

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра: менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: Розвиток корпоративного страхування в Україні (на
матеріалах ТДВ СК «Гардіан»)

Виконала:

студентка магістратури
за спеціальністю 072 Фінанси,
банківська справа та страхування
Віта КРИВІЦЬКА.

Керівник: к.е.н., доцентка,
завідувачка кафедри
Алла КРУШИНСЬКА,

Рецензент: Регіональний
директор СК «Гардіан»

Ірина ЮЗВИШЕНА

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«__» _____ 2024 р.

АНОТАЦІЯ

Кривіцька В. С. Розвиток корпоративного страхування в Україні (на матеріалах ТДВ СК «Гардіан»). Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 072 Фінанси, банківська справа та страхування. – Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, Хмельницький, 2024. – 63 с.

В роботі розглянуто та узагальнено зміст корпоративного страхування. Визначено проблеми та передумови розвитку корпоративного страхування в Україні. Визначено роль та алгоритм корпоративного страхування..

Визначено місце корпоративного медичного страхування у структурі послуг страхової компанії, встановлено, що цьому виду страхування в ТДВ СК «Гардіан» приділяється досить багато уваги, тому позиції компанії весь час зростають у рейтингу страхових компаній на страховому ринку України.

Вивчено специфіку, параметри та розвиток програм недержавного пенсійного страхування ТДВ СК «Гардіан». Встановлено, що попит на цей вид страхування в сучасних умовах зростає. Проведено оцінку конкурентних позицій компанії.

Розроблено напрямки розвитку недержавного пенсійного страхування ТДВ СК «Гардіан» шляхом удосконалення андеррайтингової політики, це дозволить зробити страховий портфель збалансованим та прибутковішим, що забезпечить кращий фінансовий результат. Надано, також, пропозиції щодо розвитку корпоративного медичного страхування ТДВ СК «Гардіан», встановлено, що страхування на основі корпоративних страхових пакетів є вигіднішим порівняно з індивідуальним страхуванням та позитивно відобразиться на загальних показниках ефективності діяльності компанії.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, договір страхування, програма страхування, страхова сума, корпоративне страхування, інвестиційне страхування.

ANNOTATION

Kryvitska V. S. Development of corporate insurance in Ukraine (based on the materials of IC "Guardian"). Qualifying scientific work on manuscript rights. Master's thesis for obtaining a master's degree in the specialty 072 Finance, banking and insurance. - Khmelnytskyi Leonid Yuzkov University of Management and Law, Khmelnytskyi, 2024. - 63 p.

The content of corporate insurance is considered and summarized in the work. The problems and prerequisites for the development of corporate insurance in Ukraine are defined. The role and algorithm of corporate insurance is defined.

The place of corporate health insurance in the structure of the insurance company's services was determined, it was established that this type of insurance is given quite a lot of attention in IC "Guardian", therefore the company's position is constantly growing in the rating of insurance companies on the insurance market of Ukraine.

The specifics, parameters and development of non-state pension insurance programs of IC "Guardian" were studied. It has been established that the demand for this type of insurance is growing in modern conditions. An assessment of the company's competitive positions was carried out.

Directions for the development of non-state pension insurance of IC "Guardian" have been developed by improving the underwriting policy, this will make the insurance portfolio more balanced and profitable, which will ensure a better financial result. Proposals were also provided for the development of corporate health insurance of TDV SC "Guardian", it was established that insurance based on corporate insurance packages is more profitable compared to individual insurance and will positively reflect on the overall performance indicators of the company.

Keywords: voluntary medical insurance, insurance contract, insurance program, insurance sum, corporate insurance, investment insurance.

ЗМІСТ

ВСТУП	Помилка! Закладку не визначено.
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	Помилка! Закладку не визначено.
1.1 Сутність, особливості та передумови розвитку корпоративного страхування	
Помилка! Закладку не визначено.	
1.2. Система управління ризиками у сфері корпоративного страхування	
.....	Помилка! Закладку не визначено.
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЗДІЙСНЕННЯ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ СТРАХОВОЮ КОМПАНІЄЮ «ГАРДІАН»....	Помилка! Закладку не визначено.
2.1.Характеристика системи управління корпоративним страхуванням страхової компанії Т2	
2.2. Аналіз розвитку програм корпоративного добровільного медичного страхування СК «Гардіан».....	3
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ СК «ГАРДІАН»	Помилка! Закладку не визначено.
3.1. Удосконалення андеайтингової політики СК «Гардіан» у сфері корпоративного страхування	Помилка! Закладку не визначено.
3.2. Шляхи розвитку корпоративного сегменту медичного страхування страховика	
.....	Помилка! Закладку не визначено.
ВИСНОВКИ	Помилка! Закладку не визначено.
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	Помилка! Закладку не визначено.
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. У процесі реформування вітчизняної економіки перед страховим ринком України та державою постала низка завдань щодо створення сприятливих умов функціонування системи добровільного медичного страхування та його збалансованого розвитку. Це обумовило потребу в нових підходах до його фінансового забезпечення. Проблеми, які склалися на сучасному ринку корпоративного страхування України, до кінця не вирішені. Відсутність достатньої законодавчої бази, яка б свідчила про проведення державою активної структурної політики на ринку страхових послуг і порівняно невеликий фінансовий потенціал українських страховиків і низький рівень платоспроможності страхувальників, недостатній податковий стимул і низька страхова культура населення стали актуальною проблемою сучасності, яка вимагає негайного вирішення. Разом з тим, економічні умови розвитку ринку корпоративного медичного страхування коригуються із розвитком економіки, зміною рівня життя громадян, появою на ринку медичного страхування нових гравців і тому потребують адекватної оцінки та теоретичного осмислення сучасних основних проблем та перспектив поширення даного виду страхування, що головним чином визначені вітчизняними реаліями.

Питання теорії та практики функціонування системи корпоративного страхування досліджено досить повно, але дискусії з приводу її ефективності продовжуються, що зумовлено змінами, що відбуваються в соціально-економічному становищі країни, які безпосередньо впливають на формування фінансових ресурсів медичної системи.

Разом з цим попри достатньо великий інтерес сучасних науковців до проблемних питань медичного страхування, досі залишаються невисвітленими та недослідженими багато питань корпоративного медичного страхування. А тому у рамках даної магістерської ми спробуємо визначити сутність корпоративного медичного страхування та його місце у системі забезпечення права людини на здоров'я та страховій системі України.

Разом з тим, на нашу думку, недостатньо уваги приділяється комплексному аналізу зарубіжного досвіду організації корпоративного страхування забезпечення та можливості його застосування в Україні, а також розробці нових інструментів підвищення попиту на корпоративне страхування.

Мета та завдання роботи. Метою роботи є конкретизація ролі корпоративного страхування у системі охорони здоров'я України в сучасних умовах та визначення перспективних напрямів його розвитку

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

- визначити суть та особливості корпоративного страхування;
- розкрити передумови та необхідність розвитку корпоративного страхування в Україні;
- охарактеризувати діяльність СК «Гардіан» та види її діяльності;
- проаналізувати основні фінансові показники діяльності СК «Гардіан»;
- провести оцінку показників фінансової стійкості СК «Гардіан»;
- охарактеризувати систему управління корпоративним страхуванням СК «Гардіан»;
- оцінити рівень розвитку програм корпоративного добровільного медичного страхування СК «Гардіан»;
- виявити проблеми розвитку корпоративного страхування страхової компанії та запропонувати шляхи їх подолання.

Об'єкт дослідження – фінансово-господарська діяльність страхової компанії ТДВ СК «Гардіан»

Предмет дослідження – програми корпоративного страхування страхової компанії «Гардіан» та процеси їх просування на страховий ринок України.

Методи дослідження. Для вирішення визначених завдань використовувались такі взаємопов'язані методи наукового дослідження: метод комплексного аналізу (для забезпечення цілісності вивчення предмета дослідження); системно-структурний (для дослідження сутності понять «корпоративне страхування», «корпоративне медичне страхування» та аналізу структури системи корпоративного медичного страхування); методи порівняння

та узагальнення (у процесі аналізу зарубіжного досвіду, дослідження та оцінки показників розвитку корпоративного страхування в Україні); пошуково-бібліографічний метод (для систематизації електронних та друкованих джерел за тематикою дослідження); метод абстрактно-логічного аналізу (для узагальнення результатів дослідження та вироблення рекомендацій щодо розвитку корпоративного страхування в Україні).

Практична значущість полягає в тому, що основні теоретичні положення та висновки можуть підвищити ефективність функціонування системи корпоративного страхування в Україні, а також популяризації серед населення дієвості корпоративного страхування та її актуальності.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

1.1. Сутність, особливості та фактори розвитку корпоративного страхування

У формуванні ефективно діючої системи соціального захисту України велику роль можуть відігравати не тільки органи державної влади, а й приватні підприємства. Таким чином, людина чи група людей може формувати власний механізм соціального захисту своїх підлеглих. У цьому випадку значно збільшується соціальна роль підприємства, що відбувається завдяки застосуванню накопичувального пенсійного страхування й страхування життя, які стають ефективним інструментом мотивації персоналу, в умовах, коли держава не може гарантувати достатню фінансову підтримку працездатним і пенсіонерам. Рівень соціальної відповідальності бізнесу в цьому випадку значно зростає. Термін "соціальна відповідальність бізнесу" сьогодні означає, що підприємство повинно працівнику не тільки надавати робоче місце, але й цілий спектр соціальних послуг. Забезпечувати гідні умови праці як фізичні, так і моральні. Дотримуватись усіх вимог із охорони праці, не створювати загрози для життя чи тілесного ушкодження під час роботи працівників. Слова, сказані колись Фордом, вже, мабуть, стали аксіомою, що не вимагає доказів: "Заберіть моїх людей, залиште мені заводи, і через 10 років двори моїх підприємств поростуть деревами, але заберіть у мене заводи і залиште мені моїх людей, і через 3 роки ми матимемо саме передове виробництво!" Адже люди і є тим основним і найбільш цінним активом, який необхідний підприємству, щоб стати лідером у своїй галузі. **О. РУДАКОВА**

Досвід розвинутих країн свідчить про високу ефективність функціонування системи медичного страхування, заснованої на комбінації обов'язкового та добровільного страхування [6].

Даний вид страхування характеризується тим, що держава за рахунок внесків роботодавців та самозайнятого населення забезпечуватиме всіх громадян

мінімальним набором страхових послуг, які будуть отримані лише при настанні страхового випадку. Водночас, попри загальнообов'язковий різновид страхування, має існувати й добровільне страхування, основними суб'єктами якого мають бути страхові компанії, котрі пропонуватимуть своїм клієнтам оптимальніші варіанти загальнообов'язкового страхування або ж інші пакети та додаткові страхові послуги.

Щодо корпоративного страхування, то варто відзначити те, що його основними споживачами є корпоративні клієнти, для яких медична страховка є частиною соціального пакета працівника [6].

На сьогодні в Україні досить повільними темпами здійснюється добровільне медичне страхування навіть у великих містах, що, на наш погляд, пов'язано із рядом причин, до яких входять низький рівень зарплат, воєнна ситуація тощо.

По-перше, рівень доходів населення є досить низьким. Так, станом на листопад 2023 р. середня зарплата по Україні була 14 518,38 грн. Вартість стандартного полісу (тривалість надання послуг – 1 рік) коливається від 5500 до 18 000 грн, що є більшим від місячної зарплати пересічного хмельничанина. Відповідно, на сьогодні для пересічного громадянина добровільне медичне страхування є значно дороговартісним та не виправдовує довіру населення України.

По-друге, надто малою є кількість новітніх та якісних провайдерів медичних послуг (лікувально-профілактичних закладів). Сьогодні вітчизняна система охорони здоров'я представлена пострадянськими лікарнями часто із застарілим (через недостатнє фінансування з боку держави) обладнанням, що безпосередньо впливає на якість медичних послуг. До того ж не в кожному регіоні наявні багатопрофільні клініки рівня «Борис», «Медіком» чи «Добробут» (за оцінками експертів, 85–90 % українських приватних клінік припадає саме на столицю). Тож навіть придбавши страховий поліс класу VIP в окремих регіонах, клієнт може не одержати належного рівня допомоги (здебільшого вона надається на базі державних лікарень). Регіональна конкуренція на ринку платних

медичних послуг зосереджена на вузькопрофільних медичних закладах (діагностика, стоматологія, гінекологія, косметологія). Загалом на заклади приватної медицини припадає близько 20 % від ринку медичних послуг в Україні (за результатами інших досліджень, на приватну невідкладну допомогу припадає 25–30 % ринку) [7].

По-третє, висока довіра населення до страхових компаній, які здійснюють страхування та надають страхові послуги через наявність страхової фінансової вертикалі у вигляді піраміди, яка робить ставки лише на незначні страхові виплати при високій оплаті страхових полісів.

По-четверте, занадто низьке податкове стимулювання та відсутня страхова культура громадян.

На сьогодні роботодавці не можуть списувати на витрати внески із медичного страхування, страхові премії здійснюються за рахунок чистого прибутку [6].

Вивчаючи питання щодо сутності корпоративного страхування, необхідно відзначити те, що воно охоплює основні напрями страхового захисту, які зводять до мінімуму страхові ризики під час провадження господарської діяльності суб'єктом адміністрування. Під час корпоративного страхування формується відповідний страховий пакет, розмір та зміст якого безпосередньо залежать від спроможності суб'єкта адміністрування, специфіки його діяльності та потреб персоналу. При цьому особливістю даного виду страхування є те, що захист страхових ризиків поширюється безпосередньо на юридичну особу та страхувальників, а також можливий перехід й на членів родини, за їх бажанням.

Проаналізувавши досвід міжнародних країн, таких, як США, Німеччина, Великобританія, Франція, Австрія, щодо впровадження корпоративного страхування, то необхідно відзначити те, що воно є визначним елементом соціально-економічної системи та поведження суб'єктів адміністрування, що формулюється станом відповідальності бізнес-середовища й самоорганізації та самодисциплінованості населення. Треба звернути увагу на те, що розвиток страхового ринку удосконалює ріст національної економічної системи, а

безпосередньо корпоративне страхування збільшує ріст суб'єктів адміністрування у сфері підприємницької діяльності. В Україні в умовах сьогодення та активних євроінтеграційних процесів різновид соціального страхування, такий, як корпоративне страхування, починає активно розвиватися. Почали значно збільшуватися суб'єкти адміністрування, які впроваджують корпоративне страхування. Так, за даними експертів, у найближчі роки рівень корпоративного страхування становитиме 20,1 млрд грн страхових платежів. Але це є набагато нижчим показником у відношенні інших видів страхування, тобто роздрібного страхування. Щодо статистичних даних, то, на жаль, вони, у зв'язку із пандемією та військовими діями на території України, зменшилися на 24 %. Саме тому виникає значуща потреба у відновленні рівня страхування населення.

Також, проаналізувавши страхову діяльність у цілому, ми помітили, що корпоративне страхування приносить прибутковість страховим компаніям у вигляді 78 % прибутку, а решту 22 % – це все приносить роздрібне страхування. В загальному по Україні за програмою приватного медичного страхування проходить не більше ніж 6 % населення, а більша частина населення надала перевагу корпоративному медичному страхуванню (29 % населення), інша частина населення взагалі утримується від страхування.

Популярність корпоративного медичного страхування зумовлена низькою ціною полісу, яка на 20–30 % нижча, ніж під час приватного медичного страхування, та зручністю його оформлення (необхідна лише заява від керівника колективу). Навіть страхові компанії вважають, що корпоративне медичне страхування, як різновид державного медичного страхування, переважає над приватним медичним страхуванням. Це пов'язано із тим, що під час корпоративного медичного страхування догорів укладають як здорові люди, так і хворі, а під час приватного медичного страхування цією категорією застрахованих є, більшою мірою, хворі люди, які потребують відразу ж дороговартісного лікування.

Вітчизняні страхові компанії розробляють і пропонують нині багато різноманітних програм корпоративного страхування. Програми досить

популярні як серед роботодавців, так і серед співробітників. Спектр послуг, пропонуваній страховою компанією, залежить від бажання та можливостей компанії страхувальника. Зазвичай він охоплює планову та екстрену стаціонарну допомогу, поліклінічне обслуговування та стоматолога [10]. Водночас даний вид страхування може здійснюватися за допомогою групового методу, при якому групи осіб класифікуються за віком, статтю, умовами роботи та відповідною групою здоров'я тощо. Пропонуватимуться відповідні програми медичного страхування жінок у зв'язку з вагітністю та пологами. Так, групове корпоративне страхування на підприємстві, в установі та організації може містити певні елементи в різних групових програмах, щоб задовольняти потреби всіх працюючих громадян.

А. Романова подає таке визначення корпоративному медичному страхуванню як вид добровільного медичного страхування працівників підприємства (установи, організації), що має чітку орієнтацію на потреби останніх у забезпеченні медичною допомогою на випадок виникнення страхового випадку та чіткий груповий поділ (вік, група здоров'я, умови праці тощо), здійснюється виключно за рахунок прибутку підприємства та має соціальну спрямованість [8].

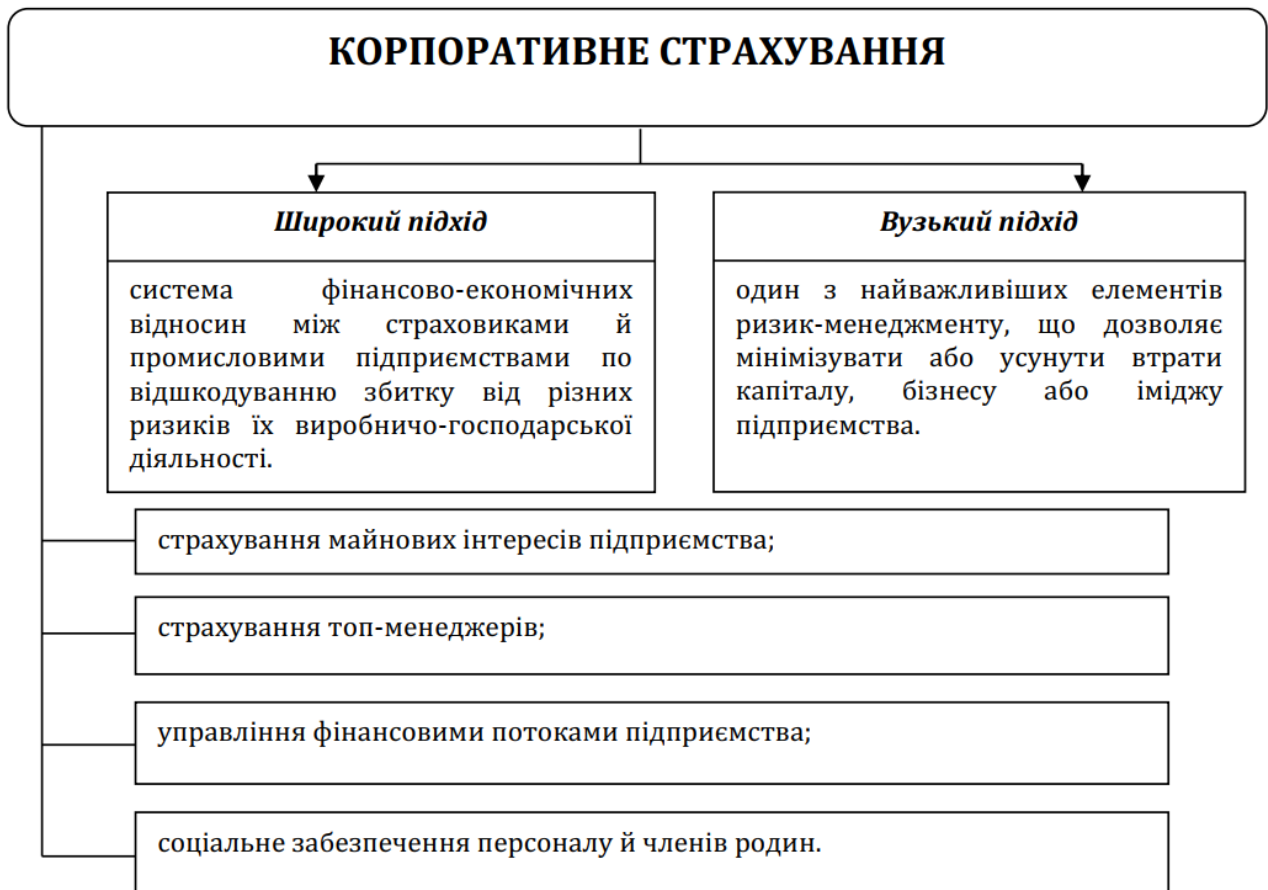


Рис. 1.1. Підходи до визначення суті корпоративного страхування

У цілому медичне страхування охоплює всі різновиди страхування, які чітко поширюються на витрати щодо лікування певних захворювань, травм та інших страхових випадків, що пов'язані із життям та здоров'ям застрахованої особи. Корпоративне медичне страхування може бути представленим у вигляді короткострокового (тривалістю 1 рік) та довгострокового договору. Треба звернути увагу на те, що при корпоративному страхуванні, під час настання страхових випадків та при втраті працездатності, існує матеріальна підтримка членів родини страхувальника.

Отже, корпоративне медичне страхування – це вид медичного страхування для працівників компанії, здебільшого з індивідуальним підходом, який включає такі види надання медичної допомоги, як поліклінічне обслуговування, планову та екстрену стаціонарну допомогу, послуги комерційної невідкладної допомоги, послуги стоматолога [6].

Т. Мельник основними перевагами медичного страхування для підприємств і працівників вважає такі: – страхові виплати за договором медичного страхування не обкладаються податком на додану вартість; – страхові виплати не є базою для нарахування й утримання внесків до пенсійного фонду та фондів соціального страхування; – забезпечення своїх працівників медичним страхуванням сприяє підвищенню продуктивності праці та загального рівня їх здоров'я; – працівник, маючи медичну страховку, відчувається соціально захищеним [10].

Необхідно виокремити основні фактори корпоративного страхування. Так, Л. Б. Баранник визнає такі: – соціальний фактор (захист життя та здоров'я працівників підприємств, накопичення коштів до виходу на пенсію, матеріальна допомога родині на випадок передчасної смерті годувальника); – мотиваційний фактор (збереження на підприємстві кваліфікованих працівників, гнучка система винагороди співробітників); – фінансовий фактор (зниження нарахувань на фонд оплати праці та податку на прибуток: платежі на медичне страхування не обкладаються податком на прибуток і на них не проводяться нарахування на фонд оплати праці); – інвестиційний фактор (підприємство може вибрати напрям інвестування накопичених коштів, зокрема повернути у свій оборот); – іміджевий фактор – створення позитивного іміджу соціально відповідального підприємства [2]. Медичне страхування до сьогодні не набуло масовості, оскільки в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток корпоративного медичного страхування, а саме: незавершеність процесу створення нормативної бази щодо корпоративного медичного страхування; відсутність у населення позитивного досвіду взаємовідносин із страховими компаніями; відсутність механізмів заохочення роботодавців щодо корпоративного медичного страхування працівників і членів їхніх сімей; обмеженість можливостей запровадження медичного страхування за рахунок коштів громадян внаслідок низького рівня доходів населення, а також механізму фінансової підтримки за рахунок державного і місцевих бюджетів;

незначна кількість страхових організацій, що мають досвід впровадження корпоративного медичного страхування [1].

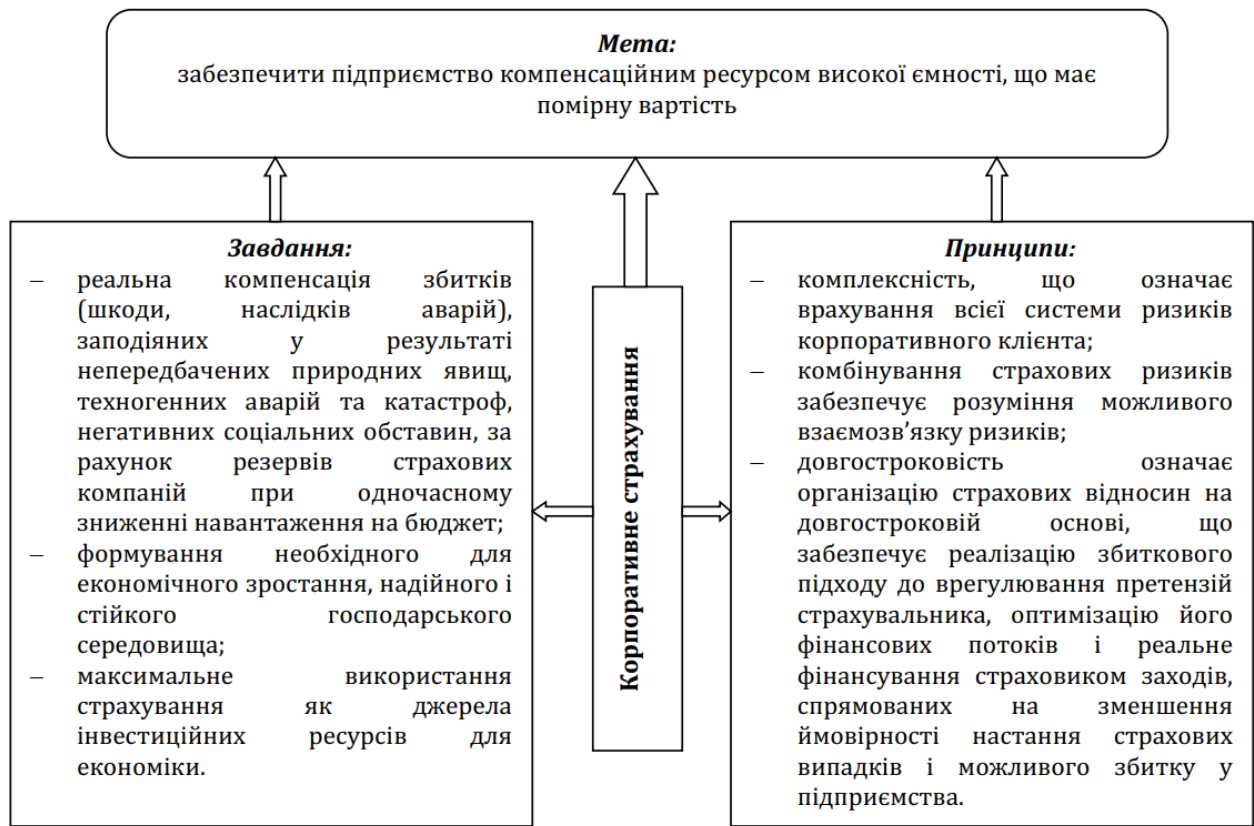


Рис. 1.2. Мета, завдання та принципи корпоративного страхування

*Складено автором за [7, с. 61]

Мета системи управління ризиками на основі страхового захисту полягає в зниженні рівня ризиків, супутніх діяльності компанії, до прийняттого для акціонерів (власників) рівня шляхом передачі ризиків страховику і тим самим сприяння досягненню поставлених перед компанією цілей.

Звичайно, спостерігаються позитивні тенденції, але вони незначні в порівнянні з потенціалом та реальними можливостями цього ринку. 90 % договорів медичного страхування вітчизняних страхових компаній укладені з корпоративними клієнтами. Чому ж основними споживачами є саме юридичні, а не фізичні особи? [6] Ще однією причиною перекосу державного медичного страхування у бік корпоративного клієнта є той факт, що поки небагато громадян готові оплачувати медичну страховку з власної кишені. Водночас роботодавці починають усе більше цінувати своїх співробітників і готові запропонувати їм цей захист, підвищуючи тим самим лояльність персоналу. А разом з цим

економлять свої кошти: якщо хтось із співробітників серйозно захворіє, будь-яка пристойна компанія йому допомагатиме, і, відповідно, нестиме витрати.

Оформивши корпоративне медичне страхування, фірма звільняє себе від необхідності нести додаткові непередбачені витрати, а також може бути впевнена, що співробітник оперативно отримає необхідну кваліфіковану медичну допомогу, і з найменшими втратами зможе повернутися до виконання своїх трудових обов'язків [3].

1.2. Система управління ризиками у сфері корпоративного страхування

Програми корпоративного страхування життя, широкоживані в багатьох західноєвропейських країнах і США, стають популярними і в Україні. Накопичувальне та медичне страхування є невід'ємним елементом сучасного HRменеджменту. Такі програми не тільки допомагають керівнику з мінімальними витратами вирішити "кадрове питання", але й дозволяють збудувати ефективне управління фінансовими потоками підприємства.

Не дивлячись на надлишок пропозицій на ринку праці, дійсно "висококваліфікованих" фахівців в будь-якій з галузей можна перерахувати на пальцях. І діставши таких, а тим більше, виростивши і вклавши гроші в їхнє навчання, і власникам, і топ-менеджменту компаній доводиться докладати немало зусиль, щоб зберегти і утримати професійну команду, від якої багато в чому залежить процвітання будь-якого підприємства.

Причому все більше роботодавців розуміє, що це завдання навряд чи можна вирішити простим підвищенням зарплати - конкуренти, які потребують кадрів, завжди зможуть запропонувати фахівцю вищий оклад. Крім того, така міра вимагає від установи досить значних негайних витрат, а тому є економічно недоцільною. Вона не тільки підвищує прямі витрати підприємства на оплату праці, але й паралельно спричиняє за собою масу інших витрат, таких як збільшення податку на прибуток, соціальних відрахувань і т.д.

Намагаючись вирішити "кадрове питання" роботодавці вдаються до різних методів. Одні надають менеджерам додаткові матеріальні блага, такі як виплата премій, оплата навчання, надання в користування мобільного телефону з оплатою послуг мобільного зв'язку, службовий автомобіль і т.д.

Проте, в результаті, такі пільги по ефективності фактично рівноцінні підвищенню окладу і не зможуть забезпечити лояльності та мотивації співробітників в довгостроковій перспективі. Інші керівники, прагнучи утримати цінні кадри, практикують видачу їм довгострокових кредитів, наприклад, під покупку житла. Вихід непоганий, проте "прив'язавши" таким чином фахівця, роботодавець тим самим практично позбавляє себе можливості звільнити його у разі потреби, доки той не поверне кредит. Все більше підприємств починають користуватися таким методом мотивації персоналу як надання співробітникам соціальних пакетів. Найбільш поширений шлях - укладення договорів добровільного медичного страхування працівників (ДМС).

Проте, не дивлячись на безумовно позитивний момент наявності ДМС в компенсаційному пакеті підприємства, і такий спосіб часто не допомагає досягти бажаного ефекту, оскільки він не дає своєї ефективності підприємству саме на довгостроковому періоді. Адже, маючи такий мотиваційний пакет, кожен співробітник цінує його тільки до того моменту, доки йому не пропонується така ж (або схожа) мотивація на іншому підприємстві. А кожному HR-менеджеру важливо створювати на підприємстві довгострокові програми мотивування співробітників. Проте, на думку фахівців, хоча така форма мотивації співробітників достатньо ефективна, вона в основному стимулює їх до отримання негайного результату. Тому паралельно менеджеру необхідно використовувати і так звану систему відкладеної мотивації або довгострокових заохочувальних виплат. Це допоможе примусити співробітників задуматися про перспективу і зацікавити їх в довгостроковій роботі на підприємстві. Такі премії виплачуються співробітникам раз на 5-10 років, за умови, що за цей період компанія досягне запланованих показників. Система відкладених бонусів вже давно широко застосовується на Заході і не раз довела на практиці свою

ефективність. Якщо короткострокові виплати звичайно еквівалентні 10-100% річного окладу, то довгострокові складають близько 20-30% від тих, що реально виплатили за цей період річних преміальних. Чинник отримання після закінчення певного терміну такого солідного бонусу серйозно знижує ризик витоку цінних співробітників з підприємства. Втім, упроваджувати таку систему власними силами для підприємств не завжди доцільно.

По-перше, сама технологія щорічного відкладання до "панчохи" коштів обтяжує підприємство додатковою бухгалтерією. По-друге, прямі виплати співробітникам організація проводить з прибутку, а відповідно - зростають і витрати підприємства по сплаті податків. Крім того, компанії не вигідно "заморожувати" крупні суми грошей. Часто досить складно справитися зі спокусою спрямувати накопичений фонд (який повинен залишатися недоторканим) на потреби підприємства. У такій ситуації набагато розумніше довірити функцію акумуляції і виплат "нагородних" коштів сторонньої організації, якою може стати компанія зі страхування життя.

Робота в тандемі із страховиком має масу переваг. По-перше, відкриття на співробітника накопичувального рахунку в "лайфовій" компанії, який збільшуватиметься з кожним роком його роботи, міцно "прив'яже" людину до підприємства і стане додатковим стимулом, що підвищує ефективність його роботи. По-друге, скориставшись послугами страховика, організація може навіть заощадити кошти. Так, якщо підприємство укладе із страховою компанією 10-річний і більше договір, воно дістане можливість накопичувати фонди для персоналу не з прибутку, а відносити такі витрати на валові витрати. Згідно Закону "Про оподаткування прибутку підприємств", юридичні особи можуть відраховувати на витрати платежі за довгостроковими (10 і більше років) договорами.

Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу регіону накопичувального страхування життя своїх співробітників в межах 15% від фонду заробітної платні, але не більше 6 тис. грн. на рік на одну людину. По-третє, маючи в своєму розпорядженні

кваліфікованих фахівців, "лайфова" компанія візьме на себе весь клопіт по персоніфікації рахунків і проведенню всіх розрахунків, в деталях прорахувавши – які суми підприємству необхідно вносити впродовж всього терміну дії договору, щоб його співробітники одержали в необхідний термін обумовлений контрактом бонус.

І, звичайно ж, страховик займеться інвестуванням коштів, щорічно нараховуючи на них відсотки. Ще один важливий аргумент на користь укладення договорів корпоративного страхування життя - те, що закумуляовані у страховика кошти підприємство може у будь-який момент пустити в обіг.

"Лайфові" компанії сьогодні мають право "кредитувати" клієнтів їх же коштами, тому підприємство дістає можливість не "заморожувати" гроші, а оперувати ними на свій розсуд. Правда в цьому випадку воно бере на себе і відповідальність за одержаний інвестиційний дохід. Оцінивши ситуацію страховики вже давно розробили і запропонували роботодавцям спеціальні корпоративні програми довгострокового накопичувального страхування співробітників, так звані "золоті наручники". Суть таких продуктів полягає в тому, що підприємство страхує своїх співробітників на певну суму (вона визначається керівником для кожного організаційного рівня компанії індивідуально), яка може бути видана їм тільки після закінчення терміну,казаного в договорі. Як правило, цей термін дорівнює тому періоду часу, який співробітник згоден пропрацювати на підприємстві. Проте можуть бути і варіації. Так, якщо договір укладений на 10 років, а співробітник пропрацював на підприємстві лише 3 роки, страхова сума залишається у розпорядженні організації; якщо 5 років - він може одержати 50% накопиченого на його ім'я капіталу; якщо 10 – повністю всю суму.

Розмір "відкладеної зарплати" може залежати і від ефективності роботи людини. Наприклад, роботодавець може поставити питання ребром: пропрацюєш на підприємстві 10 років - одержиш поліс на \$15 тис., виконаєш планові показники за 5 років - сума бонусу складе \$25 тис. При цьому роботодавець має можливість будь-якої хвилини змінити умови договору

(терміни, страхові суми і т.п.) у будь-який час.

Не програє підприємство і в тому випадку, якщо хтось із співробітників все ж таки вирішить піти до конкурента.

Оскільки вигодонабувачем (одержувачем страхової суми) за такими договорами є саме підприємство, воно і вирішуватиме як поступити з накопиченою сумою - переоформити поліс на іншого співробітника, витратити на навчання нового або залишити собі. Крім того, програми "золоті наручники" включають і ризик смерті з будь-якої причини. Тому, в разі смерті співробітника, підприємство зможе не тільки виплатити його сім'ї, що втратила годувальника, матеріальну підтримку, але і відшкодувати свої витрати на пошук і навчання нових співробітників.

Ще одна значуща складова, що грає ключову роль в системі винагороди і мотивації персоналу - непряма матеріальна винагорода. Як стверджують фахівці, часто наявність нематеріального заохочення для персоналу може у декілька разів підвищити продуктивність праці на підприємстві і часто діє у багато разів ефективніше, ніж безпосереднє підвищення окладу. Можна стверджувати, що розвиваючи систему непрямой матеріальної винагороди персоналу підприємство за невеликі гроші може підвищити лояльність персоналу багато разів. Забезпечуючи співробітникам блок соціальних і додаткових пільг, адміністрація сприяє створенню на підприємстві атмосфери єдиної команди, цілісної корпоративної культури.

Матеріальна допомога сім'ї співробітника, що втратила годувальника, пенсійні виплати, допомогу при отриманні людиною інвалідності або по догляду за дитиною - це той мінімум турботи, який може проявити працедавець, і який окупиться сторицею. І тут допомога страховика життя може стати неоціненною. Адже у всьому світі 99% програм соціального захисту для підприємств роблять саме "лайфові" компанії, надаючи щонайширший набір умов подібного страхування. "Лайфові" компанії, пропонуючи такі страхові продукти, які з одного боку - стимулюють людей не хворіти, з іншою – виключають можливість зловживання страховкою. Звичайно, страховики

життя не стануть оплачувати клінікам лікування співробітників від грипу, ОРЗ і інших "нескладних" хвороб, але можуть запропонувати програми, які захистять персонал від важких критичних захворювань, таких як інфаркт, інсульт, ниркова недостатність, онкозахворювання і т.п., а також нададуть захист при нещасному випадку, отриманні співробітником інвалідності I, II групи та ін. Такі програми підприємство може складати і модифікувати самостійно, максимально адаптуючи їх під себе. Наприклад, страховики рекомендують комбінувати такі продукти з програмами пенсійного і накопичувального страхування.

Причому такі не обов'язково повинні бути приурочені до пенсійного віку співробітників, позначеного в законодавстві де, уклавши довгостроковий договір на співробітника, можна приурочити виплату капіталу до його ювілею роботи на підприємстві. Після закінчення цього терміну людина або одержує весь капітал, і підприємство активізує на нього нову програму, або - виплачується частина накопичених засобів і накопичення триває до досягнення пенсійного віку. Як правило такі програми сьогодні полягають (а відповідно – і оплачуються) роботодавцями. Проте можливі і інші схеми. Наприклад, підприємство може застрахувати життя співробітників на невелику суму, \роботодавець може надати співробітникам право збільшити страхову суму, запропонувавши оплату поліса на солідарній основі: 90% платежів вноситиме організація, 10% - сама людина, або оплата може проводитися у рівних пропорціях 50:50. Таким чином співробітники підприємства, з одного боку, одержують соціальний захист у вигляді додаткового пенсійного забезпечення, з іншою - могутній стимул до того, щоб залишитися "вірним" своєму працедавцю. Саме ж підприємство одержує ідеальний управлінський механізм, що дозволяє позбавитися "текучості кадрів". Крім того, завдяки податковим пільгам, даний механізм відмінно інтегрується в економіку підприємства: застрахувавши своїх співробітників, працедавець може серйозно заощадити на разових соціальних виплатах для персоналу. Теорія ризику виробила механізми зниження його ступеня, а відповідно, і втрат від ризику.

тому і використання того чи іншого методу управління в ризикових умовах також є індивідуальним і визначається реальними економічними обставинами. Тому кожному підприємству слід будувати власну систему управління ризиками, яка, крім усього іншого, повинна містити потенційні джерела для фінансування втрат, яких може зазнати підприємство внаслідок негативної реалізації ризику. Система управління ризиками містить прийоми ризик-менеджменту, які передбачають способи розв'язання ризиків та інструменти зниження його ступеня. Серед множини інструментів управління ризиками особливе місце належить страхуванню.

Організація захисту від втрат шляхом страхування здійснюється через механізм перерозподілу збитку між усіма учасниками, які беруть участь у формуванні страхового фонду. Це так звана кооперація з подолання наслідків стихійних лих і протиріччями, які виникають усередині суспільства через відмінності у майнових інтересах суб'єктів, що вступили у виробничі відносини [2]. Мета та принципи організації страхового захисту підприємства наведені на рисунку 1. Недостатній обсяг страхового захисту майнових інтересів призводить до появи некомпенсованих втрат на підприємствах, що викликає економічно невиправдане відволікання коштів з їх обороту [3]. Раціональним вибором у такій ситуації може стати укладання договорів страхування із спеціалізованими компаніями – страховиками, що розглядається як основний зовнішній страховий ресурс суб'єкта підприємництва.

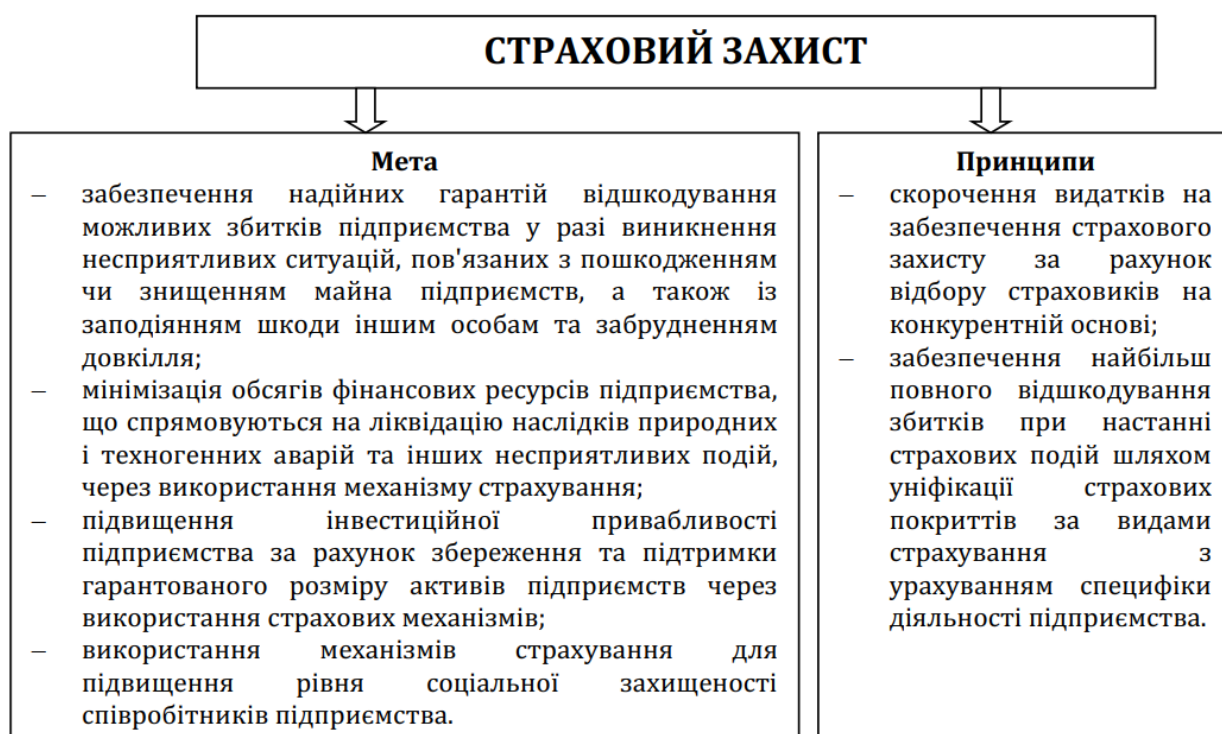


Рис. 1.32. Мета страхового захисту підприємства та принципи його організації*

*Складено автором за [5]

Страхування слід розглядати через призму фінансової політики підприємства загалом як важливий елемент фінансового механізму, що дозволяє знизити ризики підприємства, а в окремих випадках виступає необхідною умовою для залучення необхідних фінансових ресурсів чи використання тієї чи іншої форми фінансування розвитку підприємства [4]. Як відомо, суть страхування полягає в передачі ризику страховику за певну плату. Підприємство, здійснюючи відволікання частини власних фінансових ресурсів на сплату страхових премій, має витрати, але значно менші втрати коштів, ніж при самострахуванні, за якого відбувається недоінвестування виробництва і втрата частини прибутку (на вилучений з обороту капітал). З іншого боку, в майбутньому можливе надходження коштів у вигляді компенсації збитків при настанні страхового випадку. У результаті відбувається перерозподіл фінансових потоків, який призводить до зміни вартості підприємства і його чистих активів, розрахованих із урахуванням очікуваних грошових надходжень. В окремих випадках наявність договору страхування є умовою для здійснення певної діяльності чи отримання послуги, в тому числі і фінансової, прикладом цього може слугувати поліс страхування

будівельно-монтажних ризиків чи договір страхування заставного майна при банківському кредитуванні. Таким чином, крім компенсації збитків, роль страхування полягає і в розширенні можливостей підприємства щодо здійснення певної діяльності (інноваційної, інвестиційної) та отримання інших видів послуг (транспортних, фінансових тощо), тобто страхування розглядається ще і як обов'язкова умова реалізації інших відносин підприємства. З огляду на зазначене, основними перевагами страхування як одного із елементів ризик-менеджменту підприємства можна вважати, по-перше, залучення досвідчених фахівців страховика до процесів оцінки ризиків підприємства, складання карти ризиків і розробки програми страхового захисту; по-друге, залучення коштів страховика як джерел фінансування (забезпечення) у випадку порушення умов стійкого розвитку підприємства внаслідок настання несприятливих подій, що призводять до збитків; по-третє, послаблення впливу чинника невизначеності при складанні фінансових планів підприємства та вивільнення фінансових ресурсів унаслідок відмови від створення власних резервних фондів і більш ефективного їх використання. Наведене вище свідчить, що управління ризиками – це системна діяльність, яка передбачає розробку моделі оптимального страхового захисту підприємства, що має містити ідентифікацію ризиків, які

СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ Мета – забезпечення надійних гарантій відшкодування можливих збитків підприємства у разі виникнення несприятливих ситуацій, пов'язаних з пошкодженням чи знищенням майна підприємств, а також із заподіянням шкоди іншим особам та забрудненням довкілля; – мінімізація обсягів фінансових ресурсів підприємства, що спрямовуються на ліквідацію наслідків природних і техногенних аварій та інших несприятливих подій, через використання механізму страхування; – підвищення інвестиційної привабливості підприємства за рахунок збереження та підтримки гарантованого розміру активів підприємств через використання страхових механізмів; – використання механізмів страхування для підвищення рівня соціальної

захищеності співробітників підприємства. Принципи – скорочення видатків на забезпечення страхового захисту за рахунок відбору страховиків на конкурентній основі; – забезпечення найбільш повного відшкодування збитків при настанні страхових подій шляхом уніфікації страхових покриттів за видами страхування з урахуванням специфіки діяльності підприємства. ISSN 1993-0259. ISSN 2219-4649. Економічний аналіз. 2016 рік. Том 24. № 1. 149 становлять загрозу для підприємства, прогностичні величини можливих збитків, перелік видів страхових послуг, які відповідають виявленим ризикам, розміри страхового забезпечення за конкретними об'єктами та величини утримання ризику на власній відповідальності (розмір франшиз та їх види). Однак наведені підходи не враховують сукупність специфічних особливостей, які характеризують корпоративне страхування: – по-перше, дозволяє збільшити капіталізацію підприємства шляхом дотримання безперервності відтворювальних процесів, що є умовою забезпечення стійкого розвитку і стабільності позитивного фінансового результату. Крім того, збільшення капіталізації веде до збереження і примноження фінансових потоків [1]; – по-друге, корпоративне страхування вигідне не лише для продавця страхових послуг, але для страхувальника – юридичної особи, оскільки страхові платежі за розмірами значно менші можливих збитків і ймовірних страхових відшкодувань. Крім того, практична реалізація превентивної функції страхування через фінансування заходів із запобігання збиткам чи надання рекомендацій щодо управління ризиками дозволяють знизити ймовірність виникнення несприятливих подій, підвищити сервіс страхового обслуговування й поліпшити систему управління ризиками [6, с. 115]. Урахування таких

особливостей дозволило трактувати корпоративне страхування як складову ризикменеджменту підприємства, що є системою економічних відносин між страховою компанією та страхувальником (підприємством), за яких останній сплатою страхових премій забезпечує собі фінансування ймовірних збитків унаслідок реалізації ризиків його виробничо-господарської діяльності шляхом одержання від страховика страхового відшкодування чи компенсації шкоди, завданої майну чи здоров'ю третіх осіб. Звернення до корпоративного страхування спрямоване на досягнення основної мети – забезпечення підприємства компенсаційним ресурсом, достатнім за обсягом і за прийнятну ціну, що досягається через виконання основних завдань із дотриманням відповідних принципів (рис. 1.3).

Різноманітність завдань, які покликане вирішувати корпоративне страхування, обумовлює існування широкого спектру його видів, що можуть бути класифіковані за різними ознаками: за об'єктами страхування, страховими ризиками, родом небезпеки, відповідними стадіями колообігу фінансових ресурсів підприємства – грошової, виробничої і товарної. Звичайно підприємство насамперед зацікавлене у збереженні своїх активів як виробничого, так і іншого призначення, а також у продовженні своєї діяльності навіть у випадку реалізації різного роду ризиків. Таким чином, управління ризиком підприємства – це не одномоментний (разовий захід), а система заходів, що містить моніторинг потенційних та наявних ризиків, їх аналіз і планування заходів, що компенсують можливий збиток чи втрати. Через впровадження та використання сучасних способів управління ризиками можуть зменшитися витрати на відшкодування збитків, а вивільнені фінансові ресурси, що спрямовувалися на покриття збитків, які виникають унаслідок прорахунків у господарській діяльності підприємства і виробництва.

Управління ризиками на основі побудови страхового захисту підприємства організовується за результатами аналізу його діяльності з урахуванням факторів, що впливають на оцінку можливого збитку. Звернення підприємства до страхової компанії за страховим захистом передбачає усестороннє вивчення

страховиком (сюрвеєром, оцінювачем) особливостей та специфіки бізнесу корпоративних клієнтів з метою формування програми попереджувальних заходів і розробки пакетів страхових продуктів у межах наявних програм страхового захисту, які найбільш повно відповідають потребам того чи іншого підприємства. Задля вирішення поставленого завдання побудовано матрицю взаємодії: «суб'єкт підприємницької діяльності – страхові продукти», яка ілюструє попит підприємства на управління конкретним ризиком підприємства і пропозицію страхової компанії страхової послуги, що відповідає певному ризику [8]. Взаємодія можлива за умови наявності попиту підприємства та пропозиції страхової компанії на управління визначеними ризиками.

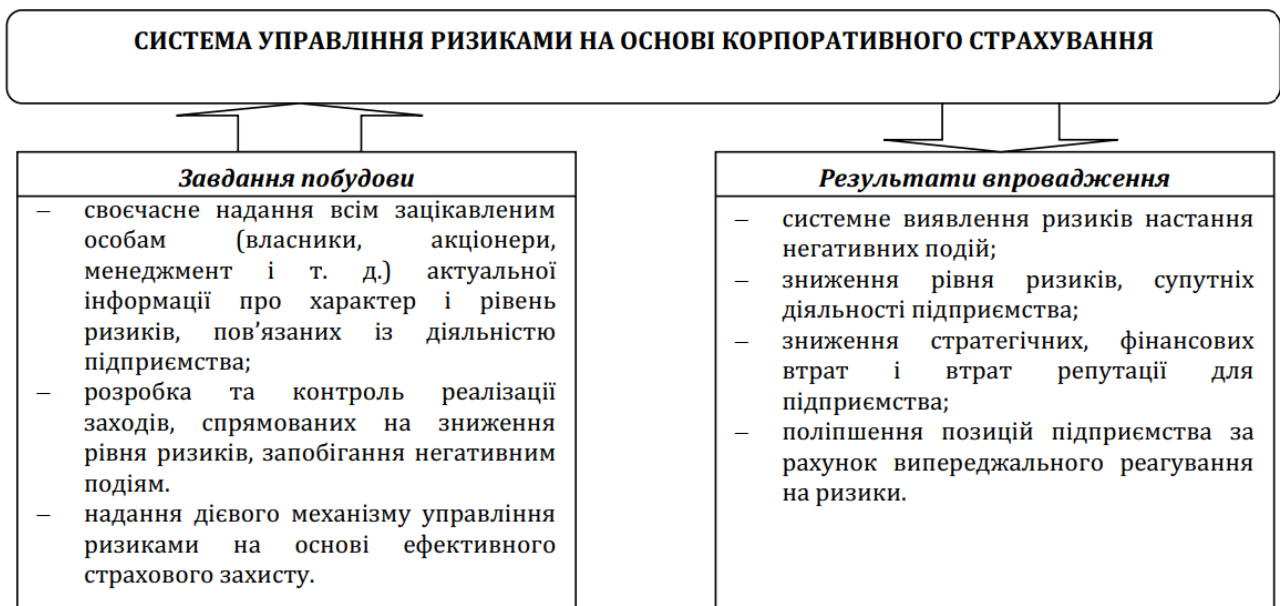


Рис. 4. Завдання побудови та результати впровадження системи управління ризиками на основі корпоративного страхування *Складено автором Таблиця 1. Матриця взаємодії «суб'єкт підприємницької діяльності – страхова компанія»

Елементи виробничого процесу		НДР, ОКР і розробка проектів	Виробництво	Фінанси	Персонал	Логістика, збут
Галузі страхування	Страхові продукти					
Особисте страхування	Добровільне страхування від нещасних випадків	+	+		+	
	ДМС	+	+		+	+
	Страховання життя	+	+		+	+
	Недержавне пенсійне страхування	+	+		+	+
Майнове страхування	Страховання від вогню та інших небезпек	+	+		+	+
	Страховання від збитків унаслідок перерв у виробництві		+	+	+	
	Страховання оборотних і необоротних активів	+	+	+		+
	Страховання будівельно-монтажних ризиків	+	+			
	Страховання інвестиційних проектів	+	+			+
	Страховання фінансових ризиків	+	+	+		+
	Страховання вантажів		+			+
	Страховання транспортних засобів	+	+		+	+
Страховання додаткових витрат	+	+	+		+	
Страховання відповідальності	Страховання відповідальності підприємств – джерел підвищеної небезпеки		+	+	+	
	Страховання відповідальності власників транспортних засобів	+	+		+	+
	Страховання відповідальності за непогашення кредиту	+		+		+
	Страховання відповідальності за забруднення довкілля		+			+
	Страховання професійної відповідальності	+	+	+	+	

Відсутність чітких критеріїв прийняття рішень відносно вибору страхування як методу управління ризиком не дозволяє автоматично класифікувати ризики на ті, що підлягають страхуванню, і ті, що не можуть бути застрахованими. Успішність взаємодії страхової компанії та виробничого підприємства визначається можливістю і доцільністю взаємодії, а також економічною ефективністю страхового захисту.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ «СК «ГАРДІАН»

2.1. Характеристика системи управління корпоративним страхуванням та показників діяльності страхової компанії

Страхова компанія «Гардіан» (далі СК «Гардіан») – це компанія, яка протягом багатьох років стабільно утримує високу ліквідність та регулярно демонструє позитивну фінансову динаміку, залишаючись на страховому ринку надійним партнером та гідним конкурентом. Це професійна страхова компанія, яка надає якісні, і також гарантовані послуги у сфері страхування. Вона допоможе швидко і успішно врегулювати всі страхові випадки. Фахівці СК «Гардіан» вирішують проблеми своїх клієнтів, дозволяючи їм залишатися спокійними, впевненими у виборі страховки, що підходить клієнту. Місія страхової компанії – максимально передбачити бажання клієнтів та гарантувати їм якісний рівень страхових послуг, і водночас швидке врегулювання страхових випадків. На початку діяльності ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» працювала під назвою «Укрфінполіс». У 2017 році страховик отримав свою сучасну назву, а також змінив стратегію, команду, побудова агентських продажів, розробив нові страхові продукти. При цьому пріоритетними напрямками для розвитку є добровільне медичне страхування. Страховик надає послуги для корпоративних і індивідуальних клієнтів [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**]. Страхова компанія протягом багатьох років стабільно утримує високу ліквідність та регулярно демонструє позитивну фінансову динаміку, залишаючись на страховому ринку надійним партнером та гідним конкурентом. В 2017 за версією МФ Клуб «Банкир» – СК «Гардіан» отримала статус «Страхова компанія, що найбільш динамічно розвивається», а в наступному році стала «Лідером страхового ринку за темпами врегулювання справ» [**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**]. В цьому ж році страхова компанія являється асоційованим членом Моторного страхового бюро України (МТСБУ) В 2018 році – за висновком експертного агентства «Експерт-рейтинг», отримала рейтинг фінансової стійкості на рівні uaAA, що свідчить про дуже високий рівень

фінансової стійкості. Наступного року компанія підтвердила цей статус і отримала сертифікат, який засвідчує, що система управління якістю компанії в галузі страхування відповідає вимогам стандарту ДСТУ ISO 9001: 2009 [Помилка! Джерело посилання не знайдено.]. Перевагами діяльності СК «Гардіан» є наступні [Помилка! Джерело посилання не знайдено.]: 1.

Високопрофесійні спеціалісти з багаторічним досвідом роботи у страхуванні та з розумінням потреб своїх клієнтів. 2. Швидке врегулювання страхових випадків – по КАСКО виплати відбуваються за 5-7 днів, по автоцивілці – 80% справ виплачуються до 35 днів з дня скоєння ДТП. 3. Великий перелік страхових продуктів забезпечується ліцензіями Нацкомфінпослуг на 17 видів добровільного страхування, та 18 видів обов'язкового страхування. 4.

Індивідуальний підхід до кожного страхового випадку та гнучкість у вирішенні спірних питань. 5. Розгалужена агентська мережа, яка покриває всю Україну. 6. Співпрацюють з найбільшими світовими перестраховими компаніями. 7. Мають власний Call-центр. СК «Гардіан» для юридичних осіб пропонує такі страхові продукти [Помилка! Джерело посилання не знайдено.]: захист майна (споруди; земельні ділянки; інженерне обладнання; будівельно-монтажні роботи; спеціальні машини, обладнання; товари в обороті/товарні запаси; майно у холодильних, морозильних камерах; передавальні пристрої, електронне обладнання; скляні предмети, скляні елементи будівель, споруд); захист транспорту (автоцивілка, КАСКО: автомобілі, автобуси, тролейбуси, трамваї; залізничний транспорт: локомотиви, вантажні вагони, пасажирські вагони, вагони-лабораторії; маломірні судна: добровільне страхування судна, маломірні судна, яхти); захист вантажів та багажу (добровільне страхування вантажів за всіма ризиками; добровільне страхування вантажів за обмеженим переліком ризиків; страхування вантажів за мінімальним переліком ризиків страхування вантажів за визначеними ризиками); агрострахування (урожай сільськогосподарських культур; урожай багаторічних насаджень; сільськогосподарські тварини, птиця, кролі, хутрові звірі, бджолосім'ї, риба та інші водні живі ресурси та тваринницька продукція);

страхування відповідальності (страхування професійної відповідальності органів і випробувальних лабораторій по сертифікації продукції (товарів, робіт, послуг); страхування цивільної відповідальності перед третіми особами; страхування відповідальності евакуаторів; страхування відповідальності керівників та членів наглядових рад державних унітарних підприємств та господарських товариств; страхування цивільної відповідальності перед третіми особами охоронних фірм; страхування цивільної відповідальності перевізника або експедитора); страхування фінансових ризиків (виникнення збитків у Страхувальника у зв'язку з невиконанням або неналежним виконанням контрагентом договірних зобов'язань перед Страхувальником; виникнення збитків у Страхувальника у зв'язку з перервою в господарській діяльності); добровільне медичне страхування(додатковий бонус в соціальний пакет, потужна гарантія безпеки для здоров'я співробітників і значний внесок в репутацію компанії). Отже можна зробити висновок, що страхова компанія «Гардіан» має багаторічний досвід роботи, надає досить велику кількість страхових послуг для фізичних і юридичних осіб та міцно закріпилась на страховому ринку. ■■■ Перейдемо до більш детального дослідження основних фінансово-економічних показників діяльності СК «Гардіан». На початку дослідження проведемо аналіз надходжень страхових платежів впродовж 2018-2022 років, що наведено у таблиця 1.1.

Таблиця 1.1. Аналіз надходжень страхових платежів СК «Гардіан», тис грн

№ з/п	Види страхування	Сума страхових премій					Темп приросту 2022р. до 2018р, %.
		2018	2019	2020	2021	2022	
1.	Добровільне страхування						
1.1.	Страхування від нещасних випадків	856	1391	10041	30668	30879	3507
1.2.	Страхування наземного транспорту (крім залізничного)	4086	13192	20549	29123	41084	905
1.3.	Страхування медичних витрат	2011	9054	158602	74549	206760	10181
1.4.	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	639	992	916	1582	733	15
1.5.	Страхування здоров'я на випадок хвороби	4	67	2300	11994	12923	322975
1.6.	Страхування вантажів та багажу (вантажобагажу)	1224	2319	108	186	685	-44
1.7.	Страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ	2568	3033	4838	7241	8663	237
1.8.	Страхування майна (іншого)	2319	4525	12200	15942	19982	762
1.9.	Страхування відповідальності перед третіми особами (іншої)	3220	2209	2860	3544	3599	12
1.10.	Страхування фінансових ризиків	208	550	386	221	108	-48
1.11.	Страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)	149	996	4238	6306	8960	5913
1.12.	Страхування відповідальності власників водного транспорту	1	276	107	40	3	200
1.13.	Страхування сільськогосподарської продукції	3000	3637	249	168	2389	-20
1.14.	Страхування виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій	0	0	0	2148	3625	-
1.15.	Страхування кредитів	10633	6768	0	66	11	-99
1.16.	Страхування водного транспорту	0	2910	4334	77	18	-
1.17.	Страхування залізничного транспорту	0	169	0	303	229	-
1.18.	Всього	30918	52088	221725	184158	340650	1002
2.	Обов'язкове страхування						
2.1.	Особисте страхування від нещасних випадків на транспорті	19	288	315	682	1305	6769
2.2.	ОСЦПВНТЗ	7126	54266	97419	180919	243390	3316
2.3.	Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів (за міжнародними договорами)	0	0	0	0	68696	-

2.4.	Страховання відповідальності суб'єктів перевезення вантажів на випадок настання негативних наслідків	662	1235	1004	280	325	-51
2.5.	Обов'язкове страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки	388	739	896	1052	1099	183
2.6.	Особисте страхування працівників відомчої та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин	322	522	896	758	616	91
2.7.	Страховання цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю	54	155	173	357	760	1306
2.8.	Авіаційне страхування цивільної авіації	0	2935	3963	958	995	-
2.9.	Страховання цивільно-правової відповідальності приватного нотаріуса	8	33	137	94	273	3308
2.10.	Страховання предмета іпотеки від ризиків знищення, пошкодження або псування				180	688	-
2.11.	Страховання майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти та газу	0	519	0	857	537	-
2.12.	Страховання відповідальності за утилізацію небезпечних відходів	0	4	7	7	12	-
2.13.	Всього	0	0	0	1013	12145	-
3.	Всього	8579	60695	104810	187157	330841	3756

Примітка. Розраховано за даними [Помилка! Джерело посилання не знайдено.]. За даними таблиці 1.1 видно, що в 2022 році СК «Гардіан» укладено сума страхових премій становила 340650 тис грн з добровільних видів страхування та 12145 тис грн з обов'язкових видів страхування. Дані, наведені у таблиці 1.2., дозволяють зробити відносний аналіз про прибутковість та збитковість окремих видів страхування за 2021 рік. Таблиця 1.2. Аналіз прибутковості та збитковості окремих видів страхування в 2022 році СК «Гардіан», тис грн

№ з/п	Вид страхування	Сума платежу	Сума виплат	Частка страхових відшкодувань в сумі страхових платежів, %	Прибутковість (збитковість)
-------	-----------------	--------------	-------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------

1.	Страховання відповідальності перед третіми особами (іншої)	3599,3	159,7	4,4	3439,6
2.	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	732,7	637,0	86,9	95,7
3.	ОСЦПВВНТЗ	243390,3	101522,0	41,7	141868,3
4.	Страховання здоров'я на випадок хвороби	12923,0	1601,9	12,4	11321,1
5.	Страховання від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ	8663,2	61,4	0,7	8601,8
6.	Страховання від нещасних випадків	30878,6	1809,1	5,9	29069,5
7.	Страховання медичних витрат	206760,1	3914,5	1,9	202845,6
8.	Страховання предмета іпотеки від ризиків знищення, пошкодження або псування	688,2	14,0	2,0	674,2
9.	Страховання від нещасних випадків на транспорті	1305,1	10,8	0,8	1294,3
10.	Страховання наземного транспорту (крім залізничного)	41084,0	24331,9	59,2	16752,1
11.	Страховання ЦВ власників наземного транспорту	8959,8	1561,9	17,4	7397,9
12.	Страховання майна (іншого)	19982,0	5093,7	25,5	14888,3
13.	Страховання сільськогосподарської продукції	2389,0	135,9	5,7	2253,1
14.	Страховання фінансових ризиків	108,4	2,2	2,0	106,2
15.	Страховання цивільної відповідальності власників транспортних засобів (за міжнародними договорами)	68696,1	4850,5	7,1	63845,6
16.	Всього	650 159,8	145 706,5	22,4	504 453,3

Примітка. Розраховано за даними [Помилка! Джерело посилання не знайдено.].

Наведені дані в таблиці 1.2 свідчать, що усього сума виплат страхових відшкодувань за 2022 рік склала 145706,5 тис грн, що складає 22,4 % від суми отриманих страхових платежів за усіма видами страхування. Причому найбільшу частину отриманих страхових платежів пішла на виплати страхових відшкодувань з таких видів страхування, як: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) в розмірі 86,9 %, страхування наземного транспорту (крім залізничного) – 59,2 % та ОСЦПВВНТЗ – 41,7 %. Для забезпечення своєчасних та в повному обсязі розрахунків з страхувальниками,

формувався страхові резерви та здійснювалось, у необхідних випадках, перестраховання ризиків. В 2022 році СК «Гардіан» відсутнє перевищення частки страхових платежів, належних перестраховикам, над загальним обсягом страхових платежів, а також відсутнє перевищення частки страхових відшкодувань, компенсованих перестраховиками над загальним обсягом страхових відшкодувань. Вибір перестраховиків з числа стійких у фінансовому плані дозволяє компанії розраховувати на своєчасність виплат.

Проаналізувавши структуру платежів СК «Гадріан за 2022 рік (рисунок 1.1), можна зазначити, що найбільшу частку складають платежі по ОСЦПВВНТЗ – 38%, платежі по страхуванню медичних витрат – 32 %, страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів (за міжнародними договорами) – 11% та страхування наземного транспорту – 6 %. Виходячи з даних побудованого рисунку 1.2. видно, що головним елементом витрат є виплати страхового відшкодування і викупних сум є виплати по ОСЦПВВНТЗ – 70 %, страхування наземного транспорту – 17 % та страхування майна – 4 %. Як наслідок, ми можемо прослідкувати залежність між страховими платежами по конкретному виду страхуванню та виплатах по відповідних видах страхування.



Рисунок 1.1 – Структура платежів окремих видів страхування СК «Гардіан» в 2022 році,% Примітка. Розраховано за даними [Помилка! Джерело посилання не

знайдено.].

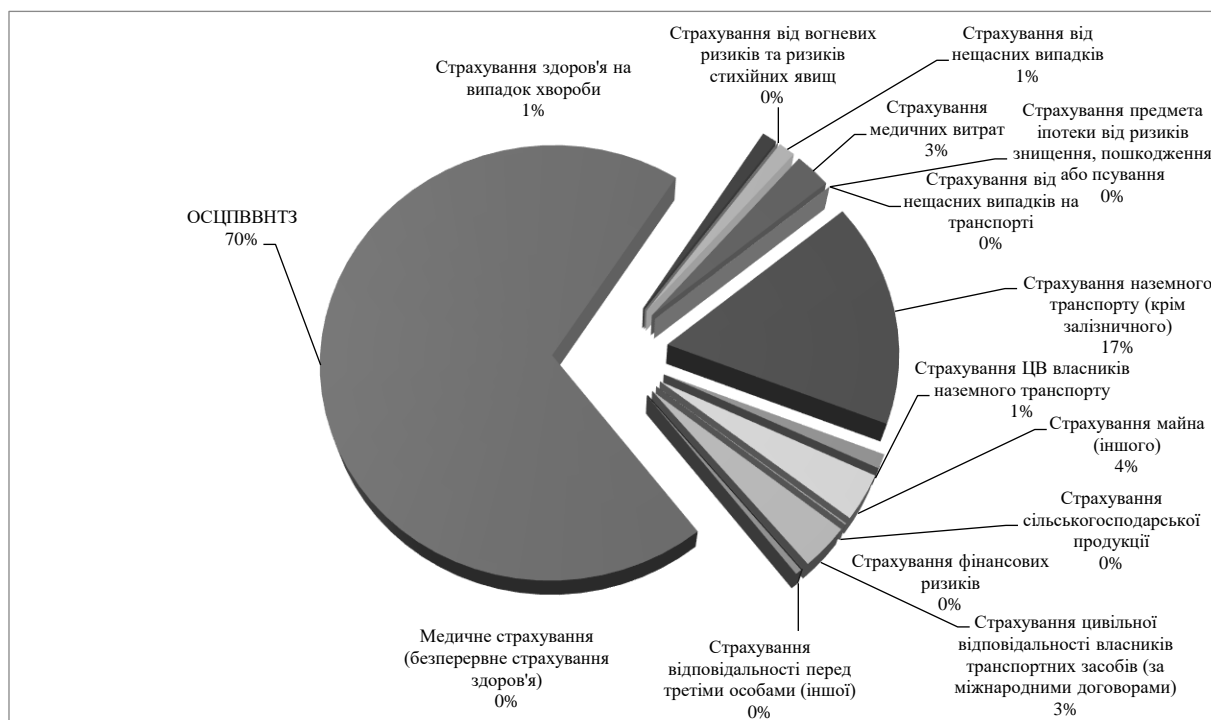


Рисунок 1.2 – Структура виплат окремих видів страхування СК «Гардіан» в 2022 році, % Примітка. Розраховано за даними [Помилка! Джерело посилання не знайдено.]. Прибуток і рентабельність є основними показниками фінансових результатів страхових організацій. Зокрема, розраховуються такі показники прибутку: чистий прибуток, страхові резерви, прибуток від інвестицій. Проаналізуємо динаміку основних фінансових показників фінансово-господарської діяльності страхової компанії «Гардіан» за 2017-2021 роки (таблиця 1.3). Таблиця 1.3 Показники прибутковості страхової компанії «Гардіан», тис грн

№ з/п	Показники	Роки					Темп приросту 2021р. до 2017р, %.
		2018	2019	2020	2021	2022	
1.	Чистий прибуток	151	338	1143	1393	28465	18750,99
2.	Витрати страхової компанії	24260	70 673	221535	309485	376302	1451,12
3.	Страхові внески	43 221	107 849	294 586	385809	652128	1408,82
4.	Прибуток у тарифах	12407	42 670	163 996	193838	391024	3051,64
5.	Страхові резерви	21786	44 114	148072,2	125732	180398	728,05
6.	Сума активів	153 566	288 955	343 884	117413	187309	21,97
7.	Сума власного капіталу	101 190	118 975	120368	120 369	148833	47,08

Примітка. Розраховано за даними [29-32].

Розмір чистого прибутку,

отриманого СК «ГАРДІАН» за результатами діяльності в 2022 році, склав 28,465 млн грн, що на 1943 % більше ніж за 2021 рік та в 15 разів більше ніж в 2018 році. Найбільше на таке зростання вплинуло збільшення обсягу валового прибутку, який впродовж 2017-2021 роки зріс в 31 раза. Обсяг страхових внесків у 2022 році в 15 разів більший порівняно з 2018 роком, а страхові резерви – у 8 разів. Сума активів за аналізований період зросла на 21,97 %, обсяг власного капіталу – на 47,08 %. Відносно управління капіталом, слід відзначити, що основною метою компанії є забезпечення нормального рівня достатності капіталу. Оцінка власного капіталу страховика відіграє важливу роль у характеристиці його фінансового стану, адже власний капітал утворює запас платоспроможності, а також забезпечує формування страхових резервів. Розглядаючи структуру капіталу Компанії, відзначимо, що у 2022 році статутний капітал СК «Гардіан» становив 100 млн грн і займав 84,05 % від загального обсягу власного капіталу. Частку в розмірі 0,99 % власного капіталу займає нерозподілений прибуток (рисунок 1.3).

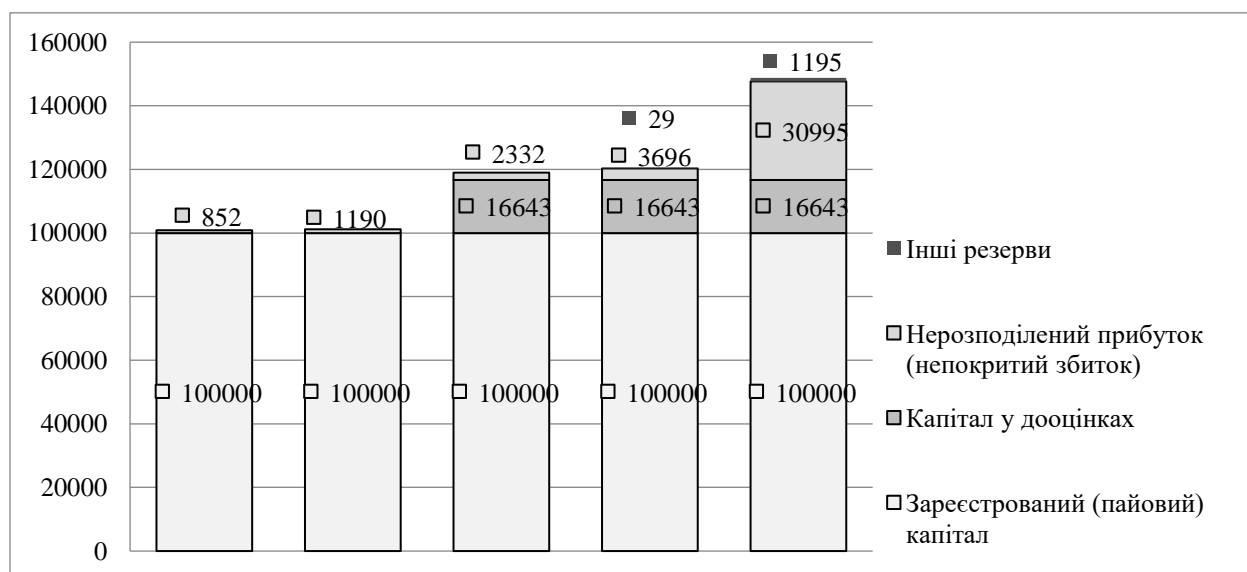


Рисунок 1.3 – Структура власного капіталу СК «Гардіан» Примітка. Розраховано за даними [с]. Аналіз структури власного капіталу показує, що він у 2018-2019 рр майже на 100% складається з внесків акціонерів. Починаючи з 2020 року структура власного капіталу дещо помінялась і в 2022 році пайовий капітал становив 67 %, нерозподілений прибуток – 21 %, капітал у дооцінках – 11 %. Статутний капітал Товариства сформований у відповідності до ст. 30

розділу III Закону України «Про страхування» в повному обсязі та станом на 31.12.2022 року складає 100 000,0 тис. грн., що еквівалентно 3153,20 тис. євро, що в свою чергу перевищує норму Закону України «Про страхування», яка вимагає для страховика, що займається видами страхування іншими, ніж страхування життя мати статутний капітал у розмірі 1 000, 0 тис. євро. Розрахуємо рівень капіталізації, тобто обчислюється співвідношення щодо покриття власним капіталом зобов'язань СК «Гардіан» за 2018-2022 роки (рисунок 1.4).

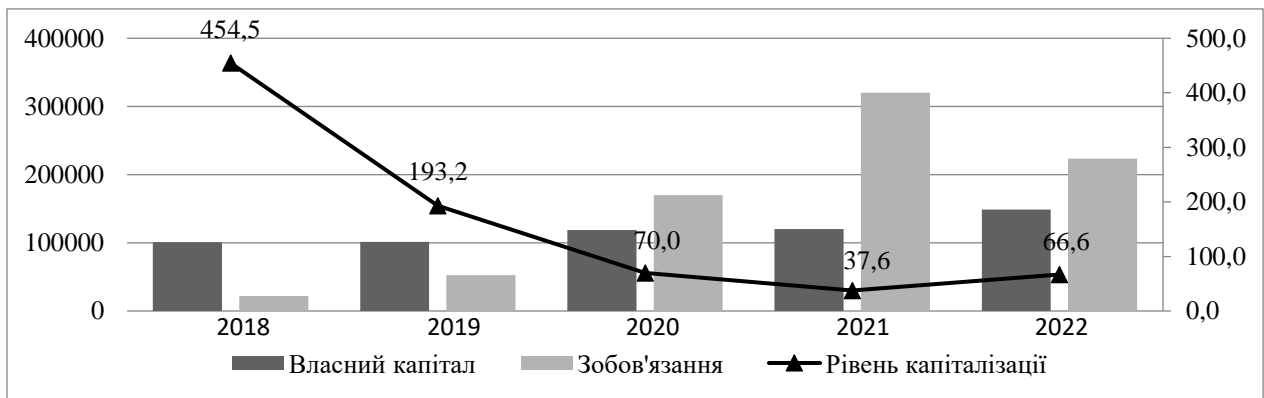


Рисунок 1.4 – Рівень капіталізації СК «Гардіан», % Примітка. Розраховано за даними [14-17]. Тому звернемо увагу, що власний капітал страхової компанії за аналізований період – практично не змінився і на кінець 2022 року склав 149 млн грн. Валові зобов'язання у 2022 році порівняно з 2018 роком зросли в 10 разів в результаті такого істотного зростання, рівень капіталізації в аналізований період знизився. Таким чином, станом на 31.12.2022 року рівень покриття власним капіталом зобов'язань в СК «Гардіан» становив 66,6 %, що свідчить про хороший рівень даного показника. Корпоративне страхування (також відоме як корпоративне медичне страхування або страхування для бізнесу) - це вид страхування, який надається компанії для її співробітників. Ця форма страхування включає різні види медичного покриття та інші допоміжні послуги для забезпечення здоров'я та добробуту працівників. Основні характеристики корпоративного страхування: Групове страхування. Корпоративне страхування є формою групового страхування, де велика кількість осіб, які працюють в одній компанії, отримують медичне покриття в рамках одного спільного поліса. Обсяги покриття. Корпоративні страхові поліси можуть

включати різні види покриття, такі як медичні послуги, стоматологія, оптика, покриття витрат на ліки, а також інші допоміжні програми та послуги. Вартість. Зазвичай вартість корпоративного страхування розподіляється між компанією-роботодавцем і працівниками. У багатьох випадках, компанія оплачує частину вартості або взагалі покриває її в повному обсязі. Залежні від обставин користувачі. Умови та обсяги страхового покриття можуть бути адаптовані відповідно до потреб конкретної компанії та її працівників. Можливість розширення покриття. Компанії можуть розширити покриття для працівників, включаючи сім'ї та інших членів їхнього господарства. Профілактичні програми та заохочення до здорового способу життя. Деякі корпоративні страхові плани можуть включати програми профілактичної медицини та заохочувати працівників до активного та здорового способу життя. Корпоративне страхування є важливим елементом пакета соціальних вигод, які компанії надають своїм працівникам для забезпечення найкращих умов праці та збереження талановитого персоналу. Воно також може сприяти підвищенню привабливості компанії на ринку праці та поліпшенню її репутації. Рівень розвитку корпоративного страхування СК «Гардіан» залежить від зовнішніх і внутрішніх факторів, які не завжди добре впливають на неї, тому успішне функціонування страховика визначається саме стійкістю до такого роду негативних чинників. До факторів зовнішнього впливу на СК «Гардіан» відносять економічні, соціальні, психологічні та екологічні фактори, прикладом яких є рівень інфляції, кон'юнктура страхового ринку, грошово-кредитна політика, рівень освіченості населення. Фактори внутрішнього впливу визначаються розміром власного капіталу, тарифною політикою, діловою репутацією страхової компанії, кількістю резервів, збалансованістю активів і пасивів, страхового портфеля, стратегією розвитку підприємства тощо. Одним із пріоритетних напрямків СК «Гардіан» є управління внутрішніми факторами впливу на страховий портфель, адже за зовнішніми факторами страхова компанія практично не може здійснювати контроль та дуже важко ефективно їм протистояти. Відтак можна виділити основні чинники розвитку

корпоративного страхування СК «Гардіан», а саме: достатній розмір власного капіталу і страхових резервів, необхідних для виконання свої зобов'язань; оптимальний рівень тарифної політики; збалансованість страхового портфеля; надійність механізму перестраховування та високий рівень платоспроможності страхової компанії та конкурентоспроможні страхові програми в корпоративному сегменті. Управління корпоративним страхуванням СК «Гардіан», як і будь-яке інше управління, ґрунтується на відповідному механізмі. Механізм управління корпоративним страхуванням страхової організації являє собою сукупність елементів впливу на процес розробки та реалізації управлінських рішень, пов'язаних з просуванням страхових програм в корпоративному сегменті, а також виконання зобов'язань за прийнятими на страхування договорами. Система зовнішнього оцінювання та регулювання корпоративного страхування СК «Гардіан» включає: 1. Державне нормативно-правове регулювання діяльності страхової організації. 2. Ринковий механізм регулювання діяльності страхової організації (конкуренція в корпоративному сегменті). 3. Система зовнішньої оцінки фінансової стійкості страхових організацій і їх ранжування (рейтингові агентства, державні органи різних рівнів, кредитні організації, зовнішні аудитори, різні суб'єкти фондового ринку та ін.). Серед важелів управління розвитком корпоративного страхування СК «Гардіан» варто виділити загальні (характерні для фінансового механізму-організацій взагалі: ціна, прибуток, грошовий потік, внутрішня стратегія компанії, інвестиційний портфель та інші) та специфічні (актуальні для механізму управління розвитком корпоративного страхування страхової організації: страхові резерви за даним видом страхування, страховий тариф, страхова сума, франшиза, страховий портфель, маржа платоспроможності та інші). Серед інструментів управління розвитком корпоративного страхування СК «Гардіан» варто виділити загальні (платіжні, кредитні, депозитні інструменти та інструменти інвестування) та специфічні (договір страхування, страховий поліс, договір перестраховування, внутрішня фінансова звітність, бордеро премій у перестрахованні та інші). СК «Гардіан» застосовує загальні та специфічні

методи управління розвитком корпоративного страхування. До загальних методів належать економіко-статистичні, економіко-математичні, експертні методи (при виборі опцій корпоративних договорів, в процесі андеррайтингу тощо), методи дисконтування та нарощення вартості (застосовуються в накопичувальному страхуванні), методи диверсифікації (при здійсненні страхової діяльності, формуванні страхового портфеля). До специфічних методів належать методи моделювання зміни структури портфелю корпоративного страхування, перестраховування, превентивні методи (ухилення від ризиків, запобігання збиткам), методи інвестування, розрахунку тарифів та величини страхових резервів. Забезпечення розвитку корпоративного страхування СК «Гардіан» є комплексним процесом, пов'язаним з постійним контролем усіх сфер його діяльності та своєчасною реакцією його менеджменту на зміну внутрішнього та зовнішнього середовища. До важливих критеріїв забезпечення стабільної діяльності СК «Гардіан» належать: достатність власного капіталу; врівноважена тарифна політика; збалансованість страхового портфеля; наявність безпечної програми перестраховування; адекватні методи формування страхових резервів; оптимальна інвестиційна політика; високий рівень платоспроможності. Враховуючи мету управління розвитком корпоративного страхування СК «Гардіан», а саме захисту інтересів страхувальників, уникнення і мінімізації небажаних ризиків, пом'якшення їх наслідків, зменшення вразливості до них, можна вважати таке управління частиною управління страховим портфелем СК «Гардіан». Управління ризиками - це процес, за допомогою якого СК «Гардіан» виявляє (ідентифікує) ризики, проводить оцінку їх величини, здійснює їх моніторинг і контролює свої ризикові позиції, а також враховує взаємозв'язки між різними категоріями ризиків. Комплекс дій з ризик-менеджменту має на меті забезпечити досягнення таких цілей: - ризики мають бути зрозумілими та усвідомлюватися Компанією та її керівництвом; - ризики мають бути в межах рівнів толерантності, установлених Компанією; - рішення з прийняття ризику мають відповідати стратегічним завданням діяльності Компанії; - рішення з

прийняття ризику мають бути конкретними і чіткими; - очікувана дохідність має компенсувати прийнятий ризик; - розподіл капіталу має відповідати розмірам ризиків, на які наражається Компанія; - стимули для досягнення високих результатів діяльності мають узгоджуватися з рівнем толерантності до ризику. Відповідальність за Стратегію управління розвитком корпоративного страхування несе керівництво СК «Гардіан». Процедури управління ризиками включають наступні основні етапи: 1. Згідно з організаційною структурою Компанії відбувається розподіл всіх напрямків діяльності Компанії та керівників за кожним напрямком, та визначення відповідальних за ризик (далі - власник ризику). Ризик-менеджер проводить зустрічі-співбесіди з кожним із власників ризику. Зустрічі можуть мати широкий формат за участі всіх задіяних співробітників. 2. В рамках зустрічей відбувається опитування власника ризику з приводу потенційних ризиків, притаманних даній сфері. Перед зустріччю Ризик-менеджер готує перелік можливих ризиків, аналізує ситуацію в Компанії, на ринку, загальну картину в країні, аналогічні напрямки в страхових компаніях закордоном. Власник ризику виступає в ролі експерта, точка зору якого є вагомим при оцінці. Співробітник з управління ризиками має право не погодитися з оцінкою власника ризику. 3. За розглянутими ризиками складається перелік ризиків. Для кожного з ризиків аналізується можливість кількісно оцінити потенційні збитки від ризику, імовірність настання. 4. За результатами оцінки ризиків розробляється план реагування на ризики. План потенційно включає відповідальних за виконання плану, строки виконання, особу, що контролює виконання плану. 5. У випадку виявлення суттєвого ризику співробітник Ризик-менеджер має повідомити про це Генеральному директору. 6. На повторних співбесідах з власниками ризиків відбувається перегляд попередніх ризиків, аналіз виконання планів щодо їх мінімізації, коригування плану у випадку необхідності. 7. За всіма розглянутими ризиками ведеться перелік. Неактуальні ризики переносяться до архіву ризиків. 8. При оцінці ризиків необхідно керуватися принципом матеріальності та доцільності. Основною метою є виявлення реальних ризиків, які у випадку реалізації несуть

суттєву загрозу для компанії. 9. Для ефективного моніторингу та виявлення потенційних ризиків важливим є процес щоденного моніторингу основних інформаційних ресурсів (сайти державного регулятора, ключових страхових інформаційних порталів, джерел інформації, пов'язаної з активами Компанії). Вагомим критерієм забезпечення розвитку корпоративного страхування СК «Гардіан» є фінансове управління за рахунок створення бюджетів, в основі яких мають бути розробка планів подальшої діяльності страховика, аналіз і контроль договорів ДМС як індивідуальних, так і корпоративних. Збільшенню отриманого прибутку та підвищенню розвитку корпоративного сегменту сприяє також впровадження інноваційних послуг і новітніх технологій. Розвиваючи інноваційну діяльність в усіх напрямках функціонування, страхова компанія має можливість упродовж тривалого періоду часу отримувати надприбутки та нарощувати фінансові ресурси для впровадження нових послуг і новітніх технологій.

2.2. Аналіз розвитку програм корпоративного медичного страхування СК «Гардіан» Основним джерелом доходів ТДВ «СК «ГАРДІАН» впродовж 2018-2022 рр. є страхові премії від медичного страхування. Разом з тим, на жаль, жоден страховик не розмежує в рамках медичного страхування індивідуальні та корпоративні пакети ДМС. Аналіз динаміки страхових премій СК «ГАРДІАН» в 2018-2022рр. за договорами добровільного страхування наведено в Додатку А. Дані таблиці дають змогу зробити висновки, що в 2018-2022рр. обсяг страхових премій за договорами добровільного страхування мав позитивну динаміку. В 2022 році збільшився порівняно з 2018 р. на 159690 тис. грн. або на 752,6 %. Зобразимо динаміку страхових премій графічно (рис.2.1.).

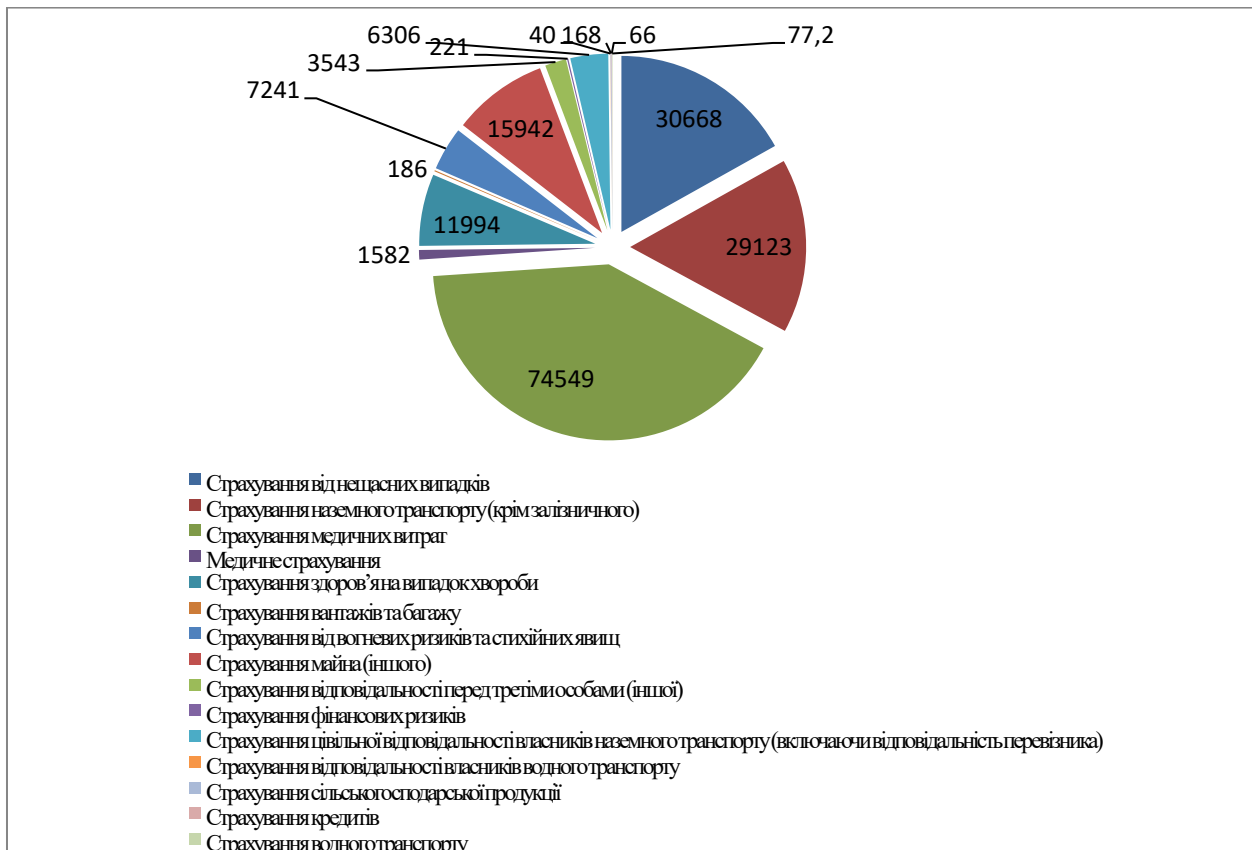


Рисунок 2.1 - Динаміка страхових премій ТДВ «СК «Гардіан» впродовж 2018-2022 рр. за договорами добровільного страхування, тис. грн. Примітка: складено автором на основі [12].

СК «ГАРДІАН» надає послуги з добровільного медичного страхування., цей вид страхування дозволяє: захистити себе від непередбачуваних витрат у випадку виникнення гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або травми особи; отримати якісну своєчасну медичну допомогу незалежно від території проживання (прописки) та свого місцезнаходження на момент виникнення захворювання. Застрахованими по медичному страхуванню можуть бути фізичні особи, корпоративні клієнти, колективи та члени їх сімей. Поліс ДМС гарантує застраховані особі такі послуги: невідкладна медична допомога; стаціонарне лікування; амбулаторно-поліклінічне лікування та діагностика; стоматологія; профілактичний огляд; діагностика та лікування критичних захворювань. Добровільне медичне страхування в СК «Гардіан» дозволяє отримати такі переваги: медичну допомогу в лікувальних установах України; забезпечення медичними препаратами та послугами, передбаченими програмою страхування; грошову компенсацію самостійно витрачених коштів на послуги і медикаменти. контроль якості лікування та обслуговування клієнтів в медичних закладах; оперативність; індивідуальний супровід договорів страхування; гнучка програмна лінійка, яка розрахована на різні можливості клієнтів [44]. Далі розглянемо програми добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» (табл.2.1) Таблиця 2.1. Програми добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН»

Умови	Програма		
	Стандарт	Класика	Престиж
Страхова сума	75000	100000	175000
Вартість полісу	2000	4500	6000
Швидка медична допомога	До 5 категорій	До 6 категорій	До 6 категорій
Стаціонарне лікування	До 5 категорій	До 5 категорій	До 6 категорій
Амбулаторно-поліклінічне лікування та діагностика	-	До 4 категорій	До 6 категорій
Стоматологія	-	+	+

Примітка: складено автором на основі джерел [44] Для того щоб оцінити діяльність СК «Гардіан» розглянемо рейтинг страхових компаній по добровільному медичному страхуванню за 2018-2022 рр. (табл.2.2.) Таблиця 2.2. Рейтинг

страхових компаній по добровільному медичному страхуванню за 2018-2022 рр.

№	Роки				
	2018	2019	2020	2021	2022
1.	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА	УНІКА	УНІКА	УНІКА
2.	НЕФТЕГАЗСТРАХ	УНІКА	ПРОВІДНА	ПРОВІДНА	АРСЕНАЛІ
3.	УНІКА	НЕФТЕГАЗСТРАХ	ІНГО	ІНГО	ТАС СГ
4.	АХА СТРАХУВАННЯ	АХА СТРАХУВАННЯ	ARX	ARX	ARX
5.	PZU УКРАЇНА	ІНГО	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	УСГ
6.	ТАС СГ	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	ТАС СГ	NGS	ІНГО
7.	КРАЇНА	PZU УКРАЇНА	КРАЇНА	УСГ	NGS
8.	ІНГО	УСГ & ГЛОБУС	УСГ & ГЛОБУС	КРАЇНА	КРАЇНА
9.	УСГ & ГЛОБУС	КРАЇНА	PZU УКРАЇНА	ТАС СГ	АХА СТРАХУВАННЯ
10.	КРЕМЕНЬ	ТАС СГ	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	PZU УКРАЇНА	PZU УКРАЇНА

Примітка: упорядковано автором [53] Аналізуючи дані таблиці бачимо, що страхова компанія не входить до ТОП-10 рейтингу страхових компаній по добровільному медичному страхуванню, це свідчить про недостатній рівень наданих послуг в напрямку ДМС, потрібно використовувати досвід інших страхових компаній, які надають послуги за цим видом страхування. Розглянемо більш детально обсяг надходжень, суми відшкодувань та рівень виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022 років для більш повного розуміння стану розвитку ДМС В Україні. Результати розрахунків подамо у вигляді таблиці (табл.2.3). Таблиця 2.3 Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр.

Вид страхування	Роки					Відхилення 2022р. від 2018 р. (+/-)
	2018	2019	2020	2021	2022	
Добровільне медичне страхування						
Сума платежу	3546	8624	10046	159517,8	13576	10030
Сума виплат	113,2	526	893	1913,4	2009,6	1896,4

Інші види страхування						
Сума платежу	105641	92564	84721	149669,6	346173,5	240532,5
Сума виплат	18364	25641	19970	49463,3	93683,6	75319,6
Всього						
Сума платежу	109187	101188	94767	309187,4	359749,5	250562,5
Сума виплат	18477,2	26167	20863	51376,7	95693,2	77216
Питома вага надходжень від ДМС(%)	3,78	10,79	12,38	61,13	4,38	0,6

Примітка: складено автором за даними [12] Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр. показав позитивну динаміку. За п'ять років, що досліджуються обсяг надходження страхових премій має тенденцію до збільшення. Одним із основних показників, що характеризують страховика з точки зору привабливості для потенційного страхувальника є обсяг виплачених страхових сум та відшкодувань. За 2022рік компанія виплатила своїм клієнтам 95693,2 тис. грн. страхових відшкодувань, з них 2009,6 тис. грн. (4,38%) за договорами ДМС. Це говорить про збалансованість страхового портфелю та грамотну політику страховика. Розглянемо детальніше динаміку страхових платежів та відшкодувань саме за добровільним медичним страхуванням (рис. 2.2)

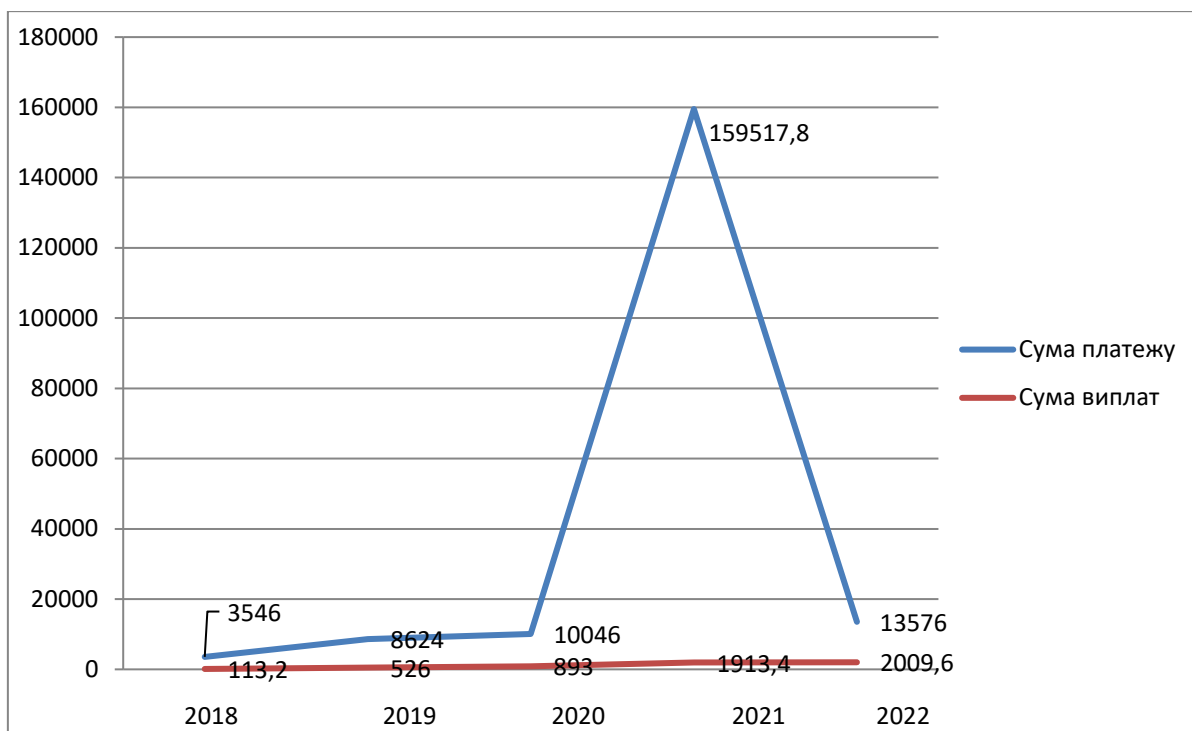


Рисунок 2.2 - Динаміка страхових платежів та відшкодувань за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» за 2018-2022рр.

Примітка: складено автором за даними [44] Необхідно відмітити, що протягом досліджуваного періоду рівень платежів з добровільного медичного страхування знаходився на надвисокому рівні, особливо у 2021 році, надходження за цим видом страхування склали 61,13% від загальної суми надходжень, оскільки в цей період компанія активно рекламувала свої послуги з добровільного медичного страхування, в результаті чого було заключено декілька великих договорів з заводами. Щоб забезпечити виконання зобов'язань за договорами ДМС і здійснювати виплати у повному обсязі, страхова компанія використовувала резерви для покриття збитків за цим видом страхування. В сучасному світі актуальним є питання добровільного медичного страхування. Пандемія, яка охопила багато країн світу, є причиною зростання захворюваності людей, але й ряду фінансово-економічних проблем. Пандемія коронавірусу не тільки змусила компанії класичного страхового ринку перейти на віддалену роботу, а й стала поштовхом до розробки нових страхових програм. Під час такого непростого періоду, ринок страхових послуг зазнав змін. Суб'єкти пристосовуються до

сучасної ситуації та приймають рішення, які сприяють їх розвитку не тільки під час кризи, але й у подальшому. В умовах пандемії утворилися загрози для успішної діяльності страхових компаній, але і виникли можливості для розвитку. Найчастіше компанії пропонують програми-конструктори, коли клієнт може вибрати наповнення пакета і термін страхування. Діапазон максимальних страхових сум – 10-100 тис грн. Термін страхування – від місяця до року. Найбільш популярний термін – шість місяців. Усі компанії покривають ризик смерті від коронавірусу (100% страхової суми), майже всі – отримання інвалідності та госпіталізацію (оплачується кожен день перебування в стаціонарі, але в сумі, яка не перевищує половини розміру максимальної страхової виплати) або амбулаторне лікування (фіксована сума за кожен день лікування). Традиційно винятком є громадяни з першою та другою групами інвалідності, інфіковані ВІЛ/СНІД та з онкологічними захворюваннями. Іноді страхові відмовляють і хворим на цукровий діабет. Неохоче страхують і лікарів, теоретично компанії готові страхувати від медичний персонал, але якщо

Пандемія COVID-19 виявила в Україні катастрофічний стан охорони здоров'я в частині забезпечення доступності та якості медичних послуг. Одним із факторів є не ефективне державне медичне страхування (це показав і брак тестів ПЛР, і відсутність місць для госпіталізації в лікарнях, і незадовільну ситуацію з необхідним медикаментозним забезпеченням, і відсутність апаратів ШВЛ та запасів кисню тощо). У розвинених державах світу діє страховий механізм фінансування витрат на охорону здоров'я, а в Україні добровільне медичне страхування складає менше 1% витрат на охорону здоров'я. СК «Гардіан» пропонує страхування населення шляхом укладання корпоративного пакету договору добровільного медичного страхування (ДМС) або через програму страхування Захист від «COVID-19». В такому випадку страховим випадком за ДМС буде погіршення стану здоров'я Застрахованої особи чи загострення хронічного захворювання, нещасного випадку, яке сталось під час та на території дії договору страхування, та отримання при цьому

медичної допомоги чи послуг в передбачених програмою страхування обсягах і якості з такого переліку опцій: стаціонарне лікування, амбулаторно-поліклінічне лікування, швидка медична допомога. Але потрібно звернути увагу на високу вартість програм ДМС в для середньостатистичного українця. Як правило вартість програми у 5 000-15 000 грн є фінансово недоступною, тому і попит на програми добровільного медичного страхування сучасних економічних умовах є неплатоспроможним. Одним з варіантом вирішення цієї проблеми є придбання адаптивних програм, які мають ознаки договору добровільного медичного страхування, тобто страховиком відшкодовуються медичному закладу понесені витрати, але в межах встановлених лімітів, які порівняно з класичним договором добровільного медичного страхування є невисокими. Також згадані договори мають ряд виключень з страхового покриття та передбачають гнучкі умови страхування. Так, програма страхування від ТДВ «Страхова Компанія «ГАРДІАН» «Здорова родина» – це програма, яка покриває витрати у разі госпіталізації у медичний заклад або смерті через інфікування коронавірусом COVID-19. Страхові випадки: виникнення у застрахованної особи хвороби - гострої респіраторної інфекції; стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом не менше 5 (п'яти) діб в результаті хвороби - гострої респіраторної інфекції, яка вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування; стаціонарне лікування Застрахованої особи в умовах відділення інтенсивної терапії з підключенням до апарату штучної вентиляції легень в результаті хвороби; стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом не менше 5 (п'яти) діб, яке не проводилося в умовах відділення інтенсивної терапії з підключенням до апарату штучної вентиляції легень хворого; смерть Застрахованої особи в результаті хвороби - гострої респіраторної інфекції, яка вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування. Переваги продукту: виплата страхового відшкодування в разі стаціонарного лікування при будь-якому перебігу хвороби; страхове покриття при перебуванні на стаціонарному лікуванні до

30 днів; страховий захист 24 години на добу; охоплення вікової групи ризику 50+; можливість дистанційного оформлення договору страхування менеджером або самостійне оформлення он-лайн; оплата обраного договору страхування клієнта проводиться у режимі он-лайн; гарантія виплат від надійної страхової компанії – одного з лідерів ринку страхування України.



Рисунок - 2.3. Алгоритм надання страхового захисту СК «ГАРДІАН»

Примітка. Складено автором за джерелом [44] Договір страхування можуть придбати: юридичні особи, на користь своїх співробітників; фізичні особи, резиденти і нерезиденти України, у свою користь або на користь будь-якої іншої фізичної особи. Застрахованими за договором можуть бути особи віком до 65 років. Алгоритм дій для укладення договору страхування: 1.

Визначитись щодо вибору Програми медичного страхування (вид програми). 2. Надати Страховику список застрахованих осіб та копії необхідних документів. 3. Ознайомитись з договором ДМС та підписати його. 4. Отримати картки страхування від Страховика та пам'ятки для Застрахованих осіб. 5. Отримувати медичну допомогу в обраному закладі охорони здоров'я. Аналіз вищевикладеного дозволяє зобразити алгоритм надання страхового захисту від COVID-19, що складається з 4 етапів, наведених на рис. 2.3 Для того, щоб розуміти рівень захисту який надає компанія, доцільно порівняти програми страхових компаній в Україні, а саме тарифи та послуги, які покриває страхова компанія при настанні страхового випадку. Для наглядного порівняння корпоративних програм страхових компаній щодо COVID-19 сформуємо таблицю 2.4. Таблиця 2.4.

Характеристика корпоративних програм страхових компаній

Умови	Назва страхової компанії				
	«ГАРДІАН»	«Країна»	«Уніка»	«ПЗУ»	«УПСК»
Стандарт					
Страхова сума	40000 грн.	30000 грн.	20000 грн.	50000 грн.	45000 грн.
Вартість полісу	800 грн.	600 грн.	400 грн.	1300 грн.	1100 грн.
Страхові суми по кожному ризику					
Факт діагностики	4000 грн.	2200 грн.	1700 грн.	6000 грн.	4500 грн.
Пневмонія	20000 грн.	15000 грн.	9000 грн.	25000 грн.	22000 грн.
Госпіталізація	25000 грн.	18000 грн.	11000 грн.	33000 грн.	26000 грн.
Смерть	40000 грн.	30000 грн.	20000 грн.	50000 грн.	45000 грн.
Престиж					
Страхова сума	70000 грн.	50000 грн.	50000 грн.	100000 грн.	80000 грн.
Вартість полісу	1700 грн.	1500 грн.	1300 грн.	2000 грн.	1800 грн.
Страхові суми по кожному ризику					
Факт діагностики	8000 грн.	6000 грн.	5500 грн.	10000 грн.	8000 грн.
Пневмонія	40000 грн.	35000 грн.	2000 грн.	60000 грн.	50000 грн.
Госпіталізація	75000 грн.	43000 грн.	30000 грн.	82000 грн.	65000 грн.
Смерть	70000 грн.	50000 грн.	50000 грн.	100000 грн.	80000 грн.

Примітка: складено автором за даними [9] Аналізуючи дані таблиці бачимо, що

виплати за страхування СК «ГАРДІАН» на випадок коронавірусної інфекції здійснюються на середньому рівні порівняно з іншими страховими компаніями в Україні. Слід констатувати, що на сьогодні зростає попит на запровадження медичного страхування. Багато страхових компаній в Україні пропонує укладання договору медичного страхування. Роботодавці піклуючись про здоров'я своїх співробітників укладають такі договори, що також має позитивні аспекти для страховиків – можливості надання актуальних страхових послуг та отримання прибутку. Для фізичних осіб страхування сприяє отриманню соціального захисту та зменшенню фінансового навантаження на страхувальника. Послуги які включають програми страхування від коронавірусу від українських страхових компаній мають різний спектр послуг, які входять в страховий поліс (табл. 2.5).

Таблиця 2.5. Послуги страхових компаній по страхування від COVID-19

№	СК	Програма	Страхове покриття
1.	«ГАРДІАН»	Захист від COVID-19	Виникнення у особи хвороби, стаціонарне лікування, смерть від COVID-19
2.	«Країна»	Захист від COVID-19	Госпіталізація в результаті зараження коронавірусом COVID-19; смерть від COVID-19
3.	«Уніка»	Страхування від COVID-19	Підтвердження діагнозу; амбулаторне і стаціонарне лікування; смерть від COVID-19
4.	«ПЗУ»	Стоп. Коронавіру	Стаціонарне лікування понад 5 днів гострої респіраторної інфекції, викликаної COVID-19 (до 30 днів); смерть застрахованого від COVID-19
5.	«УПСК»	Турбота 24/7: розширення COVID-19	Консультації та аналізи; поліклініка і стаціонар; смерть від COVID-19

Примітка. Складено автором. Аналізуючи таблицю 2.5., можна стверджувати, що на страховому ринку договори страхування від COVID-19 різних страхових компаній схожі. Страховими випадками є: лабораторно підтверджений факт інфікування коронавірусом; амбулаторне і стаціонарне лікування; смерть застрахованого в результаті важкого перебігу хвороби. Загалом, обслуговування пацієнтів за договорами ДМС може стати вигідним і для медичних закладів, надаючи стабільність фінансових потоків.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ КОРПОРАТИВНОГО СТРАХУВАННЯ «СК «ГАРДІАН»

Розвиток добровільного медичного страхування в сучасному світі потребує великої уваги, оскільки люди хочуть швидко та якісно отримувати медичні послуги та консультації, економія виражається і в грошовому еквіваленті, бо страховий поліс коштує значно дешевше, ніж медична допомога яку отримує застрахована особа. Одним з шляхів сприяння розвитку корпоративного добровільного медичного страхування може стати використання полісів мікрострахування для незаможного населення. Першочерговими щодо впровадження є поліси мікрострахування здоров'я на випадок хвороби. Розробка таких договорів обґрунтована результатами проведеного опитування незаможного населення і враховує їх інтереси та інтереси страховиків. Зміни, які необхідно зробити в законодавчій базі для того, щоб розвинути корпоративне добровільне медичне страхування, пов'язані зі специфікою оподаткування страхових компаній, які займаються цим видом страхування. Податкове навантаження для страхових компаній, які займаються ДМС, діє на загальних для страховиків підставах і не вмотивовує займатися цим видом страхування, що відрізняється від інших великою ресурсоемністю і високим рівнем виплат. Високі витрати даного виду пов'язані з соціальною значимістю виду та з його функціональною специфікою. На нашу думку, необхідно, щоб у законодавчому порядку, держава дозволила відносити кошти, які сплачені юридичною особою-страхувальником за договором ДМС на користь працівників, до витрат. Це буде стимулюючим фактором для громадян до захисту свого здоров'я за рахунок податкових пільг. Оподаткування витрат працівників на ДМС не стимулює їх розвивати програми медичного страхування на підприємствах. Наприклад, якщо ввести податкові пільги для підприємств, які користуються послугами довгострокового страхування життя своїх працівників це призведе до значного збільшення кількості даного сектора страхового ринку в Україні. Ще одним і, можливо, найефективнішим напрямком підвищення попиту населення на ДМС в Україні є поліпшення якості такої послуги. Для того, щоб

зрозуміти, що саме потрібно зробити для того щоб створити та задовольнити попит населення на послуги ДМС, необхідно брати до уваги той стан, в якому знаходиться дана галузь страхування і перспективи її розвитку. Зараз добровільним медичним страхуванням активно займається невелика кількість компаній на страховому ринку України. Перша рейтингова десятка страхових компаній ринку ДМС концентрує близько 70% загальних обсягів страхових платежів з цього виду страхування. Але питання, яке потребує вирішення полягає в готовності страхових компаній забезпечувати продуктивну діючу систему медичного страхування. Для того щоб підвищити ефективність сукупних суспільних витрат на охорону здоров'я необхідно поступово здійснювати перехід від постатейного утримання мережі лікувально-профілактичних закладів до фінансування їхньої діяльності відповідно до потреб пацієнтів на основі контрактів та угод, що відповідатиме принципам ринкової економіки. Участь медичного закладу у розвитку ДМС (визначається рядом ключових аспектів, які сприяють покращенню якості медичних послуг та створюють економічні можливості. Діяльність медичного закладу в рамках ДМС включає в себе наступні компоненти: (табл. 3.1) Узагальнюючи, участь медичного закладу у розвитку ДМС відкриває перспективи для покращення якості медичних послуг, розширення клієнтської бази та створення стійкого фінансового підґрунтя для медичної установи. Для вдосконалення обслуговування застрахованих за договорами ДМС є впровадження нової системи кадрового забезпечення, а саме фахівців в сфері охорони здоров'я, які мають досвід і знання з медичного страхування. Такі спеціалісти потрібні хоча б для того, щоб документально засвідчувати обслуговування осіб які застраховані, так як за них всі витрати покриває страховик і розрахунки проходять між лікувальним закладом і страховою компанією. Таблиця 3.1. Розвиток корпоративного ДМС на базі державних та комунальних медичних закладів

Завдання розвитку ДМС	Зміст завдання
-----------------------	----------------

Ефективне управління медичними ресурсами	З метою оптимізації використання медичних ресурсів, медичний заклад, що бере участь у ДМС, повинен впроваджувати системи ефективного управління, включаючи технології медичного обліку, планування роботи персоналу та інші інструменти.
Участь у профілактичних та зберігаючих здоров'я програмах (превентивна медицина)	Потрібно активно сприяти підвищенню рівня свідомості клієнтів про важливість профілактичних заходів та здорового способу життя. Це може включати в себе проведення лекцій, медичних обстежень та інших форм освіти з питань здоров'я.
Партнерство з страховими компаніями	Необхідно встановлювати партнерські відносини з компаніями, що надають послуги ДМС. Це створює можливість для розширення обсягів пацієнтської бази та забезпечення фінансової стабільності закладу.
Розширення медичного функціоналу	Медичний заклад може розширювати свої медичні послуги в рамках ДМС, включаючи додаткові консультації, вторинні діагностику, програми профілактики та реабілітації. Це дозволяє зростанню числа клієнтів та підвищенню конкурентоспроможності.
Дотримання інформаційної безпеки	Забезпечення конфіденційності та безпеки медичної інформації пацієнтів є критично важливим для участі у програмах ДМС. Медичні заклади повинні дотримуватися сучасних стандартів інформаційної безпеки. Разом з тим при первинному обстеженні пацієнта, що є клієнтом страхової компанії надати повну та достовірну інформацію страховику про стан його здоров'я та потенційні страхові ризики.
Надання високоякісних медичних послуг	Медичний заклад повинен забезпечувати високий стандарт медичного обслуговування для пацієнтів, які користуються ДМС. Це означає надання широкого спектру послуг, високотехнологічних методів діагностики та лікування, а також індивідуалізованого підходу до кожного клієнта.

Примітка. Сформовано автором. Згідно звітних даних страхових компаній за 2020-2021 роки попит на добровільне медичне страхування в Україні збільшився, звісно у 2022-2023 році попит знизився у зв'язку з повномасштабним вторгненням РФ. У першу чергу зростання попиту пов'язано з бажанням населення мати більший сервіс при споживанні медичних послуг, переймання європейського досвіду, зростання рівня довіри до страховиків. Вміння вітчизняних страховиків привертати увагу населення до переваг медичного страхування впливає на подальше фінансове забезпечення медичної галузі в державі. З часом українці все більше відходять від радянських стереотипів мислення, звична для населення система державного фінансування медичного забезпечення людини все частіше замінюється послугами страхових компаній в галузі добровільного медичного страхування, що є зручним для людей [38]. Досвід страхової компанії, діяльність якої

досліджувалась в цій роботі, спроектований на методи сучасного менеджменту і дає змогу поліпшити якість страхових послуг. Робота СК «ГАРДІАН» на практиці підтверджує, що необхідним для розвитку системи добровільного медичного страхування є створення клієнто-орієнтованої політики врегулювання страхових випадків; функціонування власного медичного асистансу; розробка оптимізації бізнес-процесів та стандартів якості обслуговування клієнтів; проведення постійних семінарів і тренінгів для персоналу, з метою збільшення обсягів продажу даного виду послуг. З метою забезпечення і підвищення фінансового результату від договорів добровільного медичного страхування пропонуємо вдосконалити систему андеррайтингу страхової компанії. Це дозволить підтримувати оптимальний баланс між об'ємом надходжень і рівнем виплат залежно від ситуації, яка складається на ринку страхових послуг. Найпростіший інструмент андеррайтингу в ДМС – анкета, що містить різні питання про перенесені хвороби, наявність інвалідності, із зазначенням групи, тощо. Деякі західні страховики підходять до андеррайтингу дуже серйозно, особливо, якщо справа стосується великих договорів: зазвичай береться кров на аналіз, перевіряється тиск, хронічні захворювання виявляються при медичному обстеженні або на основі завірених даних з інших лікувальних закладів. Крім того, окрім стану здоров'я може визначатись національна приналежність, точне місце народження, сімейний стан. Основним результатом роботи вдосконаленої системи андеррайтингу є формування збалансованого і прибуткового страхового портфелю, що забезпечуватиме фінансовий результат. Впровадження системи антикризового менеджменту є особливо важливим для страхових компаній в умовах погіршення загальної економічної ситуації в країні, в тому числі в умовах кризових явищ, коли в боротьбі за збереження доходів деякі компанії нехтують головними критеріями якості страхових послуг. Вважаємо, що для підвищення якості обслуговування необхідно оптимально скоротити кількість відвідувань клієнта при врегулюванні страхового випадку. Співпраця тільки з надійними партнерами сприяє

зацікавленню клієнтів до обслуговування в цій компанії. Зокрема, за умови підписання договору про співпрацю між СК «Гардіан» та медичними закладами й підвищення точності андеррайтингової оцінки варто проводити обов'язкові медичні обстеження при укладенні договору ДМС. Ці обстеження призначені для визначення стану здоров'я та ризику захворювань, щоб забезпечити об'єктивну оцінку страхового ризику та визначити страховий тариф. На нашу думку, обов'язкові медичні обстеження мають включати:

Таблиця 3.2. Обов'язкові медичні обстеження перед укладенням корпоративного договору медичного страхування

Вид обстеження	Зміст
Загальний медичний огляд	Фізичний огляд лікарем, що включає в себе вимірювання артеріального тиску, пульсу, а також огляд шкіри, волосся, вух, носа та горла.
Аналізи крові та сечі	Загальний клінічний аналіз крові та аналіз сечі для визначення основних показників здоров'я та функціонування органів.
Вимірювання маси тіла (bmi)	Розрахунок індексу маси тіла, який може слугувати показником надмірної або недостатньої маси тіла.
Електрокардіограма (ЕКГ):	Запис електричної активності серця для виявлення можливих аномалій у роботі серцево-судинної системи.
Вимірювання рівня холестерину та цукру в крові	Аналізи для визначення ризику захворювань серцево-судинної системи та цукрового діабету.
Діагностика зору та придатності до водіння (за потреби)	Страхові компанії можуть вимагати діагностики зору та визначення придатності до водіння, якщо це має значення для конкретного виду страхування (страхування водіїв, таксистів, осіб, які працюють на висотах та з електричною напругою).
Анкетування щодо медичного анамнезу	Заповнення анкети з історією хвороб, госпіталізацій та раніше виявлених захворювань.

Примітка. Сформовано автором. Ці медичні обстеження дозволять страховій компанії оцінити ризики та розробити індивідуальний підхід до кожного страхувальника, що впливає на тарифи та умови страхового покриття. У разі виявлення будь-яких медичних аномалій, страхова компанія може рекомендувати додаткові обстеження або обмежити покриття певних захворювань. Під час розрахунку страхових тарифів за Програмами медичного страхування, коли відсутні фактичні дані про результати проведення страхових операцій, страхова сума та виплати можуть бути оцінені із застосуванням математичних методів. Ураховуючи те, що оцінка ризику багато в чому залежить від суб'єктивної оцінки андеррайтера, з метою

мінімізації суб'єктивізму страхова компанія може застосовувати цифрову рейтингову систему, яка проявляється в розкладці ризику на його позитивні та негативні фактори, що дає змогу визначити розмір ризику у відсотках через додавання позитивних значень і віднімання негативних. При цьому страховик може застосувати наступні розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності під час виплати страхової суми, що допоможе отримати більше прибутку: базовий тариф – 100%; хронічні захворювання +18%. за тиск – +15% за надмірну вагу – + 10%; вік(50+) – +5% За даними Держстату кожен 4 українець має хронічні захворювання, кожен 3 має проблеми з тиском та кожен 5 має проблеми з надмірною вагою, 15% застрахованих осіб компанії віком від 50 років. Ми пропонуємо збільшувати вартість полісу на 20% при хронічних захворюваннях та проблемах з тиском, на 10% якщо пацієнт має вік від 50 років та має надмірну вагу. Аналізуючи дані за 2018-2022 рр. видно що сума платежів від добровільного медичного страхування в середньому збільшувалась на 4751 тис.грн, а сума виплат на 375 тис.грн, 3596 осіб купували поліс та 1,5% застрахованих осіб отримували виплати у зв'язку з настанням страхового випадку. Тому можемо прогнозувати що в 2023 році платежі складуть 7182 тис.грн., а виплати 2394 тис грн. Далі розглянемо як зміняться ці суми (табл.3.1), якщо застосувати запропоновану систему андеррайтингу добровільного медичного страхування на основі класичного тарифу вартістю 4500 грн, страховою сумою 100000 грн. Таблиця 3.3. Прогнозований аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН»

Показник	Класичний тариф	Удосконалена система андеррайтингу					Всього
		Класика	Хронічні захворювання	Тиск	Надмірна вага	Вік(50+)	
Ціна тарифу	4500	4500	5400	5400	4950	4950	-
Страхова сума	100000	100000	118000	115000	110000	105000	-
Особи які придбають поліс	1596	112	399	527	319	239	1596
Платежі	7182000	502740	2154600	2844072	1580040	1185030	8266482
Виплати(1,5%)	2394000	167580	706230	908523	526680	377055	2686068

Примітка: складено автором за даними СК «ГАРДІАН» [44]. Аналізуючи дані таблиці видно, що запропонована система працює, і навіть якщо виплат при настанні страхового випадку буде більше ніж в класичному тарифі, але і платежів отримає більше на 1084 тис.грн., а виплат побільшає лише на 292 тис.грн., а отже прибуток збільшиться на 792 тис.грн. У кожній програмі мають бути визначені: 1) страхові випадки та виключення з ризиків; 2) підстави для амбулаторного та стаціонарного лікування; 3) перелік медичних організацій, де, у разі виникнення страхового випадку, застрахований має право отримувати медичні послуги; 4) порядок звернення застрахованих за медичними послугами, а також ті, хто та як приймає рішення про госпіталізацію; 5) порядок надання швидкої медичної допомоги та здійснення невідкладної госпіталізації; 6) умови отримання медичних послуг; 7) гарантовані високотехнологічні методи діагностики (комп'ютерна та магніторезонансна томографія та рентгенологічні методи діагностики) та лікування (кардіологічні, ангіохірургічні та шунтуючі операції та ін.); 8) процедура вирішення питань про надання призначених лікарем послуг, якщо вони не можуть бути проведені в медичних установах, перерахованих у програмі; 9) порядок взаємодії у разі нестрахового випадку. Підсумовуючи вище сказане, можна зробити висновок, що андеррайтинг, який є комплексним бізнес процесом, складається із сукупності взаємопов'язаних послідовних етапів, які, поступово переходячи з одного в інший, забезпечують досягнення запланованого результату конкретної страхової операції, а також кінцевий фінансовий результат діяльності страховика. Процес андеррайтингу забезпечує ефективну оцінку ризиків, визначення адекватних умов страхування, розробку та реалізацію плану превентивних заходів із зниження ризиків, в результаті чого досягається формування збалансованого та рентабельного страхового портфеля. Досвід страхових компаній свідчить, що прибутковим є напрямок корпоративного медичного страхування співробітників, оскільки кожен роботодавець прагне, щоб його співробітники відчували себе впевненими у завтрашньому дні та захищеними від будь-яких негараздів. В сучасних

умовах управління підприємствами роль корпоративного соціального пакету в системі ефективного управління персоналом все більше зростає. Зокрема корпоративне медичне страхування є одночасно вагомим інструментом кадрової безпеки та мотиваційного менеджменту організації. Так, добровільне медичне страхування працівників стає все більше поширеним інструментом додаткового компенсаційного пакету, який ефективно використовується власниками та менеджментом підприємств для підвищення рівня лояльності працівників до підприємства. Найбільш поширена така тенденція серед підприємств з іноземним капіталом. Це пов'язане з тим, що корпоративне медичне страхування в розвинених країнах вже багато років є нормою і широко застосовується. За останні 1–2 роки медичний поліс став затребуваним для невеликих компаній від 3 до 15 осіб. Причому не завжди це штатні співробітники – є команди підприємців і незалежних фахівців, які працюють в форматі тимчасового проекту, але при цьому хотіли б користуватися ДМС. Поки що не всі страховики готові надати привабливі умови для страхування таких колективів. Якщо говорити про страхову медицину, сьогодні в Україні все навантаження лягає не на державу, а на роботодавця. Досить актуальним з точки зору співпраці КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» та страхової компанії «Гардіан» є включення до пакетів ДМС професійних оглядів працівників. Загальні положення, що стосуються оплати медичних професійних оглядів працівників в Україні зазнали суттєвих змін після реформування охорони здоров'я. Зазвичай, відповідальність за проведення медичних оглядів покладається на підприємства та організації, які забезпечують працівників доступом до медичного обслуговування. Раніше ці витрати компенсувалися з бюджету. Тому включення профоглядів до пакетів ДМС та їх проведення на базі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1» буде насамперед корисним для тих категорій працівників, що можуть підлягати обов'язковим медичним оглядам, які регулюються законодавством. Наприклад, працівники, які працюють у

шкідливих умовах або на важких роботах, можуть підлягати регулярним медичним оглядам. Зазвичай, витрати на медичні огляди працівників можуть бути включені в загальні витрати підприємства. Проте, це може залежати від конкретних умов угоди між підприємством, страховою компанією та медичним закладом. Очевидно, що підприємствам вигідно укласти страхові поліси для покриття витрат на медичні огляди та інші медичні послуги для своїх працівників. Добровільне медичне страхування найбільш активно розвинуте саме в корпоративній практиці, як частина соціального пакету працівника. В такому випадку покриваються всі витрати на лікування. Людина, з якою стається якийсь випадок, має звернутися в той медичний заклад, з яким співпрацює її страхова компанія. Ця практика захищає тільки від медичних витрат і в ситуації, якщо людина сама за щось заплатила, має офіційні чеки, може звернутися в страхову компанію й отримати відшкодування. Таким чином пацієнт не витрачає гроші, але і не отримує їх додатково. Завдяки медичному страхуванню, що входить до корпоративного соціального пакету, компанія не лише захищає своїх співробітників, але й підвищує таким чином лояльність працівників. У сфері добровільного медичного страхування, можна запропонувати можливість отримати покриття для клієнтів, яке буде включати в себе захворювання на COVID-19 (або наступних модифікацій вірусу), в тому числі консультації лікаря, лікування в стаціонарі і оплату необхідних ліків, в межах страхової суми. На великих підприємствах страховий поліс може передбачати спільну оплату роботодавцем і співробітником. Рекомендуємо від 10 до 50% вартості страхування, залежно від фінансової спроможності бізнесу, утримувати із заробітної плати працівника. Але така ситуація не є правилом, а ось придбати страхову програму для родини за корпоративними тарифами співробітник, зазвичай, може лише власним коштом. Говорити про єдині підходи і встановлені ціни на корпоративне медичне страхування в Україні не можна – занадто багато чинників, які впливають на підсумковий тариф. Передусім ціна залежить від пакету медичних послуг, який включений до страхового полісу.

Базовий пакет ДМС обов'язково включає швидку допомогу, лікування в стаціонарі та різні опції амбулаторно-поліклінічної допомоги, обов'язковою є оплата медикаментів. Багато роботодавців хочуть включити до програми ДМС стоматологічну допомогу – в тому чи іншому обсязі, а також сезонну вакцинацію від грипу, вітамінізацію та офісну аптечку. Звичайно ж, чим більша кількість опцій – тим дорожчий тариф. На відміну від інших клієнтів, українські ІТ-компанії все частіше обирають програми страхування з максимальним наповненням – до таких пакетів ДМС входять найдорожчі та найпопулярніші опції, наприклад, планове лікування у стоматолога, включаючи естетичні процедури, курс оздоровчого масажу і регулярні перевірки для профілактики захворювань. В корпоративному медичному страхуванні страховик пропонує доступніші ціни для страхування великих колективів, хоча бізнес-логіка тут повністю відрізняється від механізму оптових знижок в інших сферах бізнесу. У корпоративному сегменті страхова компанія страхуючи весь персонал підприємства, де робітники мають різний рівень проблем зі здоров'ям хтось може потребувати медичної допомоги декілька разів на рік, а хтось практично здоровий і навряд чи звертатиметься до лікарів. Чим більше співробітників, тим менше окремі випадки впливають на рівень збитків за корпоративною програмою ДМС у цілому. Це дозволяє нам запропонувати вигідніші ціни на страхування великих колективів. А ось коли йдеться про невелику команду або персональні страховки, то закон великих чисел уже не працює. Та й потреба в індивідуальному страхуванні здоров'я частіше виникає у тих, хто вже має медичні проблеми і потребує лікування. Щоб компенсувати таку антиселекцію, страховик збільшує ціни на особисте добровільне медичне страхування або страхування малих колективів, зменшує ліміти і суворіше прописує винятки та обмеження які використовує страхова компанія. Переваги які отримає підприємство при страхуванні працівників: підвищиться лояльність до роботодавця, зменшиться плинність кадрів; побудуються кращі взаємовідносини з працівниками; відбуватиметься економія робочого часу за рахунок швидкого та якісного

медичного обслуговування; підвищиться імідж компанії, бо вона піклується про здоров'я їх працівників на високому рівні; не буде потреби витратити кошти та час на виплату матеріальної допомоги; економія на професійних оглядах. Переваги для співробітників: концентрація на виконанні роботи, а не на пошуку лікаря; запис на обстеження в максимально зручній по розташуванню клініці; впевненість співробітника в захисті при раптовому погіршенні здоров'я; не потрібно шукати значні кошти при невідкладній госпіталізації особи. Обслуговування клієнтів проходить за чіткими алгоритмами, що надає можливість уникати помилок та має такий порядок: застрахована особа повідомляє в контакт центр про проблему, яка сталася; лікар-координатор організовує медичну допомогу; консультації лікаря та обстеження; Детальна характеристика даного продукту наведена в таблиці 3.4. Отже, страхування (повне або часткове) на основі корпоративних страхових пакетів підтверджує більші вигоди порівняно з індивідуальним страхуванням. Тут, обов'язково варто згадати той факт, що корпоративні договори страхування мають значно нижчий розмір страхових премій при аналогічних до індивідуального договору страхування страхових сумах. При всіх описаних стимулах з боку податкового законодавства та очевидних перевагах сегмент ринку корпоративних продуктів є вкрай низьким порівняно з європейськими країнами. Для його розширення необхідним є подолання основної перешкоди, а саме необхідності нарахування ЄСВ на страхові платежі відповідно до договорів медичного страхування укладених роботодавцем, тобто зрівняння їх у практиці оподаткування з договорами добровільного пенсійного страхування, що дасть істотний поштовх підвищення доступності продукту. Таблиця 3.4. Характеристика послуг корпоративного добровільного медичного страхування

№	Опція	Послуги	Умови
1.	«Невідкладна медична допомога»	передбачає виїзд бригади з клініки будь-якого класу. При загрозі життю послуга організовується та оплачується, незалежно від діагнозу та обставин випадку.	покриває абсолютно всі виключення зі списку захворювань в першу добу перебування застрахованої особи в невідкладному стаціонарі

2.	«Виклик лікаря додому або в офіс»	не обмежена симптомами (підвищена температура, зміна артеріального тиску) як у наших конкурентів	не застосовує франшизу на медикаменти при стаціонарному лікуванні (включаючи плановий стаціонар)
3.	Профогляд	формується виходячи з потреб компанії. Ми можемо запропонувати покриття як звичайного, так і спеціалізованого профогляду	забезпечує лікування травм, які отримані в результаті заняття спортом та покриває масаж без поділу по зонах
4.	«Амбулаторно-поліклінічна допомога»	відсутні обмеження по кількості звернень, а денний стаціонар є частиною опції, за яку інші страховики беруть додаткові гроші	не проводить заміну призначених медикаментів на вітчизняні аналоги. А також покриває такі препарати як гепатопротектори, пробіотики, гомеопатія

Примітка: складено автором за джерелом [49] Також, очевидно що умови корпоративного добровільного медичного страхування є вигіднішими, ніж особистого як для страхової компанії так і для підприємства, яке буде страхувати своїх працівників. Можна стверджувати що запропоновані заходи безумовно позитивно вплинуть на діяльність компанії та зроблять її діяльність більш прибутковою. Враховуючи результати проведеного дослідження в галузі медичного страхування та охороні здоров'я, можна зробити наступні висновки: вдосконалення і сприяння розвитку системи добровільного медичного страхування для компанії має бути одним з перспективних напрямків; ринок добровільного медичного страхування повинен стати доступнішим та відкритим для юридичних осіб усіх форм власності; добровільне медичне страхування дасть змогу зміцнити фінансову та матеріально-технічну базу компанії; населення в сучасних умовах все більше зацікавлене в придбанні поліса з ДМС; оплата медичної допомоги застрахованим особам визначається виключно обсягом і якістю наданих медичних послуг; потрібно зміцнити надійність страхової компаній, за допомогою підвищення вимог до ліцензування; створити й забезпечити систему єдиних стандартів надання застрахованим особам медичної допомоги усіма медичними установами, що співпрацюють з страховими компаніями, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості і форм власності; подолати у населення негативні стереотипи щодо системи добровільного медичного страхування, брати до уваги позитивний досвід взаємин із страховими компаніями; вивчати і поступово впроваджувати в компанії позитивний світовий досвід функціонування добровільного медичного страхування, а в подальшому і медичного страхування в обов'язковій формі; приділяти більше уваги корпоративному медичному страхуванню, оскільки, як свідчить досвід провідних українських страхових компаній, цей вид діяльності є прибутковим [37]. Отже, розвиток співпраці за напрямом корпоративного добровільного медичного страхування має стати першим кроком до покращення діяльності страховика, запропоновані напрямки та методи безперечно допоможуть зробити його діяльність прибутковішою.

ВИСНОВКИ У процесі написання магістерської роботи здійснено узагальнення теоретико–методичних основ розвитку корпоративного страхування та встановлено такі основні положення: 1. Страхова компанія «Гардіан» – це компанія, яка надає якісні, і також гарантовані послуги у сфері страхування. Вона допоможе швидко і успішно врегулювати всі страхові випадки. Предметом безпосередньої діяльності компанії є проведення страхування, перестрахування і здійснення фінансової діяльності, пов’язаної з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням. Компанія здійснює всі види обов’язкового, добровільного страхування та перестрахування згідно із законодавством України, на які вона отримала ліцензії. Фахівці СК «Гардіан» вирішують проблеми своїх клієнтів, дозволяючи їм залишатися спокійними, впевненими у виборі страховки, що підходить клієнту. Місія страхової компанії – максимально передбачити бажання клієнтів та гарантувати їм якісний рівень страхових послуг, і водночас швидко врегулювання страхових випадків. Страхова компанія «Гардіан» має багаторічний досвід роботи, надає досить велику кількість страхових послуг для фізичних і юридичних осіб та міцно закріпилась на страховому ринку. 2. В результаті проведених розрахунків основних фінансових показників СК «Гардіан», встановлено, що в 2022 році укладено договорів на суму страхових премій 340650 тис грн з добровільних видів страхування та – 12145 тис грн з обов’язкових видів страхування. Сума виплат страхових відшкодувань за 2022 рік склала 145706,5 тис грн, що складає 22,4 % від суми отриманих страхових платежів за усіма видами страхування. Причому найбільшу частину отриманих страхових платежів пішла на виплати страхових відшкодувань з таких видів страхування, як: медичне страхування в розмірі 86,9 %, страхування наземного транспорту – 59,2 % та ОСЦПВВНТЗ – 41,7 %. За результатами діяльності в 2022 році розмір чистого прибутку, отриманого СК «Гардіан» склав 28,465 млн грн, що в 15 разів більше ніж в 2018 році. Найбільше на таке зростання вплинуло збільшення обсягу валового прибутку, який впродовж 2018-2022 роки зріс в 31 раза. Обсяг страхових внесків у 2022 році в 15 разів більший порівняно з 2018 роком, а страхові резерви – у 8 разів. Сума активів за аналізований період зросла на 21,97 %, обсяг власного капіталу – на 47,08 %. 3. Аналіз структури власного капіталу показав, що він у 2018-2019 рр майже на 100% складається з внесків акціонерів, а в 2022 році пайовий капітал становив 67 %, нерозподілений прибуток – 21 %, капітал у дооцінках – 11 %. Обсяг власного капіталу страхової компанії за 2018-2022 рр практично не змінився і на кінець 2022 року склав 149 млн грн. Валові зобов’язання у 2022 році порівняно з 2018 роком зросли в 10 разів в результаті такого істотного зростання, рівень капіталізації в аналізований період знизився. Рівень покриття власним капіталом зобов’язань в СК «Гардіан» у 2022 році становив 66,6 %, що свідчить про хороший рівень даного показника. 4. Досліджено, що розвиток корпоративного страхування СК «Гардіан» залежить від зовнішніх і внутрішніх факторів, які впливають на неї, тому одним із пріоритетних напрямків діяльності СК «Гардіан» є управління внутрішніми

факторами впливу (розмір власного капіталу, тарифна політика, ділова репутація страхової компанії, кількість резервів, збалансованість активів і пасивів, страховий портфель, стратегія розвитку тощо), адже за зовнішніми факторами (економічні, соціальні, психологічні та екологічні фактори, прикладом яких є рівень інфляції, кон'юнктура страхового ринку, грошово-кредитна політика, рівень освіченості населення) страхова компанія практично не може здійснювати контроль та дуже важко ефективно їм протистояти.

5. Виявлено, що механізм управління корпоративним страхуванням СК «Гардіан» являє собою сукупність елементів впливу на процес розробки та реалізації управлінських рішень, серед важелів такого управління варто виділити загальні (характерні для фінансового механізму-організацій взагалі: ціна, прибуток, грошовий потік, внутрішня стратегія компанії, інвестиційний портфель та інші) та специфічні (страхові резерви, страховий тариф, страхова сума, франшиза, страховий портфель, маржа платоспроможності та інші). Критеріями забезпечення розвитку корпоративного страхування є: достатність власного капіталу; врівноважена тарифна політика; збалансованість страхового портфеля; наявність безпечної програми перестраховування; адекватні методи формування страхових резервів; оптимальна конкурентна політика; високий рівень платоспроможності населення.

6. Охарактеризовано місце добровільного медичного страхування у структурі послуг страхової компанії, визначено, що цьому виду страхування в СК «Гардіан» приділяється недостатньо уваги, компанія не входить в ТОП-10 рейтингу страхових компаній по добровільному медичному страхуванню, тому потрібно використовувати досвід інших страхових компаній, які надають послуги за цим видом страхування. Аналіз надходжень та виплат за договорами добровільного медичного страхування СК «ГАРДІАН» протягом 2018-2022рр. показав позитивну динаміку. Одним із основних показників, що характеризують страховика як потенційного партнера за напрямом корпоративного страхування є обсяг виплачених страхових сум та відшкодувань. За 2022рік компанія виплатила своїм клієнтам 95693,2 тис. грн. страхових відшкодувань, з них 2009,6 тис. грн. (4,38%) за договорами ДМС.

7. Вивчено розвиток програм добровільного медичного страхування СК «Гардіан», з'ясовано, що компанія пропонує ряд програм добровільного страхування, які загалом є конкурентоспроможними на ринку та за набором опцій не поступаються програмам в аналогічному ціновому діапазоні. Договір страхування можуть придбати як юридичні особи, на користь своїх співробітників, так і фізичні особи, резиденти і нерезиденти України, у свою користь або на користь будь-якої іншої фізичної особи. Слід зазначити, що в довоєнний період зріс попит на запровадження медичного страхування на випадок інфікування коронавірусом.

8. Виявлено недоліки та розроблено напрямки розвитку корпоративного медичного страхування СК «Гардіан» шляхом удосконалення системи андеррайтингу, це дозволить зробити страховий портфель збалансованим та прибутковішим, що забезпечить кращий фінансовий результат. З метою мінімізації суб'єктивізму страхова

компанія може застосовувати цифрову рейтингову систему, яка проявляється в розкладці ризику на його позитивні та негативні фактори, що дає змогу визначити розмір ризику у відсотках через додавання позитивних значень і віднімання негативних. Можна застосувати розміри коригуючих коефіцієнтів при підвищеному ризику захворюваності під час виплати страхової суми, що допоможе отримати більше прибутку.

9. Надано пропозиції щодо розвитку корпоративного медичного страхування, встановлено, що страхування на основі корпоративних страхових пакетів є більш вигідним порівняно з індивідуальним страхуванням. Корпоративні договори страхування мають значно нижчий розмір страхових премій при аналогічних до індивідуального договору страхування страхових сум. Провівши порівняльний аналіз корпоративного і особистого добровільного медичного страхування можна сказати, що за рахунок різних умов страхування, віку та виду професій змінюється страхова сума, яка виплачується особі при настанні окремого страхового випадку, це дозволяє страховій компанії забезпечити ефективну оцінку ризиків, визначити адекватні умови страхування, в результаті чого сформувати рентабельний страховий портфель та зробити діяльність прибутковою. Також, очевидно що умови корпоративного добровільного медичного страхування є вигіднішими, ніж особистого для підприємства, яке буде страхувати своїх працівників. Можна стверджувати що запропоновані заходи безумовно позитивно вплинуть на діяльність страховика та зроблять її діяльність більш прибутковою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ Insurance Top. URL:

- <https://forinsurer.com/> Александрова М.М. Страхування: навч. посіб. К.: ЦУЛ, 2002. 208 с. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. О. С. Журавка, І. Л. Босак, Т. Г. Кубах. Вісник Сумського державного університету. Серія : Економіка. 2022. № 2. С. 50-58.
- Баєва О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. К.: ВД "Персонал", 2013. – 432 с. Волкова А. В., Черкашина А. В. Аналіз діяльності аптечного закладу за програмами добровільного медичного страхування. Соціальна фармація в охороні здоров'я. 2020. Т. 6, № 2. С. 37-43. Гаманкова О. О., Пархета Л. В. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування. Ефективна економіка. 2018. № 2. Дяченко Є. В. Схеми поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Інвестиції: практика та досвід. 2012. № 4. С. 88-93. Ерастов В. І. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування в сучасних умовах. Ефективна економіка. 2023. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2023_4_38
- Електронний журнал про страхування Форіншурер URL: <http://forinsurer.com/> Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. О. С. Журавка, І. Л. Босак, Т. Г. Кубах, Є. Ю. Мордань. Вісник Сумського державного університету. Серія : Економіка. 2022. № 2. С. 50-58
- Журавльова Т.О. Страхування: навч. посібн. Київ: «Освіти України», 2017. 320 с. Звітність СК «Гардіан». URL: <https://grdn.com.ua/zvitnist/> Закон України "Про страхування". URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=85%2F96-%E2%F0>
- Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018р. Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р. Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р. Звіт про власний капітал (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р. Звіт про рух грошових коштів (за прямим методом) (форма №3) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р. Звіт про управління ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2018 р. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)

(форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2019 р. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2020 р. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2021 р. Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід) (форма №2) ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» 2022 р. Коваленко Л.О. Фінансовий менеджмент. Навчальний посібник.– Вид-во: Чернігів.2017. 227 с. Кондратенко Д.В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування: наук. журн. – Харків 2021. №4. – С. 243-249. Лехан. В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. Київ 2001.174 с. Медична ефективність: складові елементи та формули. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/754-medichna-efektivnst-skladov-elementi-ta-formuli>». Мельник А.В. Напрями підвищення якості послуг з добровільного медичного страхування. Стратегічні напрями соціально-економічного розвитку держави в умовах глобалізації: тези всеукр. наук.-практ. конф. (м Хмельницький, 21 січня 2022 р.). Хмельницький. Мельник А.В. Сучасний стан та перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Формування новітньої парадигми управління публічними та приватними фінансами в Україні:тези всеукр. наук.-практ. конф., (м.Херсон,23 груд.2021 р.). Херсон. Михайленко О. Г. Страхування: навч.посіб. Дн-ск: ДНУ, 2016. 156 с. Міністерство фінансів України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus> Мрачковська Н.К. Страхування: навч. посіб. Київ : ЦП "Компринт", 2015. 225 с. Нагайчук Н.Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки: дис...канд. екон. наук. 2006. 214 с. Осадець С. С. Страхування: Підручник 2-ге вид., перероб. і доп. : КНЕУ, 2002. - 599 с. Офіційний сайт ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» URL: <https://grdn.com.ua/> Пархета Л. В. Медико-демографічні показники та їх вплив на розвиток добровільного медичного страхування в Україні: Київ - 2018. - № 1. Податковий кодекс України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-> Рекомендації щодо аналізу діяльності страховиків: розпорядження Держфінпослуг від 17.03.2005 № 3755. URL: http://expert-rating.com/data/upload/Plratings/rk_gosfinuslug_3755_strah.pdf Сич О. А., Павлосюк Х. П. Оцінка фінансової стійкості страхової компанії. Ефективна економіка. 2018. № 11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2018_11_69 Статут підприємства ТДВ «Страхова Компанія «Гардіан» Страхування від COVID-19: як убезпечити себе в умовах епідемії. URL: <https://minfin.com.ua/ua/insurance/articles/strahovanie-ot-covid19-kak-obezopasit-sebua-v-usloviyah-epidemii> Ткаченко Н. В. Андеррайтинг у добровільному медичному страхуванні. Вісник Університету банківської справи Національного банку України. – 2008. – № 3 Тлумачний словник-мінімум української мови: Близько 6 тис. слів / Відп. за вип. О.М. Єфімов Довіра, 1999. 447 с. Форіншурер – страхування в Україні. URL:

<https://forinsurer.com/> Чепелевська Л. А. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: Київ : 2014. – 607 с. Штепенко К. П. Стан добровільного медичного страхування в контексті розгляду діяльності страхових компаній: Полтава - 2019. - № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_2_33

Додаток А Таблиця. Динаміка страхових премій ТДВ «СК «Гардіан»
впродовж 2018-2022 рр. за договорами добровільного страхування, тис. грн.

Показники	Роки					Відхилення	
	2018	2019	2020	2021	2022	абсолютне(+/-)	відносне (%)
						2022 р./ 2018 р.	2022 р. / 2018 р.
1	2	3	4	5	6	7	8
Страхування від нещасних випадків	542	856	1391	10041	30668	30126	5658,3
Страхування наземного транспорту (крім залізничного)	3561	4086	13192	20549	29123	25562	817,8
Страхування медичних витрат	856	2011	9054	158602	74549	73693	8709,0
Медичне страхування	256	639	992	916	1582	1326	618,0
Страхування здоров'я на випадок хвороби	1	4	67	2299	11994	11993	1199400,0
Страхування вантажів та багажу	1121	1224	2319	107	186	-935	16,6
Страхування від вогневих ризиків та стихійних явищ	1954	2568	3033	4838	7241	5287	370,6
Страхування майна (іншого)	2054	2319	4525	12199	15942	13888	776,1
Страхування відповідальності перед третіми особами (іншої)	2854	3220	2209	2860	3543	689	124,1
Страхування фінансових ризиків	87	208	550	386	221	134	254,0
Страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)	65	149	996	4238	6306	6241	9701,5
Страхування відповідальності власників водного транспорту	1	1	276	108	40	39	4000,0
Страхування сільськогосподарської продукції	2569	3000	3637	248	168	-2401	6,5
Страхування кредитів	8547	10633	6768	0	66	-8481	0,8
Страхування водного транспорту	0	0	2910	4334	77,2	77	0,0
Всього	24468	30918	52088	221725	184158	159690	752,6

Примітка: складено автором на основі [44]