизити фінансове навантаження на окрему особу та забезпечити доступність медичної допомоги.

У практиці медичне страхування функціонує у двох основних формах (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Форми медичного страхування за змістом

Критерій	Державне обов'язкове страхування	Комерційне добровільне страхування
Характеристика	Передбачає обов'язкове включення громадян у систему страхового захисту. Обов'язковість (як би вона не забезпечувалася) передбачає автоматичність процесу, інколи відсутність формальних договорів. Головним суб'єктом і організатором є держава.	Ґрунтується на добровільному придбанні страхових полісів фізичними чи юридичними особами. Приватне медичне страхування є достатньо дорогим і може бути недоступним за вартістю багатьом верствам населення.
Фінансування	Здійснюється за рахунок обов'язкових страхових внесків (премій), податків або цільових бюджетних надходжень. В більшості випадків здійснення внесків покладається не на самого застрахованого (найчастіше роботодавець або громада).	Формується за рахунок внесків громадян або роботодавців у межах соціального пакету. Існують різні варіації підходу до формування страхового фонду. Найбільш поширеним принципом є надання знижок при зростанні кількості застрахованих.
Управління	Адмініструванням коштів у більшості випадків займаються державні фонди чи інші уповноважені органи, які забезпечують рівний доступ до базових медичних послуг. Це напевне є головним недоліком. Часто зникає транспарентність, виникає неефективний розподіл коштів.	Здійснюється приватними страховими компаніями, які пропонують широкий спектр програм, орієнтованих на індивідуальні або корпоративні потреби. Значна увага приділяється клієнтоорієнтованості, закріпленню клієнтів за компанією на тривалий термін.

Примітка. Складено автором

У більшості країн світу ці форми комбінуються, формуючи змішану модель медичного страхування, де держава гарантує базове покриття, а приватний сектор забезпечує розширені можливості та підвищену якість сервісу. Приватне медичне страхування умовно знаходиться посередині між обов'язковим державним страхуванням і приватною медициною. Знову ж таки умовно – добровільне медичне страхування є послугою для середнього класу, оскільки громадянам зі статками вище за середні по країні у державному обов'язковому страхуванні може не вистачати якості обслуговування і асортименту послуг. Справді заможні громадяни не зацікавлені ні у державному обов'язковому медичному страхуванні, ні у добровільному медичному. Їх цікавить якісна приватна медицина – свої ризики, пов'язані зі втратою здоров'я, вони перекривають власними коштами (ефект самострахування).

В історичному ракурсі держави стали приділяти увагу здоров'ю громадян не так вже і давно – з 18 сторіччя. Зростання уваги до цього важливого соціального напрямку початково активізували військові, оскільки зітнулися з проблемою обмеженою здатності солдат виконувати свої обов'язки через незадовільний стан здоров'я. Перша і Друга Світові війни забезпечили вчених, медичних працівників, медичні заклади великими обсягами даних для досліджень і впровадженням інновацій. Насправді швидкими темпами медицина стала розвиватися у США – країні, яка отримала найбільший зиск від перемоги у Другій Світовій війні. У цій же країні швидко формувалися засади приватного медичного страхування. Європейські країни мали свій досвід і свої моделі фінансування медицини і медичного страхування (табл. 1.4).

Кожна з моделей сформувалася під впливом соціально-економічних умов розвитку держави та поєднує різні механізми збору коштів, адміністрування та надання медичної допомоги.

**Основні моделі організації медичного страхування
на європейському континенті**

Назва	Характеристика
<p align="center">Модель Бісмарка</p>	<p>Модель обов'язкового медичного страхування. Започаткована у Німеччині й є характерною для таких країн як Німеччина, Бельгія, Австрія. Згодом її за основу взяла і Японія. Фінансування здійснюється за рахунок обов'язкових внесків працівників та роботодавців, які сплачуються до страхових фондів (страхових кас). Адміністрування проводиться централізовано або децентралізовано через мережу незалежних страхових фондів. Переваги: охоплення більшості населення, автоматизм дії, висока фінансова стабільність, системність та сталість надходжень. Недоліки: залежність від рівня зайнятості населення Під час економічних криз зменшується кількість платників внесків і тягар сплати внесків переноситься на місцеві бюджети.</p>
<p align="center">Модель Беверіджа (бюджетна модель)</p>	<p>Ця модель сформувалася у Великій Британії та є поширеною в Швеції, Італії, Іспанії та інших країнах із розвиненою державною соціальною політикою. Фінансування здійснюється з державного бюджету за рахунок загальних податків. Адміністрування проводиться державними органами, більшість медичних закладів є державними. Переваги: охоплення більшості населення, автоматизм, системність, незалежність від економічних циклів. Недоліки: низька конкуренція, що негативно позначається на якості, виникнення черг на обслуговування, проблеми із своєчасністю надання спеціалізованих послуг. Бюрократизація та низький рівень інновацій.</p>
<p align="center">Змішана модель (приватно- страхова модель)</p>	<p>Це сучасний підхід, який інтегрує елементи державного регулювання та приватного страхування. Найяскравіші приклади – Швейцарія, Нідерланди та Франція. Фінансування: базове медичне страхування є обов'язковим для всіх громадян, але його адміністрування здійснюють приватні страхові компанії. Адміністрування: держава встановлює стандарти медичних послуг, контролює тарифи, забезпечує рівність доступу і надає субсидії малозабезпеченим. Переваги: поєднання інноваційності приватного сектору з державним контролем гарантує високу якість послуг, гнучкість та конкуренцію. Недоліки: потребує складної системи регулювання та значних бюджетних витрат на підтримку соціальної справедливості.</p>

Джерело: складено автором за [28], [40], [52]

В Україні не впроваджено обов'язкове медичне страхування і це є головним провалом державної політики у сфері охорони здоров'я при тому, що широкомасштабна війна саме у цьому питанні ні до чого. Проблема виникла і не була ніяким чином вирішена задовго до початку навіть першого етапу війни у 2014 році. Йдеться про вади створеної у країні під час головування президента Кучми олігархічної економіки. Сплата внесків у

більшості випадків покладається на підприємства і саме представники олігархату раз за разом блокували у парламенті прийняття закону про обов'язкове медичне страхування.

З базових моделей, з відповідними поправками, коригуваннями, новаціями розвиваються практики окремих країн (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Практика медичного страхування у Європейському Союзі

Країна	Характеристика
Швейцарія	Особливість швейцарської моделі полягає в тому, що страховики не мають права отримувати прибуток від базових полісів, що усуває можливість дискримінації за станом здоров'я. Конкуренція між страховими компаніями базується не на відборі «здорових» клієнтів, а на підвищенні якості сервісу, цифрових рішень, швидкості врегулювання та комфортності обслуговування. Рівень охоплення населення сягає практично 100%, а понад 80% громадян добровільно купують додаткове страхування для розширення спектра послуг.
Нідерланди	Нідерландська система є зразком моделі керованої конкуренції (managed competition), у межах якої громадяни також зобов'язані придбати базовий страховий пакет у приватного страховика. Держава стандартизує зміст базового пакета, а для забезпечення справедливості функціонує Фонд ризиків, який компенсує страховим компаніям витрати на застрахованих із високим ступенем ризику. Це мінімізує стимул страхувати лише здорових пацієнтів та формує рівні умови на ринку.
Німеччина	Німеччина реалізує класичну бісмарківську соціально-страхову модель, у якій ключовою одиницею є страхові каси (sickness funds). Працівники та роботодавці сплачують обов'язкові внески, що формують бюджет системи. Громадяни з високими доходами можуть перейти до комерційного страхування, що створює елемент ринкової гнучкості. При цьому держава здійснює суворий контроль над переліком гарантованих послуг та тарифами. Конкуренція між страховими касами стимулює покращення сервісу, цифровізацію процесів, впровадження профілактичних програм і оптимізацію витрат.
Швеція	Швеція представляє переважно державно-бюджетну модель, у якій основне фінансування забезпечується податковими надходженнями, зібраними на місцевому рівні. Комерційне медичне страхування охоплює приблизно 7% населення і виконує доповнюючу функцію, надаючи можливість швидшого доступу до спеціалізованих лікарів і кращих умов обслуговування. Попри обмежену частку приватного сектору, шведська система орієнтована на високу якість та доступність базових медичних послуг для всього населення.
Велика Британія	Британська модель охорони здоров'я, побудована на основі National Health Service (NHS), є прикладом сильно централізованої системи, що фінансується майже повністю з державного бюджету. NHS гарантує універсальний доступ до медичної допомоги та високий рівень соціальної справедливості. Водночас 11–12% населення користуються комерційними страховими полісами, які дозволяють скоротити час очікування на консультацію та отримати додаткові послуги. При цьому держава встановлює чіткі межі для приватного сектору, щоб забезпечити пріоритетність і рівність доступу до базової допомоги.

Аналіз досвіду країн Європейського Союзу та держав із розвиненими соціально-страховими системами охорони здоров'я дозволяє визначити оптимальні моделі поєднання державного регулювання та комерційного медичного страхування. Країни відрізняються за рівнем проникнення приватного страхування (рис. 1.1).

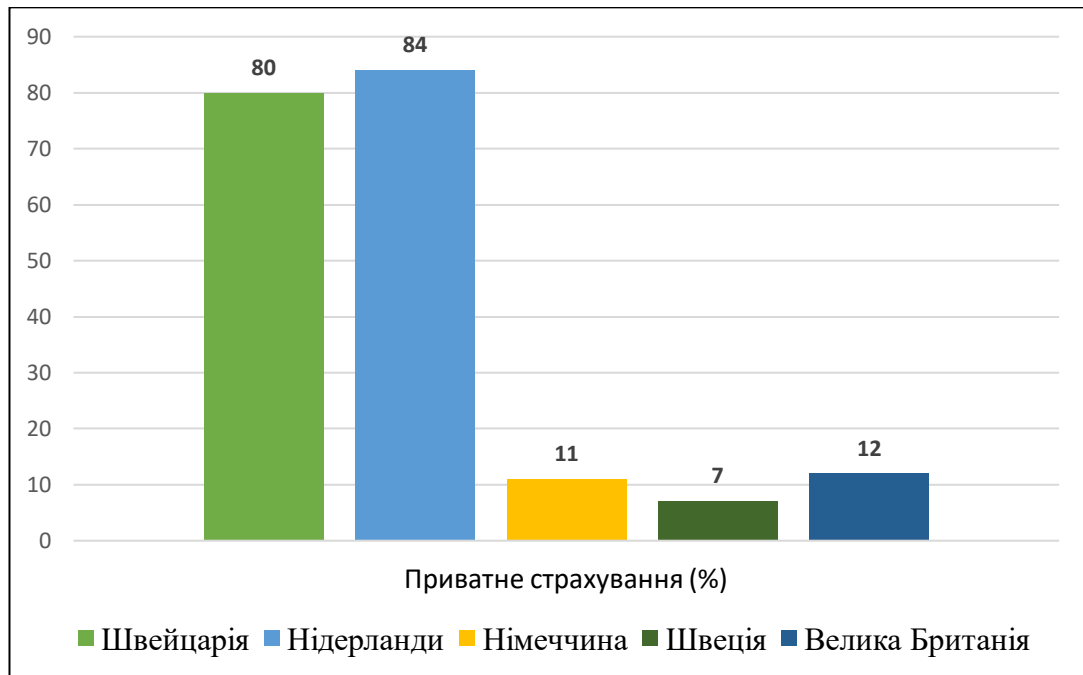


Рис. 1.1. Рівень проникнення комерційного медичного страхування на європейському континенті

Джерело: побудовано автором за [3], [12], [13], [19], [20]

Особливий інтерес становлять країни, які сформували ефективні змішані моделі фінансування та сервісного забезпечення — Швейцарія, Нідерланди, Німеччина, Швеція та Велика Британія. Їхні системи демонструють різні підходи до балансу між універсальним доступом до медичної допомоги та конкуренцією приватних страхових компаній.

Порівняння різних моделей показує наявність двох домінуючих підходів:

1. Моделі з потужним комерційним сегментом (Швейцарія, Нідерланди), де додаткове страхування стало стандартною практикою громадян. Це пояснюється тим, що базовий пакет є обов'язковим, але не всеосяжним, а населення прагне розширити доступ до послуг і підвищити

комфорт. Такий підхід для заможних країн є найкращим. Він стимулює розвиток державного і приватного секторів, певну конкуренцію між ними, а інколи і засади партнерства, сприяє інноваціям і розширенню спектра медичних послуг для населення.

2. Моделі з домінуванням державного фінансування (Німеччина, Швеція, Велика Британія), де комерційне страхування відіграє допоміжну роль. Невисока частка ринку приватних полісів свідчить про високу довіру населення до державної системи та її ефективність.

Таке порівняння демонструє, що країни ЄС застосовують різні механізми балансування соціальної справедливості та ринкових інструментів, але в усіх випадках ключовим є забезпечення універсального доступу до медичної допомоги.

Вивчення теоретичних джерел дозволяє сформулювати гіпотезу, що теорія медичного страхування вже зараз відстає від практики його реалізації, як у державному, так і у приватному секторах. Фундаментальні дослідження (яких дуже мало) не враховують те, як змінилося і продовжує змінюватися медичне страхування під впливом цифрових технологій.

1.3 Опис моделі фінансування охорони здоров'я в Україні

На цьому етапі дослідження висунемо гіпотезу, що в Україні діє класична бюджетна модель Беверіджа, розглянута нами раніше (див. табл. 1.4). Для доведення цієї гіпотези з початку візьмемо ключовий показник – витрати держави на фінансування охорони здоров'я (рис. 1.2).

Аналіз динаміки бюджетних видатків України на сферу охорони здоров'я у 2019–2026 роках демонструє суттєві коливання, зумовлені як економічними, так і соціально-політичними чинниками, зокрема впливом пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. У 2019 році фінансування медицини становило 95,8 млрд. грн., що відображало стабільний рівень

бюджетних можливостей у докризовий період. У 2020 році видатки зросли до 115,9 млрд. грн., що було наслідком необхідності реагування на пандемічні виклики та посилення державної участі у фінансуванні медичної системи.

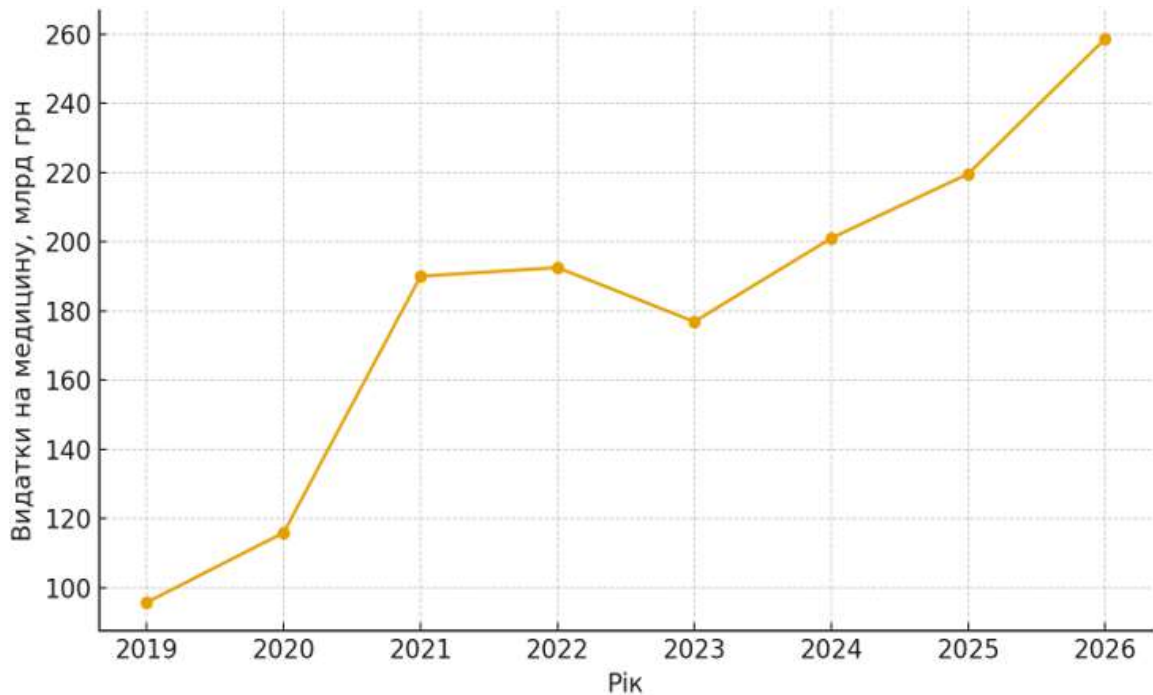


Рис. 1.2. Динаміка видатків державного бюджету України на фінансування медицини у 2019-2026 роках

Джерело: складено автором за [29]

Найбільший стрибок відбувся у 2021 році, коли обсяг видатків досяг приблизно 190 млрд. грн. Збільшення фінансування пояснюється як продовженням реагування на пандемію, так і реалізацією окремих стратегічних ініціатив у сфері реформування медичної системи. У 2022 році видатки залишалися на високому рівні — 192,5 млрд. грн., незважаючи на глибоку трансформацію державних фінансів у зв'язку з повномасштабною війною. У 2023 році спостерігалось певне зниження обсягів — до 176,9 млрд. грн. Це падіння пояснюється перерозподілом бюджетних ресурсів на користь оборонного сектору, що став безумовним пріоритетом держави.

Починаючи з 2024 року, фінансування охорони здоров'я знову демонструє тенденцію до зростання: 201 млрд. грн. у 2024 році, 219,6 млрд. грн. у 2025 році та рекордні 258,6 млрд. грн. у 2026 році. Таке збільшення

видатків свідчить про стратегічний намір держави забезпечити стійкість системи охорони здоров'я, розширити Програму медичних гарантій, посилити доступність медичних послуг та зміцнити інституційну спроможність медичної галузі у довгостроковій перспективі. Показовим є те, що під час широкомасштабної війни за незалежність видатки на фінансування медицини зменшилися лише у 2023 році, оскільки у тому періоді були суттєві проблеми з надходженням міжнародної фінансової допомоги. З 2024 року ситуація виправилася, але це наочно демонструє, що у значній мірі фінансування медицини залежить від допомоги міжнародних партнерів.

Верховна Рада України ухвалила Закон «Про Державний бюджет на 2026 рік», в якому видатки Державного бюджету-2026 на фінансування медицини складають 258,6 млрд. грн., що на 38,8 млрд. грн. більше рівня поточного року. Вперше у бюджеті 2026 року передбачено фінансування на програму національного скринінгу здоров'я для громадян віком від 40 років: на її реалізацію спрямовується 10 млрд. грн. Програма покликана своєчасно виявляти серцево-судинні хвороби, діабет і розлади психічного здоров'я.

Фінансову і організаційну основу забезпечення населення України медичними послугами складає Програма медичних гарантій (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Зміст, складові та механізм фінансування Програми медичних гарантій в Україні

Основи програми	Опис
1	2
Зміст програми	Програма медичних гарантій є ключовим державним фінансовим інструментом, що визначає перелік медичних послуг, гарантованих державою, встановлює вимоги до їх якості та обсягів, а також встановлює тарифи, за якими Національна служба здоров'я України здійснює оплату медичним закладам. Вона також регламентує механізми контракування постачальників медичних послуг та контролю за виконанням умов договорів. Основні функції: забезпечення соціального захисту пацієнтів за рахунок безоплатних послуг або послуг з мінімальною оплатою; стимулювання підвищення якості медичної допомоги. Існує багато критичних зауважень щодо забезпечення обох функцій.

Продовження табл. 1.6

1	2
Складові програми	<p>До програми включені найбільш значущі для населення види медичної допомоги, зокрема:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первинна медична допомога (сімейний лікар, терапевт, педіатр; консультації, діагностика, рецепти, спостереження). 2. Екстрена медична допомога (виїзд бригад, госпіталізація за необхідності). 3. Спеціалізована амбулаторна допомога (консультації вузьких спеціалістів, інструментальна та лабораторна діагностика). 4. Стаціонарна допомога (лікування у лікарні, хірургічні втручання, інтенсивна терапія). 5. Високоспеціалізована медична допомога (складні операції, трансплантації, високотехнологічні втручання). 6. Медична реабілітація (послуги відновлення після травм, інсультів, операцій). 7. Паліативна допомога. 8. Програма відшкодування вартості ліків (реімбурсація).
Механізм фінансування програми	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заклад охорони здоров'я укладає контракт з НСЗУ. 2. Виконує вимоги до обладнання, персоналу, стандартів лікування. 3. Надає медичні послуги пацієнтам. 4. Дані фіксуються в електронній системі охорони здоров'я (eHealth). 5. НСЗУ оплачує послуги згідно з тарифами Програми.

Джерело: складено автором за [43]

На фінансування Програми медичних гарантій цього року передбачено 191,6 млрд. грн., що на 16,1 млрд. більше, ніж у 2025 році. У межах цієї суми 8,7 млрд. грн. планується спрямувати на відшкодування вартості ліків за програмою.

Програма медичних гарантій посідає ключове місце у трансформації системи охорони здоров'я України, оскільки вона формує сучасну, прозору та результативну модель фінансування медичної допомоги. На відміну від радянської системи, у якій фінансування лікарень здійснювалося за принципом утримання інфраструктури незалежно від обсягів та якості наданих послуг, програма медичних гарантій запроваджує механізм оплати за конкретний медичний результат. За задумом авторів, такий підхід мав би забезпечувати раціональне використання бюджетних коштів і створювати конкурентне середовище серед медичних закладів. Звісно, що на практиці усе набагато складніше, прозорість не є повною, між головними суб'єктами у

царині розпорядження коштами і наданням медичних послуг часто є неформальні зв'язки, як всяка програма такого типу, програма медичних гарантій забезпечує кращі умови для медичних закладів розташованих у Києві чи обласних центрах за рахунок закладів, що перебувають на периферії. Нами не знайдено і ознак тестування клієнтів щодо задоволеністю програмою – незалежного опитування від початку реалізації програми до її завершення не проводилося.

Можна оцінити реалізацію програми медичних гарантій і як підготовку до впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні на рівні відпрацювання комунікацій і моделі розподілу акумульованих коштів.

Дійсно програмою закладено базові принципи тарифікації, контрахтування та контролю виконання зобов'язань. Але не відпрацьовані метрики ефективності використання виділених коштів або методи мотивації до оптимізації ресурсів і інновацій. Враховуючи те, що Україна перебуває у стані широкомасштабної війни на фінансування медицини виділяються значні кошти (рис. 1.3).



Рис. 1.3. Видатки державного бюджету України на 2026 рік

Джерело: [27]

Попри достатньо великі фінансові ресурси, що виділяються на охорону здоров'я з позицій громадян, інституцій, правозахисних організацій є чимало критичних зауважень щодо якості надання медичних послуг, забезпечення ліками, обслуговування у стаціонарах. Головним позитивом підходу бюджетного фінансування в українському варіанті є напевне тільки зафіксований на законодавчому рівні асортимент медичних послуг, які надаються безкоштовно. При цьому знову ж таки метрик вимірювання якості послуг і їх зв'язку з фінансуванням немає.

Привертають увагу і такі аспекти – після початку війни витрати на медицину на державному рівні скоротилися лише у 2023 році (див. рис. 1.2). Далі ми бачимо їх постійне зростання. При цьому кількість лікарень, медичних пунктів у сільській місцевості, зайнятого у галузі персоналу постійно скорочується. Скорочення відбувається об'єктивно навіть через постійне просування ворога і зростання кількості окупованих і прифронтових територій де медична допомога державою Україна надаватися просто не може.

Населення у переважній більшості не відчуває покращення якості обслуговування, скоріше – навпаки. Досягненням можна вважати реалізацію безкоштовних ліків і реалізацію програми цифровізації галузі. Найбільше зауважень, які у тому числі мають під собою і фінансове підґрунтя, є лікування на стаціонарі.

Сучасна система державного фінансування охорони здоров'я в Україні після впровадження реформи, зокрема створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та запровадження механізмів контрактування закладів охорони здоров'я, наблизилася за окремими характеристиками до моделі бюджетного медичного страхування, яке апріорі є найбільш затратним та неефективним. Певний економічний ефект забезпечує застосування принципу «гроші йдуть за пацієнтом», укладення договорів між НСЗУ та медичними закладами, оплата за надані послуги за встановленими пакетами створюють елементи квазістрахової моделі. Водночас ця система поки що не є повноцінним обов'язковим медичним страхуванням у класичному розумінні,

оскільки відсутня чітко виокремлена страхова складова у вигляді обов'язкових внесків застрахованих осіб, а роль «страховика» виконує держава через бюджетні механізми. Немає ані державного, ані приватного страхового фонду з якісним управлінням і сучасною системою контролю за витрачанням коштів.

У наукових публікаціях, присвячених перспективам запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, підкреслюється, що нормативно-правова база залишається фрагментарною та потребує подальшого вдосконалення. Проблемними є питання чіткого визначення статусу страхувальника і страховика, врегулювання договірних відносин між страховими організаціями, постачальниками медичних послуг та застрахованими особами, а також розмежування відповідальності держави й приватного сектору у фінансуванні медичних послуг. Напевне головне – в Україні навіть не сформоване бачення хто саме буде розпорядником коштів при здійсненні добровільного медичного страхування, страхові компанії чи державний фонд.

Певний вакуум щодо якості надаваних послуг, особливо для середнього класу і більш заможних клієнтів має заповнити приватна і страхова медицина (добровільне комерційне медичне страхування). Ринок добровільного медичного страхування (ДМС) в Україні розвивається, проте його масштаб залишається обмеженим. Частка індивідуальних страхувальників є дуже низькою, а рівень проникнення ДМС не перевищує незначної частини населення. Добровільне страхування переважно реалізується у форматі корпоративних програм для працівників великих компаній, тоді як сегмент масових індивідуальних полісів розвинений слабо.

Дослідження свідчать про нерівномірну структуру попиту: громадяни частіше страхують окремі ризики, пов'язані з певними захворюваннями чи подіями, тоді як універсальні програми комплексного медичного страхування залишаються менш поширеними. Показовим є низький рівень поінформованості населення, зокрема щодо спеціалізованих продуктів (наприклад, страхування від онкологічних захворювань).

Разом з тим, на ринку сформувалися страхові компанії-лідери, які демонструють значний обсяг залучених премій у сегменті медичного страхування та відносно високі показники виплат. Це свідчить про наявність певного ядра платоспроможного попиту та потенціал для подальшого розширення ринку ДМС за умови належної інформаційної роботи, розвитку продуктів та цифрових сервісів.

На розвиток медичного страхування в Україні істотно впливають демографічні, соціально-економічні та епідеміологічні чинники. Пандемія COVID-19 стала стрес-тестом як для системи охорони здоров'я, так і для страхового ринку, продемонструвавши недостатню готовність інституцій до масового попиту на медичні послуги та страхові продукти. У низці досліджень зазначається, що пандемія підвищила суспільну увагу до проблем фінансового захисту при хворобі, але не призвела до системного зрушення у бік масового розвитку ДМС.

Демографічні тенденції (скорочення чисельності населення, старіння, погіршення здоров'я осіб працездатного віку) та зростання навантаження на систему охорони здоров'я підсилюють потребу у формуванні стійких механізмів медичного страхування як складової системи соціального захисту. У наукових роботах наголошується, що доступність медичного страхування є важливим елементом підвищення соціальної безпеки, зменшення нерівності у доступі до медичної допомоги та диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я.

Провівши аналіз даних за відкритими джерелами, можна констатувати проблеми розвитку медичного страхування (табл. 1.7).

Про відсутність концептуального бачення щодо взаємодії між державою і бізнесом для досягнення цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я свідчить відсутність реальних доступних реєстрів приватних медичних закладів. Схоже, що органи державної статистики не дуже переймалися цим питанням взагалі.

Проблеми і обмеження для розвитку галузі медичного страхування

Недостатня правова та інституційна база	Низька поінформованість населення	Фінансові обмеження	Стратегічні й організаційні бар'єри
Однією з ключових проблем розвитку медичного страхування в Україні є неповна та несистемна нормативно-правова база, через що концепція ОМС залишається дискусійною, а законодавчі ініціативи – незавершеними або фрагментарними. Додатковим бар'єром є недостатня готовність інфраструктури охорони здоров'я.	Низька обізнаність населення щодо можливостей медичного страхування, умов полісів і прав застрахованих осіб суттєво стримує розвиток ринку ДМС. Опитування свідчать, що багато громадян не знають про страхування специфічних ризиків, або взагалі механізми страхування і не можуть оцінити переваги медичного страхування перед фінансуванням медицини власним коштом.	Вартість полісів ДМС залишається високою для значної частини населення, тому страхування сприймається як «преміальний» продукт, доступний переважно для середнього та вищого класу або в межах корпоративних програм. Обмежений пул застрахованих осіб знижує можливості диверсифікації ризиків для страховиків.	В Україні немає комплексної державної дорожньої карти запровадження обов'язкового медичного страхування, відсутнє концептуальне бачення взаємодії між основними суб'єктами медичного страхування в рамках моделі (якої до речі також не існує).

Примітка. Складено автором

За різними оцінками, в Україні зареєстровано понад 8000 приватних медичних закладів, але на рівні реєстрації відсутня специфікація як щодо видів діяльності (наприклад, клініка або приватний стоматологічний кабінет реєструються однаково як медичний заклад і так і попадають у державну статистику) та масштабів діяльності (клініка на 1000 ліжок і приватний діагностичний центр взагалі без стаціонару – також входять до одного класу «приватні медичні заклади»). Так само немає у відкритому доступі і класифікації та розподілу за масштабами державних медичних закладів (можливо тут є елемент секретності під час війни, хоча такого розподілу не було і раніше). Відсутність навіть якісної структурованої інформації не дає можливості проводити дослідження у багатьох сферах, у тому числі і можливостей протидіяти катастрофам, що дуже актуально саме зараз.

В контексті нашого дослідження неможливо співставити державні і приватні медичні заклади для цілей вибору моделі фінансування медицини і визначення роді учасників у рамках цієї моделі, оскільки:

- відсутні (можливо і засекречені) актуальні офіційні реєстри, які б класифікували всі медичні заклади за формою власності (державна, комунальні, приватні) із розбиттям за типами (стаціонар, амбулаторія, лабораторія тощо);

- проста кількість приватних закладів є більшою за кількість державних, але вони не еквівалентні за масштабом діяльності і можливостями. Існує наявний дефіцит публікацій чи досліджень, які б системно аналізували частку приватних та державних закладів у всій країні з урахуванням їх потужності, ліжкофонду, кількості персоналу тощо — тобто як «еквівалентних одиниць»;

- пошкодження і знищення закладів унаслідок війни, а також реорганізація медичної мережі (злиття, закриття, перепрофілювання) роблять дані особливо нестабільними та недостовірними для порівнянь.

З позицій вибору моделі медичного страхування і фінансування медицини визначимо наступне:

- міжнародний досвід показує, що успішні системи медичного страхування базуються на поєднанні державних гарантій і страхових механізмів. Для України перспективним є сценарій поетапного переходу: розвиток ринку ДМС, поступове запровадження елементів обов'язкового страхування, інтеграція страхових платежів із чинною моделлю фінансування через НСЗУ. Порівняльний аналіз моделей медичного страхування в країнах ЄС може слугувати орієнтиром для вибору оптимальної конфігурації системи. Найкращим варіантом, на наш погляд, є впровадження обов'язкового медичного страхування з покладанням функцій керування страховим фондом на приватні страхові компанії (після відбору і ліцензування). Включення механізмів конкуренції і приватної ініціативи сприятиме зростанню якості медичних послуг і оптимізації фінансових ресурсів;

- у коротко- та середньостроковій перспективі (принаймні до припинення військових дій і початкового етапу відновлення України)

найбільш реалістичним є розвиток добровільного медичного страхування як доповнення до існуючої моделі бюджетного фінансування. Йдеться про спеціалізовані продукти (онкостраховання, програми для хронічних хворих), преміум-сегмент, а також корпоративні програми для працівників. Страхівні компанії можуть посилювати конкурентні переваги за рахунок розвитку цифрових сервісів, телемедицини, партнерських мереж клінік і прозорих механізмів врегулювання;

- у довгостроковій перспективі у концепцію моделі має закладатися синергія держави та приватного сектора, як у вирішенні питань операційного характеру, так і глобальних проблем у сфері медицини на державному рівні. Одним із перспективних напрямів є створення гібридної моделі, у межах якої базовий рівень медичної допомоги гарантується за рахунок державного фінансування, а додаткові та високотехнологічні послуги покриваються через добровільне страхування. Держава може стимулювати розвиток страхового ринку наданням податкових пільг, запровадженням чітких стандартів якості страхових продуктів, підтримкою інформаційних кампаній та створенням сприятливого регуляторного середовища. Важливим елементом державно-приватного партнерства є проведення спільних досліджень.

Висновки до розділу 1

Стан розвитку медичного страхування в Україні характеризується значним потенціалом, однак залишається фрагментарним та внутрішньо неоднорідним. Державний сектор, у межах реформи фінансування охорони здоров'я та впровадження Програми медичних гарантій, поступово переймає логіку бюджетної страхової моделі, орієнтованої на оплату за результат і документально підтвержені послуги. Водночас добровільне медичне страхування продовжує розвиватися, але має низький рівень проникнення, обмежений попит та недостатню соціальну базу, що зумовлено як економічними, так і інформаційними бар'єрами.

Динаміка державного фінансування охорони здоров'я у 2019–2026 роках засвідчує тенденцію до поступового збільшення бюджетних інвестицій у медичну сферу, що відображає зростання ролі здоров'я населення у системі національних пріоритетів. Після пікового сплеску 2021 року та скорочення видатків у 2023 році, зумовленого воєнними потребами, у 2024–2026 роках спостерігається стабільне збільшення фінансування, що свідчить про прагнення держави модернізувати медичну інфраструктуру та забезпечити розширення гарантованих послуг. Звісно, що як і уся соціальна сфера, фінансування медицини у найближчі роки повністю залежатиме від міжнародної фінансової допомоги.

Серед ключових перешкод формування повноцінної системи медичного страхування слід відзначити недосконалість нормативно-правової бази та несформованість інституційних механізмів, необхідних для запровадження обов'язкового медичного страхування. Недостатня готовність інфраструктури охорони здоров'я, зокрема, відсутність у багатьох закладах сучасних інформаційних систем, електронного документообігу та стандартів моніторингу якості, додатково ускладнює інтеграцію страхової моделі в медичну практику. При цьому приватний страховий бізнес, як і приватна медицина, багато у чому є відірваними від інфраструктури охорони здоров'я, що розробляється державою.

Важливим стримувальним чинником виступає й низький рівень обізнаності населення щодо можливостей страхового захисту та умов страхових продуктів, що формує слабкий попит і стримує розвиток масового сегмента ДМС. Економічні обмеження домогосподарств також залишаються визначальним фактором, оскільки вартість полісів для багатьох громадян є надто високою. У цьому контексті суттєво зростає значення Програми медичних гарантій, яка виконує функції системоутворюючого механізму, що забезпечує пацієнтам фінансовий захист і доступність медичних послуг, а медичним закладам — стимули до підвищення ефективності, якості та прозорості роботи. Програма формує сучасні правила фіксації,

документування та оплати медичних послуг, закладаючи інституційний фундамент для впровадження обов'язкового медичного страхування і розвитку змішаної страхової моделі у подальшому. При цьому для скорішого розвитку страхового ринку, забезпечення якості страхових послуг і оптимального розподілу фінансових ресурсів бажано щоб керування фондом обов'язкового медичного страхування здійснювали приватні страховики. Цілі сталого розвитку у царині охорони здоров'я навряд чи можуть бути досягнені без конкуренції і приватної ініціативи.

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що найбільш ефективними є змішані моделі медичного страхування, у яких держава забезпечує базові соціальні гарантії, а комерційне страхування виконує роль доповнення, забезпечуючи більшу гнучкість, інноваційність і якість сервісу. Світовий досвід переконливо показує, що поєднання державного регулювання та ринкової конкуренції створює фінансово стійку та соціально справедливую систему охорони здоров'я. Для України цей підхід є особливо релевантним, оскільки дозволяє одночасно зміцнити систему загальнообов'язкового медичного страхування, стимулювати розвиток приватного сектору та формувати довгострокову стійкість медичної інфраструктури відповідно до європейських стандартів.

Узагальнюючи, медичне страхування в Україні постає як багатоаспектна система економічних, правових і соціальних відносин, яка виконує не лише функцію індивідуального захисту, але й стратегічну роль у розвитку національної системи охорони здоров'я. Її еволюція є критично важливою для досягнення цілей сталого розвитку, зміцнення соціальної стійкості та підвищення загальної ефективності медичної інфраструктури. Формування змішаної моделі медичного страхування, що спирається на інститути державних гарантій та інноваційний потенціал приватного сектору, становить логічний напрям подальших реформ і потребує узгоджених зусиль держави, страховиків, медичної спільноти та громадянського суспільства.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ В СЕГМЕНТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1 Характеристика ПрАТ СК «Універсальна» та оцінка її місця в сегменті медичного страхування

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи магістра є процеси функціонування та розвитку медичного страхування в Україні. Найкращим способом проведення такого дослідження є поєднання аналізу діяльності компанії, яка є лідером у цьому сегменті, та аналітики ринку. Кінцевим результатом такого дослідження має стати відповідь на питання: чи можна досягти операційної ефективності у сегменті медичного страхування зараз, та якими є перспективи розвитку медичного страхування в Україні, зважаючи на фактор продовження війни. Для аналізу обрано страхову компанію ПрАТ СК «Універсальна», яка упродовж періоду дослідження входила до TOP-5 страховиків у сегменті медичного страхування і TOP-10 страховиків за обсягом отриманих страхових премій у сукупності видів страхування.

6 з 10 страхових компаній зі списку TOP-10 належать закордонним власникам і входять до міжнародних страхових холдингів. ПрАТ СК «Універсальна» також належить до їх складу – на момент написання роботи базовим акціонером (за змістом одноосібним власником компанії) є Fairfax Financial Holdings Limited (Fairfax) — міжнародний фінансово-страховий холдинг із штаб-квартирою у Торонто (Канада), який спеціалізується на страхуванні ризиків non-life, перестраховуванні та довгостроковому управлінні інвестиційним портфелем.

Компанія Fairfax була заснована у 1985 році відомим канадським підприємцем В. Премом Ватсою (V. Prem Watsa), який і досі обіймає посади Голови ради директорів та Генерального директора. Акції Fairfax котируються на Торонтській біржі під тикером FFH і належать до числа найбільш

стабільних і впливових фінансових інструментів канадського фондового ринку.

Fairfax представлена в більш ніж 40 країнах світу, включаючи ринки Північної Америки, Європи та Азії. Серед найбільш відомих дочірніх структур Odyssey Re, Northbridge Financial, Allied World, Brit Ltd, а також низка локальних страховиків у Центральній та Східній Європі. За даними вебсайту Fairfax складемо паспорт холдингу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Паспорт Fairfax Financial Holdings Limited (Fairfax)

Показник	Зміст, значення
1	2
Рік заснування Fairfax	1985 – компанія без глибинної історії, успішно розвивалася у період кризової турбулентності (1998, 2008, 2020). У період глобальної нестабільності компанія з регіональної перетворилася на транснаціональну.
Засновник	В. Прем Ватса (V. Prem Watsa) є засновником компанії і до сьогодні залишається її власником і активним управителем.
Штаб-квартира	Торонто, Онтаріо, Канада
Тип діяльності	Страхування non-life, перестраховування, управління інвестиціями
Ticker на біржі TSX	FFH
Загальні активи Fairfax (2024)	\$92,3 млрд. – компанія досягла фінансового успіху, зважаючи на початково низький старт.
Власний капітал (Shareholders' Equity) 2024	\$23,1 млрд. – частка власного капіталу у фінансуванні (25%) є великою для західних ринків і вказує на високий рівень фінансової автономності групи, її здатності до самофінансування.
Страхові премії (Gross Premiums Written) 2024	\$28,2 млрд. – забезпечує оборотність активів на рівні 0,3, що відповідає стандартам західного страхового ринку.
Чистий прибуток (Net Earnings) 2024	\$4,4 млрд. – відповідає рентабельності активів на рівні 5%, що є показником вище за середній рівень.
ROE (рентабельність власного капіталу) 2024	17,2 % - високий показник для західних ринків.
Капіталізація на Toronto Stock Exchange (TSX), 2025	\$32–34 млрд. (коливання залежно від дати торгів). Для західного ринку така капіталізація нижча за середню. Масштаби обсягів діяльності Fairfax невеликі для глобальних страхових ринків. Можливо саме через це холдинг проявляє високий рівень активності на ринках, що розвиваються

Продовження табл. 2.1

1	2
Сегменти бізнесу	Odyssey Group, Brit Ltd, Allied World, Northbridge Financial, Crum & Forster, Polish & Eastern Europe Insurance Units, інвестиційний портфель Hamblin Watsa.
Особливість моделі управління	Децентралізована структура з автономними управлінням у регіональному офісі кожного з регіонів.
Глобальна присутність	Понад 40 країн у Північній Америці, Європі та Азії.

Джерело: складено автором за [1], [5]

З позицій української ПрАТ СК «Універсальна» важливо що група Fairfax працює за принципом децентралізованого управління: кожна страхова або перестраховальна компанія в її складі має власну управлінську команду, відповідає за андеррайтинг на локальних ринках та приймає автономні операційні рішення. Холдинг забезпечує стратегічний контроль, управління ризиками, інвестиційний менеджмент і капіталізацію, що дозволяє поєднувати оперативну гнучкість із високими стандартами корпоративного управління [1].

У 2019 році холдинг Fairfax проявив активність на українському ринку. У 2019 році ним було здійснене придбання лідера страхового ринку на той момент – український підрозділ французької страхової компанії «АХА». Французькі власники змінили ринкову стратегію і зосередилися на великих безпечних ринках (до цього таке рішення було прийняте нідерландською Aegon). Присутність на українському ринку відповідала ринковій стратегії Fairfax. Після придбання страхових компаній «АХА» і «АХА життя», що менеджмент холдингу оцінив як вдале, було прийняте рішення придбати ще одну компанію – ПрАТ СК «Універсальна». У 2019 році Fairfax офіційно придбала 100% акцій ПрАТ «СК «Універсальна», зробивши її частиною свого європейського портфеля страхових активів. Угода була погоджена Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України та завершена відповідно до вимог інвестиційного й страхового законодавства.

До входження у Fairfax страхова компанія «Універсальна» протягом тривалого часу належала групі українських акціонерів, серед яких найбільш відомими були:

- Євген Уткин (засновник «Квазар-Мікро», пізніше КМ Core) — один із найвідоміших власників компанії у 2000-х рр.;

- фінансові партнери та інвестиційні структури, пов'язані з розвитком українського ІТ та фінансового сектору.

Компанія була створена у 1991 році й поступово сформувала один із найстійкіших портфелів на ринку ризикового страхування України.

Стратегічне придбання відбулося напевне через недооцінку військових ризиків. Насправді ухід АХА і Aegon напевне не в останню чергу був пов'язаний з загрозою повномасштабної війни і пов'язаними з цим економічними потрясіннями. На сьогоднішній момент правильною виявилася стратегія Fairfax – українські активи викуплені нею у «АХА» у довоєнному періоді, і під час війни працюють прибутково, а за рівнем операційної і фінансової рентабельності можуть бути віднесені до інвестиційно привабливих. Зараз можна сказати, що антикризові стратегії компаній були дуже вдало складені і реалізовані. ПрАТ СК «Універсальна» після придбання отримала поштовх для розвитку через доступ до технологій, експертизи в андеррайтингу. Також материнська структура допомогла перейти на міжнародні стандарти корпоративного управління та ризик-менеджменту.

На сьогодні Fairfax не формує спеціалізації для своїх українських активів, але можна помітити, що ПрАТ СК «ARX» досягла кращих успіхів у сегменті автострахування, а ПрАТ СК «Універсальна» - у сегменті медичного страхування. Можливо згодом це стане базою для зміни ринкової моделі компаній на ринку і їх позиціонування. В Канаді, США і деяких країнах ЄС існують страхові компанії, що спеціалізуються саме на медичному страхуванні. У США класифікація страхування відрізняється від європейської – у американців стандарт «страхування життя і здоров'я», в той час як у

європейців і канадців медичне страхування відноситься до страхування іншого, ніж страхування життя.

В контексті нашого дослідження сформуємо гіпотезу – в Україні, на сучасному етапі, неможливим є функціонування страхової компанії, яка б спеціалізувалася виключно на медичному страхуванні.

ПрАТ СК «Універсальна» після стратегічного придбання покращувала свої позиції і з 2020 року за обсягом отриманих страхових премій входить до TOP 10 страхового ринку України (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**TOP 10 страховиків за обсягом отриманих страхових премій
за 9 місяців 2025 року**

№	Страхова компанія	Премії за 9 місяців 2025, тис. грн.	Премії за 9 місяців 2024, тис. грн.	Темп приросту, %
1	ТАС СГ	5 716 609	3 474 136	64,55
2	ARX	4 238 260	3 149 859	39,99
3	ІНГО	3 830 332	2 461 732	55,60
4	ВУСО	3 727 946	2 494 162	49,47
5	УНІКА	3 572 245	2 849 846	25,35
6	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	3 458 434	2 173 856	59,09
7	УСГ	3 004 953	2 176 281	38,08
8	КНЯЖА	2 871 406	1 803 723	59,19
9	ОРАНТА	2 688 800	1 591 245	68,97
10	UNIVERSALNA	2 410 091	1 892 583	27,34

Джерело: складено і розраховано автором за [48]

Компанія дуже вдало реалізувала антикризову стратегію у 2022 році і протрималася за рахунок неї до сьогодні. Але за рейтингом прослідковується відставання від інших лідерів ринку, що потребує зміни стратегії. Так, взагалі компанія знаходиться на 10 місці, а це значить є потенційна загроза «випасти» з рейтингу, як це сталося з ПрАТ СК «ПЗУ Україна». Привертає увагу те, що за темпом приросту надходження страхових премій у ПрАТ СК «Універсальна» один з найнижчих показників.

В сегменті медичного страхування позиції базової компанії є кращими за її місце у загальному рейтингу. Упродовж 2020-2025 років за рівнем страхових премій отримуваних від безперервного страхування здоров'я і страхування на випадок хвороби компанія постійно займала місце у TOP 5.

Найбільшими конкурентами у 2024 р. для ПрАТ СК «Універсальна» були компанії ПрАТ СК «Уніка» (компанія з австрійським капіталом) та ПрАТ СК «ВУСО» (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Надходження страхових премій за медичним страхуванням у 2024 році

Джерело: [36]

Між ПрАТ СК «Універсальна», ПрАТ СК «Уніка» та ПрАТ СК «ВУСО» точиться справжня конкурентна боротьба у сегменті добровільного медичного страхування. Наприклад, у 2025 році ПрАТ СК «ВУСО» отримала визнання як найбільш новаторська компанія у сегменті з цифровим продуктом «eЛікар». Це дозволило цій компанії піднятися у рейтингу з п'ятого на друге місце. Базова страхова компанія отримала винагороду FinAwards 2025 у номінації - Найкращий продукт страхової компанії: ДМС для бізнесу. Три ці компанії змагаються і у кількості клієнтів, і у сумах отриманих страхових премій.

Надходження страхових премій у сегменті добровільного медичного страхування (9 місяців 2025 року)

№	Страхова компанія	Премії за 9 місяців 2025, тис. грн.	Виплати за 9 місяців 2024, тис. грн.	Рівень виплат, % ряд.4/ряд.3*100
1	2	3	4	5
1	УНІКА	1 310 834	752 561	57,41
2	ВУСО	698 750	418 296	59,86
3	ІНГО	678 414	487 329	71,83
4	UNIVERSALNA	655 092	362 163	55,28
5	ТАС СГ	552 406	280 335	50,75
6	ARX	433 613	208 887	48,17
7	УСГ	340 326	216 020	63,47
8	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	267 448	176 716	66,07
9	PZU УКРАЇНА	229 148	185 077	80,77
10	КНЯЖА	182 277	106 357	58,35

Джерело: складено і розраховано автором за [48]

У 2024 році ПрАТ СК «Універсальна» за кількістю отриманих страхових премій перебувала на 3 місці, а за 9 місяців 2025 року перемістилася на 4 місце. Привертає увагу достатньо високий рівень страхових виплат у всіх компаній, що є специфікою цього виду страхування і в принципі пояснює чому в Україні немає спеціалізованих компаній з медичного страхування. Для того щоб спеціалізуватися на медичному страхуванні, компанія має бути по справжньому великою. Усі страхові компанії в Україні за мірками США, Канади, ЄС, Великої Британії чи Японії є дрібними компаніями, при чому за абсолютно усіма фінансовими показниками (активами, капіталом, страховими преміями, сформованими резервами). Для того щоб знизити рівень страхових виплат і заробити на медичному страхуванні необхідно збільшити кількість застрахованих у разі від сьогоdnішнього рівня. Це дозволить створити стабільний грошовий потік за максимального розсіювання ризику (коли страхові поліси мають страхувальники різного віку, різного стану здоров'я, груп ризику). Саме так працюють на розвинених ринках. Тому для українських страховиків не варто спеціалізуватися на медичному страхуванні. Медичне

страхування може розглядатися в якості перспективного напрямку на майбутнє (особливо якщо приймуть модель обов'язкового медичного страхування, де страховим фондом керуватимуть приватні страховики), диверсифікації страхового портфелю, отриманні додаткового прибутку.

ПрАТ СК «Універсальна» займає хороші конкурентні позиції у сегменті, але для того щоб утриматися у TOP-5 необхідно більше уваги приділяти саме новаціям.

Страховий ринок України є дуже конкурентним (в принципі як і більшість страхових ринків у світі) і конкурувати страхові компанії можуть за напрямками:

- асортименту страхових послуг і їх вартості;
- якості обслуговування, у тому числі і можливості обслуговування дистанційно;
- ефективності логістичних каналів.

Щодо останнього, то тут змагання йде між самими компаніями (у перших двох напрямках головним є клієнт). Структура продажів за каналами має вигляд (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Структура страхових премій за каналами продажу у 2024 році

Джерело: [36]

Останнім часом дуже багато публікацій присвячено тому, що алгоритми, штучний інтелект, чат-боти замінять людину у комунікації продажу страхових

послуг. Насправді це не так, на що і вказують статистичні дані. Більшість продажів забезпечують страхові агенти, які отримавши нові цифрові інструменти працюють набагато продуктивніше. Їх кількість скоротилася, але продаж через страхових агентів, як і раніше, домінує у всіх без виключення видах страхування. Значна частка страхових полісів продається і в офісах (поки є достатньо великий прошарок громадян, які потребують офлайн обслуговування). Значні конкурентні переваги отримають ті страхові компанії, які будуть навчати своїх страхових агентів сучасним комунікаційним технікам і використанню у процесі обслуговування клієнтів сучасних цифрових технологій.

2.2 Аналіз фінансового стану та ефективності діяльності страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна»

Компанія, яка займається медичним страхуванням і має у своєму страховому портфелі значну частку надходження страхових премій саме за цим напрямом повинна мати підвищений рівень фінансової стійкості і ліквідності, оскільки:

- тривалими спостереженнями по усьому світу доведено, що рівень страхових виплат за медичним страхуванням часто є більш високим, ніж у середньому по страховому ринку;

- актуарні обчислення часто можуть порушуватися дуже суттєво (останній глобальний приклад – виплати за медичним страхуванням пов'язані з пандемією COVID 19).

Отже, необхідним для страхової компанії є запас грошових коштів для забезпечення ліквідності і захисту коливання виплат та запас власного капіталу для покриття ризику неправильних актуарних обчислень.

Фінансова звітність страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна» представлена у додатках А.1-В.2. Проведемо аналіз структури і динаміки активів компанії (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Структура та динаміка активів ПрАТ СК «Універсальна» в 2022-2024 рр.

Показник	На 1.01.22р.		На 1.01.23р.		Відхилення 2022 рік, тис. грн.	Темп росту 2022 рік, %	На 1.01.24р.		Відхилення 2023 рік, тис. грн.	Темп росту 2023 рік, %	На 1.01.25р.		Відхилення 2024 рік, тис. грн.	Темп росту 2024 рік, %
	тис. грн.	% до підсумку	тис. грн.	% до підсумку			тис. грн.	% до підсумку			тис. грн.	% до підсумку		
Нематеріальні активи	23732	1,79	38608	3,19	14876	162,68	42558	2,89	3950	110,23	53899	2,77	11341	126,65
Основні засоби	58003	4,38	54412	4,50	-3591	93,81	58751	3,99	4339	107,97	61209	3,14	2458	104,18
Інвестиційна нерухомість	10368	0,78	9277	0,77	-1091	89,48	9289	0,63	12	100,13	13639	0,70	4350	146,83
Відстрочені аквізиційні витрати та податкові активи	163183	12,32	1941	0,16	-161242	1,19	7209	0,49	5268	371,41	16165	0,83	8956	224,23
Кошти в централізованих резервах	37499	2,83	47541	3,93	10042	126,78	62348	4,24	14807	131,15	14473	0,74	-47875	23,21
I. Необоротні активи	292785	22,11	151779	12,54	-141006	51,84	180155	12,24	28376	118,70	159385	8,19	-20770	88,47
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	169143	12,77	0	0,00	-169143	0,00	0	0,00	0	x	0	0,00	0	x
Інша дебіторська заборгованість	8053	0,61	14109	1,17	6056	175,20	17910	1,22	3801	126,94	74987	3,85	57077	418,69
Поточні фінансові інвестиції	600346	45,33	705281	58,28	104935	117,48	996237	67,71	290956	141,25	298664	15,35	-697573	29,98
Грошові кошти	94526	7,14	235853	19,49	141327	249,51	172546	11,73	-63307	73,16	1292240	66,39	1119694	748,92
Частка перестраховика у страхових резервах	125056	9,44	102363	8,46	-22693	81,85	103148	7,01	785	100,77	120089	6,17	16941	116,42
Інші активи	34359	2,59	751	0,06	-33608	2,19	1321	0,09	570	175,90	956	0,05	-365	72,37
II. Оборотні активи	1031483	77,89	1058357	87,46	26874	102,61	1291162	87,76	232805	122,00	1786936	91,81	495774	138,40
III. Необоротні активи, утримувані для продажу та групи вибуття	0	0,00	0	0,00	0	x	0	0,00	0	x	0	0,00	0	x
Баланс	1324268	100,00	1210136	100,00	-114132	91,38	1471317	100,00	261181	121,58	1946321	100,00	475004,0	132,28

Джерело: розраховано автором за даними фінансових звітів ПрАТ СК «Універсальна» за 2022-2024 рр.

Упродовж усього періоду дослідження сума оборотних активів суттєво перевищувала суму необоротних, що є притаманним для компаній, які здійснюють страхування інше, ніж страхування життя. На початок періоду дослідження у складі необоротних активів виділялися дві статті – «відстрочені аквізиційні витрати та податкові активи» - 163183 тис. грн. (12,32% від суми активів), кошти у централізованих страхових резервах МТСБУ – 37499 тис. грн. (2,83% активів). Усього сума необоротних активів на початок періоду дослідження дорівнювала 292785 тис. грн. або 22,11%.

У першому році періоді дослідження роботи (2022 рік) переважна більшість страхових компаній налаштувалася на можливість початку війни і відпрацьовувала антикризові стратегії. Складову такої стратегії можна побачити і у ПрАТ СК «Універсальна» - значну частку активів компанії складають абсолютно ліквідні активи (грошові кошти і поточні фінансові інвестиції). Станом на 1.01.2022 року сума цих статей дорівнювала 694872 тис. грн. або 52,47% зі значною перевагою грошових коштів. Достатньо велику суму мала стаття дебіторської заборгованості за страхові послуги – 169143 тис. грн., або 12,77%. Тут слід зазначити, що у цьому є специфіка діяльності власне компанії ПрАТ СК «Універсальна». У компанії значна частка страхового портфелю представлена медичним страхуванням, а саме безперервним страхуванням здоров'я. За цим видом страхування при укладенні контракту і початку надання послуги до складу дебіторської заборгованості попадає уся сума, а безпосередньо гроші до страхової компанії надходять щомісячно.

У 2022 році почалася війна і більшість страхових компаній зіткнулися з різким зменшенням надходження страхових премій. ПрАТ СК «Універсальна» за перше півріччя втратила майже 30% надходження страхових премій, і більшість саме у сфері медичного страхування. За деякими програмами, укладеними ще до війни, гроші продовжували надходити, а за деякими зупинилися. Нові договори корпоративного медичного страхування у 2022 році фактично не уклалися через високий рівень невизначеності у фінансовій системі, що було пов'язано з війною. Процес укладення договорів

безперервного медичного страхування відновився лише у 2023 році, але і у 2024, і у 2025 роках показники не дійшли до рівня 2021 року. У зв'язку зі зменшенням обсягів медичного страхування відстрочені аквізиційні витрати практично зникли з балансу компанії. У кризових умовах 2022 року компанія намагалася компенсувати втрати збільшенням ділової активності у сфері обов'язкового страхування цивільної відповідальності водіїв. Сума обов'язкових страхових резервів збільшилася на 10042 тис. грн., або на 26,78%. Сума необоротних активів в цілому зменшилася на 141006 тис. грн., або на 48,16%, а їх питома вага в активах – до 12,54%.

В останньому році дослідження необоротні активи компанії продовжували скорочуватися. Основною причиною цього стало зменшення вкладання коштів до централізованих резервних фондів МТСБУ на 47875 тис. грн., або на 76,79%. Питома вага необоротних активів в балансі компанії на кінець періоду дослідження стала дорівнювати 8,19%.

Практична ліквідація медичного страхування у 2022 році викликала і ліквідацію відповідної статті дебіторської заборгованості. Згодом, коли договори почали відновлятися, змінився механізм розрахунку і сплати страхових премій за цим видом страхування. Тепер страхова компанія стала надавати послуги за медичним страхуванням за авансовим принципом. В складних умовах воєнного стану такий спосіб безумовно є більш надійним.

Частина товарної дебіторської заборгованості за новою методикою перейшла до складу іншої дебіторської заборгованості. Якщо на початок періоду дослідження частка цієї заборгованості в активах не перевищувала одного відсотка, то на кінець сума статті дорівнювала 74987 тис. грн., а питома вага в активах складала 3,85% від суми активів.

Найбільшою статтею активів на початок періоду дослідження складали поточні фінансові інвестиції (600346 тис. грн., або 45,33% від підсумку балансу). У 2022 році сума цієї статті збільшилася на 104935 тис. грн., або на 17,48%. Значну частку цих активів представляють вкладення компанії до державних цінних паперів і у 2022 році це переважно були інвестиції у

військові облигації України. Термін обертання такої облигації дорівнює півроку, а доходність коливається у границях 15-17% річних, що робить цей інструмент корисним і з позиції прибутковості, і з позиції ліквідності. У 2023 році компанія нарощувала портфель військових облигацій і сума статті збільшилася ще на 290956 тис. грн., або на 41,25%. Питома вага статті збільшилася до 67,71%. У 2024 році ситуація змінилася. Компанія погасила значну частку свого портфелю державних цінних паперів і перейшла у грошову ліквідність – сума вкладень до поточних фінансових інвестицій зменшилася на 697573 тис. грн., а питома вага статті в активах на кінець періоду дослідження дорівнювала 15,35%.

По іншому змінювалася грошова ліквідність компанії. На початок періоду дослідження сума грошових коштів на її рахунках дорівнювала 94526 тис. грн., або 7,14% від підсумку балансу. У 2022 році на фоні тотальної невизначеності компанія збільшилася суму грошових коштів на рахунках на 141327 тис. грн., або на 149,51%. Частка статті в активах стала складати 19,49%. Зростання суми грошових коштів і поточних фінансових інвестицій багато у чому було профінансоване за рахунок згорання програм безперервного страхування здоров'я. Кошти, які надходили від діючих страхувальників, відразу спрямовувалися на поповнення найбільш ліквідних активів. У 2023 році компанія віддала перевагу вкладенню коштів до поточних фінансових інвестицій. Сума грошових коштів на рахунках компанії зменшилася на 63307 тис. грн., або на 26,84%. Частка статті в активах на кінець 2023 року дорівнювала 11,73%. В останньому році дослідження політика управління грошовими коштами різко змінилася. Компанія вивела багато коштів з державних облигацій і сконцентрувала їх на грошових рахунках. За рік сума коштів на рахунках збільшилася на 111964 тис. грн., або у 7,5 разів. Частка статті в активах на кінець періоду дослідження зросла до 66,39%.

В цілому активи компанії мають тенденцію до зростання, окрім першого року дослідження. У 2022 році вартість активів компанії зменшилася

на 114132 тис. грн., або на 86,2%. Враховуючи надвисокий рівень інфляції у 2022 році (26,6%) можна визначити суттєві втрати компанії через війну.

У 2023 році менеджменту вдалося стабілізувати ситуацію. Активи компанії збільшилися на 261181 тис. грн., або на 21,58%. У 2024 році ця тенденція тривала – активи зросли ще на 475004 тис. грн., або на 32,28%. У 2023 та 2024 роках темпи зростання активів суттєво перевищували інфляцію, що характеризує відновлення ділової активності компанії і адаптацію її до роботи в умовах війни.

На наступному етапі проведемо аналіз структури і динаміки джерел фінансування компанії (табл. 2.5).

На початок періоду дослідження статутний капітал страховика дорівнював 192700 тис. грн., або 14,55% від суми джерел фінансування. Сума власного капіталу була незмінною упродовж усього періоду дослідження, оскільки компанія не проводила емісії простих акцій.

Така політика (орієнтація на самофінансування) є абсолютно домінуючою на ринку зараз під час війни. Але слід зазначити, що таку ж модель у цілому ми спостерігали і у довоєнний час. Взагалі будь-які значимі емісії акцій у страховому бізнесі припинилися у 2008-2009 роках під час глобальної фінансової кризи. З того моменту віра інвесторів у перспективі розвитку українського страхового ринку не відновилася.

Показовим був ухід з ринку таких глобальних гравців як Aegon (страхування життя, 2017 рік), і AXA (страхування інше, ніж страхування життя, 2019 рік). Подальші події показали, що в принципі ці компанії мали рацію. Страховий сектор розвивався повільно, страхування так і не стало ментальною цінністю для українських споживачів, а під час війни звісно ситуація погіршилася.

Компанії, які залишаються на українському страховому ринку, перейшли до моделі самофінансування за рахунок реінвестування чистого прибутку. При цьому переважна більшість страховиків не виплачує дивіденди.

Таблиця 2.5

Структура та динаміка джерел фінансування ПрАТ СК «Універсальна» в 2022-2024 рр.

Показник	На 1.01.22р.		На 1.01.23р.		Відхилення 2022 рік, тис. грн.	Темп росту 2022 рік, %	На 1.01.24р.		Відхилення 2023 рік, тис. грн.	Темп росту 2023 рік, %	На 1.01.25р.		Відхилення 2024 рік, тис. грн.	Темп росту 2024 рік, %
	тис. грн.	% до підсумку	тис. грн.	% до підсумку			тис. грн.	% до підсумку			тис. грн.	% до підсумку		
Зареєстрований капітал	192700	14,55	192700	15,92	0,0	100,0	192700	13,10	0	100,0	192700	9,90	0	100,0
Капітал у дооцінках	4244	0,32	4244	0,35	0,0	100,0	4244	0,29	0	100,0	0	0,00	-4244	0,0
Резервний капітал	4093	0,31	4093	0,34	0,0	100,0	4093	0,28	0	100,0	4093	0,21	0	100,0
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	198113	14,96	412235	34,07	214122,0	208,1	554275	37,67	142040	134,5	777445	39,94	223170	140,3
I. Власний капітал	399150	30,14	613272	50,68	214122,0	153,6	755312	51,34	142040	123,2	974238	50,06	218926	129,0
Довгострокові зобов'язання	7161	0,54	7266	0,60	105,0	101,5	11146	0,76	3880	153,4	14219	0,73	3073	x
Довгострокові забезпечення	2679	0,20	10785	0,89	8106,0	402,6	32530	2,21	21745	301,6	18637	0,96	-13893	x
Страхові резерви	741549	56,00	514458	42,51	-227091,0	69,4	599947	40,78	85489	116,6	786608	40,42	186661	131,1
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення	751389	56,00	532509	42,51	-218880,0	70,9	643623	40,78	111114	120,9	819464	40,42	175841	127,3
Поточна кредиторська заборгованість	150852	11,39	24072	1,99	-126780,0	16,0	23900	1,62	-172	99,3	88362	4,54	64462	369,7
Інші поточні забезпечення і зобов'язання	22877	1,73	40283	3,33	17406,0	176,1	48482	3,30	8199	120,4	64257	3,30	15775	132,5
III. Поточні зобов'язання і забезпечення	173729	13,12	64355	5,32	-109374,0	37,0	72382	4,92	8027	112,5	152619	7,84	80237	210,9
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття	0	0,00	0	0,00	0,0	x	0	0,00	0	x	0	0,00	0	x
Баланс	1324268	43,26	1210136	56,00	-114132,0	91,4	1471317	97,03	261181	121,6	1946321	98,31	475004	132,3

Примітка. Розраховано автором за даними фінансових звітів ПрАТ СК «Універсальна» за 2022-2024 рр.

Статті капіталу у дооцінках і резервного капіталу не відігравали якоїсь суттєвої ролі у фінансовій діяльності страховика упродовж періоду дослідження. Незначуща роль дооцінок вказує на те, що компанія не займалася штучним збільшенням своєї платоспроможності. Такими діями на ринку прославилася ПрАТ СК «ПЗУ Україна» і багато дрібних страховиків.

Відповідно до обраної і реалізованої моделі фінансування діяльності найбільш важливою статтею власного капіталу була стаття нерозподіленого прибутку. На початок періоду дослідження сума за цією статтею дорівнювала 198113 тис. грн., або 14,96% від загальної суми джерел фінансування. На початок періоду дослідження статті нерозподіленого прибутку і зареєстрованого капіталу були практично рівнозначними. Далі роль нерозподіленого прибутку постійно зростала. У 2022 році сума нерозподіленого прибутку збільшилася на 214122 тис. грн. або на 108,1%. І це дуже показовий момент, адже це був перший рік війни і у першій його половині компанія отримала фінансовий шок від різкого зменшення надходження страхових премій. Але у другому півріччі менеджмент реалізував антикризову стратегію у повній мірі і компанія отримала навіть збільшення прибутку. На кінець 2022 року питома вага нерозподіленого прибутку у фінансуванні збільшилася до 34,07%. На кінець 2022 року частка власного капіталу у фінансуванні діяльності компанії дорівнювала 50,68% - компанія отримала запас фінансової надійності, що дуже важливо під час роботи в умовах невизначеності, викликаною війною та іншими глобальними факторами.

В складі зобов'язань компанії домінуючу роль упродовж усього періоду дослідження займали страхові резерви, як в принципі це і має бути. Вартість страхових резервів на початок періоду дослідження дорівнювала 741549 тис. грн., або 56% від підсумку балансу. У 2022 році відбулося суттєве зменшення страхових резервів (на 227091 тис. грн., або на 57,49%) і у значній мірі це відбулося через переформатування бізнесу у сегменті медичного страхування.

На початок періоду дослідження сума поточних зобов'язань була достатньо високою – 173729 тис. грн., або 13,12% від підсумку джерел фінансування. За рік їх сума зменшилася на 109374 тис. грн., або на 63%. Частка поточних зобов'язань у фінансуванні зменшилася до 5,32% і це позитивно позначилося на ліквідності компанії.

У 2023 році сума нерозподіленого прибутку збільшилася на 142040 тис. грн., або на 34,5%. Питома вага статті у фінансуванні стала складати 37,67%. Зростання цієї статті обумовило і збільшення власного капіталу. За рахунок власного капіталу на кінець 2023 року було профінансовано 51,34% активів страховика. Це високий показник, який забезпечує компанії суттєву фінансову стійкість.

Страхові резерви компанії у 2023 році збільшилися на 85489 тис. грн., або на 16,6%. Це є позитивним моментом і вказує на отримання нової моделі фінансування, певну заміну частки страхових резервів, пов'язаної з корпоративними програмами медичного страхування.

Поточні зобов'язання компанії у 2023 році збільшилися на 8027 тис. грн., або на 12,5%. Їх частка у фінансуванні натомість зменшилася до 4,92%.

В останньому році дослідження спостерігаємо:

- збільшення суми нерозподіленого прибутку на 223170 тис. грн., або на 40,3%. Частка статті у фінансуванні на кінець періоду дослідження дорівнювала 39,94%. Питома вага власного капіталу у фінансуванні діяльності компанії на кінець 2024 року дорівнювала 50,06%, що відповідає високому рівню фінансової стійкості;

- сума страхових резервів зросла на 786608 тис. грн., або на 31,1%. Їх частка у фінансуванні стала дорівнювати 40,42%;

- сума поточних зобов'язань збільшилася на 80237 тис. грн., або на 110,9%. Їх питома вага у фінансуванні стала дорівнювати 7,84%. Це збільшення порівняно з попереднім періодом є суттєвим, але не несе загрози ліквідності компанії.

Наочне відображення основних фінансових показників (активи, капітал, страхові резерви) ПрАТ СК «Універсальна» представлені на рис. 2.3.

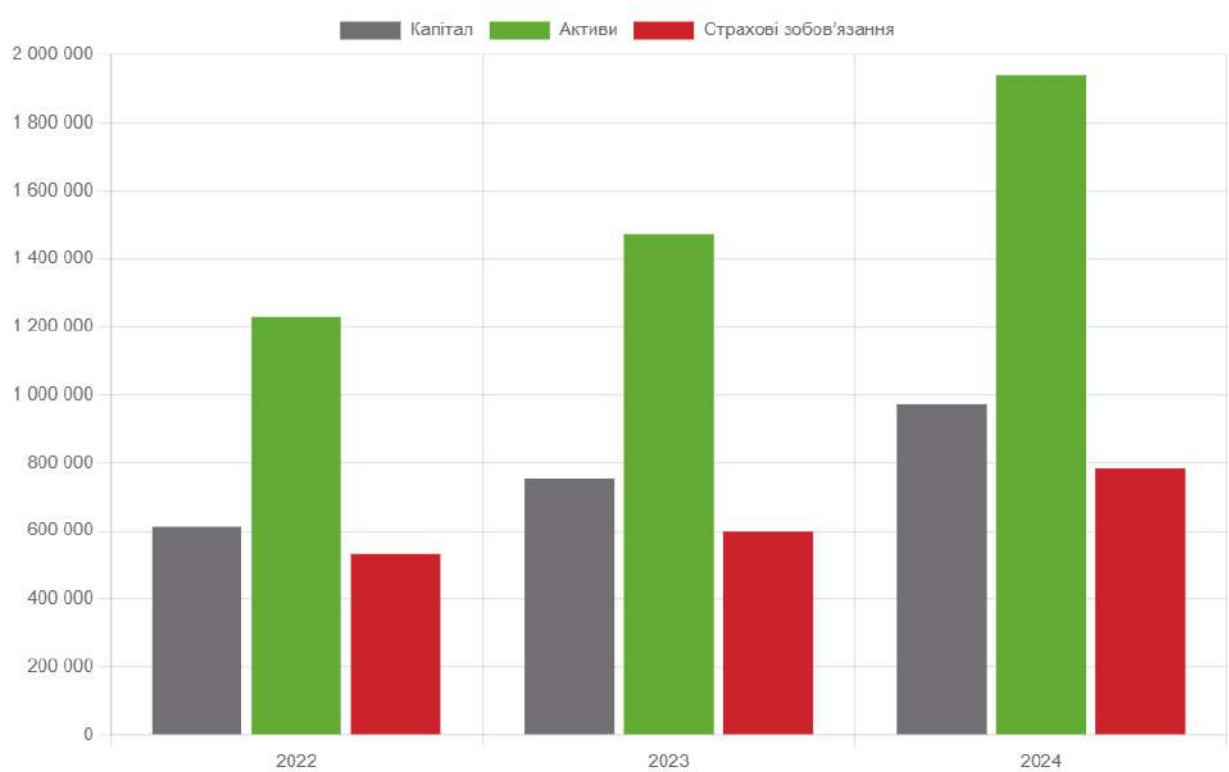


Рис. 2.3. Основні фінансові показники ПрАТ СК «Універсальна» за 2024 рік, тис. грн

Джерело: [39]

Отже, бачимо позитивну динаміку всіх показників протягом періоду дослідження, при цьому як активи, капітал, так і страхові резерви збільшуються прямопропорційно в кожному році дослідження.

Далі проаналізуємо формування фінансового результату компанії у 2023-2024 роках (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Формування фінансового результату ПрАТ СК «Універсальна» в 2023-2024 рр.

Показники	2023 р.	2024 р.	Відхилення, тис. грн.	Темп росту, %
1	2	3	4	5
Дохід від страхування	1839131	2333816	494685	126,90
Витрати на страхові послуги	1538049	1943022	404973	126,33

Продовження табл. 2.6

1	2	3	4	5
Вартість перестрашування	153883	143056	-10827	92,96
Відшкодування витрат на страхові послуги перестраховиками	15068	19796	4728	131,38
Результат страхових послуг	162267	267534	105267	164,87
Фінансові витрати від випущених страхових контрактів	34120	42575	8455	124,78
Фінансові доходи від утримуваних контрактів перестрашування	9407	6506	-2901	69,16
Чистий результат страхової діяльності	137554	231465	93911	168,27
Чистий результат інвестиційної діяльності	115555	168337	52782	145,68
Інші страхові операційні витрати	73896	102895	28999	139,24
Фінансові витрати	2156	2781	625	128,99
Чисті інші (витрати)/доходи	3838	6840	3002	178,22
Прибуток до оподаткування	173219	287286	114067	165,85
Витрати з податку на прибуток	31179	53428	22249	171,36
Прибуток за рік	142040	233858	91818	164,64

Примітка. Розраховано автором за даними фінансових звітів ПрАТ СК «Універсальна» за 2023-2024 рр.

Сума страхових премій у 2023 році дорівнювала 1839131 тис. грн. У 2024 році відбулося збільшення суми страхових премій на 494685 тис. грн., або на 26,9%, що є високим показником зважаючи на річну інфляцію у розмірі 10%.

Сума страхових виплат у 2023 році дорівнювала 1538049 тис. грн. У 2024 році вони збільшилися на 404973 тис. грн., або на 26,33%. Привертає увагу, що темпи зростання страхових премій практично дорівнюють темпам зростання виплат (див. рис. 2.4). і це вказує на високу якість актуарних обчислень у компанії.

Рівень страхових виплат складав:

2023 рік – 83,6% ($1538049/1839131*100$);

2024 рік – 83,26% ($1943022/2333816*100$).

Такий рівень страхових виплат є дуже високим. І у 2023, і у 2024 роках він майже утричі перевищував цей показник в цілому по ринку.

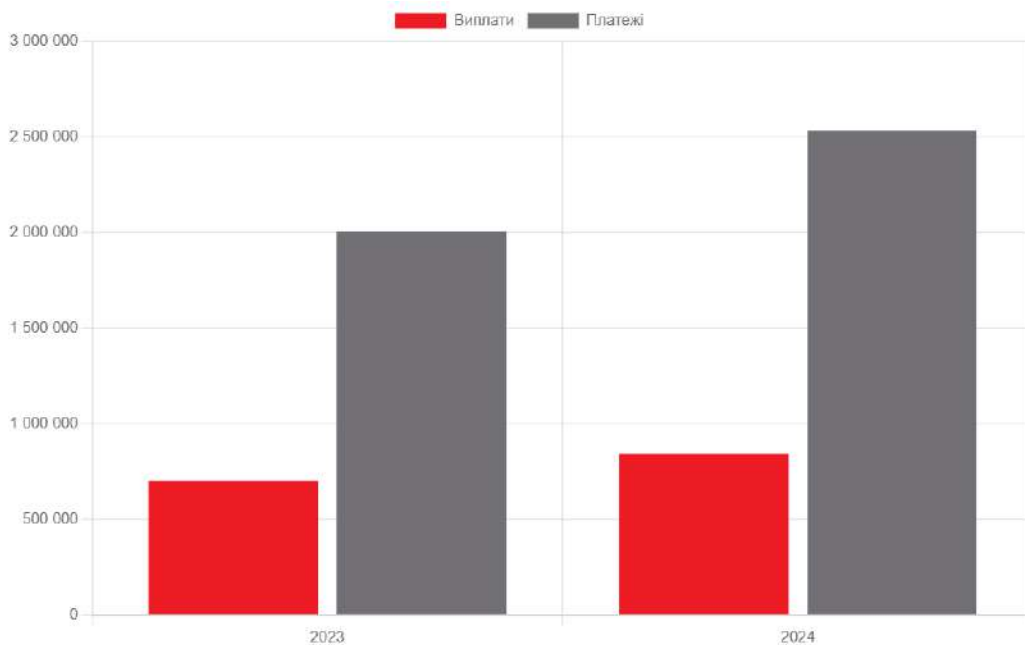


Рис. 2.4. Страхові платежі та виплати ПрАТ СК «Універсальна» за 2023 та 2024 роки, тис. грн

Джерело: [39]

Вартість перестраховання у 2023 році дорівнювала 153883 тис. грн. У 2024 році стаття зменшилася на 10827 тис. грн., або на 7,04%. Показовим є той факт, що рівень перестраховання був достатньо невисоким:

8,37% ($153883/1839131 \cdot 100$) у 2023 році;

6,13% ($143056/2333816 \cdot 100$) у 2024 році.

Для порівняння – у 2021 році цей показник дорівнював 32,56%, а у 2022 році – 10,2%. Зменшення вихідного перестраховання після початку війни було закладено в антикризову стратегію багатьох українських страховиків і ПрАТ СК «Універсальна» у цьому питанні не була винятком. До війни багато українських страховиків мали надмірне перестраховання щодо структури і вартості страхових портфелів і це суттєво і у багатьох випадках безпідставно зменшувало їх фінансовий результат від страхової діяльності. Деякі компанії з іноземним капіталом, наприклад, ПрАТ СК «ПЗУ Україна» використовували вихідне перестраховання до материнських структур у якості заміни виплаті дивідендів (у цієї компанії до війни були періоди, коли рівень перестраховання

перевищував 50% при тому, що у страховому портфелі не було катастрофічних ризиків).

Після різкого зменшення надходження страхових премій у 2022 році багато страховиків переглянули політику перестраховування і зменшили вихідне перестраховування у рази. Це стало основним фактором компенсації зменшення надходження страхових премій і отримання прибутку у 2022 році.

Компенсації, отримані компанією ПрАТ СК «Універсальна» від перестраховиків і у 2023, і у 2024 роках, були несуттєвими і не впливали на формування прибутку від страхової діяльності.

Фінансові витрати від випущених страхових контрактів перевищували фінансові доходи від утримуваних контрактів перестраховування, але ця різниця немає суттєвих впливів на формування фінансових результатів.

В цілому компанія розвивалася достатньо успішно у плані формування фінансового результату від страхової діяльності. У 2023 році сума чистого фінансового результату дорівнювала 137554 тис. грн. У 2024 році відбулося збільшення суми фінансового результату на 93911 тис. грн., або на 68,27%.

Певний успіх було досягнуто і у отриманні фінансового результату від інвестиційної діяльності. У 2023 році компанія отримала за цим напрямом 115555 тис. грн. У 2024 році збільшення склало 52782 тис. грн., або на 45,68%.

Негативний вплив на фінансовий результат мали інші операційні витрати. Їх сума у 2023 році дорівнювала 73896 тис. грн. У 2024 році сума інших операційних витрат збільшилася на 28999 тис. грн., або на 39,24%. Попри це, сума прибутку до оподаткування у періоді дослідження збільшилася. У 2023 році стаття дорівнювала 173219 тис. грн. У 2024 році відбулося збільшення статті на 114067 тис. грн., або на 65,85%.

Податок на прибуток також зростає. Його сума у 2023 році складала 31179 тис. грн. У 2024 році відбулося її збільшення на 22249 тис. грн., або на 71,36%. Сума чистого прибутку у 2023 році дорівнювала 142040 тис. грн. У 2024 році відбулося її збільшення на 91818 тис. грн., або на 64,64%.

Рівень податкового навантаження за податком на прибуток дорівнював:

2023 рік – 21,95% ($31179/142040*100$);

2024 рік – 18,6% ($53428/287286*100$).

В контексті теми кваліфікаційної роботи, доцільно розглянути співвідношення страхових платежів і страхових виплат саме по медичному страхуванню базової страхової компанії (рис. 2.5).

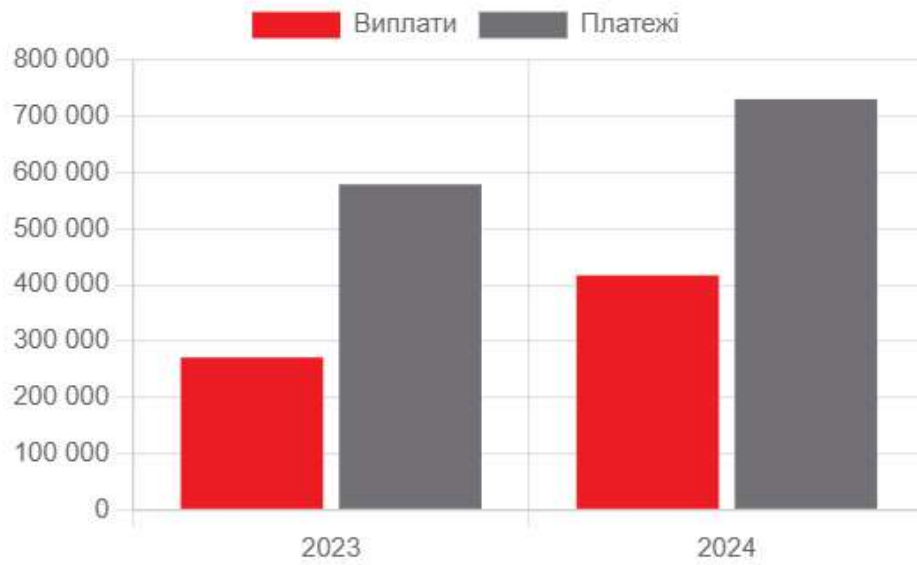


Рис. 2.5 Страхові платежі та виплати ПрАТ СК «Універсальна» по добровільному медичному страхуванню за 2023 та 2024 роки, тис. грн

Джерело: [39]

Як видно з рис. 2.6, рівень виплат по добровільному медичному страхуванню перевищує рівень виплат в середньому за усіма видами страхових послуг, а в 2024 році значно збільшився у порівнянні з 2023 р. і становить більше 50%.

Це підтверджують і дані за I півріччя 2025 р. (див. рис. 2.6) – найбільший рівень виплат саме з добровільного медичного страхування, на другому місці – КАСКО, на третьому – ОСЦПВ. По всім іншим видам страхування рівень виплат зовсім незначний. Також треба відзначити, що за надходженням страхових премій медичне страхування випереджає лише автострахування, і в першу чергу страхування самого транспортного засобу.

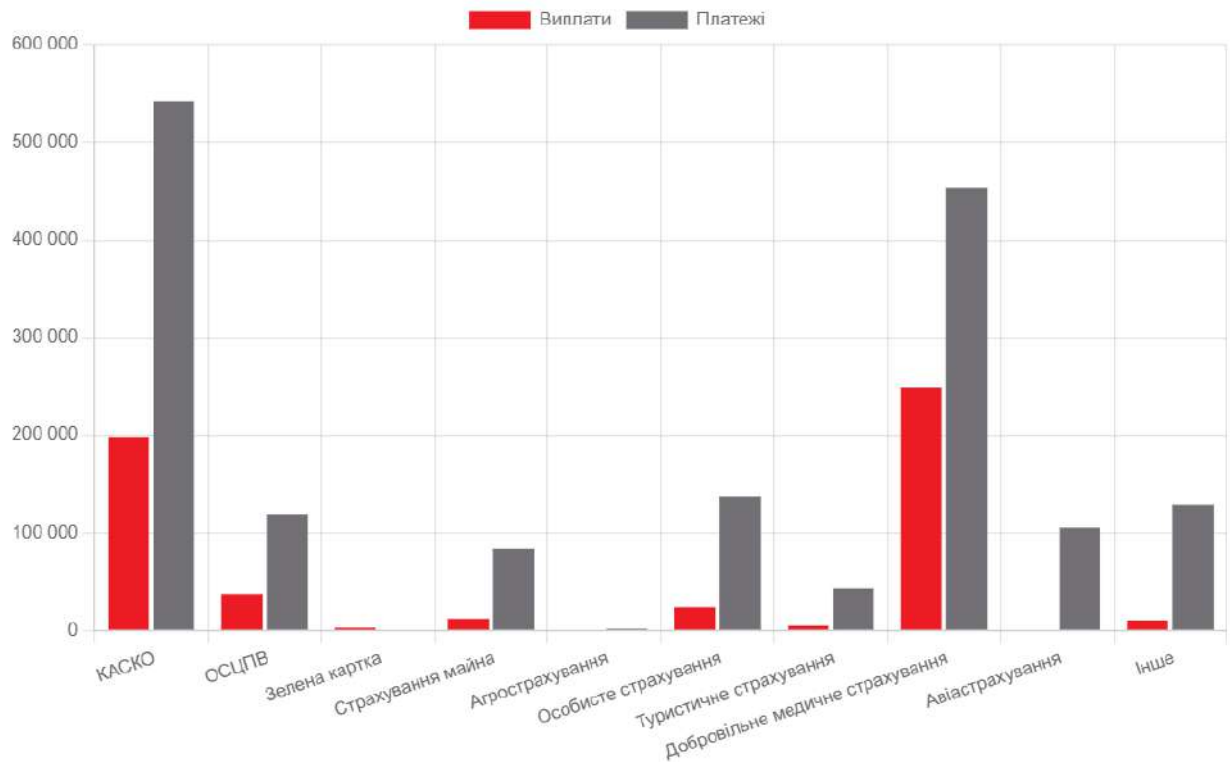


Рис. 2.6. Страхові платежі та виплати в розрізі видів страхування ПрАТ СК «Універсальна» за 6 місяців 2025 року, тис. грн

Джерело: [39]

В цілому можна зробити висновок, що компанія ПрАТ СК «Універсальна» покращила свій фінансовий результат у 2024 році, порівняно з 2023 роком. Співвідношення між доходами і витратами було на користь страхової компанії. Навіть за дуже високого рівня страхових виплат при збільшенні надходження страхових премій на 26,9% компанія отримала збільшення чистого прибутку на 64,64%. Отримана сума чистого прибутку за існуючої у компанії моделі фінансування діяльності дозволяє дотримуватися адаптивної стратегії помірнього зростання. Сильних проривів без зовнішнього фінансування досягти навряд чи вдасться, якщо тільки не знайти якусь новацію (страхову послугу, яку потребуватимуть клієнти, але якої немає до сьогодні у конкурентів).

2.3 Оцінка продуктів з медичного страхування ПрАТ СК «Універсальна»

Правила медичного страхування складені та перезатвердженні вже після прийняття Закону України «Про страхування» у розрізі класів, при цьому використовується багатокласний підхід, за яким до одного договору входить декілька класів страхування. Правила страхування представлені на офіційному вебсайті страхової компанії [42], і з ними легко можна ознайомитися. Викладення усіх умов є повним, інформація вичерпною, для спрощеного ознайомлення є коротка подача у вигляді анотації, за деякими (не усіма) програмами є страховий калькулятор.

Розглянемо більш детально кожен програму медичного страхування, яке пропонується страховою компанією ПрАТ СК «Універсальна».

Вид страхування, за яким компанія отримала винагороду Awards у 2025 році і який є найбільш важливим для страховика з позицій надходження страхових премій, «Медичне страхування» має наступний формат (дод. Д).

Страховий продукт «Медичне страхування» для страхової компанії є основним. Цей продукт має значні переваги і саме через це його виділили у номінації. Переваги страхової послуги, на наш погляд, є такими:

- продукт охоплює широкий спектр класів страхування (1, 2, 18.1 та 18.2), що дає змогу забезпечити різні потреби клієнтів: від класичного страхування від нещасних випадків до медичної допомоги в Україні й за кордоном, а також страхування подорожуючих. Така багатовекторність покриття відповідає сучасним вимогам клієнтів;

- деталізоване визначення страхових ризиків підвищує передбачуваність страхових виплат і знижує ймовірність конфліктів між страховиком і страхувальником;

тарифи коливаються у широких діапазонах, що забезпечує гнучкість у формуванні індивідуальних програм. Клієнти можуть обрати покриття

відповідно до фінансових можливостей, що робить продукт доступним як для фізичних осіб, так і для корпоративних клієнтів;

- використання франшизи передбачується, але не є обов'язковим;
- широка географія договору – Україна та інші країни світу. Це робить продукт універсальним, дозволяючи використовувати його під час подорожей чи тимчасового перебування за кордоном;

- чітко визначені обставини для оцінки страхового ризику відповідає принципам належного андеррайтингу та знижує ризик моральної небезпеки (moral hazard). Прозорість вимог сприяє кращому розумінню клієнтом умов договору й зміцненню довіри до страховика;

- розгорнутий перелік винятків як елемент прозорості. Докладний опис подій, що не визнаються страховими випадками, забезпечує високий рівень інформативності для споживача та дає змогу уникати неоднозначних трактувань у разі настання спірних ситуацій.

Попри явні переваги продукт має і ряд недоліків, а саме:

- значна кількість винятків і обмежень (наприклад, стосовно занять спортом) для деяких груп клієнтів (молодь, активні користувачі спорту, водії) може знижувати привабливість продукту;

- наявність суворих вимог щодо розкриття медичної інформації, включно з декларацією про стан здоров'я, може стати бар'єром для окремих страхувальників;

- складність у трактуванні окремих умов договору. Велика кількість спеціалізованих термінів і медичних формулювань потребує детального вивчення умов договору, що ускладнює розуміння продукту непрофесійними користувачами. Це може впливати на якість прийняття фінансових рішень клієнтами;

- обмеження щодо надання медичних послуг поза строками дії договору або поза територією покриття можуть створювати ризики для клієнта у випадках, коли подія має пролонгований характер (наприклад, тривале

лікування після подорожі). Це потребує особливої уваги при оформленні полісів туристичного страхування;

- жорсткі умови щодо поведінкових факторів. Відмова у страховій виплаті у випадках «невиправданого ризику», некваліфікованого самолікування чи керування транспортом без прав може бути трактована неоднозначно. Такі формулювання створюють простір для суб'єктивної оцінки страховиком.

Перелічені недоліки притаманні більшості договорів медичного страхування і у багатьох випадках можуть бути компенсовані підготовкою персоналу, тобто тих працівників компанії, які будуть безпосередньо спілкуватися з клієнтами.

Головним, на нашу думку, недоліком страхового продукту є недостатня деталізація цифрових сервісів, а інколи навіть просте їх ігнорування.

У наведеному описі відсутня інформація про доступність електронних сервісів (digital-claim, мобільний додаток, чат-бот підтримки, персоналізація тарифів через eKYC), що є критично важливими елементами сучасних продуктів медичного страхування. Це може означати як відсутність таких функцій, так і відсутність їх опису, що знижує конкурентну привабливість продукту для багатьох споживачів молодшого або середнього віку.

Другим за значенням продуктом страхової компанії є «Комплексне страхування здоров'я» (дод. Е). Перевагами страхового продукту є:

- чітке охоплення двох класів - клас 1 (нешасний випадок) та клас 2 (страхування на випадок хвороби). Таке поєднання створює захист від раптового характеру та захворювання, що виникли вперше. Комплексність відповідає сучасним стандартам персоніфікованого страхового забезпечення;

- чітке визначення страхових ризиків - страхові ризики сформульовані просто, однозначно та без зайвих умовностей, що сприяє зменшенню інформаційної асиметрії між страховиком і клієнтом. Розподіл ризиків за двома класами підвищує інформативність продукту та полегшує процес оцінки страхового випадку;

- широкий діапазон страхової суми - від 1 000 до 250 000 грн дозволяє адаптувати продукт як для мінімального покриття, так і для розширених програм. Це робить продукт доступним для різних категорій населення та відповідає принципам сегментації ризику в особистому страхуванні;

- відсутність франшизи – є важливою перевагою для споживача, оскільки забезпечує повне покриття збитків у межах страхової суми без необхідності доплати власними коштами. Це підвищує прозорість фінансових умов та спрощує очікування клієнта щодо розміру виплати;

- широкий діапазон страхових тарифів — від 0,06% до 10% для класу 1 та від 0,20% до 10% для класу 2, що дозволяє формувати як бюджетні, так і корпоративні преміальні програми. Окремою перевагою є можливість сплати премії як одномоментно, так і частинами, що підвищує доступність продукту;

- уніфікований і прозорий порядок урегулювання страхових випадків - строки повідомлення страховика, порядок подання документів та прийняття рішення (до 10 робочих днів) повністю відповідають вимогам законодавства та ринковим стандартам;

- розширена географія дії договору - можливість укладати договір з територією дії «Україна» або «Весь світ» робить продукт гнучким для страхувальників, які подорожують чи перебувають за кордоном;

- договір укладається в електронній формі.

Разом з тим, на наш погляд, продукт має і ряд недоліків:

- жорсткий відбір клієнтів за критеріями - перелік категорій осіб, які не можуть бути застрахованими (наприклад, люди старші 70 років, особи з інвалідністю, пацієнти з тяжкими хронічними або системними захворюваннями), суттєво звужує потенційну клієнтську базу. Це знижує інклюзивність продукту та може суперечити сучасним тенденціям розвитку страхування здоров'я (risk pooling, community-rated products);

- вузьке трактування страхового випадку - визнається лише хвороба, що виникла вперше в житті у період дії договору. Це обмеження істотно знижує

практичну корисність продукту для осіб із хронічними або рецидивними захворюваннями, які потребують регулярного медичного забезпечення;

- вимога оперативного повідомлення страховика - зобов'язання клієнта повідомити про нещасний випадок протягом трьох робочих днів, а компетентні органи — протягом п'яти календарних днів може бути складним у реальних умовах (госпіталізація, тяжкий стан, перебування за межами місця проживання). Порухення строків часто є підставою для відмови у виплаті.

Як і у попередньому продукті діджиталізація сервісу представлена дуже слабо.

В практиці медичного страхування стандартним випадком є бажання клієнта убезпечитись лише на випадок лікування у стаціонарі. Логіка такого бажання є простою – легкі хвороби покриваються самостійно, оскільки часто люди навіть не звертаються до лікаря (не отримують лікарняний, що є базовою умовою для страхової виплати). В стаціонарі лікують серйозні хвороби, які потребують як якісного медичного супроводу спеціалістів, так і відповідного фінансового забезпечення. Зважаючи на підвищений попит, у компанії ПрАТ СК «Універсальна» розробили страховий продукт «Стаціонар» (дод. Ж).

Перевагами страхового продукту є:

- чітка спеціалізація продукту на стаціонарному лікуванні є основною перевагою. Продукт належить до класу страхування 2 — «страхування на випадок хвороби», що забезпечує концентроване покриття саме у сфері медичної допомоги, пов'язаної зі станами, які потребують стаціонарного лікування. Вузька спеціалізація підвищує зрозумілість умов договору та відповідає конкретним потребам споживачів;

- простота структури страхового покриття - на відміну від комплексних програм, цей продукт має чітко обмежену сферу дії — компенсація витрат на лікування, що документально підтверджені. Така структурна ясність мінімізує ризики неоднозначних трактувань і знижує рівень інформаційної асиметрії між страховиком і застрахованою особою;

- відсутність франшизи - франшиза не застосовується, що є суттєвою перевагою для клієнтів, оскільки забезпечує відшкодування всіх підтверджених витрат у межах страхової суми. Це спрощує розрахунки та підвищує передбачуваність страхового захисту;

- доступна страхова премія - фіксована страхова премія 750 грн. на одну застраховану особу є конкурентною та доступною, що робить продукт привабливим для соціально вразливих груп, місцевих громад, освітніх закладів, підприємств з великою кількістю працівників тощо. Доступність ціни створює передумови для масовості продукту;

- простий порядок врегулювання збитків - порядок дій при настанні страхового випадку є стандартним і регламентованим. страхова виплата здійснюється на підставі фактичних документально підтверджених витрат. Це відповідає принципам прозорості та фінансової відповідальності у страхуванні здоров'я;

- можливість проведення прямої виплати лікувально-профілактичним закладам – сервісний характер виплати унеможливорює шахрайство з боку страхувальників.

Важливим недоліками продукту є:

- головним недоліком є дуже низький рівень страхової суми. страхова сума від 500 до 10 000 грн. є доволі низькою порівняно з реальними витратами на стаціонарне лікування в Україні. У разі серйозних захворювань або необхідності тривалого лікування цей ліміт є недостатнім для забезпечення фінансового захисту. Якщо взяти співвідношення між страховою премією 750 грн. і страхову суму 10000 грн., то отримаємо страховий тариф – 7,5%. Це дуже високий тариф навіть для медичного страхування. Зважаючи на низький рівень покриття – 10000 грн., продукт виконує функцію швидше допоміжного, а не повноцінного медичного страхування;

- негнучкі тарифи - фіксована страхова премія не дозволяє адаптувати продукт під індивідуальні особливості клієнта чи корпоративні програми, що зменшує гнучкість страхового продукту;

- складність підтвердження страхового випадку. Страховик компенсує лише фактичні прямі витрати, підтверджені медичними документами. Це означає, що клієнт має самостійно авансувати кошти, компенсація можлива лише після завершення лікування, витрати без чеків не підлягають відшкодуванню. Це створює фінансове навантаження для застрахованої особи в екстрених ситуаціях.

- суворі обмеження щодо кола осіб, які можуть бути застрахованими: особи молодші 18 та старші 70 років; особи з інвалідністю I групи; пацієнти з низкою соціально значущих або хронічних захворювань (ВІЛ, туберкульоз, серцево-судинні патології високої тяжкості); особи, які перебувають на обліку у низці медичних диспансерів. Такі обмеження різко зменшують інклюзивність продукту і суперечать сучасним підходам до risk pooling та принципам соціально орієнтованого медичного страхування. Особливий подив викликає обмеження – до 18 років. Якщо інші обмеження принаймні є корисними з позицій фінансів компанії, то це явно йде на шкоду.

Важливим недоліком, як і у попередніх продуктах є відсутність цифрових механізмів урегулювання. Умови страхування не передбачають: електронного врегулювання (digital claims); можливості подачі документів онлайн; контакту через мобільний застосунок; інтеграції з eHealth. У сучасних умовах цифровізації ринку такі обмеження роблять продукт менш конкурентоспроможним. Договір укладається тільки у паперовій формі, що на зараз виглядає вже як анахронізм.

Наступним страховим продуктом, який користується меншою популярністю, є програма «Майбутнє» (дод. З).

Перевагами продукту є:

- високий рівень фінансового захисту. Страхова сума від 3 млн. грн. до еквіваленту 1 млн. дол. США є однією з найбільших на українському ринку страхування критичних захворювань. Такий ліміт дає можливість повністю покрити витрати на високовартісне лікування, у тому числі хірургію, нейрохірургію, онкологічні протоколи та трансплантацію;

- орієнтація на найтяжчі та найвартісніші медичні випадки. Продукт спрямований на покриття лікування критичних захворювань, зокрема: злоякісні новоутворення (опція «Онкологія»); кардіохірургічні втручання (шунтування, протезування клапанів, інші операції); нейрохірургія (операції на головному мозку та спинному мозку); трансплантації життєво важливих органів. Це відповідає сучасним тенденціям страхування життя та здоров'я у світі, коли основний акцент переноситься з амбулаторної допомоги на високовартісну спеціалізовану медицину. Розподіл на опції («Онкологія», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Трансплантація») дає можливість формувати індивідуальний пакет відповідно до потреб клієнта. Це підвищує персоналізацію страхового продукту та відповідає принципам evidence-based medicine;

- глобальна територія покриття - дія договору поширюється на весь світ, що забезпечує можливість лікування в іноземних клініках, які мають високий рівень технологічного оснащення та міжнародні стандарти якості;

- широкий діапазон страхової премії - страхова премія від 50 грн. до 200000 грн. дозволяє економічно адаптувати продукт для різних категорій страхувальників — від молодих людей із мінімальним ризиком до клієнтів із підвищеним рівнем страхових сум;

- широкий діапазон франшизи - від 0 до 90% дає страховикові інструмент управління ризиками та зниження премії для клієнтів. Це також стимулює відповідальне використання страхового захисту.

Недоліками страхового продукту є:

- широкі обмеження до доступу - до страхування не допускаються: особи з інвалідністю I та II групи; ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД; особи, які перебувають під наглядом диспансерів; особи віком більше 75 років; особи, що перебувають за межами України більше ніж 6 місяців. Такі обмеження значно звужують потенційну клієнтську базу. За міжнародними стандартами, страхування критичних захворювань передбачає ризик-орієнтовану, але більш інклюзивну політику;

- складна діагностика – полягає у обов'язковості: морфологічного підтвердження; спеціалізованих висновків лікарів; чіткого дотримання клінічних протоколів. Це може створювати значні труднощі для клієнтів, особливо у випадках, коли отримати відповідні документи складно (наприклад, у воєнний час або у сільській місцевості);

- високий рівень франшизи - висока франшиза (до 90%) фактично нівелює фінансовий ефект страхування. Це може бути використано страховиком для зниження премії, але слабо відповідає інтересам клієнта;

- однорічний строк дії договору. В західній традиції страхування критичних захворювань у світовій практиці зазвичай має довгостроковий характер (5–20 років). Однорічний строк зменшує стабільність страхового захисту, дозволяє страховикові коригувати тарифи щороку, створює ризик не продовження договору після встановлення медичних діагнозів (anti-selection problem);

- висока залежність від територіальних обмежень проживання. Умова, що клієнт не може перебувати за кордоном більше ніж 6 місяців, обмежує продукт для трудових мігрантів, студентів і фрілансерів. З огляду на мобільність населення України, це погіршує конкурентоспроможність програми;

- певна нетранспарентність процедури здійснення страхових виплат (не визначені строки розгляду заяви, порядок визначення розміру виплати (фіксована виплата чи компенсація витрат), можливість отримання коштів авансом при підтвердженні діагнозу).

І знову ж таки, як і у попередніх випадках ми не маємо цифрового формату послуги. Взагалі, на наш погляд, послуги без цифрового формату через декілька років стануть абсолютно непопулярними. Умови страхового продукту «Майбутнє» не визначають таких важливих на сьогодні речей як digital-claim, мобільний застосунок, інтеграцію з eHealth, можливість онлайн-підтвердження діагнозу.

В теорії страхування достатньо довго тривала суперечка щодо можливості / неможливості страхування так званих «соціальних хворіб» - ВІЛ СНІД, гепатит, туберкульоз. В розвинених країнах ризик захворювання цими хворобами страхується вже давно. В Україні до цього ще прийшли, але визнали можливість страхування професійного ризику пов'язаного з цими хворобами (дод. К).

Перевагами страхового продукту є:

- акцент на вирішенні проблеми високої соціальної значущості та підвищеним рівнем ризику для медичного персоналу. Виокремлення трьох окремих програм (СНІД, гепатит, туберкульоз) дозволяє адаптувати страхування під характер професійного ризику;

- чітка прив'язка ризику до виконання професійних обов'язків. Страховим випадком є зараження під час виконання професійних обов'язків. Це робить продукт актуальним для медичних працівників, працівників соціальної сфери, персоналу закладів закритого типу, працівників служб реагування;

- низький рівень страхових премій - премія від 1 до 120 грн. на особу є абсолютно доступною, що дозволяє впроваджувати продукт у великих організаціях та місцевих програмах колективного страхування;

- відсутність франшизи – надзвичайно вигідна позиція для застрахованої особи;

- чітко визначена система страхових виплат. Порядок виплат структурований і передбачає три рівні компенсацій: 100% страхової суми у разі смерті застрахованої особи; виплата за групами інвалідності (від 40% до 100%); компенсація за тимчасову непрацездатність — 0,5% за день лікування до 50% від страхової суми. Така деталізація забезпечує передбачуваність страхового захисту та відповідає принципам соціального захисту працівників сфери охорони здоров'я;

- простий порядок укладення та використання договору - стандартна схема укладання договору, паперова форма, можливість одноразової або

часткової сплати премії роблять продукт адміністративно зручним для роботодавців і профспілок;

- прозорість винятків – наявність чітко визначених винятків (самолікування, алкоголь, наркотики, умисні дії, порушення техніки безпеки) знижує можливість маніпуляцій і морального ризику.

Недоліки продукту, на наш погляд, є наступними:

- дуже низький розмір страхової суми – від 1000 до 10000 грн. Навіть вища планка не забезпечує потреб лікування на етапі зараження і початку лікування. У разі смерті чи інвалідності ця виплата має символічний характер і фактично виконує лише функцію додаткової соціальної допомоги;

- обмеження щодо кола застрахованих осіб - до страхування не допускаються: особи віком понад 76 років, ВІЛ-інфіковані, особи з інвалідністю, особи, які перебувають на обліку у відповідних диспансерах. Якщо йдеться про виконання професійних обов'язків – то страхування має стосуватися усього без винятку персоналу медичних закладів;

- відсутність покриття амбулаторних і профілактичних послуг - програма компенсує лише наслідки захворювання (смерть, інвалідність, тимчасову непрацездатність), але не лікування, діагностику чи профілактику. Це звужує її практичну користь для медичних та соціальних працівників, які потребують саме профілактичного страхового захисту.

Ця програма також не має вбудованих цифрових сервісів. Використання лише паперової форми договору ускладнює: підключення великих груп застрахованих; автоматизацію обліку; цифровий workflow врегулювання страхових подій.

Певні складнощі можуть виникати і при здійсненні страхових виплат. Щоб отримати виплату, клієнт повинен - повідомити страховика у встановлені строки, надати повний перелік документів, підтвердити зв'язок захворювання з виконанням професійних обов'язків (для гепатиту та туберкульозу). Щодо останнього - у реальних умовах, особливо у медичних закладах, довести факт інфікування на роботі може бути складно.

Висновки до розділу 2

Практичний аналіз у кваліфікаційній роботі проводився на базі ПрАТ СК «Універсальна», яка належить канадському холдингу Fairfax. У 2019 році холдинг вийшов на український страховий ринок зі стратегічним придбанням двох компаній з рейтингу TOP 10 – французької ПрАТ СК «АХА» (на той момент першої компанії у рейтингу), і української ПрАТ СК «Універсальна». Після придбання обидві компанії успішно розвиваються на ринку. При цьому ПрАТ СК «Універсальна» стабільно входить до рейтингу TOP 5 саме з медичного страхування.

Аналіз діяльності ПрАТ СК «Універсальна» на страховому ринку України упродовж 2022-2024 років показав стійкі позиції компанії і вдало реалізовану після першого року війни антикризову стратегію. Компанія має високий рівень ліквідності і фінансової стійкості. Фінансова модель компанії – повна орієнтація на самофінансування. Увесь прибуток реінвестується, а дивіденди не виплачуються. Така фінансова політика є повністю правильною під час кризи, пов'язаної з роботою в умовах війни. Фінансова модель є стійкою, але прискорений розвиток і серйозні інвестиції неможливі через недостатність капіталу. Найближчими конкурентами компанії на українському страховому ринку є страхові компанії ПрАТ СК «Уніка» і ПрАТ СК «ВУСО».

В роботі проведено аналіз послуг з медичного страхування, які надаються компаніїю – страхові продукти: «Медичне страхування»; «Комплексне страхування здоров'я»; «Стаціонар»; «Майбутнє»; «СНІД, гепатит, туберкульоз».

Страховий продукт «Медичне страхування» ПрАТ СК «Універсальна» має багатокomпонентну структуру, яка забезпечує високий рівень адаптивності під потреби різних сегментів споживачів. До сильних сторін продукту належать широке покриття страхових ризиків, гнучкість страхових сум та тарифів, розширена територія дії, а також прозорість андеррайтингових

вимог. Водночас складність продукту, значна кількість винятків, суворі вимоги щодо повідомлення медичної інформації та невизначеність щодо наявності цифрових сервісів можуть виступати стримувальними факторами для потенційних клієнтів.

Страховий продукт «Комплексне страхування здоров'я» ПрАТ СК «Універсальна» характеризується збалансованим поєднанням покриттів за двома класами страхування, високою гнучкістю тарифів, прозорою процедурою врегулювання страхових випадків та можливістю електронного оформлення договору. До сильних сторін можна віднести комплексність захисту, простоту умов і доступність. Водночас продукт має низку інституційних обмежень, пов'язаних із жорсткими критеріями допуску, відсутністю цифрових сервісів і обмеженим спектром покриття при хронічних захворюваннях.

Страховий продукт «Стаціонар» ПрАТ СК «Універсальна» є фінансово доступним інструментом базового страхового захисту, орієнтованим на компенсацію витрат на стаціонарне лікування. До його переваг належать простота структури, відсутність франшизи, прозорість процедури врегулювання та можливість прямої оплати медичним закладам. Водночас низька страхова сума, суворі обмеження для потенційних клієнтів, відсутність цифрових сервісів та обмеження території дії істотно знижують функціональність продукту та звужують сферу його застосування.

Страховий продукт «МАЙБУТНЄ» є високовартісним інструментом фінансового захисту на випадок критичних захворювань і відповідає міжнародній практиці страхування. Його сильними сторонами є великі страхові суми, глобальна територія дії, персоналізовані опції та чітка медична верифікація діагнозу. Водночас продукт має значні обмеження щодо кола застрахованих осіб, складність процедур підтвердження діагнозу та брак цифрових інструментів, що знижує доступність страхового захисту для частини населення.

Страховий продукт «СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ» виконує функцію соціального, високоризикового та професійно орієнтованого страхування, основна мета якого забезпечити мінімальну фінансову підтримку у разі тяжких інфекційних захворювань, пов'язаних з виконанням професійних обов'язків. До його переваг належать доступність, простота оформлення та чітка система виплат. Водночас продукт має суттєві обмеження: низьку страхову суму, відсутність профілактичного покриття, жорсткі критерії допуску та відсутність цифрової інфраструктури.

В цілому аналіз страхових продуктів ПрАТ СК «Універсальна» у сфері медичного страхування свідчить про наявність диференційованої та багаторівневої продуктової лінійки, орієнтованої на різні сегменти страхувальників — від масового та корпоративного страхування до програм захисту від критичних і професійних ризиків. Сильними сторонами досліджених продуктів є широке покриття страхових ризиків, гнучкість страхових сум і тарифів, територіальна варіативність, а також прозорі процедури андеррайтингу та врегулювання страхових випадків.

Водночас для більшості програм характерні структурні обмеження, зокрема жорсткі критерії допуску за станом здоров'я та віком, обмежений рівень страхових сум у соціально орієнтованих продуктах, значна кількість винятків і недостатня інтеграція цифрових сервісів. Це знижує рівень доступності страхового захисту та стримує потенціал масштабування програм у сучасних умовах розвитку InsurTech.

З урахуванням отриманих результатів можна зробити висновок, що подальше підвищення конкурентоспроможності медичних страхових продуктів ПрАТ СК «Універсальна» доцільно пов'язувати з розвитком digital-claim механізмів, інтеграцією з eHealth, оптимізацією винятків, а також розширенням інклюзивності та адаптацією умов страхування до потреб різних соціально-професійних груп населення.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ З ВРАХУВАННЯМ ПОТРЕБ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

3.1 Напрямки удосконалення інституційної та інфраструктурної складових медичного страхування у контексті сталого розвитку

Україна є молодою державою, хоча і зазнала у період свого існування безліч трагедій і різного роду випробувань. Упродовж стислого часу, під тягарем різноманітних проблем, у тому числі і під час широкомасштабної війни, в Україні будується соціальна держава з ринковою економікою. Демократії будуються на інституціях в усіх важливих сферах суспільно-економічного життя і Україна тут не є винятком. Важливим завданням є розбудова в Україні сучасної інституції охорони здоров'я, яка має базуватися на ринкових механізмах, новітніх технологіях і державно-приватному партнерстві. Інституційний формат медичного страхування можна розділити на американську та європейську моделі.

Оскільки і США, і ЄС є найбільш заможними економіками світу, то варто стисло розглянути механізм надання послуг медичного страхування у цих країнах.

Модель медичного страхування, яка діє у США можна охарактеризувати як домінуюче приватну (multipayer system). Система побудована на конкуренції між приватними страховими компаніями, які продають поліси роботодавцям або напряму населенню. Держава надає обмежену підтримку через програми для незаможних і непрацевдатних осіб через спеціалізовані програми: Medicare (для осіб віком 65+); Medicaid (для малозабезпечених); CHIP (для дітей у незаможних родинах); VA (для ветеранів) [1]. Ці програми були запроваджені за президентства Обами, а наразі президент Трамп хоче їх скасувати.

В США напевне найвища вартість медичних послуг у світі, і відсутність медичної страховки є суттєвою незручністю або навіть загрозою для життя громадянина. Реформа медичного страхування президента Обама, за якою роботодавці мають забезпечувати працівника медичною страховкою напевне була єдиною вдалою реформою упродовж двох його каденцій. Навіть за наявності такого інструменту як *Obamacare* (2010) за різними оцінками без послуг медичного страхування продовжують залишатися понад 20 млн. американців. Окрім того, що система не охоплює велику частку населення, вона є ще і непрозорою для клієнта, має великі витрати на адміністрування через низький рівень цифровізації (як це не дивно).

ЄС спромоглася досягти кращих показників у якості медичних сервісів, доступності медичних послуг і охоплення населення системою обов'язкового медичного страхування. Більшість країн ЄС реалізують модель соціального медичного страхування (*Bismarck model*) або універсального медичного обслуговування (*Beveridge model*). Приватні страхові компанії практично усунені від процесу обов'язкового медичного страхування, а саме страхування надається через безпосередньо державу (Велика Британія – державний страховий фонд *NHS*) або напівдержавні каси (як у Німеччині, Франції, Нідерландах) [28]. Практично повне охоплення громадян, обов'язкові внески і контроль за виплатами і при цьому практично вільний вибір лікаря, безумовно, є перевагою цих систем. Приватним страхуванням у цих країнах також користуються, і воно забезпечує більш якісні (розширені) медичні послуги.

Попри провідну роль держави у обов'язковому медичному страхуванні, у країнах ЄС ними досягнуто набагато нижчий показник адміністративних витрат завдяки вдало проведеній цифровізації бізнес-процесів.

Україна поки не обрала свій шлях державної політики у сфері обов'язкового медичного страхування. Базовим інституційним питанням є хто буде займатися обов'язковим медичним страхуванням – державний орган чи приватні страховики. Невизначеними є і терміни впровадження обов'язкового

медичного страхування - чи буде це здійснюватися під час війни. На сьогодні можна говорити про два напрямки розвитку, які між собою прямо не пересікаються – розвиток приватного медичного страхування і цифровізація медичної галузі. Почнемо з другого, оскільки вже є система, яка сформована інституційно, розвивається і має певні успіхи.

Головною проблемою інституційного характеру є відсутність у країні обов'язкового медичного страхування. Звісно, що зараз, під час другого етапу війни, проведення реформи такого типу і масштабу можливо і не на часі. Але і до 2022 року Україна була чи не єдиною країною у Європі і на пострадянському просторі, у якої не було впровадження обов'язкового медичного страхування. Існує дві моделі фінансування і управління коштами обов'язкового медичного страхування – державна і приватна. У державній (більшість країн ЄС перебувають саме у цій парадигмі) обов'язковим медичним страхуванням займаються спеціальні державні фонди. У приватній (притаманна країнам Америки) домінує комерційна, за якої програми обов'язкової медичної допомоги проводяться під управлінням приватних страховиків. Для розвитку українського страхового ринку приватна програма є більш привабливою, але зважаючи на обраний курс до ЄС скоріш за все буде прийнята державна модель. У такій моделі страховики надають послуги з більшим покриттям і часто з більшим функціоналом. До завершення війни не варто сподіватися на впровадження обов'язкового медичного страхування, отже дотримуватимосся існуючої парадигми – співіснування державної медицини і приватного медичного страхування для досягнення цілей сталого розвитку. У цій парадигмі діє чітко визначений курс на діджиталізацію системи охорони здоров'я, і для його реалізації вже сформована певна інфраструктура.

Сучасна інфраструктура охорони здоров'я передбачає ефективну комунікацію між усіма учасниками системи за допомогою цифрових технологій. В умовах стрімкої цифрової трансформації, коли більшість суспільно-економічних процесів переходять у цифровий формат, медична

галузь також активно впроваджує діджитал-рішення. Хоча цей процес супроводжується окремими викликами та труднощами, його розвиток є незворотним.

Цифровізація охорони здоров'я в Україні розпочалася у 2017 році. Станом на сьогодні сформовано концептуальні основи цього процесу та напрацьовано механізми його реалізації (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Концептуальний підхід до цифровізації у сфері охорони здоров'я

Дефініція	Визначення	Характеристика
Електронна охорона здоров'я (e-здоров'я, eHealth)	Система взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх суб'єктів сфери охорони здоров'я, які базуються на використанні методів, заходів та технологій із застосуванням цифрового середовища, у тому числі інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку сфери охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям населення та його зміцненням, покращення якості та збільшення тривалості життя населення, медичну літературу та освіту у сфері охорони здоров'я, знання та дослідження, використання цифрових сервісів з метою отримання необхідної інформації, знань і навичок для надання медичної та/або реабілітаційної допомоги, виконання оперативних функцій системи громадського здоров'я.	Це концепція та екосистема, що охоплює всі цифрові процеси у сфері охорони здоров'я – від надання медичних послуг і профілактики до освіти, науки та управління. Вона включає всіх учасників галузі – Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ, медичні заклади, пацієнтів, освітні та наукові установи, дослідників, та виступає філософією цифрової трансформації медицини, а не лише окремою технічною системою.
Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ)	Електронна система охорони здоров'я – інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).	Це технічна система, що забезпечує автоматизацію обліку медичних послуг та обмін медичною інформацією в електронному вигляді. Вона складається з центральної бази даних (ЦБД) і медичних інформаційних систем (МІС), між якими здійснюється взаємодія через відкритий програмний інтерфейс (API), і виступає практичним інструментом реалізації концепції eHealth в Україні.

Згідно із Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [38], у національному правовому полі закріплено дві ключові дефініції:

- електронна охорона здоров'я (е-здоров'я, eHealth) як загальна концепція, фундамент цифрового реформування галузі;
- електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) як інструментальна платформа, що забезпечує функціональне впровадження цієї концепції. (див. табл. 3.1).

На мапі офіційного сайту електронної системи охорони здоров'я (е-здоров'я, eHealth) представлено основні інституції системи (рис. 3.1).

<p style="text-align: center;">eZdorovya</p> <p>адмініструє Центральну базу даних ЕСОЗ та контролює розробку електронної системи охорони здоров'я в Україні</p>	<p style="text-align: center;">Національна служба здоров'я України</p> <p>аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, здійснення оплати закладам за медичні послуги</p>
<p style="text-align: center;">Міністерство охорони здоров'я України</p> <p>формує політику у галузі охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ</p>	<p style="text-align: center;">Бізнес</p> <p>електронні медичні інформаційні системи (МІС) - системи, які дають змогу автоматизувати роботу медичних закладів з ЦБД</p>

Рис. 3.1. Ключові ролі в електронній системі охорони здоров'я (е-здоров'я, eHealth)

Джерело: [50]

eHealth — це сучасна екосистема діджиталізації медичних послуг, яка впроваджує нову філософію і принципи взаємодії між усіма учасниками системи охорони здоров'я. Вона формує цифровий простір, у якому функціонують основні суб'єкти галузі — пацієнти, медичні заклади, лікарі, страховики, регулятори тощо. Через eHealth держава змінила концепцію надання медичних послуг, управління даними, що містять інформацію про здоров'я громадян і стан системи медичних послуг, оптимізації усіх бізнес-процесів у сфері охорони здоров'я.

У 2017 році Україна інтуїтивно або на вимогу партнерів (в рамках боротьби з корупцією) почала процес цифровізації у сфері державного управління і публічних послуг. Зокрема, було створено ряд важливих цифрових реєстрів, розроблено механізм Електронного цифрового підпису (ЕЦП), цифрову систему державних закупівель ProZorro (2015), портал відкритих даних (Open Data Portal) 2015, реалізовано проєкт «Кабінет платника податків» (2013-2017), створено сервіс «Електронна черга для закордонних паспортів» (2017). Системний підхід до справи цифровізації (Країна у смартфоні) почався у 2019 році, після створення Міністерства цифрової трансформації, але і на початковому етапі було реалізовано багато вдалих проєктів.

Процес цифровізації галузі охорони здоров'я почався у 2017 році. Формування екосистеми eHealth, її інфраструктури практично завершено (рис. 3.2).

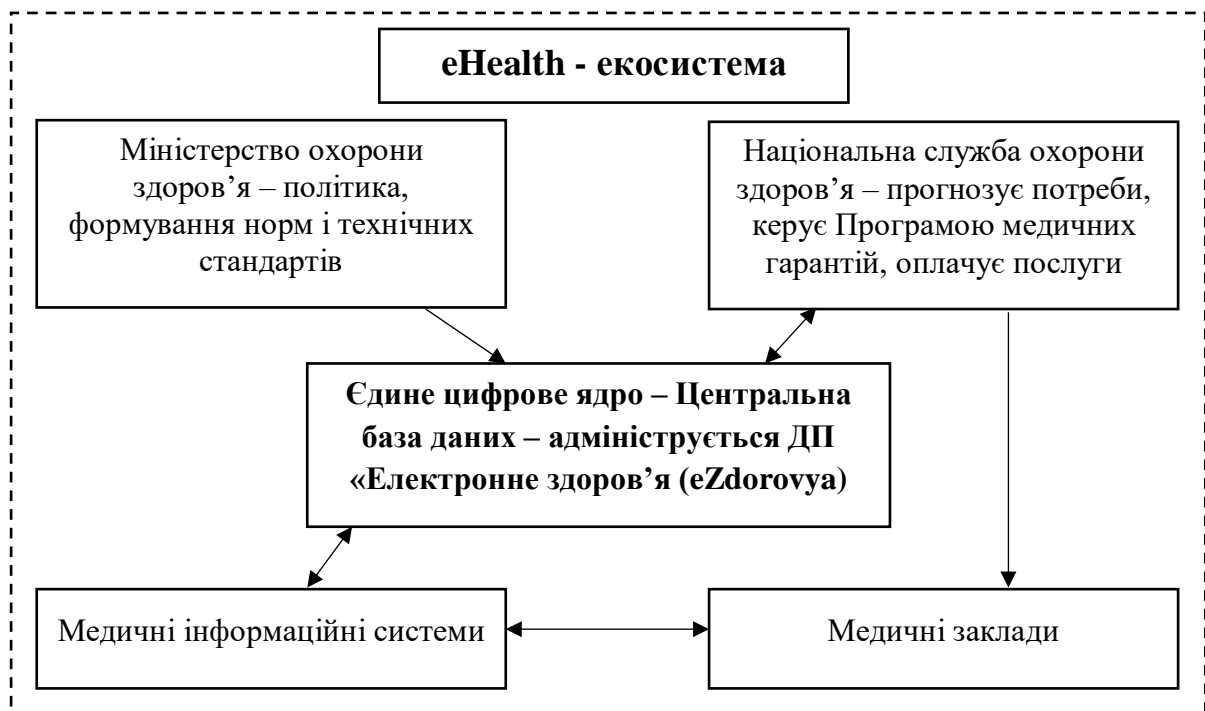


Рис. 3.2. Схема взаємодії елементів системи eHealth

Джерело: [50]

Центральна база даних (ЦБД) відіграє ключову роль у функціонуванні національної цифрової системи охорони здоров'я (eHealth), забезпечуючи

інформаційну взаємодію між усіма її учасниками. Комунікація з ЦБД може здійснюватися як безпосередньо, так і через посередницькі платформи – зокрема, більшість медичних закладів підключаються до системи через медичні інформаційні системи (МІС). Саме цей рівень взаємодії формує практичну основу цифрової медицини в Україні та визначає ефективність щоденної роботи лікарів, адміністраторів і закладів охорони здоров'я.

Архітектура eHealth побудована за моделлю «централізоване ядро – децентралізовані клієнти» та включає такі ключові компоненти:

- Центральну базу даних – основне сховище, у якому акумулюється й постійно зберігається вся медична інформація;
- медичні інформаційні системи (наприклад, Helse, DoctorEleks, Medstar), що виконують функції клієнтських додатків і забезпечують створення, перегляд, зміну та передання електронних медичних записів;
- відкритий API, який підтримує стандартизований формат обміну даними між усіма компонентами системи.

Важливим елементом архітектури є те, що довготривале зберігання даних здійснюється виключно на рівні ЦБД, тоді як МІС виконують роль інтерфейсів для введення та надсилання зашифрованої інформації в режимі реального часу. Такий підхід забезпечує єдність медичної інформації, але водночас підвищує вразливість системи: компрометація або зупинка роботи ЦБД може паралізувати значну частину функцій eHealth.

З погляду технічного дизайну, обрана модель архітектури має як переваги, так і ризики. Перевагами є високий рівень масштабованості, уніфікований механізм обміну даними та легкість інтеграції нових МІС. Натомість основним недоліком є потенційна критичність атак на центральний компонент системи, що зумовлює підвищені вимоги до кіберзахисту. Можливо у подальшому буде прийняте рішення формування децентралізованої системи або системи, що працюватиме на блокчейні. Проте це дорогі рішення і можливо зараз їх реалізація державним коштом не на часі.

Розробники системи зазначають, що її безпека забезпечується сучасними технологіями шифрування та автентифікації, серед яких:

HTTPS + TLS 1.2+ - захищений канал передавання даних;

OAuth 2.0, JWT-токени – механізми автентифікації та авторизації користувачів;

КЕП, Mobile ID – засоби підтвердження особи;

JSON, XML – основні формати структурованого обміну даними в системі.

Доступ до ЦБД можливий лише після проходження МІС повної процедури сертифікації, яку адмініструє ДП «Електронне здоров'я» спільно з Національною службою здоров'я України. Процес сертифікації включає:

1. Визначення та аналіз функціональних вимог, зокрема відповідність профілям інтеграції FHIR і HL7;

2. Оцінку відповідності API та стандартам інтеграційної взаємодії;

3. Тестування інформаційної безпеки, включно з перевіркою механізмів автентифікації й шифрування;

4. Перевірку роботи у тестовому середовищі (Sandbox);

5. Видачу сертифікату, що засвідчує повну відповідність МІС вимогам eHealth.

У сукупності ці елементи формують узгоджену, стандартизовану та технологічно стійку інфраструктуру цифрової охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 3.2

Основні вимоги для отримання сертифікату МІС у системі eHealth

Напрямок	Характеристика
1	2
Технічна сумісність	Основа – відкритий API. Повна відповідність FHIR API, підтримка REST API, реалізація українських FHIR-профільів, використання кодів SNOMED, АТС, ICD-10.
Захист персональних даних	Відповідність Закону України «Про захист персональних даних», шифрування персональних даних, часткове обмеження доступу, заборона власника на оприлюднення певних даних.

Продовження табл. 3.2

1	2
Опції і функціонал	Ведення Електронної медичної картки, створення/редагування медичних записів, призначення ліків, виписки е-рецептів, направлення, госпіталізація, щеплення.
Підтримка ЄЦП	Підтримка кваліфікованого електронного підпису (КЕП), можливості електронної фіксації усіх медичних призначень і процедур.
Аудит дій користувача	Фіксація всіх дій користувача (створення, редагування, перегляд), можливість аудиту у випадку скарг або порушень. Захищає як надавача, так і отримувача медичних послуг.
Безперервність функціонування	Забезпечення доступності 24/7, механізми відновлення після збоїв, резервне копіювання.
Документування, архівування	Ведення технічних журналів доступу та змін у системі, логування дій для службового розслідування.
Оновлення	Регулярні оновлення з дотриманням зворотної сумісності, повідомлення користувачів про зміни.

Джерело: складено автором за [50]

За результатами перевірки підписується Меморандум про взаємодію між МІС і ДП «Електронне здоров'я» і МІС включається до переліку сертифікованих систем, які можуть працювати з eHealth. Сертифіковані МІС можна перевірити на сайті ДП «Електронне здоров'я»: <https://portal.ehealth.gov.ua/partners/mis>

В архітектурі електронної системи охорони здоров'я України (eHealth) наразі не передбачено інтеграції приватних страхових компаній, які надають послуги безперервного медичного страхування або страхування на випадок хвороби. Такий підхід формує низку системних обмежень і створює дисбаланс у функціонуванні ринку медичних послуг.

Наслідки відсутності страхових компаній у системі eHealth:

1. Обмеження механізмів співфінансування. Через відсутність інституційного й технічного доступу до eHealth приватні страховики не можуть долучатися до фінансування медичних послуг на рівні національної цифрової платформи. Це зменшує можливості диверсифікації джерел

фінансування та стримує розвиток стійких і багатоканальних моделей медичного забезпечення.

2. Неповний облік медичних послуг. Електронна система охорони здоров'я акумулює лише ті медичні послуги, що фінансуються в межах державної програми медичних гарантій. Витрати та послуги, покриті приватним медичним страхуванням, залишаються поза межами системного обліку. Це знижує прозорість медичного ринку та перешкоджає формуванню єдиного медичного профілю пацієнта.

3. Втрата аналітичної цінності даних. Відсутність даних приватного страхового сегмента звужує аналітичні можливості eHealth. Недостатність інформації щодо реальних витрат на медичні послуги та структури попиту ускладнює моделювання ризиків, прогнозування навантаження на систему та прийняття рішень у сфері державної політики.

Є об'єктивні і суб'єктивні причини відсутності інтеграції приватного страхового сектору у систему eHealth, яку адмініструє держава.

На сьогодні держава фактично не використовує потенціал приватних страховиків у сфері медичного забезпечення, оскільки насправді роль приватного страхування у фінансуванні медичних послуг є незначною. Водночас сам страховий сектор не готовий до інтеграції через:

- невизначений правовий статус страхових компаній у системі eHealth;
- відсутність затверджених технічних регламентів та стандартів взаємодії;
- брак нормативної бази для організації доступу до API;
- відсутність правил щодо обміну даними та захисту медичної інформації за участю приватних страхових компаній.

3.2 Стратегічні фактори успіху для розвитку медичного страхування в Україні

Дослідивши західні джерела щодо різноманітних підходів до медичного страхування можна виділити ряд провідних трендів: намагання найбільшого охоплення населення послугами медичного страхування, максимальна цифровізація процесів, державно-приватне партнерство. Серед наведеного Україна добилася певного прогресу у цифровізації послуг медичного страхування. При цьому переважна більшість страховиків, що займаються медичним страхуванням мають однакові стартові умови (кадрове, фінансове та інформаційне забезпечення) і при цьому досягають різних результатів. На першому місці у рейтингу добровільного медичного страхування Форіншурер за 2025 рік перебуває СК «ВУСО», завдяки кращій програмі медичного страхування (це відмічено Ukrainian CX Excellence (UCXE), престижної премії, що щорічно визнає найкращі кейси клієнтського досвіду в Україні).

Мова йде про сервіс медичного страхування компанії eЛікар із мобільним застосунком, штучним інтелектом, можливістю отримати консультацію, замовити ліки й отримати повідомлення буквально за кілька хвилин. Цей досвід більш детально буде розглянуто далі.

При цьому з позицій прикладного застосування значна роль приділяється використанню цифрових технологій. Страхові компанії активно впроваджують технологічні рішення, спрямовані на підвищення доступності медичних послуг, покращення клієнтського досвіду, зниження адміністративних витрат та зменшення рівня шахрайства. Аналітичні звіти OECD, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та дослідження профільних інститутів свідчать, що саме цифрові інструменти формують нову архітектуру медичного страхування у глобальному масштабі. У провідних країнах світу цифрова трансформація стала ключовим драйвером модернізації ринку медичного страхування. Нами узагальнені найкращі тренди сучасного медичного страхування з цифровими технологіями (табл. 3.3).

**Ключові тренди застосування цифрових технологій у медичному
страхуванні в розвинених країнах**

Напрямок	Характеристика
Телемедицина	Страхові компанії включають відеоконсультації, чат із лікарем, телемоніторинг хронічних хворих у стандартні програми. Така тенденція стала актуальною після пандемії COVID-19.
Мобільні додатки з медичного страхування	Мобільні додатки ще не є страховою телематикою у медицині, але мають певні її складові. Зокрема, мобільні додатки надають функціонали: особистий кабінет пацієнта, ідентифікація полісу, доступ до медичної картки, інформацію про ліміти, доступну для обслуговування мережу клінік, контакти колл-центру чи асистансу, можливість запису на прийом офлайн чи онлайн. З позицій телематики, через мобільний пристрій можливо формувати метрики трекингу активності (кроки, сон), нагадування про ліки та процедури.
Електронні вимоги (e-claims) і пряме врегулювання (cashless)	Подання заяви на відшкодування через додаток/портал, завантаження фото/скану документів, відстеження статусу в режимі реального часу. У кращих практиках — прямі розрахунки між страховиком та медичним закладом, без готівки/паперу від пацієнта.
Інтеграція з національними eHealth-системами	Користування єдиною електронною медичною карткою, е-рецептами, електронним направленням. Орієнтація на рекомендації WHO Global Strategy on Digital Health 2020–2025: інтероперабельність, стандарти, безпека даних.
AI / ML у медичному страхуванні	Фрод-менеджмент: виявлення підозрілих схем, фальсифікованого білінгу, неправомірних, безпідставних госпіталізацій, дублюючих вимог. Аналіз ризиків і таргетовані програми: прогнозування витрат, розробка персоналізованих wellness-програм, динамічне ціноутворення.
Дистанційна фармацевтична допомога (e-аптеки, telepharmacy)	Е-рецепти, дистанційні консультації фармацевта, доставка ліків. Telepharmacy розглядається як важливий елемент цифрової охорони здоров'я й інтегрується в страхові програми.
Fintech-рішення для доступності медичного страхування	Мікроплатежі, “гаманець здоров'я”, відкладені/розбиті у часі платежі (pay-as-you-go). Кейси M-Tiba, fintech for health в Африці та Азії — мобільні гаманці, що поєднують страхування, заощадження та прямі платежі провайдерам.
Фокус на громадське здоров'я та резильєнтність систем	Цифрове страхування “вбудовується” в ширший тренд цифровізації систем охорони здоров'я й підготовки до пандемій (WHO, OECD).

Джерело: сформовано автором на основі [14], [6], [8], [10], [15]

Однією з ключових тенденцій є інтеграція телемедицини у страхові програми. У країнах-членах ОЕСР телемедичні консультації (відео, аудіо чи

текстові) стали стандартною складовою страхових полісів. Після пандемії COVID-19 телемедицина перейшла у статус звичайної практики й перестала бути інновацією. Сучасні страхові компанії включають 24/7 телекомунікаційні консультації, електронні рецепти та дистанційне ведення пацієнтів у базовий пакет страхового покриття. При цьому диференціація тарифів дозволяє формувати доступні полісні продукти, де акцент робиться на цифрових консультаціях, та преміальні продукти, що поєднують онлайн- та офлайн-медицину. Для страховиків важливим є те, що тарифікація телемедицини послуг прирівнюється до традиційних консультацій, що створює стимул для розвитку цього напрямку [4].

Цифровий клієнтський шлях (digital customer journey) також зазнав глибокої трансформації. Від моменту укладання договору до отримання виплат значна частина операцій відбувається онлайн. Страхові компанії пропонують повністю цифрові канали продажу полісів, ідентифікацію клієнтів за допомогою технологій eKYC, мобільні додатки та вебкабінети для запису до лікаря, вибору медичного закладу, отримання телеконсультацій чи перегляду результатів досліджень. Удосконалені інструменти подання електронних вимог (e-claims) забезпечують автоматизоване опрацювання заяв, push-сповіщення про статус запиту та можливість швидких «cashless»-виплат безпосередньо на банківську картку клієнта. За оцінками аналітиків OECD, такі моделі суттєво знижують адміністративні витрати страховиків і покращують якість сервісу [4].

Широкого поширення набули системи штучного інтелекту (AI) та машинного навчання (ML) для виявлення шахрайства та зловживань у сфері страхування. За даними Міжнародної асоціації соціального забезпечення (ISSA), алгоритми аналізу великих масивів даних дають змогу ідентифікувати нетипові моделі госпіталізації, аномальні медичні процедури, повторювані шаблони виставлення рахунків або так звані «медичні каруселі». Впровадження ML-моделей виявилось ефективним також у таких напрямках,

як прогнозування ризику госпіталізації, визначення груп високого ризику та формування персоналізованих програм профілактики [2].

Важливою складовою цифрової модернізації є інтеграція страхових компаній із національними eHealth-платформами. Згідно зі стратегічними рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, сучасні системи охорони здоров'я мають забезпечувати інтероперабельність через стандарти HL7 FHIR, SNOMED та ICD, а також передбачати єдину електронну медичну картку пацієнта. У багатьох країнах світу страховики отримують контрольований доступ до електронних медичних записів (за згодою пацієнта), що дозволяє зменшити інформаційну асиметрію, підвищити точність андеррайтингу, оптимізувати витрати та знизити рівень зловживань. Доступ до уніфікованих медичних даних також покращує якість медичних послуг, оскільки страховик може здійснювати аудит лікування на основі повної інформації [49].

Окремим напрямом є розвиток wellness-програм та профілактичних сервісів. Страхові компанії все активніше запроваджують програми, що мотивують клієнтів до здоровішого способу життя: бонуси за фізичну активність, проходження профілактичних оглядів, контроль хронічних хвороб за допомогою мобільних додатків, інтеграцію з рухомими пристроями. Звіти OECD демонструють, що такі програми за умови таргетованої реалізації дозволяють значно знизити частоту дорогих госпіталізацій, а отже, сприяють зменшенню витрат страховика.

У країнах з обмеженим доступом до традиційного страхування стрімко розвивається сегмент fintech-рішень. Прикладом є платформи мобільного мікрострахування (micro-health insurance), що застосовуються у регіонах Африки та Південно-Східної Азії. Одним із найбільш відомих прикладів є система M-TIBA, яка поєднує мобільний «гаманець здоров'я» із можливістю дрібних регулярних платежів та інтеграцією з мережею медичних закладів. Такі інструменти підвищують доступність страхування для малозабезпечених

груп населення, а також дозволяють державі і страховикам ефективніше здійснювати нагляд за використанням коштів [35].

Таким чином, міжнародний досвід демонструє, що цифрові технології стали визначальним чинником розвитку медичного страхування у світі. Інтеграція телемедицини, цифрових клієнтських шляхів, електронних вимог, штучного інтелекту, платформ eHealth та фінтех-рішень суттєво підвищує ефективність системи охорони здоров'я, знижує витрати та покращує якість послуг для пацієнтів. Ці практики формують орієнтири, які можуть бути адаптовані в Україні для розвитку сучасної моделі медичного страхування та підвищення його ролі в національній системі охорони здоров'я.

Наступним фактором успішного розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є державно-приватне партнерство. Якщо з цифровізацією у України справи йдуть у прогресивному русі, то державно-приватне партнерство перебуває на низькому рівні. Слід зазначити, що і у розвинених країнах світу державно-приватне партнерство

Страхування на випадок пандемії “X”: модель державно-приватного партнерства для України

1. Загальна концепція продукту

Метою державно-приватного партнерства є створення страхового механізму, здатного:

- забезпечити домогосподарства і бізнеси фінансовим захистом під час пандемії;
- зменшити навантаження на державний бюджет;
- забезпечити можливість швидкої цифрової компенсації;
- інтегрувати інструменти раннього виявлення ризиків і моніторингу.

Державно-приватне партнерство має будуватися на принципах:

- персонального страхового покриття;
- державної перестрахової підтримки;
- цифрової інфраструктури (eHealth + insurer API);
- автоматичного тригерного запуску виплат.

Наше бачення моделі державно-приватного партнерства (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Модель державно-приватного партнерства (ДПП)

Компонент	Роль держави	Роль страховиків
Фінансування великих збитків	Перестраховання катастрофічного ризику (державний stop-loss)	Основне страхування, виплати до порогу катастрофічності
Оцінка ризику	Дані епіднагляду, прогнозування МОЗ	Актуарні моделі, тарифікація
Інфраструктура	Доступ до eHealth API, електронної ідентифікації	Діагностика страхових випадків, цифрові виплати
Регулювання	Параметри тригерів, контроль резервів	Продаж полісів, супровід клієнтів

Примітка. Складено автором

Державно-приватне партнерство може забезпечити автоматичні виплати, що дуже важливо під час пандемії, що знижує moral hazard. Основні причини для включення механізму автоматичних виплат:

- оголошення МОЗ про пандемічний стан хвороби X в Україні;
- перевищення епідемічного порогу (наприклад, 250 випадків на 100 тис. населення протягом тижня);
- підтверджений діагноз в eHealth (за згодою клієнта на передачу даних).

Поліс має містити ключові метрики покриття. На першому етапі, з врахуванням стану медицини, бюджету, фінансової потужності діючих у сегменті страховиків можна пропонувати такі метрики:

- фіксована виплата при діагнозі - 10 000 грн.;
- денна компенсація за період непрацездатності - 300 грн/день, до 15 днів;
- компенсація госпіталізації - 15 000 грн.;
- максимальна виплата - 30000 грн.

На другому етапі вводиться пакет для бізнесу (SME):

- компенсація простою - 300 грн/день на одного працівника (до 20 днів);
- відшкодування витрат на захист персоналу (маски, тести): до 30 000 грн.

**Цифрова архітектура полісу медичного страхування на основі
державно-приватного партнерства**

Цифровий клієнтський шлях	Технології
1. Придбання поліса онлайн, через мобільний додаток або персональний комп'ютер 2. eKYC (електронна процедура ідентифікації та верифікації клієнта) і підпис КЕП 3. Згода на доступ до даних eHealth 4. Автоматичне отримання даних про діагноз 5. Автоматичне нарахування виплати після підтвердження даних / виклик спеціаліста у складних випадках 6. Digital-claim (якщо додаткові документи не потрібні – проводиться цифрова процедура врегулювання страхового випадку) 7. Виплата на банківську картку упродовж декількох хвилин (передбачається компенсаторна форма обслуговування)	1. eHealth – API для підтвердження діагнозу (підтвердження діагнозу, перевірка факту звернення, підтвердження госпіталізації, дані про призначені послуги та процедури) 2. MobileID / Дія – ідентифікація (запобігання шахрайству: дані надходять від лікарів та закладів, сертифікованих НСЗУ та МОЗ, що мінімізує ризики підробок) 3. InsurTech – скоринг, аналітика (InsurTech-платформи забезпечують страховикам сучасні інструменти аналітики, що дозволяють автоматизувати цифрове врегулювання) 4. AI – виявлення аномальних патернів (Підроблені довідки, серійні звернення, підозріла поведінка лікарів або медичних закладів)

Примітка. Складено автором

Цифровізація процесів врегулювання страхових випадків (digital-claim) докорінно змінює підхід страхових компаній до обробки заяв, перевірки достовірності даних та ухвалення рішень щодо виплат. Однією з ключових передумов автоматизації є інтеграція з електронною системою охорони здоров'я eHealth, яка надає доступ до достовірних медичних даних через захищені API-інтерфейси. Завдяки цьому страховик може безпосередньо отримувати підтвердження діагнозу, дані про фактичне звернення до лікаря, інформацію про госпіталізацію та надані медичні послуги відповідно до записів електронної медичної картки. Усі медичні події фіксуються сертифікованими лікарями та закладами охорони здоров'я, що значно зменшує імовірність підробки документів. Таким чином, eHealth забезпечує надійну доказову базу для прийняття рішень і дозволяє повністю відмовитися від паперових довідок та ручної перевірки медичних документів.

Другим критично важливим компонентом цифрового врегулювання є системи електронної ідентифікації та електронного підпису – MobileID і Дія.Підпис, які створюють технологічну основу для еKYC (electronic Know Your Customer). Вони забезпечують дистанційну верифікацію клієнта, перевірку його документів у державних реєстрах, підтвердження резидентського статусу та наявності політично значущих осіб (PEP). Завдяки використанню підвищених криптографічних стандартів MobileID і національної інфраструктури довіри, вбудованої у Дію, ідентифікація клієнта виконується на високому рівні безпеки. Клієнт може підписувати заяву на виплату, додаткові документи чи електронний страховий акт за допомогою КЕП або Дія.Підпису, а всі дії залишають електронний слід, що виключає можливість несанкціонованого подання заяви сторонніми особами. Таким чином, еKYC не лише підвищує рівень безпеки, а й забезпечує юридичну значущість усіх дій у межах digital-claim.

Значну роль у цифровому врегулюванні відіграють інструменти InsurTech, які забезпечують скоринг, глибинний аналіз страхових подій та автоматизовану оцінку ризиків. Медичний скоринг дозволяє враховувати персональні фактори ризику – вік, стан здоров'я, наявність хронічних хвороб, історію медичних звернень. У випадку подання заяви InsurTech модулі автоматично зіставляють надану інформацію з даними в електронній медичній картці, умовами договору, тарифами та лімітами. Системи машинного навчання можуть прогнозувати очікувані витрати, формувати рекомендації щодо коригування тарифів та виявляти нетипові патерни поведінки, наприклад серійні звернення або часті однотипні події. Такий підхід мінімізує потребу у ручному перегляді заяв і скорочує час ухвалення рішення з днів або годин до секунд.

Подальшим рівнем захисту і ефективності виступають алгоритми штучного інтелекту, які спеціалізуються на виявленні аномалій і потенційного страхового шахрайства. AI аналізує метадані електронних документів, виявляє ознаки підробки довідок, невідповідність електронного підпису або нетипові

зміни у PDF-файлах. Моделі anomaly detection дозволяють визначати серійні звернення, нетипово часте використання послуг одним клієнтом, а також аномалії у поведінці лікарів чи медичних закладів, наприклад «масові» візити за короткі проміжки часу. Технології NLP застосовуються для аналізу текстів медичних записів і виявлення невідповідностей між симптомами, діагнозом та фактичними даними з eHealth. Методи graph-analytics, у свою чергу, дозволяють виявляти приховані зв'язки між клієнтами, лікарями та медичними закладами, що формують потенційні шахрайські схеми. Сукупне застосування інтелектуальних моделей суттєво знижує рівень fraud-losses та зменшує витрати на ручні перевірки, підвищуючи довіру до цифрових страхових сервісів.

Узагальнюючи, комплекс цифрових компонентів digital-claim — eHealth API, системи eKYC, InsurTech-аналітика та інструменти AI — формують замкнений, безпечний і майже повністю автоматизований процес врегулювання страхових випадків. Поєднання достовірних медичних даних, цифрової ідентифікації та інтелектуального аналізу створює якісно новий стандарт обслуговування, у якому час розгляду заяви скорочується до мінімуму, а ризики шахрайства та збитковості портфеля значно зменшуються.

Актуарна модель страхового тарифу:

$$E(\text{claims}) = p \cdot I + p \cdot q \cdot H + L, \quad (3.1)$$

- де $E(\text{claims})$ – очікувана збитковість;
 p – ймовірність інфікування протягом року;
 q – імовірність госпіталізації серед інфікованих;
 I – страхова виплата у разі інфікування;
 H – виплата при госпіталізації;
 L – середня виплата за втрачену працездатність;
 k – навантаження на витрати і прибуток (30–40%);
 s – частка, яку бере на себе держава (stop-loss).

$$\text{Premium} = (E(\text{Claims}) \cdot (1-s)) \cdot (1+k), \quad (3.2)$$

де Premium – страхова премія з урахуванням державного stop-loss та навантаження;

s – частка ризику, яку бере на себе держава (stop-loss);

k – навантаження на витрати і прибуток страховика.

Проведемо обчислення на прикладі страхування ризику захворювання на туберкульоз. Для України це є актуальним, оскільки свого часу в Україні було оголошено навіть про епідемію цього серйозного захворювання. За даними МОЗ, в Україні у 2023 році зареєстровано 19851 випадок активного туберкульозу, що відповідає показнику близько 48,4 випадку на 100000 населення [10].

Переводимо у річну ймовірність для однієї застрахованої особи, p:

$$p = 48,4/100000 = 0,000484 \text{ (0,0484\%)},$$

Для України характерна висока частка стаціонарного лікування туберкульозу:

ВООЗ для України зазначає, що середній термін госпіталізації становить від 1,5 місяці до 5 місяців для мультирезистентних форм [10].

Дослідження по Україні показують середню тривалість стаціонарного перебування близько 92 днів для хворих на туберкульоз [21].

Визначаємо ймовірність госпіталізації, q:

Це імпліцитно означає, що більшість зареєстрованих випадків певний час проводять у стаціонарі. Для розрахунку приймемо реалістичну оцінку:

$$q = 0,7 \text{ (70\% випадків потребують госпіталізації)}$$

Економічні параметри моделі: зарплата, вартість лікування.

За даними Держстату, середня заробітна плата в Україні у 2024 році становила близько 21473 грн на місяць [51].

Зарплата за день приблизно складає $21473 / 30 = 715$ грн.

Для туберкульозу середня тривалість стаціонарного епізоду за даними українських джерел – близько 1,5–3 місяців (45–90 днів) [7].

Для подальших обчислень візьмемо показник 60 днів тимчасової втрати працездатності. Вартість одного ліжко-дня при захворюванні на туберкульоз дорівнює 1200-1300 грн.

У нашій архітектурі страхової послуги будемо брати наступні види страхових виплат (табл. 3.6)

Таблиця 3.6

Виплати при страхуванні на випадок захворювання туберкульозом

Вид виплати	Обчислення, значення
Виплата за встановлення діагнозу (I)	Цей показник дуже сильно варіюється від країни до країни, але у середньому наближений до рівня середньої заробітної плати. Для нашого розрахунку приймемо 20000 грн.
Виплата за госпіталізацію (H)	Оскільки середня вартість одного ліжко-дня при захворюванні на туберкульоз дорівнює 1200 грн., то при стаціонарі хоча б 30–40 днів і це вже 36–48 тис. грн витрат для системи. Для нашого розрахунку приймемо середнє значення суми – 40000 грн.
Виплата за втрату працездатності (L)	$60 \text{ днів} * 700 \text{ грн. за день (рівень середньої заробітної плати)} = 42000 \text{ грн.}$

Примітка. Складено автором

Проведемо обчислення очікуваної збитковості $E(\text{claims})$ за параметрами:
 $P = 0,000484$, $q = 0,7$, $I = 20000 \text{ грн.}$, $H = 40000 \text{ грн.}$

Компонент «діагностика»:

$$p * I = 0,000484 \times 20\ 000 = 9,68 \text{ грн.}$$

Компонент «госпіталізація»:

$$p * q * H = 0,000484 \times 0,7 \times 40\ 000 = 13,55 \text{ грн.}$$

Компонент «втрата працездатності» (вже очікуваний):

$$L = 40000 * p (0,000484) = 20,33$$

Загальна очікувана збитковість на 1 застрахованого:

$$E(\text{Claims}) = 9,68 + 13,55 + 20,33 = 43,56 \text{ грн. / місяць}$$

Обчислення страхової премії з державним stop-loss.

Частка ризику, яку забирає на себе держава (stop-loss): $s = 0,5$ (50%)

Навантаження на витрати, ризик і прибуток: $k = 0,35$ (35%)

$$E(\text{Claims}) \times (1-s) = 43,56 \times 0,5 = 21,78 \text{ грн.}$$

З врахуванням навантаження:

$$\text{Premium} = 21,78 / (1 - 0,35) = 33,5 \text{ грн. /місяць}$$

Річна страхова премія складатиме $33,5 * 12 = 402$ грн. На рівні країни (на сьогодні важко сказати скільки людей проживає в Україні, але приймемо 30 млн. осіб) страхові резерви дорівнюватимуть:

$$30000 \text{ тис. осіб} * 402 \text{ грн.} = 12060000 \text{ тис. грн.}$$

Досягається сукупний соціальний та економічний ефект:

- населення є застрахованим від цієї небезпечної хвороби (соціальний ефект), а державі не потрібно виділяти кошти на кожний діагностований випадок (економічний ефект). Кошти автоматично, без затримки виділяє страхова компанія;

- дослідницький ефект – держава і страховики отримують велику базу даних для подальшого розвитку механізму державно-приватного партнерства у сфері страхування медичних витрат і здоров'я. За подібним механізмом можуть страхуватися інші ситуації (захист від хвороби X, де X будь-яка хвороба, що має характер пандемії чи епідемії);

- упродовж короткого терміну страховики отримують серйозний ресурс для розвитку – страхові резерви (економічний ефект).

Застосування подібного механізму забезпечуватиме фінансову стійкість системи охорони здоров'я, зменшуватиме фіскальні ризики, покращуватиме захист населення та бізнесу, створюватиме прозорий цифровий механізм виплат, підвищуватиме загальну стійкість країни до майбутніх біологічних загроз.

3.3 Розробка послуги з цифрового медичного страхування

Найбільших успіхів у розвитку приватного медичного страхування, згідно з рейтингом Форіншурер, має українська страхова компанія ПрАТ СК «ВУСО» і цей успіх багато в чому досягнений за рахунок цифровізації послуг і процесів. Зокрема, у 2025 році компанія впровадила продукт еЛікар і отримала за його успішну реалізацію відзнаку Ukrainian CX Excellence (UCXE), престижної премії, що щорічно визнає найкращі кейси клієнтського досвіду в Україні. Перемога у номінації «Кращий CX-кейс у контакт-центрі» підтвердила ефективність інновацій та уваги до людей.

При розробці страхового продукту еЛікар вихідною точкою було розв'язання проблем, які загострилися під час війни – робота з дефіцитом кадрів, обмеженням платоспроможності населення, географічними розривами. В якості розв'язання проблем ставка була зроблена на діджиталізацію.

Бізнес-аналітики компанії оцінили як дуже високий попит клієнтів на швидкість отримання послуг і можливість отримувати їх у дистанційному форматі. На сьогодні серед понад 110000 клієнтів компанії, які мають медичну страховку, саме ці параметри визначено ключовими.

Компанія розробила і реалізувала сервіс еЛікар, який включає у себе мобільний застосунок, штучний інтелект і лікарів, здатних швидко обслуговувати застрахованих дистанційно.

Базовим рішенням було надання застрахованим миттєвої онлайн-консультації у мобільному застосунку який у свою чергу інтегрований з CRM системою страхової компанії. Додали робота для замовлення медикаментів. На другому етапі з'явилася інтеграція з лабораторіями. І з часом це стало повноцінним цифровим ланцюгом, де весь шлях від звернення до доставки ліків займає 3–8 хвилин.

Привертає увагу формат створення продукту. Від початку у ньому участь прийняли 17 фахівців компанії (вони представляли команду для формування вимог до програмного забезпечення і до цієї команди були

включені фахівці з підрозділу медичного страхування компанії та ІТ-фахівці страховика) та дві професійні команди розробників.

Розробка здійснювалася в рамках гнучкого планування і оцінювання Agile і визначальним для успіху продукту було залучення до тестування кожного релізу співробітників медичного підрозділу компанії.

Чи не вперше в Україні за допомогою AI була реалізована концепція самообслуговування продукту – замість операторів уся рутинна робота була перекинута на AI. Завдяки цьому клієнт отримує безперервний сервіс: онлайн-консультацію, оформлення результатів, замовлення медикаментів — усе в межах кількох хвилин.

При цьому модель все ж таки є гібридною. Простий запит — бот обробляє автоматично. Якщо випадок складний — підключається медичний фахівець. Клієнт сам обирає: хоче швидко й самостійно, чи потребує живого спілкування. Це баланс між технологією та турботою.

Вже перше тестування після місяця роботи показало суттєві покращення:

- зменшення кількості телефонних дзвінків;
- зменшення темпу обробки запиту – з понад 2 годин до 3-8 хвилин;
- зменшення навантаження на обробку запитів – робота, яку здійснювали п'ять осіб зараз проводиться однією особою.

ПрАТ СК «Універсальна» програє у конкурентній боротьбі з добровільного медичного страхування саме тому, що у неї в арсеналі немає послуг такого типу.

Проведемо розробку такої послуги з умовною назвою - martMed+.

martMed+ — за змістом є цифровою медичною страховою послугою нового покоління, що поєднує гібридну модель обслуговування (AI + лікарі), CRM-інтеграцію, швидкий дистанційний сервіс, облік медичних випадків, оплату та контроль ланцюга «звернення–лікування–доставка медикаментів».

На першому етапі впровадження не плануватиметься підключення до державної системи eHealth, але згодом такий функціонал має бути передбачений і запусканий.

Структурне наповнення системи матиме вигляд (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

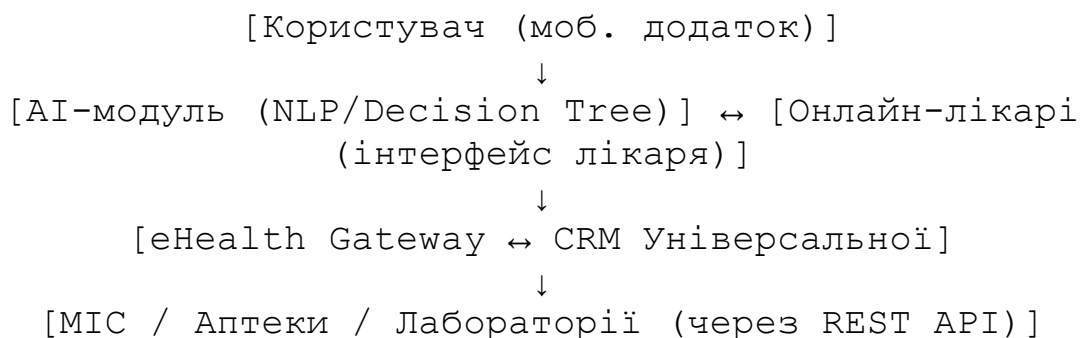
Структурне наповнення страхової послуги SmartMed+

Компонент	Опис
Мобільний застосунок	iOS / Android додаток з авторизацією через Mobile ID / Дія.Підпис
AI-помічник	Triage бот (відбір запитів), FAQ, базова діагностика
Онлайн-лікарі	Підключення через відеочат / текст, на вибір користувача
CRM інтеграція	Повна інтеграція з внутрішньою CRM компанії
API з лабораторіями/аптеками	Отримання направлень, електронних рецептів, замовлення доставки
Фінансовий модуль	Облік страхових виплат, розрахунки лімітів, запити на відшкодування
Аналітика	BI-дешборди, звітність для НСЗУ / акціонерів / наглядової ради

Примітка. Розроблено автором

Архітектура послуги за спрощеного підходу виглядає так:

Технологічна модель (спрощено)



Використовуються:

Формати: JSON, XML.

Протоколи: HTTPS + TLS 1.3, OAuth 2.0, JWT.

Інтеграція з eHealth (опціонально): через ЦБД.

Серверна частина: AWS/Azure або власне хмарне рішення.

Важливим моментом є залучення до проєкту цифрової страхової послуги з медичного страхування фахівців з відповідного структурного підрозділу страхової компанії. Напрямки такого залучення представимо так (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Напрямки залучення співробітників страхової компанії
ПрАТ СК «Універсальна» до розробки програмного забезпечення
за послугою SmartMed+**

Напрямок	Характеристика, зміст участі
Доменно-експертна участь команди ІТ страхової компанії	У компанії є своя ІТ-команда, яка розуміється на автоматизації внутрішніх бізнес-процесів (виплати, андеррайтинг, CRM), знається на цифровому обслуговуванні страхувальників за вже реалізованими програмами, розуміє процеси цифровізації юридичного та фінансового оформлення
Формування вимог до програмного забезпечення	Окрім ІТ-команди страхової компанії у формуванні пакету вимог до програмного забезпечення мають брати участь: фахівці з медичного страхування; актуарії і андеррайтери; фахівці з контакт-центру; спеціалісти відділу розрахунків і фінансового контролінгу у сегменті медичного страхування компанії
Тестування	Страхова компанія має виділити зі своєї команди принаймні двох фахівців для тестування за напрямками: тестування релізів; тестування інтерфейсу та оцінка його зручності для користувача, перевірки логіки і відповідності продукту діючим політикам і обмеженням компанії відповідно до правил страхування

Примітка. Розроблено автором

В значній кількості праць відомих авторів з розробки програмного забезпечення [30], [32], [34] доведено, що ймовірність провалу розробки програмного забезпечення без участі у ньому сторони замовника є практично стовідсотковою. Інколи навіть власником продукту (ключова роль у системі гнучкого планування розробки програмного забезпечення Agile) може виступати представник замовника (в нашому випадку ПрАТ СК «Універсальна»). Але при цьому ставиться вимога – така особа обов'язково має розумітися на технічних аспектах розробки.

Зважаючи на складність і важливість послуги від страхової компанії має приймати участь у розробці достатньо велика група фахівців для забезпечення різних функцій майбутнього продукту (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Склад представників страховика у розробці
програмного забезпечення**

Підрозділ компанії	Кількість	Роль
Медичне страхування	2	Формування логіки послуги, доведення основних і допоміжних ролей і функціоналів продукту до розробника. Наприклад, встановлення обмежень, розмежування роботи лікарів і ботів залежно від складності конкретного випадку тощо
ІТ/цифровий відділ	2	Технічні вимоги, API-контроль, інтеграція нової послуги в CRM компанії (додавання усіх нових модулів, полів, довідників, статусів, інтеграція з аналітикою, документообігом, клієнтським профілем), оцінка навантаження, масштабованості та стійкості нової послуги на ІТ-систему компанії, тестування можливості конфліктів. перевірка працездатності запитів/відповідей, тестування помилок, timeouts, edge-cases, забезпечення продуктивної роботи під навантаженням. Питання інформаційної безпеки: контроль авторизації (OAuth 2.0, JWT); шифрування даних при передачі (TLS); виявлення та блокування ризиків (rate limiting, IP-фільтрація).
Контакт-центр	2	Оцінка клієнтського шляху, сценарії FAQ (набір стандартних діалогів між клієнтом і компанією на найпоширеніші запитання у сфері медичного страхування, страхового випадку)
Юридичний / комплаєнс	1	Перевірка відповідності політикам (чи відповідає діяльність компанії внутрішнім і зовнішнім правилам)
Актуарно-фінансовий блок	1	Розрахунки виплат, витрати на страхування, страхові калькулятори, тарифи. Ну другому етапі складання операційних бюджетів, моніторинг надходжень і видатків, підготовка інформації з даного виду страхових послуг для формування загальної звітності компанії
Операційна служба	1–2	Реалізація процесів супроводу/опрацювання кейсів. Робота зі зверненнями клієнтів або внутрішніми задачами від моменту отримання до повного завершення. Проводиться і в автоматичному, і у ручному режимах (при складних випадках)

Примітка. Розроблено автором

Виходячи з досвіду вже реалізованих проєктів (аналіз продукту еЛікар страхової компанії ПрАТ СК «ВУСО» через її відкритий API), можна

орієнтовно визначити склад команди для роботи над послугою SmartMed+ (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Кадровий склад MVP-фази з урахуванням участі компанії

Роль	Кількість	Період	Коментар
Бізнес-аналітики (зовнішні)	2	3 міс	Спільно з внутрішніми експертами формують ТЗ і user story
Представники страхової компанії	8–12	3 міс (активно), постійно (координаційно)	Медичне страхування, виплати, ІТ, контакт-центр, фінанси, аналітика, юридичний супровід
Архітектор системи	1	3 міс	Розробка технічного бачення, безпека, API-логіка
ІТ-команда	6	6 міс	Розробка застосунку та інтеграцій на рівні backend та frontend
Тестування та DevOps	2	4 міс	CI/CD, пен-тести, інтеграційні тести, тестування у процес розгортання
Тест-група лікарів	4	постійно	Тестування, валідація клінічного функціоналу, верифікація
Служба підтримки / контакт-центр	3	постійно	Обробка запитів, зворотний зв'язок
Менеджер проекту / SCRUM Master	1	весь цикл	Agile-управління проектом, формування і управління беклогом, координація спринтів, випуск релізів
UI/UX дизайнер	1	2 міс	Розробка адаптивного дизайну під мобільний і ПК інтерфейс

Примітка. Розроблено автором

Наведена структура команди відображає комплексну модель розробки цифрового продукту з медичного страхування, у якій поєднано зовнішню експертизу, внутрішні компетенції страхової компанії та технічні ролі. Формування технічного завдання, бізнес-вимог та клінічних сценаріїв забезпечують бізнес-аналітики та профільні фахівці страховика — медичний блок, підрозділ виплат, ІТ, контакт-центр, фінанси, аналітики та юристи. Саме вони створюють підґрунтя для коректної побудови сервісу, оскільки поєднують бізнес-логіку, нормативні вимоги та очікування користувачів. Архітектор системи визначає технічне бачення та безпекові підходи, на основі яких ІТ-команда протягом шести місяців розробляє програмний продукт,

реалізує API-взаємодії й забезпечує повноцінний функціонал фронтенду та бекенду.

Важливим є питання розгортання системи та тестування. DevOps-процеси, клінічна валідація і готовність до масштабування — здійснюються окремими командами, що відповідають за якість і безперервність роботи сервісу. Тестування йде за двома паралельними лініями. Тестування якості написання коду і тестування функціоналу. Перший напрям забезпечують фахівці розробника. Тест-група лікарів відіграє критичну роль у перевірці медичного контенту та коректності медичних процесів. Служба підтримки забезпечує оперативний супровід користувачів і збирає зворотний зв'язок для покращення продукту. Менеджер проєкту або SCRUM Master координує увесь цикл, формує беклог, організовує спринти й контроль релізів. UI/UX дизайнер створює інтерфейс, орієнтований на користувача, забезпечуючи інтуїтивність і доступність сервісу. У сукупності така команда дозволяє ефективно реалізувати комплексний цифровий продукт у сфері медичного страхування.

Важливо оцінити чи є у страхової компанії ПрАТ СК «Універсальна» фінансові засоби для реалізації проєкту (табл. 3.11)

Таблиця 3.11

**Орієнтовний бюджет реалізації розробки і розгортання
проєкту SmartMed+***

Стаття витрат	Сума (грн)
Розробка ПЗ (MVP)	4 200 000
UX/UI + мобільні застосунки	900 000
Хостинг (AWS / Azure / DevOps)	300 000
Підключення до аптек/лабораторій	200 000
Безпека та сертифікація	180 000
Витрати на команду лікарів (6 міс)	600 000
Маркетинг запуску	350 000
Навчання персоналу + CRM	150 000
Загальний бюджет (оцінка)	6 880 000 грн

* Вартість розрахована для запуску MVP (12 місяців), з можливістю масштабування.

Примітка. Розроблено автором

Це початковий бюджет проєкту, який передбачає власне саму розробку та перший етап маркетингу. Бюджет вже діючої страхової послуги SmartMed+ (бюджет постійної підтримки) буде представлений далі.

Стратегічну ціль реалізації проєкту опишемо через ряд очікуваних ефектів:

- скорочення часу реакції на звернення до 3–5 хв;
- зниження навантаження на call-центри;
- скорочення витрат на 1 запит (на 40–60%);
- аналітична прозорість страхових подій;
- готовність до інтеграції з НСЗУ / медичними реєстрами.

Новітність моделі реалізується через впровадження до архітектури страхової послуги нейронної мережі (AI), що забезпечуватиме взаємодію усіх компонентів системи на якісно новому рівні. AI виступає як інтелектуальний модуль, інтегрований у мобільний додаток та веб-інтерфейс страхової компанії, який автоматизує обробку первинних звернень клієнтів. Його основне завдання — швидко, точно й ефективно спрямовувати запити, знижуючи навантаження на операторів і лікарів.

Дуже важливим для ефективної роботи системи є модуль Triage, який забезпечує відбір та маршрутизацію запитів, збір базової інформації від клієнта і визначення, чи потребує звернення автоматичної відповіді, рекомендації або підключення медичного фахівця.

З позицій клієнта страхової компанії модуль Triage представляє собою інтерв'ю-бота з алгоритмом прийняття рішень (decision tree + ML-класифікація) і складає подальший маршрут послуги:

- якщо простий випадок (неускладнене ГРВІ, легкі симптоми) – AI-обробка;
- якщо ускладнений випадок або неповні дані – виклик лікаря онлайн;
- якщо страховий випадок (наприклад, травма) – генерація шаблону для виплати та реєстрації.

За допомогою сучасних цифрових технологій має бути забезпечений наступний функціонал:

- NLP (natural language processing) для розуміння симптомів з тексту;
- шаблони опитувальників, базовані на медичних протоколах;
- Self-learning через аналіз лікарських рішень (після консультацій).

Технологічним ядром послуги виступає база знань FAQ (knowledge base + smart suggestions). До бази знань закладаються стандартні питання та типові варіанти відповідей, що робить більш ефективною роботу інтерв'ю-бота, наприклад:

- Які клініки доступні за моїм полісом?
- Як подати заявку на компенсацію?
- Як перенести онлайн-консультацію?
- Які ліки входять до покриття?

База постійно оновлюється і навчається (ML-технології). AI автоматично пропонує релевантні відповіді під час введення запити (autocomplete + intent recognition). У більш просунутих версіях (наприклад, після року функціонування послуги) відповіді можуть включати відео, схеми, посилання на eHealth.

Робота цього модулю може бути описана так:

- страхувальник описує свої симптоми (або натискає варіанти);
- AI формує кілька можливих варіантів (наприклад: застуда, алергія, розлад шлунку) з рівнем ймовірності і пропонує алгоритм дій – самопомога (відпочинок, пиття, домашнє лікування);
- онлайн-консультація;
- візит до лікаря.

При цьому AI не встановлює діагноз, а лише видає інформаційне повідомлення з чітким юридичним застереженням («не є медичною порадою»).

Зараз багато уваги приділяється параметрам безпеки і це дійсно важливо. Для пропонованої страхової послуги безпека має відповідати

стандартам і протоколам eHealth, оскільки необхідно передбачити підключення до системи через відкритий API:

- весь обмін інформацією проходить за зашифрованими каналами HTTPS + TLS 1.2/1.3;

- дані клієнтів захищені згідно GDPR (EU) та нормам Закону України «Про захист персональних даних».

Система містить зв'язок через API з лабораторіями, аптеками, іншими організаціями, для чого існує спеціальний функціональний модуль. Цей модуль забезпечує функціонали:

- оформлення направлень;
- видачі е-рецептів;
- контролю виконання призначень;
- моніторингу результатів лікування.

Більш детально це може бути представлено так (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Зміст модулю комунікацій зі сторонніми провайдерами і організаціями

Напрямок	Функціонал	Дані	Стандарти
1	2	3	4
Направлення до лабораторії	Лікар (або AI-модуль, у нескладних випадках) формує електронне направлення. Через API дані направлення надсилаються до обраної лабораторії. Клієнт отримує повідомлення з QR-кодом / токеном для ідентифікації у лабораторії. Результати дослідження повертаються у електронному вигляді до CRM SmartMed+ і додаються до історії клієнта.	ID пацієнта. Коди послуг (наприклад, за LOINC / HL7 FHIR). Дані лікаря-ініціатора. Очікувані терміни виконання. Вартість (для страхового покриття). Точка логістики (стаціонарна/мобільна лабораторія).	HL7 FHIR DiagnosticRequest, DiagnosticReport.

Продовження табл. 3.12

1	2	3	4
Електронні рецепти	Після консультації лікар формує е-рецепт, який відображається в мобільному додатку страхувальника. Дані рецепта передаються до партнерських аптек через API. В додатку можна: перевірити доступні аптеки з наявністю ліків; замовити доставку або самовивіз, оплатити співфінансування (якщо не повністю покрито полісом).	Код рецепту. МНН та торгова назва препарату. Кількість, форма випуску. Термін дії рецепта. Дозволений спосіб відпуску (відпуск за рецептом, ОТС тощо). Параметри доставки (адреса, терміновість).	FHIR MedicationRequest, ePrescription Interoperability Guidelines.
Замовлення доставки	Після вибору аптеки та підтвердження клієнтом, система генерує запит до служби доставки (логістичний API-партнер). Користувач відстежує статус у застосунку (етап «обробка – доставка – отримано»). У випадку відмови — API-інтеграція оновлює статус у CRM та повідомляє лікаря/страхову службу підтримки.	Сповіднення у месенджерах. Підтягування рахунку для оплати часткової суми.	Верифікація доставки (OTP / PIN / електронний підпис).

Примітка. Складено автором

У системі цифрового врегулювання медичних страхових випадків важливе місце посідають механізми забезпечення інформаційної безпеки та контролю доступу до медичних даних. Усі операції з передавання інформації між страховою компанією, лабораторіями, аптеками та іншими партнерами здійснюються виключно через захищені канали зв'язку з використанням протоколів HTTPS та TLS 1.3+, які гарантують конфіденційність і цілісність трафіку. Авторизація користувачів, сервісів і зовнішніх систем реалізується відповідно до сучасних стандартів OAuth 2.0 і JWT, що дозволяє здійснювати гнучке керування доступами та контролювати, які саме ресурси можуть бути використані певним суб'єктом інтеграції. Кожна підключена лабораторія чи аптека повинна укласти угоду про обмін медичними даними (Data Processing

Agreement), що регламентує обов'язки сторін щодо захисту персональних даних, строків зберігання, прав доступу та відповідальності у разі порушення вимог GDPR або національного законодавства. Усі запити до API логуються й зберігаються з метою проведення аудиту, розслідування інцидентів чи врегулювання можливих спорів. Логіка обробки страхових відшкодувань пов'язана з фінансовим модулем CRM, що забезпечує прозорість операцій і можливість відстеження всіх етапів — від подання запиту до його фінального закриття.

Застосування автоматизації в таких системах відкриває значний потенціал для оптимізації взаємодії між клієнтами, медичними установами та страховими компаніями. Завдяки алгоритмам штучного інтелекту система може автоматично рекомендувати лабораторії на основі геолокації клієнта, завантаженості закладів та їхнього рейтингу, забезпечуючи персоналізованість сервісу. Перевірка страхового покриття відбувається повністю автоматично ще до фінального підтвердження запиту, що дозволяє уникнути помилок і прискорює процес ухвалення рішення. Замовлення медикаментів може здійснюватися на підставі шаблонів, пов'язаних із типом захворювання або призначенням лікаря, а нагадування про необхідні дії. Наприклад, повторні аналізи чи прийом препаратів надсилаються автоматично через push-повідомлення або електронну пошту, інтегровані через API CRM або відповідних партнерських сервісів.

Інтеграція з медичними та фармацевтичними платформами здійснюється як через стандартні REST API, так і через медичні протоколи обміну даними, зокрема HL7. Це дає змогу поєднувати цифрову інфраструктуру страховика з провідними мережами лабораторій, такими як «Сінево», «Діла» чи «Ескулаб», які часто працюють через спеціальні шлюзи HL7 для передачі результатів аналізів та статусів виконання медичних послуг. Аптечні мережі, такі як «Аптека 911», «Подорожник», «АНЦ» найчастіше використовують REST API, що дозволяє перевіряти наявність ліків, формувати електронні рецепти та резервувати медикаменти в найближчих

аптеках. Додатково інтегруються сервіси доставки, зокрема «Нова Пошта», «Ліки24» та «Glovo Health», які забезпечують логістику препаратів або тестових наборів на адресу клієнта. Сукупність цих технічних рішень створює цілісну екосистему цифрової медичної взаємодії, у межах якої процес лікування та страхового супроводу стає максимально зручним, безпечним та автоматизованим.

Фінансовий модуль є центральним компонентом інформаційної системи страхової компанії та забезпечує повний цикл обліку, контролю і розрахунків у межах страхових договорів. Він функціонує у взаємозв'язку з CRM, медичним модулем, мобільним застосунком та зовнішніми API-провайдерами (аптеки, лабораторії, служби доставки), формуючи цілісну архітектуру цифрового страхового сервісу. Основним завданням фінансового модуля є автоматизація процесів обліку страхових виплат, динамічне управління лімітами, обробка запитів на відшкодування, а також забезпечення аналітики й інтеграції з бухгалтерськими та банківськими системами.

Однією з ключових функцій модуля є облік страхових виплат. Система реєструє кожен страхову подію, що виникає в рамках цифрового сервісу, незалежно від її типу. Це може бути телемедична консультація, лабораторне дослідження, придбання медикаментів або інша медична послуга. Кожна подія автоматично зіставляється з умовами страхового полісу, включно з лімітами, винятками, франшизами та параметрами покриття. Верифікація медичного випадку здійснюється шляхом підтвердження діагнозу або наявності електронного рецепта чи консультації лікаря, отриманих через інтеграцію з медичними інформаційними системами. Система фіксує витрати за кожною подією, обчислюючи їх у межах наявних лімітів або фіксує факт їхнього перевищення. Це дозволяє уникати помилок ручного обліку й забезпечує повну прозорість фінансових операцій.

Другий важливий блок фінансового модуля – це розрахунок лімітів і контроль залишків. У модулі зберігаються всі параметри страхового продукту, включаючи загальну страхову суму, спеціальні ліміти для окремих видів

медичних послуг (амбулаторія, лабораторні дослідження, лікарські засоби), а також можливі франшизи. Кожен раз після надання послуги система автоматично оновлює залишок доступних коштів, забезпечуючи актуальність даних у режимі реального часу. Клієнт може самостійно переглянути доступний залишок у мобільному застосунку, що сприяє підвищенню прозорості та довіри до сервісу. Додатково модуль автоматично генерує сповіщення у разі наближення або досягнення ліміту, інформуючи клієнта про стан його покриття.

Третій функціональний блок – це механізм обробки запитів на відшкодування, які подаються у випадку, коли клієнт сплачує за послуги власним коштом. Через мобільний застосунок він може завантажити чек, рахунок або медичний документ, а система виконує автоматичну попередню перевірку на основі заздалегідь визначених правил: чи належить подія до покриття, чи підтверджено діагноз, чи немає дублювання запитів. Нестандартні або потенційно ризикові випадки передаються на ручний перегляд фінансовим або медичним експертам, тоді як типові запити до визначеного порогу погоджуються автоматично. Після ухвалення рішення модуль генерує платіжне доручення для бухгалтерської системи та забезпечує взаємодію з банківськими сервісами, що дозволяє здійснювати виплати безпосередньо на картки клієнтів. Усі документи, завантажені клієнтом, можуть бути підписані КЕП, що гарантує юридичну значущість процесу.

Фінансовий модуль також включає розвинену систему звітності та аналітики. Він формує звіти щодо витрат на одного застрахованого, групи клієнтів, регіони обслуговування, а також аналізує динаміку звернень за видами послуг і середній чек страхових виплат. Такі дані є критично важливими для андеррайтингу, оскільки дозволяють виявляти збиткові категорії клієнтів, сегментувати ризики та оптимізувати тарифну політику. Модуль підтримує інтеграцію з BI-платформами, такими як Power BI та Tableau, що дає змогу створювати гнучкі аналітичні панелі для управлінських

рішень. Крім того, передбачено експорт даних у формати CSV, Excel або XML для подання звітності до НБУ чи податкових органів.

Технічна реалізація фінансового модуля базується на сучасних програмних технологіях. Найчастіше використовуються backend-фреймворки Python/Django або Node.js, API будується на RESTful або GraphQL, а основною базою даних є PostgreSQL із вбудованим шифруванням, що забезпечує високий рівень безпеки. Для кешування проміжних даних використовується Redis. Система авторизації базується на OAuth2 та JWT-токенах, а захищеність передавання даних гарантується TLS 1.2+ або новішими версіями. Інтеграція з аптечними та лабораторними сервісами відбувається через OpenAPI або HL7/REST API, тоді як мобільний застосунок може розроблятися на Flutter чи React Native, забезпечуючи зручність використання для клієнта. Така інфраструктура створює масштабовану та надійну цифрову страхову платформу, яка забезпечує високу швидкість обробки даних, безпеку та прозорість страхових операцій.

Бюджет розробки і розгортання фінансового модулю має вигляд (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Орієнтовний бюджет розробки фінансового модуля
програми SmartMed+***

Категорія	Кількість фахівців	Термін (місяці)	Ставка, \$/міс	Вартість, \$
Бізнес-аналітики	2	3	2500	15 000
Архітектор системи	1	3	4000	12 000
Розробники (6 осіб)	6	6	3000	108 000
DevOps/QA	2	4	2800	22 400
Лікарі (тест-група)	4	6	800	19 200
Служба підтримки	3	6	1000	18 000
Менеджер проекту	1	6	3500	21 000
Разом (USD)	—	—	—	215 600
Разом (UAH)	—	—	—	8 192 800

* Це приблизна оцінка лише для реалізації MVP-фінмодуля в рамках повноцінного цифрового страхового сервісу. Без урахування ліцензій, хостингу, маркетингу.

Примітка. Розроблено автором

Таким чином, фінансовий модуль є центральним компонентом інформаційної системи страхової компанії та забезпечує повний цикл обліку, контролю й фінансових розрахунків у межах страхових договорів. Він функціонує у взаємозв'язку з CRM, медичним модулем, мобільним застосунком та зовнішніми API-провайдерами (аптеки, лабораторії, служби доставки), формуючи цілісну цифрову екосистему страхового сервісу. Особливістю фінансового модуля є глибока інтеграція з іншими сервісами: API з CRM забезпечує автоматичне підтягування актуальних договорів, параметрів страхового продукту та залишків лімітів клієнта; інтеграція з eHealth (у перспективному режимі розвитку) дозволяє підтверджувати факт надання медичної послуги на основі даних електронної медичної картки; взаємодія з платіжними шлюзами гарантує швидкість і зручність здійснення компенсаційних виплат. Усі процеси супроводжуються резервним копіюванням, журналюванням та веденням детальних логів аудиту, що забезпечує відповідність вимогам регуляторів і високий рівень інформаційної безпеки.

Однією з ключових функцій модуля є облік страхових виплат. Система реєструє кожну страхову подію — від телемедичних консультацій до лабораторних досліджень та придбання медикаментів, — автоматично співвідносячи її з умовами страхового полісу, включно з лімітами, винятками та франшизами. Верифікація медичного випадку здійснюється шляхом підтвердження діагнозу або наявності електронного рецепта чи консультації лікаря, а після впровадження повномасштабної інтеграції з eHealth — також за рахунок автоматичного підтвердження медичних подій через державні API. Система фіксує фактичні витрати та визначає, чи підлягають вони відшкодуванню в межах існуючих лімітів, чи формують перевищення, що потребує додаткового погодження. Це усуває ризики помилок і забезпечує повну прозорість фінансових операцій.

Другим ключовим блоком фінансового модуля є розрахунок лімітів і контроль залишків. Усі параметри страхового продукту — загальна страхова

сума, спеціальні ліміти на окремі види послуг, франшизи, додаткові покриття — зберігаються у централізованому сховищі CRM та автоматично синхронізуються через API. Це дає змогу системі в режимі реального часу оновлювати залишок доступних коштів клієнта після кожної події. Інформація про ліміт доступна у мобільному застосунку, а клієнт отримує сповіщення при досягненні критичних порогів витрат. Завдяки синхронізації з CRM під час будь-якої взаємодії із сервісом — замовлення ліків, запис на аналіз чи телемедичну консультацію — система одразу знає, чи дозволяє поліс покрити відповідну послугу.

Механізм обробки запитів на відшкодування є третім важливим компонентом. Клієнт може подати запит на компенсацію у випадку самостійної оплати послуги, завантаживши чеки або документи через застосунок. Система виконує автоматичну попередню перевірку, аналізуючи наявність діагнозу, актуальність події, відповідність виду послуги умовам полісу, та визначає, чи не дублюється запит. Нестандартні випадки маршрутизуються на експертний перегляд, тоді як типові рішення у межах встановленого порогу погоджуються автоматично. Після ухвалення рішення фінансовий модуль передає дані до платіжного шлюзу — наприклад, LiqPay, Monobank чи WayForPay — що дозволяє здійснювати миттєві безготівкові виплати на картку клієнта. Запити можуть бути підписані КЕП, а всі дії фіксуються журналом аудиту, що забезпечує юридичну і регуляторну сумісність процесу.

Фінансовий модуль також забезпечує розгалужену систему звітності та бізнес-аналітики. Формуються звіти щодо витрат на одного або групу клієнтів, динаміки звернень, структури страхових подій і середнього чеку. Аналітичні інструменти дозволяють виявляти збиткові сегменти портфеля, проводити коригування тарифів і покриттів, а також підтримують андеррайтингові моделі прогнозування ризиків. Модуль може інтегруватися з BI-платформами Power BI чи Tableau для побудови дашбордів, а також забезпечує експорт у формати CSV, Excel та XML для подання звітності до НБУ або податкових органів.

Технічна реалізація фінансового модуля ґрунтується на сучасних технологічних стекових рішеннях. Backend будується на Python/Django або Node.js, API реалізується через RESTful або GraphQL, основні дані зберігаються у PostgreSQL із використанням шифрування, а Redis забезпечує швидку обробку кешованих операцій. Для авторизації використовується OAuth2 та JWT, забезпечуючи захищений доступ до даних. Інтеграція з аптеками, лабораторіями та CRM здійснюється через OpenAPI або HL7/REST API. Мобільний застосунок створюється на Flutter чи React Native, що забезпечує зручність, стабільність і кросплатформність. Така інфраструктура гарантує масштабованість, безпеку, швидкодію та відповідність вимогам регуляторів, формуючи надійну основу цифрової страхової послуги.

Від реалізації пропонованої послуги ПрАТ СК «Універсальна» може отримати конкурентний ефект – якщо послуга SmartMed+ буде кращою за аналогічні послуги конкурентів (зокрема, eЛікар компанії ПрАТ СК «ВУСО»). Звісно що має бути досягнутий і суто економічний ефект. Його обчислення має вигляд (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

**Обчислення економічного ефекту від реалізації впровадження
послуги з медичного страхування SmartMed+**

№	Показники, назви операцій	Параметри, обчислення
1	2	3
1	Реалізація розробки і розгортання продукту	6 880 000 грн
2	Розробка фінансового модуля	8 192 800 грн.
3	Усього початкових інвестицій (Investment Cost)	ряд.1 + ряд. 2 = 15072800 грн.
4	Початкова кількість клієнтів, осіб	2000
5	Страхова премія у базовому покритті на одну особу, грн.	150 грн. місяць 1800 грн. рік
6	Сума страхових премій, грн. рік	2000 * 1800 = 3600000 грн.
7	Страхова сума, грн.	75000 грн. рік
8	Кількість страхових випадків на 2000 застрахованих, осіб	300
9	Середня страхова виплата, грн.	8000 грн.
10	Середня сума страхових виплат	ряд.8 * ряд.9 = 300 * 8000 = = 2400000 грн.

Продовження табл. 3.14

1	2	3
11	Прибуток (збиток), грн.	ряд.6 – ряд.10 = 1200000 грн.
12	Рентабельність інвестицій ROI (Return on Investment), %	$ROI = \text{Net Profit} / \text{Investment Cost} * 100\%$, ряд.11 / ряд.3 * 10 = 7,96%

Примітка. Обчислено автором

Вже на початковому рівні можна отримати достатньо високий показник ROI, і оскільки переважна більшість параметрів залишатимуться незмінними, то кожен новий клієнт після перших 2000 приносить до компанії додатковий прибуток і збільшуватиме рентабельність інвестицій. Послуга передбачена у мобільному варіанті, що передбачатиме низькі адміністративні витрати, а у ряді випадків взагалі їх відсутність. Отже, рентабельність власного капіталу (ROE) також буде високою і зростатиме.

Висновки до розділу 3

Україна підтримала концепцію сталого розвитку і за можливістю почала її реалізувати в усіх сферах життя. Одним з найбільш потужних і успішних кроків у цьому напрямку є цифровізація медичної галузі за принципом доступності медичних послуг і зручності користування ними для клієнтів. Реформа почалася ще у 2017 році і на сьогодні практично реалізована.

Створена і працює система eHealth, яка на концептуальному та технічному рівнях орієнтована насамперед на реалізацію державної програми медичних гарантій і роботу з Національною службою здоров'я України. Система має хороший функціонал, забезпечує високий рівень комунікації між усіма суб'єктами процесу, формування бази для аналітичних дій, зменшує витрати на адміністрування. Недоліком системи є те, що інституційна роль приватних страховиків не визначена, а технологічні можливості для їхнього підключення не передбачені. На відміну від більшості країн ЄС та ОЕСР, де страхові компанії є ключовими фінансовими партнерами систем охорони

здоров'я, в Україні приватне медичне страхування залишається фактично відокремленим від державної цифрової інфраструктури.

Такий підхід формує структурний дисбаланс, обмежує потенціал розвитку ринку медичних послуг і стримує перехід до змішаних моделей медичного фінансування, характерних для сучасних систем охорони здоров'я.

В роботі пропонується два фундаментальних напрями інтеграції приватних страховиків у електронну систему охорони здоров'я. Перший напрям передбачає поглиблення цифровізації у державному і приватному секторах медицини і інтеграцію у цей процес приватних страховиків на основі співпраці через цифрові платформи. Другий напрям передбачає формування масштабного державно-приватного партнерства, у першу чергу у сфері медицини катастроф, формуванні надійного захисту населення від пандемії, епідемій, соціальних хвороб (СНІД, туберкульоз, гепатити). У цьому контексті обчислено приклад такої співпраці у страхуванні від туберкульозу. Проведені обчислення показують реальність впровадження цього страхування навіть в умовах дефіциту фінансових ресурсів воєнного стану. Таке партнерство формує ряд синергетичних ефектів, а саме: отримання населенням гарантованого захисту від небезпечної хвороби; зменшення витрат держави на адміністрування фінансової допомоги; отримання якісних даних для управлінських рішень у сфері медичного страхування. На основі цього механізму можуть бути розроблені й інші види страхування; отримання страховиками серйозного фінансового підсилення у короткостроковій і середньостроковій перспективі.

В суто приватному сегменті медичного страхування конкурентні переваги у середньостроковій і довгостроковій перспективі отримають ті страховики, які зможуть пропонувати страхувальникам рішення сформовані на змішаній основі, поєднанні онлайн і офлайн підходів до діагностики і лікування, зручного обслуговування у цифровому форматі.

В роботі розроблено і обчислено базові параметри послуги з безперервного страхування здоров'я на основі цифрового підходу.

Модель SmartMed+ є логічним кроком для СК «Універсальна» на тлі трендів діджиталізації в медичному страхуванні. Вона дозволяє: отримати послугу з медичного страхування дистанційно, з мобільного телефону; охопити клієнтів у будь-якому регіоні; створити інноваційну платформу з елементами швидкого доступу до діагностики, консультацій, забезпечення ліками; забезпечити поєднання гнучкості і контролю якості через гібридну модель (AI + лікарі).

Вже на початковому рівні реалізації можна отримати достатній рівень інфляції. Масштабування послуги забезпечить високий рівень операційної рентабельності, рентабельності інвестицій у сегменті медичного страхування. У перспективі це принесе збільшення рентабельності активів і власного капіталу.

ВИСНОВКИ

Стан розвитку медичного страхування в Україні характеризується значним потенціалом, однак залишається фрагментарним та внутрішньо неоднорідним. Державний сектор, у межах реформи фінансування охорони здоров'я та впровадження Програми медичних гарантій, поступово переймає логіку бюджетної страхової моделі, орієнтованої на оплату за результат і документально підтвержені послуги. Водночас добровільне медичне страхування продовжує розвиватися, але має низький рівень проникнення, обмежений попит та недостатню соціальну базу, що зумовлено як економічними, так і інформаційними бар'єрами.

Динаміка державного фінансування охорони здоров'я у 2019–2026 роках засвідчує тенденцію до поступового збільшення бюджетних інвестицій у медичну сферу, що відображає зростання ролі здоров'я населення у системі національних пріоритетів. Після пікового сплеску 2021 року та скорочення видатків у 2023 році, зумовленого воєнними потребами, у 2024–2026 роках спостерігається стабільне збільшення фінансування, що свідчить про прагнення держави модернізувати медичну інфраструктуру та забезпечити розширення гарантованих послуг. Звісно, що як і уся соціальна сфера, фінансування медицини у найближчі роки повністю залежатиме від міжнародної фінансової допомоги.

Серед ключових перешкод формування повноцінної системи медичного страхування слід відзначити недосконалість нормативно-правової бази та несформованість інституційних механізмів, необхідних для запровадження обов'язкового медичного страхування. Недостатня готовність інфраструктури охорони здоров'я, зокрема, відсутність у багатьох закладах сучасних інформаційних систем, електронного документообігу та стандартів моніторингу якості, додатково ускладнює інтеграцію страхової моделі в медичну практику. При цьому приватний страховий бізнес, як і приватна

медицина, багато у чому є відірваними від інфраструктури охорони здоров'я, що розробляється державою.

Важливим стримувальним чинником виступає й низький рівень обізнаності населення щодо можливостей страхового захисту та умов страхових продуктів, що формує слабкий попит і стримує розвиток масового сегмента ДМС. Економічні обмеження домогосподарств також залишаються визначальним фактором, оскільки вартість полісів для багатьох громадян є надто високою.

У цьому контексті суттєво зростає значення Програми медичних гарантій, яка виконує функції системоутворюючого механізму, що забезпечує пацієнтам фінансовий захист і доступність медичних послуг, а медичним закладам — стимули до підвищення ефективності, якості та прозорості роботи. Програма формує сучасні правила фіксації, документування та оплати медичних послуг, закладаючи інституційний фундамент для впровадження обов'язкового медичного страхування і розвитку змішаної страхової моделі у подальшому. При цьому для скорішого розвитку страхового ринку, забезпечення якості страхових послуг і оптимального розподілу фінансових ресурсів бажано щоб керування фондом обов'язкового медичного страхування здійснювали приватні страховики. Цілі сталого розвитку у царині охорони здоров'я навряд чи можуть бути досягнені без конкуренції і приватної ініціативи.

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що найбільш ефективними є змішані моделі медичного страхування, у яких держава забезпечує базові соціальні гарантії, а комерційне страхування виконує роль доповнення, забезпечуючи більшу гнучкість, інноваційність і якість сервісу. Світовий досвід переконливо показує, що поєднання державного регулювання та ринкової конкуренції створює фінансово стійку та соціально справедливую систему охорони здоров'я. Для України цей підхід є особливо релевантним, оскільки дозволяє одночасно зміцнити систему загальнообов'язкового медичного страхування, стимулювати розвиток приватного сектору та

формувати довгострокову стійкість медичної інфраструктури відповідно до європейських стандартів.

Узагальнюючи, медичне страхування в Україні постає як багатоаспектна система економічних, правових і соціальних відносин, яка виконує не лише функцію індивідуального захисту, але й стратегічну роль у розвитку національної системи охорони здоров'я. Її еволюція є критично важливою для досягнення цілей сталого розвитку, зміцнення соціальної стійкості та підвищення загальної ефективності медичної інфраструктури. Формування змішаної моделі медичного страхування, що спирається на інститути державних гарантій та інноваційний потенціал приватного сектора, становить логічний напрям подальших реформ і потребує узгоджених зусиль держави, страховиків, медичної спільноти та громадянського суспільства.

Практичний аналіз у кваліфікаційній роботі проводився на базі ПрАТ СК «Універсальна», яка належить канадському холдингу Fairfax. У 2019 році холдинг вийшов на український страховий ринок зі стратегічним придбанням двох компаній з рейтингу TOP 10 – французької ПрАТ СК «АХА» (на той момент першої компанії у рейтингу), і української ПрАТ СК «Універсальна». Після придбання обидві компанії успішно розвиваються на ринку. При цьому ПрАТ СК «Універсальна» стабільно входить до рейтингу TOP 5 саме з медичного страхування.

Аналіз діяльності ПрАТ СК «Універсальна» на страховому ринку України упродовж 2022-2024 років показав стійкі позиції компанії і вдало реалізовану після першого року війни антикризову стратегію. Компанія має високий рівень ліквідності і фінансової стійкості. Фінансова модель компанії – повна орієнтація на самофінансування. Увесь прибуток реінвестується, а дивіденди не виплачуються. Така фінансова політика є повністю правильною під час кризи, пов'язаної з роботою в умовах війни. Фінансова модель є стійкою, але прискорений розвиток і серйозні інвестиції неможливі через недостатність капіталу. Найближчими конкурентами компанії на

українському страховому ринку є страхові компанії ПрАТ СК «Уніка» і ПрАТ СК «ВУСО».

В роботі проведено аналіз послуг з медичного страхування, які надаються компанією – страхові продукти: «Медичне страхування»; «Комплексне страхування здоров'я»; «Стаціонар»; «Майбутнє»; «СНІД, гепатит, туберкульоз».

Страховий продукт «Медичне страхування» ПрАТ СК «Універсальна» має багатокomпонентну структуру, яка забезпечує високий рівень адаптивності під потреби різних сегментів споживачів. До сильних сторін продукту належать широке покриття страхових ризиків, гнучкість страхових сум та тарифів, розширена територія дії, а також прозорість андеррайтингових вимог. Водночас складність продукту, значна кількість винятків, суворі вимоги щодо повідомлення медичної інформації та невизначеність щодо наявності цифрових сервісів можуть виступати стримувальними факторами для потенційних клієнтів.

Страховий продукт «Комплексне страхування здоров'я» ПрАТ СК «Універсальна» характеризується збалансованим поєднанням покриттів за двома класами страхування, високою гнучкістю тарифів, прозорою процедурою врегулювання страхових випадків та можливістю електронного оформлення договору. До сильних сторін можна віднести комплексність захисту, простоту умов і доступність. Водночас продукт має низку інституційних обмежень, пов'язаних із жорсткими критеріями допуску, відсутністю цифрових сервісів і обмеженим спектром покриття при хронічних захворюваннях.

Страховий продукт «Стаціонар» ПрАТ СК «Універсальна» є фінансово доступним інструментом базового страхового захисту, орієнтованим на компенсацію витрат на стаціонарне лікування. До його переваг належать простота структури, відсутність франшизи, прозорість процедури врегулювання та можливість прямої оплати медичним закладам. Водночас низька страхова сума, суворі обмеження для потенційних клієнтів, відсутність

цифрових сервісів та обмеження території дії істотно знижують функціональність продукту та звужують сферу його застосування.

Страховий продукт «МАЙБУТНЄ» є високовартісним інструментом фінансового захисту на випадок критичних захворювань і відповідає міжнародній практиці страхування. Його сильними сторонами є великі страхові суми, глобальна територія дії, персоналізовані опції та чітка медична верифікація діагнозу. Водночас продукт має значні обмеження щодо кола застрахованих осіб, складність процедур підтвердження діагнозу та брак цифрових інструментів, що знижує доступність страхового захисту для частини населення.

Страховий продукт «СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ» виконує функцію соціального, високоризикового та професійно орієнтованого страхування, основна мета якого забезпечити мінімальну фінансову підтримку у разі тяжких інфекційних захворювань, пов'язаних з виконанням професійних обов'язків. До його переваг належать доступність, простота оформлення та чітка система виплат. Водночас продукт має суттєві обмеження: низьку страхову суму, відсутність профілактичного покриття, жорсткі критерії допуску та відсутність цифрової інфраструктури.

В цілому аналіз страхових продуктів ПрАТ СК «Універсальна» у сфері медичного страхування свідчить про наявність диференційованої та багаторівневої продуктової лінійки, орієнтованої на різні сегменти страхувальників — від масового та корпоративного страхування до програм захисту від критичних і професійних ризиків. Сильними сторонами досліджених продуктів є широке покриття страхових ризиків, гнучкість страхових сум і тарифів, територіальна варіативність, а також прозорі процедури андеррайтингу та врегулювання страхових випадків.

Водночас для більшості програм характерні структурні обмеження, зокрема жорсткі критерії допуску за станом здоров'я та віком, обмежений рівень страхових сум у соціально орієнтованих продуктах, значна кількість винятків і недостатня інтеграція цифрових сервісів. Це знижує рівень

доступності страхового захисту та стримує потенціал масштабування програм у сучасних умовах розвитку InsurTech.

З урахуванням отриманих результатів можна зробити висновок, що подальше підвищення конкурентоспроможності медичних страхових продуктів ПрАТ СК «Універсальна» доцільно пов'язувати з розвитком digital-claim механізмів, інтеграцією з eHealth, оптимізацією винятків, а також розширенням інклюзивності та адаптацією умов страхування до потреб різних соціально-професійних груп населення.

Україна підтримала концепцію сталого розвитку і за можливістю почала її реалізувати в усіх сферах життя. Одним з найбільш потужних і успішних кроків у цьому напрямку є цифровізація медичної галузі за принципом доступності медичних послуг і зручності користування ними для клієнтів. Реформа почалася ще у 2017 році і на сьогодні практично реалізована.

Створена і працює система eHealth, яка на концептуальному та технічному рівнях орієнтована насамперед на реалізацію державної програми медичних гарантій і роботу з Національною службою здоров'я України. Система має хороший функціонал, забезпечує високий рівень комунікації між усіма суб'єктами процесу, формування бази для аналітичних дій, зменшує витрати на адміністрування. Недоліком системи є те, що інституційна роль приватних страховиків не визначена, а технологічні можливості для їхнього підключення не передбачені. На відміну від більшості країн ЄС та ОЕСР, де страхові компанії є ключовими фінансовими партнерами систем охорони здоров'я, в Україні приватне медичне страхування залишається фактично відокремленим від державної цифрової інфраструктури.

Такий підхід формує структурний дисбаланс, обмежує потенціал розвитку ринку медичних послуг і стримує перехід до змішаних моделей медичного фінансування, характерних для сучасних систем охорони здоров'я.

В роботі пропонується два фундаментальних напрями інтеграції приватних страховиків у електронну систему охорони здоров'я. Перший напрям передбачає поглиблення цифровізації у державному і приватному

секторах медицини і інтеграцію у цей процес приватних страховиків на основі співпраці через цифрові платформи. Другий напрям передбачає формування масштабного державно-приватного партнерства, у першу чергу у сфері медицини катастроф, формуванні надійного захисту населення від пандемії, епідемій, соціальних хвороб (СНІД, туберкульоз, гепатити). У цьому контексті обчислено приклад такої співпраці у страхуванні від туберкульозу. Проведені обчислення показують реальність впровадження цього страхування навіть в умовах дефіциту фінансових ресурсів воєнного стану. Таке партнерство формує ряд синергетичних ефектів, а саме: отримання населенням гарантованого захисту від небезпечної хвороби; зменшення витрат держави на адміністрування фінансової допомоги; отримання якісних даних для управлінських рішень у сфері медичного страхування. На основі цього механізму можуть бути розроблені й інші види страхування; отримання страховиками серйозного фінансового підсилення у короткостроковій і середньостроковій перспективі.

В суто приватному сегменті медичного страхування конкурентні переваги у середньостроковій і довгостроковій перспективі отримають ті страховики, які зможуть пропонувати страхувальникам рішення сформовані на змішаній основі, поєднанні онлайн і офлайн підходів до діагностики і лікування, зручного обслуговування у цифровому форматі.

В роботі розроблено і обчислено базові параметри послуги з безперервного страхування здоров'я на основі цифрового підходу.

Модель SmartMed+ є логічним кроком для СК «Універсальна» на тлі трендів діджиталізації в медичному страхуванні. Вона дозволяє: отримати послугу з медичного страхування дистанційно, з мобільного телефону; охопити клієнтів у будь-якому регіоні; створити інноваційну платформу з елементами швидкого доступу до діагностики, консультацій, забезпечення ліками; забезпечити поєднання гнучкості і контролю якості через гібридну модель (AI + лікарі).

Вже на початковому рівні реалізації можна отримати достатній рівень інфляції. Масштабування послуги забезпечить високий рівень операційної рентабельності, рентабельності інвестицій у сегменті медичного страхування. У перспективі це принесе збільшення рентабельності активів і власного капіталу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. About Fairfax Financial. Офіційний сайт Fairfax Financial Holdings Limited. URL: <https://www.fairfax.ca/about-fairfax/> (дата звернення: 26.10.2025)
2. Detecting fraud in health care through emerging technologies. Geneva: International Social Security Association (ISSA), 2022. URL: <https://www.paubox.com/blog/detecting-fraud-in-healthcare-through-emerging-technologies> (дата звернення: 19.11.2025)
3. European Commission. *State of Health in the EU: Germany – Country Health Profile 2023*. Brussels, 2023
4. Eze N.D. et al. Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *European Journal of Public Health*, 2020. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32790752/> (дата звернення: 19.11.2025)
5. Fairfax Financial Holdings Limited: Financial Results for the Year Ended December 31, 2024. Офіційний сайт Fairfax Financial Holdings Limited. Toronto: Fairfax Press Releases, 2025. URL: <https://www.fairfax.ca/press-releases/fairfax-financial-holdings-limited-financial-results-for-the-year-ended-december-31-2024-2025-02-13/> (дата звернення: 26.10.2025)
6. Fintech for Health. eBook. New York, 2024. (розділ про М-ТІВА та інші цифрові платформи). ACCESS Health International. URL: https://accessh.org/wp-content/uploads/2024/10/Fintech-for-Health-eBook_PDF.pdf (дата звернення: 16.11.2025)
7. Geliukh E. et al. Primary healthcare centers engagement in tuberculosis treatment in Ukraine. *Journal of Infection in Developing Countries*, 2019. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065810/> (дата звернення: 24.11.2025)
8. Global strategy on digital health 2020–2025: Report to the Executive Board. Geneva: World Health Organization, 2024. URL:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_35-en.pdf (дата звернення: 16.11.2025)

9. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Organisation for Economic Cooperation and Development, 2023. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf (дата звернення: 25.11.2025)

10. In 2023, 19,851 people fell ill with tuberculosis in Ukraine. 2024. Ministry of Health of Ukraine. URL: <https://moz.gov.ua/en/in-2023-19851-people-fell-ill-with-tuberculosis-in-ukraine> (дата звернення: 24.11.2025)

11. Meadows, D. H., Meadows, D. L., Randers, J., Behrens, W. W. *The Limits to Growth*. Club of Rome. Universe Books, 1972.

12. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Netherlands: Country Health Profile 2023*. OECD Publishing, 2023

13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Switzerland: Country Health Profile 2023*. OECD Publishing, 2023

14. PharmAccess, Safaricom, CarePay. M-TIBA: A digital tool to support universal health coverage (Case Brief). Amsterdam–Nairobi, 2019. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmstp5/groups/public/@ed_emp/documents/publication/wcms_749427.pdf (дата звернення: 16.11.2025)

15. Prasad P.T. Leveraging AI for fraud detection and prevention in insurance claims. Working paper, 2023–2025. URL: https://www.researchgate.net/publication/390675932_Leveraging_AI_for_Fraud_Detection_and_Prevention_in_Insurance_Claims (дата звернення: 16.11.2025)

16. Sachs, J. *The Age of Sustainable Development*. Columbia University Press, 2015.

17. SDGs and Global Health. ISGlobal. URL: <https://www.isglobal.org/en/-/sdgs-and-global-health> (дата звернення: 23.11.2025)

18. Sustainable Development Goals. United Nations. URL: <https://sdgs.un.org/goals> (дата звернення: 20.11.2025)

19. Swedish Ministry of Health and Social Affairs. *Health and Medical Care in Sweden*, 2022

20. UK Department of Health & Social Care. *NHS Overview and Structure*, London, 2022

21. Ukraine to implement a new integrated approach to TB prevention and care. World Health Organization. Regional Office for Europe, 17 May 2018. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/17-05-2018-ukraine-to-implement-a-new-integrated-approach-to-tb-prevention-and-care> (дата звернення: 24.11.2025)

22. United Nations. Agenda 21: Programme of Action for Sustainable Development. United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 1992.

23. United Nations. Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. URL: <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (дата звернення: 13.10.2025)

24. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. UN General Assembly Resolution A/RES/70/1, 2015.

25. Universal Health Coverage as a Sustainable Development Goal. World Bank. URL: <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> (дата звернення: 23.11.2025)

26. World Commission on Environment and Development (WCED). *Our Common Future*. Oxford University Press, 1987.

27. Верховна Рада ухвалила Державний бюджет України на 2026 рік. Міністерство фінансів України. URL: https://mof.gov.ua/uk/news/verkhovna_rada_ukhvalila_derzhavnii_biudzheth_ukraini_na_2026_rik-5455 (дата звернення: 16.10.2025)

28. Герасименко Г. В., Марценюк Л. В. Моделі фінансування системи охорони здоров'я: міжнародний досвід і можливості для України. *Фінанси України*. 2020. № 7. С. 34–47

29. Електронна система охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 27.10.2025)

30. Кім Джин. DevOps. Посібник : Як домогтися гнучкості, надійності й безпеки світового рівня в технологічних компаніях / Джин Кім, Джек Хамбл, Петрік Дебуа і Джон Вілліс / пер. з англ. Г. Якубовська. Харків: Вид-во «Ранок». Фабула, 2023. 384 с.

31. Ключка О., Богріновцева Л. Розвиток страхування в Україні в умовах ризиків пандемії та війни. Економіка та суспільство, 2024, (70). <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-70-15> (дата звернення: 09.10.2025)

32. Кон Майк. Оцінювання і планування в Agile / пер. з англ. Г. Якубовська. – Харків: Вид-во «Ранок» : Фабула, 2019. 336 с.

33. Конкуренція штовхає страхові компанії до використання цифрових технологій. Сайт: Мінфін (2022). URL: <https://minfin.com.ua/ua/2022/10/24/94423087/> (дата звернення: 11.10.2025)

34. Мартін Роберт. Чистий Agile: назад до основ / пер. з англ. В Луненко. Харків : Вид-во «Ранок» : «Фабула», 2023. 224 с.

35. Моташко Т. П. ESG та страхова індустрія. *Страховий ринок України у світлі євроінтеграції: новітні виклики та тренди* : зб. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 23 берез. 2023 р. / М-во освіти і науки України, Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана [та ін.]. Київ : КНЕУ, 2023. С. 115-116. URL: <https://ir.kneu.edu.ua:443/handle/2010/40474> (дата звернення: 12.10.2025)

36. Національна асоціація страховиків України (НАСУ). Офіційний сайт. URL: <https://nasu.com.ua> (дата звернення: 02.11.2025 р.)

37. Опальчук Р., Чорновол А., Поплюйко Я. Інтеграція ESG-принципів у діяльність українських страхових компаній: глобальні тренди та місцеві особливості. Економіка та суспільство, 2025, вип. 72. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-72-113> (дата звернення: 14.10.2025)

38. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України № 2801-ХІІ, редакція від 27.09.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 27.10.2025)

39. Офіційний сайт страхової компанії ПрАТ «СК «Універсальна». About Universalna. URL: <https://universalna.com/vizio/about/> (дата звернення: 29.10.2025)

40. Пазєєва Г. М. Моделі медичного страхування: міжнародний досвід та можливості імплементації в Україні. *Вісник Університету економіки та права «КРОК»*. 2021. № 2. С. 134–142

41. Покорчак С. Адаптація страхового ринку України в умовах воєнних ризиків. *Київський економічний науковий журнал*, 2024, № 6, С. 115-122. <https://doi.org/10.32782/2786-765X/2024-6-16> (дата звернення: 12.10.2025)

42. ПрАТ СК «Універсальна». Офіційний сайт (розділ «Медичне страхування»). URL: <https://universalna.com/#slide-1> (дата звернення: 14.10.2025)

43. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 15.10.2025)

44. Про затвердження Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 411 від 19.03.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 29.10.2025)

45. Про страхування: Закон України. Редакція від 01.01.2025, підстава - 3720-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення: 12.10.2025)

46. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. Указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/722/2019#Text> (дата звернення: 12.10.2025)

47. Публікації про страхування та ринок фінансових послуг. Мінфін. URL: <https://minfin.com.ua> (дата звернення: 08.11.2025 р.)

48. Рейтинги страхових компаній. *Форіншурер*. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife> (дата звернення: 30.10.2025)

49. Сосновська О. О., Сіренька І. І. Тенденції інноваційного розвитку страхових компаній в Україні. *European Scientific Journal of Economic and Financial Innovation*, 2021, №2 (8), С. 20-30. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/39553/1/O_Sosnovska_I_Sirenka_ESJEFI_2%288%29_FITU.pdf (дата звернення: 09.10.2025)

50. Супрун А.А., Супрун Н.В. Цифровізація фінансово-страхових механізмів для забезпечення потреб сталого розвитку системи охорони здоров'я. *Moderní aspekty vědy: LXII. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.*, 2025. str. 475, §2.5 DOI: <https://doi.org/10.52058/62-2025> URL: <http://perspectives.pp.ua/public/site/mono/mono-62.pdf> S. 117-127 (дата звернення: 29.11.2025)

51. Супрун Н. В., Лазаренко П. В. Інноваційні технології страхових компаній в контексті сталого розвитку. *Інновації та їхній вплив на економіку та суспільство : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції / Східноєвропейський центр наукових досліджень (м. Суми, 15 жовтня 2025 р).* Research Europe, 2025. 144 с. С. 70-73 DOI: <https://doi.org/10.64076/eecsr251015> URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2025/11/re-15.10.2025.pdf>

52. Шандар А. М., Кирилюк В. В. Медичне страхування в Україні: стан, проблеми та перспективи впровадження обов'язкової моделі. *Економіка і держава*. 2022. № 10. С. 58–63

06.01.2026 р.

Лазаренко П.В.

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку 1 "Загальні вимоги до фінансової звітності"

Підприємство **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "УНІВЕРСАЛЬНА"** Дата (рік, місяць, число) **2022**

Територія **м. Київ** за КАТОРТГ - 1 **UA80000000000624772**

Організаційно-правова форма господарювання **Акціонерне товариство** за КОПФ - **230**

Вид економічної діяльності **Інші види страхування, крім страхування життя** за КВЕД - **65.12**

Середня кількість працівників **249**

Адреса, телефон **01133, м. Київ, бульвар Лесі Українки, буд. 9** **2816150**

Одиниця виміру: тис. грн. без десятичного знаку (окрім розділу IV Звіту про фінансові результати (Звіту про сукупний дохід) (форма №2), грошові показники якого наводяться в гривнях з копійками)

Складено (зробити позначку "v" у відповідній клітинці):
за національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку
за міжнародними стандартами фінансової звітності

Баланс (Звіт про фінансовий стан)
на **31 грудня 2022** р.

Форма №1 Кош за ДКУД | 1801001

А К Т И В	Код радян	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	23 732	38 607
первісна вартість	1001	41 387	63 363
накопичена амортизація	1002	17 655	24 756
Незавершені капітальні інвестиції	1005	-	-
Основні засоби	1010	58 003	54 412
первісна вартість	1011	116 434	123 795
знос	1012	58 431	69 383
Інвестиційна нерухомість	1015	10 368	9 277
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	10 368	9 277
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	-	-
Довгострокова дебиторська заборгованість	1040	-	-
Відстрочені податкові активи	1045	482	1 941
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	162 701	182 076
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	37 499	47 541
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	292 785	333 854
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	345	417
виробничі запаси	1101	345	417
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебиторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	169 143	299 982
Дебиторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	74	422
з бюджетом	1135	15	35
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	-
Дебиторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	1 173	1 264
Дебиторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебиторська заборгованість	1155	6 791	13 218
Поточні фінансові інвестиції	1160	600 346	708 276
Гроші та їх еквіваленти	1165	94 526	235 914
готівка	1166	-	-
рахунки в банках	1167	94 526	235 914
Витрати майбутніх періодів	1170	258	334
Частина перестрахованих у страхових резервах у тому числі в: резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	45 834	108 528

Продовження додатку А.1

резервах незароблених премій	1183	79 222	120 725
інших страхових резервах	1184	-	-
Інші оборотні активи	1190	33 756	38 271
Усього за розділом II	1195	1 031 483	1 527 386
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	1 324 268	1 861 240

Позив	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (паіюний) капітал	1400	192 700	192 700
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у доцінках	1405	4 244	4 244
Додатковий капітал	1410	-	-
смейшній дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	4 093	4 093
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1420	198 113	373 179
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Вилучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	399 150	574 216
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податки зобов'язання	1500	-	-
Пенсійні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	7 161	7 266
Довгострокові забезпечення	1520	2 679	10 785
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	2 679	10 785
Цільове фінансування	1525	-	-
благодійні дозового	1526	-	-
Страхові резерви	1530	741 549	955 264
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань			
резерв збитки або резерв належних виплат	1532	159 790	253 847
резерв незароблених премій	1533	581 759	701 417
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Прогові фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	751 389	973 315
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видами	1605	-	-
Поточна кредиторська зобов'язаність за:			
довгостроковими зобов'язаннями	1610	3 877	3 501
товари, роботи, послуги	1615	682	445
розрахунками з бюджетом	1620	12 485	17 532
у тому числі з податку на прибуток	1621	11 862	17 505
розрахунками зі страхування	1625	140	35
розрахунками з оплати праці	1630	2 950	502
Поточна кредиторська зобов'язаність за одержаними авансами	1635	677	27
Поточна кредиторська зобов'язаність за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська зобов'язаність із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська зобов'язаність за страховою діяльністю	1650	130 041	251 384
Поточні забезпечення	1660	22 291	37 591
Доходи майбутніх періодів	1665	-	-
Відстрочені адміністративні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	586	2 692
Усього за розділом III	1695	173 729	313 709
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття			
1700	-	-	-
V Чиста вартість активів недержавного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	1 324 268	1 861 240



ЕП Музичко
Олексій
Васильович
ЕП Галицька
Наталія
Вікторівна

Музичко Олексій Васильович

Галицька Наталія Вікторівна

1. Баланс складено в національній валюті України за територією територіальних громад.

2. Дані за частотою продажу, використані з офіційного сайту центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері статистики.

Підприємство **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "УНІВЕРСАЛЬНА"** (найменування)
 Дата (рік, місяць, число) **2023 01 01** за ЄДРПОУ **20113829**

КОДИ		
2023	01	01
20113829		

ДОКУМЕНТ ПРИЙНЯТО

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
1	2	3	4
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	2000	-	-
Чисті зароблені страхові премії	2010	1 131 891	968 257
премії підписані, валова сума	2011	1 403 371	1 242 697
премії, передані у перестраховання	2012	193 326	192 980
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	119 657	95 219
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	41 503	13 759
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(-)	(-)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	386 196	404 101
Валовий:			
прибуток	2090	745 695	564 156
збиток	2095	(-)	(-)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	(31 363)	(16 533)
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	(94 057)	(27 130)
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	62 694	10 597
Інші операційні доходи	2120	98 440	36 600
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	(99 609)	(86 094)
Витрати на збут	2150	(434 704)	(374 966)
Інші операційні витрати	2180	(80 170)	(70 162)
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	198 289	53 001
збиток	2195	(-)	(-)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	53 468	34 006
Інші доходи	2240	1 212	1 330
у тому числі:	2241	-	-
дохід від фінансової допомоги			
Фінансові витрати	2250	(1 374)	(1 112)
Витрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(5 018)	(3 024)
Продукт (збиток) впливу відмін на монетарні статті	2275	-	-



Продовження додатку А.2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	246 577	84 201
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	(71 511)	(40 419)
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	175 066	43 782
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	175 066	43 782

III. ЕЛЕМЕНТИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Матеріальні затрати	2500	1 507	1 495
Витрати на оплату праці	2505	81 490	78 483
Відрахування на соціальні заходи	2510	12 594	12 025
Амортизація	2515	19 558	16 275
Інші операційні витрати	2520	499 334	422 944
Разом	2550	614 483	531 222

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	192700000	192700000
Скоригована середньорічна кількість простих акцій	2605	192700000	192700000
Чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2610	0,90849	0,22720
Скоригований чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2615	0,90849	0,22720
Дивіденди на одну просту акцію	2650	-	-

Керівник

Головний бухгалтер



ЕП Музичко
Олександр
Васильович
ЕП Галицька
Наталія
Вікторівна

Музичко Олександр Васильович

Галицька Наталія Вікторівна

Додаток Б.1

Додаток 1
до Національного положення (стандарту)
бухгалтерського обліку 1 "Закладні платіжні до фінансової звітності"

Підприємство **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "УНІВЕРСАЛЬНА"** за **ДОКУМЕНТІВНИМ** способом

Дата (рік, місяць, день) **2023** за **КАТОРТГ** 1

Територія **м. Київ** за **КОПФГ** 1

Організаційно-правова форма господарювання **Акціонерне товариство** за **КВЕД**

Вид економічної діяльності **Інші види страхування, крім страхування життя** за **КВЕД**

Середня кількість працівників **301** за **КВЕД**

Адреса, телефон **01133, м. Київ, бульвар Лесі Українки, буд. 9** за **2816150**

Одиниця виміру: тис. грн. без десятичного знаку (окрім розділу IV Звіту про фінансові результати (Звіту про сукупний дохід) (форма №2), грошові показники якого наводяться в гривнях з копійками)

Складено (зробити позначку "V" у відповідній клітинці):
за національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку
за міжнародними стандартами фінансової звітності

КОДИ
148000000000024772
230
65.12

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 звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Необоротні активи			
Нематеріальні активи	1000	38 608	42 558
первісна вартість	1001	63 364	77 715
накопичена амортизація	1002	24 756	35 157
Незавершені капітальні інвестиції	1005	-	-
Основні засоби	1010	54 412	58 751
первісна вартість	1011	123 795	135 042
знос	1012	69 383	76 291
Інвестиційна нерухомість	1015	9 277	9 289
первісна вартість інвестиційної нерухомості	1016	9 277	9 289
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	-	-
Довгострокова дебиторська заборгованість	1040	-	-
Відстрочені податкові активи	1045	1 941	7 209
Гудвіл	1050	-	-
Відстрочені аквізиційні витрати	1060	-	-
Залишок коштів у централізованих страхових резервних фондах	1065	47 541	62 348
Інші необоротні активи	1090	-	-
Усього за розділом I	1095	151 779	180 155
II. Оборотні активи			
Запаси	1100	417	392
виробничі запаси	1101	417	392
незавершене виробництво	1102	-	-
готова продукція	1103	-	-
товари	1104	-	-
Поточні біологічні активи	1110	-	-
Депозити перестраховування	1115	-	-
Векселі одержані	1120	-	-
Дебиторська заборгованість за продукцію, товари, роботи, послуги	1125	-	-
Дебиторська заборгованість за розрахунками: за виданими авансами	1130	422	379
з бюджетом	1135	35	161
у тому числі з податку на прибуток	1136	-	-
Дебиторська заборгованість за розрахунками з нарахованих доходів	1140	1 264	2 868
Дебиторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	1145	-	-
Інша поточна дебиторська заборгованість	1155	12 388	14 502
Поточні фінансові інвестиції	1160	705 281	996 237
Гроші та їх еквіваленти	1165	235 853	172 546
готівка	1166	-	-
рахунки в банках	1167	235 853	172 546
Витрати майбутніх періодів	1170	334	929
Частина перестраховника у страхових резервах	1180	102 363	103 148
у тому числі з: резервах довгострокових зобов'язань	1181	-	-
резервах збитків або резервах належних виплат	1182	87 179	95 207

Продовження додатку Б.1

резервах незароблених премій	1183	15 184	7 941
інших страхових резервах	1184	-	-
інші обороти активи	1190	-	-
Усього за розділом II	1195	1 058 357	1 291 162
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	1200	-	-
Баланс	1300	1 210 136	1 471 317

Пасив	Код рядка	На початок звітного періоду	На кінець звітного періоду
1	2	3	4
I. Власний капітал			
Зареєстрований (паіовий) капітал	1400	192 700	192 700
Внески до незареєстрованого статутного капіталу	1401	-	-
Капітал у дооцінках	1405	4 244	4 244
Додатковий капітал	1410	-	-
емісійний дохід	1411	-	-
накопичені курсові різниці	1412	-	-
Резервний капітал	1415	4 093	4 093
Нерозподілений збуток (непокритий збиток)	1420	412 235	554 275
Неоплачений капітал	1425	(-)	(-)
Вилучений капітал	1430	(-)	(-)
Інші резерви	1435	-	-
Усього за розділом I	1495	613 272	755 312
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення			
Відстрочені податки зобов'язання	1500	-	-
Пасивні зобов'язання	1505	-	-
Довгострокові кредити банків	1510	-	-
Інші довгострокові зобов'язання	1515	7 266	11 146
Довгострокові забезпечення	1520	10 785	32 530
довгострокові забезпечення витрат персоналу	1521	10 785	32 530
Цільове фінансування	1525	-	-
благодійна допомога	1526	-	-
Страхові резерви	1530	514 458	599 947
у тому числі:	1531	-	-
резерв довгострокових зобов'язань		-	-
резерв збитків або резерв наступних виплат	1532	207 898	272 684
резерв незароблених премій	1533	306 560	327 263
інші страхові резерви	1534	-	-
Інвестиційні контракти	1535	-	-
Призовий фонд	1540	-	-
Резерв на виплату джек-поту	1545	-	-
Усього за розділом II	1595	532 509	643 623
III. Поточні зобов'язання і забезпечення			
Короткострокові кредити банків	1600	-	-
Векселі видані	1605	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за:			
довгостроковими зобов'язаннями	1610	3 501	4 727
товари, роботи, послуги	1615	446	404
розрахунками з бюджетом	1620	6 216	10 701
у тому числі з податку на прибуток	1621	6 188	10 428
розрахунками зі страхування	1625	35	-
розрахунками з оплати праці	1630	503	1 431
Поточна кредиторська заборгованість за одержаними авансами	1635	27	15
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з учасниками	1640	-	-
Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків	1645	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за страховою діяльністю	1650	13 344	6 622
Поточні забезпечення	1660	37 591	48 116
Доходи майбутніх періодів	1665	-	-
Відстрочені комісійні доходи від перестраховиків	1670	-	-
Інші поточні зобов'язання	1690	2 692	366
Усього за розділом III	1695	64 355	72 382
IV. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групами вибуття			
	1700	-	-
V. Чиста вартість активів недержавного пенсійного фонду	1800	-	-
Баланс	1900	1 210 136	1 471 317



ЕП Музичко
Олексій
Васильович
ГП Галицька
Наталія
Вікторівна

Музичко Олексій Васильович

Галицька Наталія Вікторівна

Кодифікатори застраховано-територіальних одиниць та територій територіальних громад.
Складено в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері статистики.

Підприємство **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "УНІВЕРСАЛЬНА"** (найменування)

Дата (рік, місяць, число) **2024 01 01**
за ЄДРПОУ **20113829**

КОДІ

Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)
за **Рік 2023** р.

Форма № 2 Код за ДКУД **1801003**

ДОКУМЕНТ ПРИНЯТО

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	1 685 249	1 131 891
премії підписані, валова сума	2011	2 005 025	1 403 371
премії, передані у перестраховування	2012	114 046	193 326
зміна резерву незароблених премій, валова сума	2013	165 893	119 657
зміна частки перестраховиків у резерві незароблених премій	2014	(39 837)	41 503
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	2050	(-)	(-)
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	2070	698 678	362 669
Валовий:			
прибуток	2090	986 571	769 222
збиток	2095	(-)	(-)
Дохід (витрати) від зміни у резервах довгострокових зобов'язань	2105	-	-
Дохід (витрати) від зміни інших страхових резервів	2110	(41 201)	(13 183)
зміна інших страхових резервів, валова сума	2111	(25 865)	(68 061)
зміна частки перестраховиків в інших страхових резервах	2112	(15 336)	54 878
Інші операційні доходи	2120	20 143	74 913
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	(136 836)	(99 609)
Витрати на збут	2150	(631 425)	(463 530)
Інші операційні витрати	2180	(92 362)	(80 170)
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	104 890	187 643
збиток	2195	(-)	(-)
Дохід від участі в капіталі	2200	-	-
Інші фінансові доходи	2220	86 208	57 488
Інші доходи	2240	9 870	1 212
у тому числі:	2241	-	-
дохід від благодійної допомоги			
Фінансові витрати	2250	(25 514)	(14 031)
Витрати від участі в капіталі	2255	(-)	(-)
Інші витрати	2270	(2 235)	(5 018)
Прибуток (збиток) від впливу інфляції на монетарні статті	2275	-	-



Продовження додатку Б.2

Фінансовий результат до оподаткування:			
прибуток	2290	173 219	227 294
збиток	2295	(-)	(-)
Витрати (дохід) з податку на прибуток	2300	(31 179)	(37 801)
Прибуток (збиток) від припиненої діяльності після оподаткування	2305	-	-
Чистий фінансовий результат:			
прибуток	2350	142 040	189 493
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	142 040	189 493

III. ЕЛЕМЕНТИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВИТРАТ

Назва статті	Код рядка	За звітний період	За аналогічний період попереднього року
1	2	3	4
Матеріальні затрати	2500	1 644	1 507
Витрати на оплату праці	2505	96 860	81 490
Відрахування на соціальні заходи	2510	14 585	12 594
Амортизація	2515	27 666	19 558
Інші операційні витрати	2520	719 868	499 334
Разом	2550	860 623	614 483

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	192700000	192700000
Скоригована середньорічна кількість простих акцій	2605	192700000	192700000
Чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2610	0,74	0,98
Скоригований чистий прибуток (збиток) на одну просту акцію	2615	0,74	0,98
Дивіденди на одну просту акцію	2650	-	-



Керівник

Головний бухгалтер

Олексій
Васильович
Музичко
Наталія
Вікторівна

Музичко Олексій Васильович

Галицька Наталія Вікторівна

ПрАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»
Звіт про фінансовий стан

<i>У тисячах гривень</i>	Прим.	31 грудня 2024 р.	31 грудня 2023 р.
АКТИВИ			
Грошові кошти та їх еквіваленти	7	575 677	172 546
Депозити в банках	8	716 563	636 585
Інвестиції у боргові цінні папери	9	298 664	358 938
Активи за страховими контрактами	19	4 324	2 545
Активи за контрактами перестраховування	20	120 089	100 603
Інша дебіторська заборгованість	10	74 987	65 216
Інвестиційна нерухомість	11	13 639	9 289
Обладнання та інші основні засоби	12	61 209	58 751
Нематеріальні активи	13	53 899	42 559
Відстрочений податковий актив	26	16 165	7 209
Інші активи	14	11 105	17 076
ВСЬОГО АКТИВІВ		1 946 321	1 471 317
КАПІТАЛ			
Зареєстрований капітал	21	192 700	192 700
Резервний капітал		4 093	4 093
Нерозподілений прибуток		777 445	543 587
ВСЬОГО КАПІТАЛУ		974 238	740 380
ЗОБОВ'ЯЗАННЯ			
Зобов'язання за страховими контрактами	19	786 608	597 821
Зобов'язання за контрактами перестраховування	20	1 925	17 058
Інша кредиторська заборгованість	16	4 105	6 622
Орендні зобов'язання	17	16 712	15 873
Поточне зобов'язання з податку на прибуток	15	14 219	10 428
Нарахування, забезпечення та інші зобов'язання	18	148 514	83 135
ВСЬОГО ЗОБОВ'ЯЗАНЬ		972 083	730 937
ВСЬОГО КАПІТАЛУ І ЗОБОВ'ЯЗАНЬ		1 946 321	1 471 317

ПрАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»**Звіт про прибуток чи збиток та інший сукупний дохід**

<i>У тисячах гривень</i>	Прим.	2024 рік	2023 рік
Дохід від страхування	22	2 333 816	1 839 131
Витрати на страхові послуги	22	(1 943 022)	(1 538 049)
Вартість перестраховання	22	(143 056)	(153 883)
Відшкодування витрат на страхові послуги перестраховиками	22	19 796	15 068
Результат страхових послуг		267 534	162 267
Фінансові витрати від випущених страхових контрактів	25	(42 575)	(34 120)
Фінансові доходи від утримуваних контрактів перестраховання	25	6 506	9 407
Чистий результат страхової діяльності		231 465	137 554
Процентні доходи від фінансових активів, які не оцінюються за справедливою вартістю через прибуток чи збиток	24	86 660	92 332
Процентні доходи від фінансових активів за справедливою вартістю через прибуток чи збиток	24	19 910	10 835
Прибуток/(збиток) від переоцінки фінансових активів за справедливою вартістю через прибуток чи збиток	24	42 299	21 602
Інвестиційні витрати	24	(13 418)	(9 441)
Чисті (витрати)/ доходи за очікуваними кредитними збитками від фінансових активів	24	540	(7 519)
Чистий дохід від інвестиційної нерухомості	24	5 226	750
Прибуток за вирахуванням збитку від курсових різниць від інвестицій	24	27 120	6 996
Чистий результат інвестиційної діяльності		168 337	115 555
Інші страхові операційні витрати	22, 23	(102 895)	(73 896)
Фінансові витрати		(2 781)	(2 156)
Чисті інші (витрати)/доходи		(6 840)	(3 838)
Прибуток до оподаткування		287 286	173 219
Витрати з податку на прибуток	26	(53 428)	(31 179)
ПРИБУТОК ЗА РІК		233 858	142 040
ВСЬОГО СУКУПНОГО ДОХОДУ ЗА РІК		233 858	142 040

**Характеристика страхового продукту «Медичне страхування»
від компанії ПрАТ СК «Універсальна»**

Вид інформації	Характеристика
1	2
Об'єкт страхування	<p>- життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи (якщо договір укладено за класом 1, 2 та 18.1);</p> <p>- можливі збитки чи витрати, яких може зазнати Страхувальник (інша особа, визначена Договором страхування або на підставі законодавства України) у разі настання страхового випадку (якщо Договір укладено за класом 18.2)</p>
Страхові ризики та обмеження страхування (за наявності)	<p><u>За класом 2:</u> стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги під час дії Договору та передбаченого умовами Договору, який пов'язаний з:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гострим захворюванням; - загостренням хронічного захворювання; - наслідком нещасного випадку; - хронічне захворювання поза стадією загострення; - інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне); - необхідність в планових, профілактичних або лікувально-профілактичних медичних послугах або товарах. <p><u>За класом 1:</u> нещасний випадок. Перелік подій, що відносяться до нещасного випадку, визначаються договором страхування</p> <p><u>За класом 18.1:</u> раптовий розлад здоров'я Застрахованої особи під час подорожі з приводу гострого захворювання, ускладнення хронічного захворювання, настання нещасного випадку, що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй медичної, медично-транспортної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі, що підтверджується відповідною медичною документацією.</p> <p><u>За класом 18.2:</u> дорожньо-транспортна пригода, поломка транспортного засобу або інша подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування, ремонту транспортного засобу; затримка авіарейсу (якщо це передбачено Договором), затримка та/або втрата багажу, втрата особистих документів. Перелік страхових ризиків та страхових випадків визначається за згодою сторін в Договорі страхування.</p>
Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності), якщо мінімальний та максимальний розміри страхової суми визначені умовами страхового продукту	<p>За класом 2: Від 10 000 грн до 3 000 000 грн.</p> <p>За класом 1: Від 1 000 грн до 3 000 000 грн.</p> <p>За класом 18.1: еквівалент від 10 000 євро/дол. США до 50 000 євро/дол. США</p> <p>За класом 18.2: еквівалент від 50 євро/дол. США до 5 000 євро/дол. США</p>

Продовження дод. Д

1	2
Вид, мінімальний та максимальний розміри франшизи (за наявності)	Франшиза може встановлюватись по категорії лікувально-профілактичних закладів та/або окремому ЛПЗ та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі.
Територія	Дія Договору страхування може поширюватись на територію України та/або на територію інших країн (весь світ).
Мінімальний та максимальний розміри страхової премії та/або страхового тарифу	За класом 2: Від 300 грн до 200 000 грн. За класом 1: Від 1 грн до 3 000 000 грн. За класом 18.1: від 1 грн до 20 000 грн. За класом 18.2: від 1 грн до 20 000 грн.
Перелік відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інформація про інші обставини, що враховуються під час визначення розміру страхової премії	Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків).
Застереження для споживача про необхідність ознайомлення до укладення договору страхування.	Споживач / клієнт для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення договору страхування до укладення такого договору повинен ознайомитись з винятками зі страхових випадків та підставами для відмови у здійсненні страхових виплат: Не визнаються страховими випадками події, які виникли у разі: 1) Виконання Застрахованою особою будь-якого виду небезпечної роботи 2) Занять професійним або аматорським спортом, участі у змаганнях, тренуваннях та/або показових виступах професійних спортсменів. 3) Травмування Застрахованої особи, під час участі Застрахованої особи у спортивних заходах. 4) Вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи. 5) Вчинків Застрахованої особи /Страхувальника/ Вигодонабувача при здійсненні або спробі здійснення протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами. 6) Нараження Застрахованої особи на невинуватий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя іншої особи). 7) Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, а також отруєння сурогатами алкоголю, медикаментів, без призначення лікаря, перебування на момент настання нещасного випадку у стані алкогольного (наявність в крові та/або сечі слідів етанолу незалежно від його концентрації), наркотичного, токсичного сп'яніння. 8) Самолікування.

1	2
	<p>9) Управління Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом, якщо вона не має права управління цим транспортним засобом або не має відповідної категорії водія або передачею нею управління іншій особі, яка не має вищезазначених прав та/або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння чи отруєння.</p>
<p>Не визнаються страховим випадком звернення Застрахованої особи до Лікувально-профілактичного закладу з приводу захворювань та станів у наступних випадках</p>	<p>1.1. Розладів стану здоров'я та медична допомога отримана поза строком дії (за винятком медичної допомоги під час екстреного стаціонарного лікування, але не більше 10 (десяти) календарних днів після закінчення строку дії Договору) та поза межами території дії Договору страхування.</p> <p>1.2. Розладів стану здоров'я та медична допомога отримана внаслідок заняття видами екстремального спорту:</p> <p>1.3. Розладів стану здоров'я та медична допомога отримана внаслідок заняття будь-яким видом спорту на професійному рівні.</p> <p>1.4. Розладів стану здоров'я та медична допомога отримана у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, незалежно від термінів виявлення, самогубства/замаху на самогубство, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень чи некваліфікованого самолікування.</p> <p>1.5. Розладів стану здоров'я та медична допомога отримана внаслідок навмисних дій (бездіяльності) Страхувальника/Застрахованої особи та дій, пов'язаних з невинуватим ризиком: керування транспортним засобом, без відповідних прав,</p> <p>1.6. Події не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин.</p> <p>1.7. Коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору про стан здоров'я, який потребує надання медичної допомоги, інформацію про який вона не надала в Декларації про стан здоров'я (при оформленні такої Декларації на вимогу Страховика).</p> <p>1.8. Розладів стану здоров'я та медична допомога, що не передбачені цим Договором/Програмою страхування.</p>

Джерело: складено за [42]

Характеристика страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» від компанії ПрАТ СК «Універсальна»

Вид інформації 1	Характеристика 2
Клас страхування та опис страхового продукту	<p>Страховання здійснюється за ризиками в межах класів страхування: - «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» класу страхування 1 «страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»; - «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність застрахованої особи</p>
Страхові ризики та обмеження страхування	<p>Страховими ризиками є:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нещасний випадок 2. Хвороба, визначена договором страхування, що виникла вперше в житті у застрахованої особи в період та на території дії договору страхування. <p>Не можуть бути застрахованими особи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Віком до 1 року та 70 років і більше; 2. Визнані в установленому порядку недієздатними; 3. З встановленою групою інвалідності; 4. Які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах; 5. Які мають будь-яке з таких захворювань: ВІЛ, злоякісні новоутворення, важкі форми захворювання серцево-судинної системи (вади серця, хронічна недостатність кровообігу: ІА, ІБ, ІІІ ст), хворіють інсулінозалежним цукровим діабетом, епілепсією, страждають захворюваннями серця (включаючи, але не обмежуючись інфарктом міокарду), хронічні захворювання нервової системи (включаючи, але не обмежуючись інсультом).
Територія та строк дії договору страхування	<p>Територія дії договору «Україна» або «Весь світ», за виключенням: - тимчасово окупованих територій України, Строк дії договору – 1 (один) рік.</p>
Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>За ризиком в межах класу страхування «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» класу страхування 1 «страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»: від 1 000 до 250 000 грн.</p> <p>За ризиком в межах класу страхування «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»: від 1 000 до 250 000 грн.</p>

1	2
Франшиза	Не застосовується
Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>Розмір страхового тарифу за ризиком в межах класу страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» класу страхування 1 «страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»: від 0,06 до 10 % страхової суми; - «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»: від 0,20 до 10 % страхової суми.
Порядок та строки сплати страхової премії	Сплачується одноразово або частинами на рахунок Страховика в розмірах та у строки, визначені в договорі страхування.
Обов'язки сторін	Підстави та порядок припинення дії договору страхування відповідно до Закону України «Про страхування»
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>У разі настання нещасного випадку страхувальник / застрахована особа або її представник повинен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проінформувати відповідні компетентні органи зареєструвати факт настання нещасного випадку впродовж 5 (п'яти) календарних днів; - повідомити Страховика про настання події не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту її настання, за номером телефону 0 800 500 381 (з подальшим письмовим підтвердженням); - надати Страховику документи у строки та згідно з переліком, зазначеними в договорі. У випадку захворювання (хвороби) страхувальник / застрахована особа або її представник повинен: - повідомити Страховика про настання події за номером телефону 0 800 500 381 в строк, визначений договором; - надати Страховику документи у строки та згідно з переліком, зазначеними в договорі.
Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з договором страхування на підставі заяви страхувальника і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (страхового акту). Рішення про здійснення страхової виплати (про відмову у виплаті) приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів. Страховим актом оформлюється рішення про страхову виплату та/або може бути оформлене рішення про відмову у виплаті. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту).</p>
Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правил страхування

1	2
Форма договору страхування	Паперова або форма електронного документа.
Канал(и) реалізації страхового продукту	Структурні підрозділи ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»; Страхові посередники, інформація про які зазначена на вебсторінці https://universalna.com/financialdocuments/consumer-information/
Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://universalna.com/financial-documents/general-conditions/R1-comprehensive-health-care.pdf

Джерело: складено за [42]

**Характеристика страхового продукту «Стаціонар» від компанії
ПрАТ СК «Універсальна»**

Вид інформації	Характеристика
1	2
Клас страхування та опис страхового продукту	Страхування здійснюється за ризиками в межах класу страхування: - «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги під час дії Договору та передбаченого умовами Договору. Не можуть бути застрахованими особи: 1. Віком до 18 та понад 70 років; 2. Визнані в установленому порядку недієздатними; 3. Які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій; 4. Особи з інвалідністю I групи, діти з інвалідністю, ВІЛінфіковані.
Територія та строк дії договору страхування	Територія дії договору Україна, за виключенням: тимчасово окупованих територій України, що визначені нормативно-правовими актами України,
Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	від 500 до 10 000 грн. на одну Застраховану особу.
Франшиза	Відсутня.
Розмір страхової премії / страхового тарифу	750,00 грн. на одну Застраховану особу.
Порядок та строки сплати страхової премії	Сплачується одноразово на рахунок Страховика в розмірах та у строки, визначені в договорі страхування.
Обов'язки сторін	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правилам страхування
Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правилам страхування
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	При настанні страхового випадку страхувальник / застрахована особа або її представник повинен: - повідомити Страховика про настання події за номером телефону 0 800 500 381 в строк, визначений договором; - надати Страховику документи у строки та згідно з переліком, зазначеними в договорі

1	2
Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з умовами Договору, на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі. Страхова виплата визначається із фактичних прямих затрат на лікування. Затрати не підтвердженні документально не можуть підлягати компенсації з боку Страховика. Обов'язок Страховика здійснити страхову виплату настає виключно після отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором. Одержувачами страхової виплати можуть бути: - ЛПЗ, що надавав, передбачену Договором, медичну допомогу Застрахованій особі;
Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правилам страхування
Форма договору страхування	Паперова форма документа.
Канал(и) реалізації страхового продукту	Структурні підрозділи ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»; Страхові посередники, інформація про які розміщена на вебсайті Страховика за посиланням https://universalna.com/financial-documents/consumer-information/
Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим/супутнім до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за договором.
Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://universalna.com/documents/offers/R1-statsionar.pdf

Джерело: складено за [42]

**Характеристика страхового продукту «Майбутнє» від компанії
ПрАТ СК «Універсальна»**

Вид інформації	Характеристика
1	2
Об'єкт страхування	Життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
Страхові ризики та обмеження страхування (за наявності)	<p>Страховим ризиком є виникнення у Застрахованої особи (далі-ЗО) критичного захворювання, зазначеного в договорі страхування. Таке захворювання повинно бути підтверджене висновком місцевого лікаря та морфологічним або іншим дослідженням відповідно до умов договору страхування.</p> <p>Опція «ОНКОЛОГІЯ»: злоякісного новоутворення.</p> <p>Опція «КАРДІОХІРУРГІЯ»: критичний стан ЗО, що потребує хірургічної операції за рекомендацією лікаря-кардіолога, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога в умовах стаціонару та спрямована на:</p> <p>Опція «НЕЙРОХІРУРГІЯ»: критичний стан ЗО, що потребує хірургічного втручання на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, а також хірургічні втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку.</p> <p>Опція «ТРАНСПЛАНТАЦІЯ»: критичний стан ЗО, що вимагає трансплантації органу (легені, нирки тощо) в її організм, включаючи пересадку</p> <p>Застрахованими особами не можуть бути:</p> <p>особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;</p> <p>особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних спеціалізованих диспансерах;</p> <p>хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;</p> <p>ВІЛ – інфіковані; хворі на СНІД;</p> <p>особи з інвалідністю I та II групи та особи з інвалідністю з дитинства;</p> <p>особи віком 75 років та старше на дату укладення договору (якщо інше не погоджено Сторонами при укладенні договору);</p> <p>особи, які не перебувають в Україні 6 (шість) місяців поспіль та більше (якщо інше не погоджено Сторонами при укладенні договору).</p>
Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності), якщо мінімальний та максимальний розміри страхової суми визначені умовами страхового продукту	від 3 млн грн до еквіваленту 1 млн дол США.
Мінімальний та максимальний розміри страхової премії та/або страхового тарифу	Страхова премія: від 50 грн до 200 000 грн за одну застраховану особу.

1	2
Вид, мінімальний та максимальний розміри франшизи (за наявності)	Франшиза безумовна, від 0 до 90% по кожному виду послуг / ЛПЗ.
Територія та строк дії договору страхування (включаючи інформацію про порядок вступу його в дію та період(и) страхування (за наявності))	Територія дії договору: Україна або Весь світ. Строк дії договору: 1 рік. Договір набирає чинності з 00-00 годин дати, зазначеної в договорі як дата початку дії договору, за умови сплати страхового платежу / першої частини страхового платежу (якщо договором передбачено сплату страхового платежу частинами) в повному обсязі та у термін, вказаний договором (якщо інші умови набрання чинності)

Джерело: складено за [42]

**Характеристика страхового продукту «СНІД, гепатит, туберкульоз»
від компанії ПрАТ СК «Універсальна»**

Вид інформації	Характеристика
1	2
Клас страхування та опис страхового продукту	Страхування здійснюється за ризиками в межах класу страхування: - «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком є захворювання. Перелік захворювань залежить від обраної програми страхування та може бути: програма СНІД – хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини Програма ГЕПАТИТ –хвороба, зумовлена інфікуванням вірусу гепатиту, що сталося під час виконання професійних обов'язків; Програма ТУБЕРКУЛЬОЗ - хвороба, зумовлена інфікуванням мікобактеріями туберкульозу під час виконання професійних обов'язків; Не можуть бути застрахованими особи: 1. Віком понад 76 років; 2. Визнані в установленому порядку недієздатними; 3. Які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах; 4. Особи з інвалідністю I, II групи, діти з інвалідністю, ВІЛінфіковані.
Територія та строк дії договору страхування	Територія дії договору Україна, за виключенням: тимчасово окупованих територій України
Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Від 1 000 до 10 000 грн. для програм «СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ» на одну Застраховану особу.
Франшиза	Відсутня.
Розмір страхової премії / страхового тарифу	Для захворювань «СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ» від 1 до 120 грн. на одну Застраховану особу
Порядок та строки сплати страхової премії	Сплачується одноразово або частинами на рахунок Страховика в розмірах та у строки, визначені в договорі страхування.
Обов'язки сторін	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правилам страхування
Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Відповідно до Закону України «Про страхування» та Правилам страхування
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	У випадку захворювання (хвороби) страхувальник / застрахована особа або її представник повинен: - повідомити Страховика про настання події за номером телефону 0 800 500 381 в строк, визначений договором; - надати Страховику документи у строки та згідно з переліком, зазначеними в договорі.

1	2
Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату: 1) у разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ – у розмірі 100 % визначеного ліміту страхової суми, зазначеного у договорі;</p> <p>2) у разі встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок хвороби СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ – Застрахованій особі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перша група інвалідності – 100 % страхової суми; друга група інвалідності – 60 % страхової суми; - третя група інвалідності – 40 % страхової суми; <p>При встановленні первинної інвалідності особі (віком до 18 років) Страховик здійснює страхову виплату у розмірі 100% страхової суми.</p> <p>3) у разі тимчасової непрацездатності (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи внаслідок хвороби СНІД, ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЬОЗ - по 0,5% від страхової суми за кожен день лікування тимчасової непрацездатності, але не більше 50% страхової суми на одну Застраховану особу по кожному страховому випадку - Застрахованій особі.</p>
Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>Не визнаються страховими випадками події, які виникли у разі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хвороб, які є наслідками вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, медикаментів не призначених лікарем; 2) самолікування або лікування особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або кваліфікації; 3) нараження себе невинновданому ризику (в тому числі порушення Правил техніки безпеки та/або санітарних норм); 4) самогубства (спроб самогубства) Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб; 5) умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень. 6) захворювань Застрахованої особи, крім зазначених в договорі страхових ризиків;
Форма договору страхування	Паперова форма документа.
Канал(и) реалізації страхового продукту	Структурні підрозділи ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»; Страхові посередники, інформація про які розміщена на вебсайті Страховика за посиланням https://universalna.com/financial-documents/consumer-information/
Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://universalna.com/documents/offers/R1- sgt.pdf

ЗГОДА здобувача освіти Державного університету економіки і технологій
про перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату
та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, **Лазаренко Павло Вікторович**, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна магістерська робота **«Медичне страхування як ефективний підхід забезпечення потреб сталого розвитку у сфері охорони здоров'я»** виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавав і не одержував недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Державного університету економіки і технологій ознайомлений. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформований, що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій» згадана робота буде розміщена в Електронному архіві Університету (Репозитарії ДУЕТ) та ознайомлений з умовами такого розміщення.

(підпис)

Павло ЛАЗАРЕНКО

(Ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

06.01.2026 р.

(дата)