

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА
Факультет економіки та управління
Кафедра управління

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри управління
Рябець К.А.


(підпис)

«02» червня 2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему: «Управління процесом надання послуг медичного страхування»

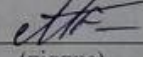
ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ
МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Галузь знань: 07 Управління та адміністрування

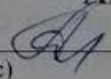
Спеціальність: 073 Менеджмент

Освітня кваліфікація: бакалавр менеджменту

Виконала студентка групи МОб-1-22-4.0д
Каціон Анастасія Миколаївна


(підпис)

Науковий керівник:
кандидат економічних наук, доцент,
Акіліна О.В.


(підпис)

Київ - 2026

АНОТАЦІЯ

Каціон Анастасія Миколаївна

Управління процесом надання послуг медичного страхування: Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Факультет економіки та управління, 2026.

Науковий керівник – Науковий керівник – Акіліна Олена Володимирівна, кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри управління.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню теоретичних і практичних аспектів управління процесом надання послуг медичного страхування на прикладі ПрАТ «УПСК».

У роботі розглянуто сутність та значення послуг медичного страхування в діяльності страхової компанії, досліджено економічні та організаційні засади медичного страхування в Україні, а також сучасні підходи до управління процесом надання послуг медичного страхування. Проаналізовано діяльність ПрАТ «УПСК» та систему управління процесом надання послуг медичного страхування в компанії. Проведено оцінку організації роботи зі страхувальниками, супроводу клієнтів, координації медичної допомоги, використання цифрових сервісів і розвитку добровільного медичного страхування.

За результатами дослідження визначено основні проблеми та напрями вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК». Запропоновано комплекс практичних заходів, спрямованих на покращення клієнтського сервісу, розвиток корпоративного медичного страхування, цифровізацію процесів обслуговування, розширення партнерської мережі медичних закладів та підвищення ефективності управління страховими послугами.

Ключові слова: медичне страхування, добровільне медичне страхування, страхова компанія, управління процесом надання послуг, страхова послуга.

SUMMARY

Katsion Anastasia Nikolaevna

Management of the Medical Insurance Service Delivery Process. Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Faculty of Economics and Management, 2026.

Scientific Supervisor – Olena Akilina, PhD in Economics, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Management.

The qualification thesis is devoted to the study of theoretical and practical aspects of managing the medical insurance service delivery process using PJSC “UPSK” as a case study.

The research examines the essence and significance of medical insurance services in the activities of an insurance company, analyses the economic and organisational foundations of medical insurance in Ukraine, and considers modern approaches to managing the process of medical insurance service delivery. The activities of PJSC “UPSK” and its system for managing medical insurance services are analysed. Particular attention is paid to customer support, organisation of medical assistance, communication channels, digital services and voluntary health insurance programmes.

Based on the results of the study, the key problems and areas for improving the management of the medical insurance service delivery process at PJSC “UPSK” are identified. Practical recommendations are proposed to improve customer service, develop corporate health insurance, expand digital tools, strengthen cooperation with medical institutions and increase the overall efficiency of insurance service management.

Keywords: medical insurance, voluntary health insurance, insurance company, service delivery management, insurance service.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СТРАХОВІЙ КОМПАНІЇ.....	6
1.1. Сутність та значення послуг медичного страхування в діяльності страхової компанії.....	6
1.1. Економічні та організаційні засади медичного страхування в Україні.....	11
Висновки до розділу 1.....	18
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ У ПРАТ «УПСК».....	20
2.1. Загальна характеристика діяльності ПрАТ «УПСК».....	20
2.2. Аналіз системи управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК».....	27
2.3. Напрями вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК».....	41
Висновки до розділу 2.....	46
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	55

ВСТУП

Медичне страхування є важливим напрямом розвитку сучасного страхового ринку, оскільки воно безпосередньо пов'язане із забезпеченням соціального захисту населення та доступністю медичних послуг. В умовах зростання вартості лікування, нестабільності економічного середовища та підвищення потреби громадян у додаткових гарантіях медичної допомоги роль добровільного медичного страхування поступово посилюється. Для клієнтів воно виступає способом зменшення непередбачених витрат на лікування, а для страхових компаній - перспективним напрямом розширення страхового портфеля та зміцнення конкурентних позицій.

Актуальність обраної теми пояснюється тим, що розвиток медичного страхування в Україні потребує не лише збільшення кількості страхових продуктів, а й удосконалення системи управління цим процесом. Страхова компанія повинна не просто пропонувати клієнту поліс, а забезпечувати зрозумілі умови страхування, швидку комунікацію, якісне врегулювання страхових випадків і належний супровід застрахованої особи.

У сучасних умовах страховики мають постійно адаптувати свої продукти до потреб населення та бізнесу. З одного боку, клієнти очікують доступних, зрозумілих і гнучких програм медичного страхування.

Метою кваліфікаційної роботи є узагальнення теоретичних засад управління процесом надання послуг медичного страхування та розроблення практичних рекомендацій щодо його удосконалення в ПрАТ «УПСК».

Для досягнення поставленої мети у роботі визначено такі завдання:

- охарактеризувати сутність та значення послуг медичного страхування в діяльності страхової компанії;
- визначити основи державного регулювання медичного страхування в Україні та загальні умови впровадження страхових продуктів у цій сфері;
- проаналізувати діяльність ПрАТ «УПСК» і систему управління розвитком медичного страхування в компанії;

- розробити практичні пропозиції щодо вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК».

Об'єктом дослідження є послуги медичного страхування.

Предметом дослідження є управління процесом надання послуг медичного страхування.

У роботі використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Метод аналізу та синтезу застосовано для розкриття сутності медичного страхування, його функцій і ролі в системі страхового захисту. Метод узагальнення використано для систематизації теоретичних підходів до управління розвитком послуг медичного страхування. Порівняльний метод дав змогу зіставити окремі елементи системи управління страховими продуктами та визначити їх значення для розвитку медичного страхування.

Інформаційною базою роботи є наукові праці з питань страхування та управління страховими продуктами, нормативно-правові акти України у сфері страхування, матеріали офіційного сайту ПрАТ «УПСК», відкриті інформаційні джерела, а також аналітичні матеріали щодо розвитку медичного страхування.

Практична значущість роботи полягає у розробленні пропозицій щодо вдосконалення системи управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК». Запропоноване проєктне впровадження страхового продукту «Турбота» може бути використане як інструмент оновлення продуктової лінійки компанії, покращення клієнтського сервісу, розвитку корпоративного медичного страхування та підвищення ефективності управління цим напрямом.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В СТРАХОВІЙ КОМПАНІЇ

1.1. Сутність та значення послуг медичного страхування в діяльності страхової компанії

У сучасній соціально орієнтованій економіці медичне страхування розглядається не лише як окремий вид страхової послуги, а як інституційний механізм захисту населення від фінансових наслідків хвороби, травми, тимчасової втрати працездатності та необхідності отримання медичної допомоги. Значення цього інституту зростає в умовах нестабільності, інфляційного тиску на ринок медичних послуг, старіння населення, поширення хронічних захворювань і зростання частки прямих витрат домогосподарств на лікування. Саме тому медичне страхування доцільно аналізувати одночасно як правову, економічну, соціальну та управлінську категорію.

Нормативний вимір сутності медичного страхування в Україні впливає насамперед зі статті 49 Конституції України, відповідно до якої кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1].

Водночас сама конституційна норма не розкриває ані моделі фінансування такого страхування, ані кола його суб'єктів, ані механізму реалізації права. Це зумовлює потребу в доктринальному тлумаченні категорії медичного страхування та в розмежуванні публічно-правових гарантій медичної допомоги і договірних страхових інструментів, які функціонують на страховому ринку [9; 11].

Медичне страхування забезпечує фінансовий захист населення від витрат на лікування та медичне обслуговування, що виникають унаслідок захворювань, травм або інших страхових ризиків. Це система, в рамках якої особи або організації сплачують страхові внески, і в разі потреби підтримують компенсацію витрат на медичне обслуговування. Основним аспектом медичного страхування є забезпечення доступу до медичних послуг, покращення здоров'я населення, а також підтримка економічної стабільності в умовах постійних трансформацій у

сфері охорони здоров'я [1]. В медичному страхуванні страховими ризиками є захворювання застрахованого, а страховими випадками - його звернення в медичну установу та надання застрахованому лікувальних послуг [2, с. 46]. Сутність медичного страхування полягає в тому, що воно створює фінансовий резерв для покриття витрат на медичне обслуговування. Страхові компанії, отримуючи страхові внески від клієнтів, забезпечують виплату коштів на лікування у виникненні потреби. Завдяки такій системі люди можуть бути впевненими в тому, що можна отримати необхідне медичне обслуговування без значного фінансового навантаження. Важливою рисою медичного страхування є його здатність покривати як планові медичні витрати (наприклад, на профілактичні огляди), так і неочікувані витрати у разі захворювання чи нещасного випадку.

В таблиці 1.1 наведемо науково-методичні підходи до трактування медичного страхування.

Таблиця 1.1 - Науково-методичні підходи до трактування медичного страхування

Підхід	Зміст підходу	Управлінське значення
Правовий	Медичне страхування розглядається як система прав та обов'язків сторін, що виникає на підставі закону або договору та забезпечує право особи на страхове покриття медичних витрат.	Визначає правила укладення договорів, межі відповідальності страховика, порядок врегулювання страхових випадків.
Економічний	Медичне страхування є механізмом акумулювання та перерозподілу коштів для покриття ризику захворювання і витрат на медичну допомогу.	Дає змогу розраховувати страхові тарифи, резерви, рівень збитковості та фінансову стійкість страхового продукту.
Соціальний	Медичне страхування виступає формою соціального захисту населення і засобом зменшення фінансового навантаження на домогосподарства у разі хвороби.	Орієнтує страхові продукти та регуляторні рішення на доступність, справедливість і належний рівень захисту застрахованих осіб.
Управлінський	Медичне страхування є системою координації дій страховика, клієнта, медичного закладу, асистансу та регулятора.	Підкреслює значення мережі надавачів медичних послуг, цифрових сервісів, контролю якості та організації клієнтського сервісу.

Джерело: узагальнено автором за [9-15].

Послуги медичного страхування мають свою специфіку порівняно з іншими видами страхових послуг. Їх особливість полягає в тому, що взаємодія між страховою компанією та клієнтом не обмежується моментом укладення договору

або здійсненні страхової виплати. Протягом усього строку страхування страховик забезпечує супровід застрахованої особи, організовує взаємодію з медичними закладами та бере участь у вирішенні питань, пов'язаних з отриманням медичної допомоги.

Надання послуг медичного страхування охоплює комплекс взаємопов'язаних дій, серед яких консультування клієнтів, укладання договорів страхування, організація медичного обслуговування, супровід страхових випадків та інформаційна підтримка застрахованих осіб. Важливу роль відіграє також співпраця страхової компанії з медичними установами, оскільки саме від ефективності такої взаємодії значною мірою залежить якість обслуговування клієнтів. Для страхової компанії послуги медичного страхування є важливим напрямом діяльності, який впливає не лише на фінансові результати, а й на її ділову репутацію. Високий рівень сервісу, оперативне врегулювання звернень клієнтів та забезпечення доступності медичної допомоги сприяють підвищенню довіри страхувальників і зміцненню конкурентних позицій страховика на ринку.

Функції медичного страхування розкривають його сутність, практичне призначення та роль у забезпеченні фінансового захисту населення у сфері охорони здоров'я (див. рис.1.1.). Сукупність основних функцій медичного страхування свідчить про його багатогранне значення в системі охорони здоров'я, оскільки воно не лише забезпечує фінансовий захист особи у разі хвороби чи травми, а й виконує розподільчу, превентивну, контрольну та соціальну роль. Саме через поєднання цих функцій медичне страхування сприяє акумулюванню та ефективному перерозподілу коштів, підвищенню якості медичної допомоги, стимулюванню профілактики захворювань і посиленню доступності лікування для населення.

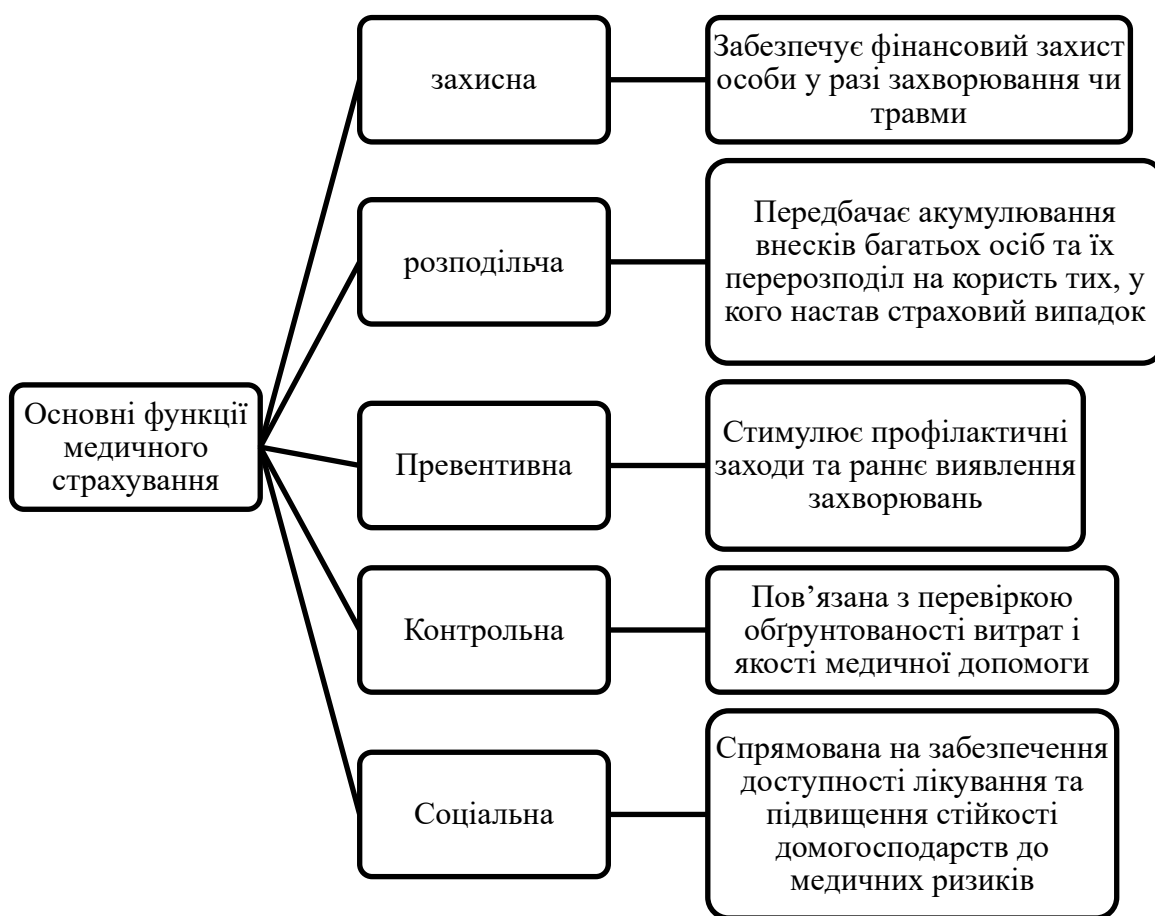


Рис.1.1- Функції медичного страхування

Джерело: сформовано автором на основі [15].

Водночас для повнішого розкриття ролі медичного страхування доцільно перейти від характеристики окремих функцій до узагальнення його ключового значення в системі охорони здоров'я, фінансуванні лікування та організації взаємодії між застрахованою особою, страховиком і медичним закладом.

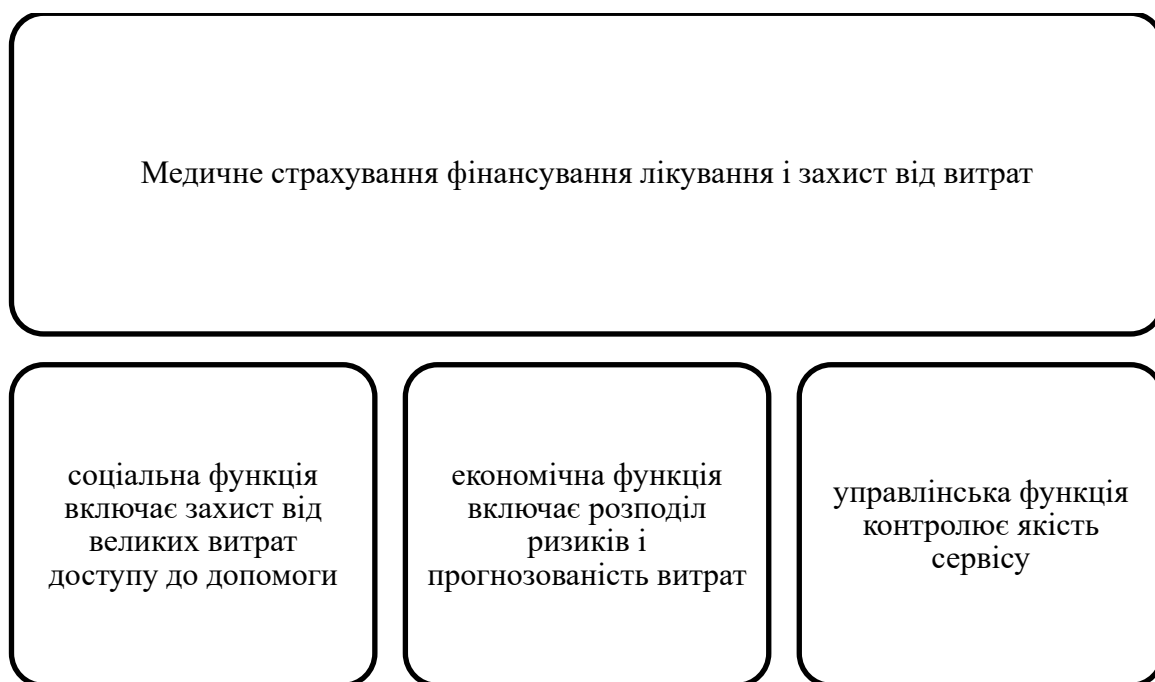


Рис. 1.2 - Місце медичного страхування у системі охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором на основі [10].

На рис. 1.2 узагальнено ключову ідею медичне страхування не можна зводити лише до процедури виплати страхового відшкодування. Воно функціонує на стику соціальної політики, фінансового менеджменту, договірного регулювання та організації медичних сервісів. Саме тому оцінка його розвитку повинна включати не тільки обсяг премій і виплат, а й якість продуктів, швидкість урегулювання, широту мережі надавачів, рівень задоволеності клієнтів, частку профілактичних сервісів у програмах та ступінь інтеграції з електронними системами охорони здоров'я.

У цьому контексті медичне страхування громадян доцільно розглядати як складову політики управління людським капіталом. Збереження здоров'я населення, своєчасне лікування, доступ до діагностики та прогнозованість витрат на медичну допомогу безпосередньо впливають на продуктивність праці, тривалість активного життя, демографічну стійкість та конкурентоспроможність економіки.

Отже, послуги медичного страхування є важливим напрямом діяльності страхової компанії, що поєднує фінансові, організаційні та сервісні аспекти. Ефективне управління процесом їх надання сприяє підвищенню якості обслуговування клієнтів, зміцненню конкурентних позицій страховика та забезпеченню належного рівня страхового захисту застрахованих осіб.

1.1. Економічні та організаційні засади медичного страхування в Україні

Економічна необхідність медичного страхування зумовлена насамперед специфікою медичного ризику. Витрати на лікування мають випадковий характер, істотно відрізняються за обсягом, часто виникають раптово і здатні створювати для домогосподарства шокове фінансове навантаження. На відміну від багатьох інших споживчих витрат, потребу в лікуванні неможливо повністю відкласти або замінити альтернативою без суттєвих наслідків для здоров'я. Саме тому механізм попереднього об'єднання коштів і розподілу ризику є економічно доцільнішим, ніж індивідуальне фінансування лікування постфактум [17].

Другим чинником економічної необхідності є обмеженість бюджетних ресурсів. Навіть за наявності конституційних гарантій держава не може необмежено фінансувати всі види медичної допомоги без пріоритизації, тарифікації та визначення пакетів послуг. В українських умовах це особливо очевидно, оскільки система охорони здоров'я одночасно перебуває під тиском воєнних ризиків, інфляції, міграційних змін, зношеної інфраструктури та потреби у відновленні людського капіталу.

Медичне страхування за таких умов виконує функцію додаткового фінансового контуру, який може частково зменшити навантаження на бюджет, перевести частину витрат у прогнозований режим і розширити доступ громадян до сервісів, що не покриваються публічним фінансуванням [7].

Третім аргументом є потреба у підвищенні ефективності використання коштів. Страхова модель за своєю природою стимулює стандартизацію програм,

формалізацію переліку послуг, облік частоти звернень, контроль обґрунтованості лікування, оцінку вартості випадку і моніторинг збитковості. За належного регулювання це дає змогу зменшувати інформаційну асиметрію між платником і надавачем послуг, підвищувати прозорість розрахунків, а також обмежувати практики неформальних платежів та необґрунтованих медичних призначень. Тобто економічна необхідність медичного страхування проявляється не лише в залученні додаткових коштів, а й у підвищенні керованості фінансових потоків у системі охорони здоров'я [13].

Окремо слід підкреслити, що в Україні необхідно розмежовувати економічну логіку медичного страхування і чинну модель публічного фінансування охорони здоров'я. Право на медичне страхування закріплене Конституцією України [1], однак окрема завершена модель загальнообов'язкового медичного страхування як спеціального страхового інституту станом на квітень 2026 року законодавчо не запроваджена. У багатьох роботах медичне страхування в Україні описується так, ніби класична модель обов'язкового медичного страхування вже діє, а добровільне страхування лише її доповнює. Насправді чинна конструкція є складнішою: базові медичні гарантії забезпечуються публічним фінансуванням через НСЗУ, а добровільне медичне страхування виконує додаткову, комплементарну функцію. Отже, при аналізі державного регулювання медичного страхування потрібно враховувати не лише страхове законодавство, а й норми, що визначають організацію публічного фінансування охорони здоров'я [8].

Програма медичних гарантій на 2026 рік охоплює 46 пакетів послуг, а на її реалізацію у державному бюджеті передбачено понад 191,6 млрд грн [5; 8]. Ці дані свідчать, що саме бюджетно-контрактна модель є нині основою фінансування базового медичного обслуговування населення. Відповідно, економічна необхідність розвитку добровільного медичного страхування полягає не у заміні державних гарантій, а в розширенні спектра доступних сервісів, зменшенні часу очікування, покритті додаткових опцій, підвищенні сервісної якості та диверсифікації каналів фінансування медичної допомоги [14].

Правова база державного регулювання медичного страхування в Україні має

багаторівневий характер. На конституційному рівні визначається право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1].

На рівні галузевого законодавства Основи законодавства України про охорону здоров'я встановлюють загальні засади державної політики у сфері охорони здоров'я [2], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає механізм публічної оплати медичних послуг [4], а Закон України «Про страхування» встановлює загальні правові засади діяльності страховиків, класи страхування, вимоги до ліцензування, платоспроможності, управління ризиками та захисту прав споживачів [3].

Роль Національного банку України в системі регулювання медичного страхування суттєво зросла після концентрації повноважень з нагляду за небанківськими фінансовими установами.

Для ринку медичного страхування це означає жорсткіші вимоги до капіталу, прозорості, корпоративного управління, внутрішнього контролю, структури активів, інформаційного розкриття й порядку врегулювання страхових випадків. Такий підхід є економічно виправданим, оскільки медичне страхування належить до чутливих для споживача сегментів: недобросовісна практика страховика тут безпосередньо впливає на доступ людини до лікування [3; 6]

Важливо враховувати й поточний стан страхового ринку. За оцінками НБУ, у 2025 році ризиковий сегмент страхування залишався прибутковим, а премії зі страхування здоров'я упродовж року загалом зростали, хоча в IV кварталі спостерігалось сезонне скорочення премій за цим напрямом [7].

Це свідчить, що медичне страхування зберігає ринковий потенціал навіть у складних макроекономічних умовах, але для його стійкого розвитку потрібні збалансоване тарифоутворення, контроль збитковості, договори з надійними медичними закладами та належне регуляторне середовище.

Методологічно державне регулювання медичного страхування в Україні можна розглядати як поєднання чотирьох блоків впливу: нормативно-правового, інституційного, економічного та інформаційного. Нормативно-правовий блок визначає правила гри для всіх учасників. Інституційний - розподіляє повноваження

між державними органами, страховиками, НСЗУ та надавачами медичних послуг. Економічний - охоплює питання тарифів, резервів, бюджетних асигнувань, франшиз, співоплати та контрактних механізмів. Інформаційний - включає цифрові медичні системи, електронний документообіг, прозорість договорів, захист персональних даних і стандарти комунікації з клієнтом [3-6; 8].

З економічної точки зору державне регулювання медичного страхування має вирішувати щонайменше п'ять завдань: забезпечення доступності послуг, недопущення фінансової нестійкості страховиків, захист прав споживачів, інтеграцію страхових продуктів у загальну архітектуру фінансування охорони здоров'я та стимулювання розвитку цивілізованої конкуренції між надавачами послуг.

Таблиця 1.2 - Суб'єкти державного регулювання медичного страхування в Україні та їх повноваження

Суб'єкт	Ключові повноваження	Значення для розвитку медичного страхування
Верховна Рада України	Прийняття законів у сфері охорони здоров'я, страхування та фінансових послуг.	Формує базові правила функціонування системи медичного страхування.
Кабінет Міністрів України	Затвердження порядків реалізації Програми медичних гарантій, підзаконних актів і бюджетних параметрів.	Визначає поточні умови публічного фінансування медичних послуг і механізми реалізації державної політики у цій сфері.
Міністерство охорони здоров'я України	Формування державної політики у сфері охорони здоров'я, затвердження медичних стандартів і вимог до надавачів медичних послуг.	Забезпечує змістову основу якості, доступності та організації медичної допомоги.
Національна служба здоров'я України	Контрактування надавачів медичних послуг, закупівля медичних послуг за Програмою медичних гарантій.	Створює базовий публічний контур фінансування медичної допомоги та впливає на практичну доступність послуг для населення.
Національний банк України	Ліцензування, нагляд, встановлення вимог до платоспроможності страховиків, регулювання страхового ринку.	Гарантує фінансову стійкість страховиків і захист прав споживачів страхових послуг.

Джерело: сформовано автором

Отже, економічна необхідність медичного страхування в Україні не зводиться до простого збільшення частки страхових премій у фінансуванні галузі.

Йдеться про створення такої моделі, за якої публічні гарантії забезпечують базову доступність медичної допомоги, а страхові продукти розвивають додаткові сервіси, пришвидшують доступ до лікування, підвищують якість організації та формують відповідальну поведінку всіх учасників ринку. Це і є методологічною рамкою подальшого управління розвитком медичного страхування.

1.3. Сучасні підходи до управління процесом надання послуг медичного страхування

Впровадження страхових продуктів у системі медичного страхування є значно складнішим процесом, ніж звичайний запуск нового фінансового продукту. Це пояснюється тим, що предметом страхового покриття виступають послуги, які залежать від клінічних протоколів, якості медичної інфраструктури, поведінки пацієнта, вартості лікарських засобів, територіальної доступності закладів охорони здоров'я та швидкості врегулювання страхових випадків. У зв'язку з цим страхові продукти у сфері медичного страхування повинні розроблятися на стику фінансової, медичної, правової та сервісної логіки [10; 13; 14].

Першою базовою умовою впровадження є наявність чітко сегментованого попиту. Медичне страхування не може бути ефективним, якщо страховик не розуміє, хто саме є споживачем продукту, які ризики переважають у його групі, яка платоспроможність потенційного клієнта та які послуги для нього є критично значущими. Для корпоративного сегмента ключовими є масовість, стабільність колективу, відносна передбачуваність ризиків і можливість стандартизувати програму. Для індивідуального сегмента визначальними стають вік, стан здоров'я, місце проживання, поведінкові особливості, попередній досвід лікування та готовність клієнта оплачувати додатковий сервіс [10; 14].

Другою умовою є наявність мережі надавачів медичних послуг, які здатні якісно й своєчасно виконувати свої зобов'язання. Страховий продукт у медичному страхуванні набуває реальної цінності лише тоді, коли за ним стоїть доступна мережа клінік, діагностичних центрів, лабораторій, аптечних партнерів і сервіс асистансу. Якщо мережа надто вузька, територіально обмежена або не забезпечує

належної якості лікування, страховий поліс перетворюється на формальний документ без суттєвої споживчої корисності. Отже, умова розвиненої медичної інфраструктури є не менш важливою, ніж страхова ліцензія чи тариф [8; 10; 13].

Третьою умовою є актуарно обґрунтоване ціноутворення. Для медичного страхування особливо небезпечними є антиселекція, моральний ризик і неконтрольоване зростання середнього чека медичних послуг.

Четвертою умовою є правова визначеність продукту. У договорі медичного страхування мають бути чітко встановлені страхові ризики, перелік покритих послуг, винятки, ліміти відповідальності, франшизи, порядок звернення, строки врегулювання, способи підтвердження витрат, правила взаємодії з медичним закладом та порядок повернення коштів. Не менш важливою є узгодженість страхового продукту з чинною моделлю державних фінансових гарантій. Практично це означає, що страховик має уникати дублювання того, що вже гарантується державою безоплатно, і фокусувати продукт на сервісному розширенні, додаткових опціях, швидкості доступу, комфорті та покритті послуг поза межами базового пакета [8; 9].

П'ятою умовою є цифровізація процесів. Сучасне медичне страхування неможливо ефективно адмініструвати на основі паперових заяв, ручного погодження кожного випадку та розрізнених комунікацій між клієнтом, страховиком і клінікою. Потрібні електронні поліси, онлайн-реєстрація звернень, обмін документами в цифровому вигляді, інтеграція з медичними інформаційними системами, можливість дистанційного погодження послуг і прозора аналітика збитковості. Що вищий рівень цифровізації, то швидше врегулювання і менші транзакційні витрати системи [6; 7].

У сучасній практиці страхових компаній управління процесом надання послуг медичного страхування дедалі більше ґрунтується на процесному та клієнтоорієнтованому підходах. Процесний підхід передбачає розгляд надання страхової послуги як сукупності взаємопов'язаних етапів: укладання договору, супроводу клієнта, організації медичної допомоги, врегулювання страхових випадків та оцінювання якості обслуговування. Це дає змогу забезпечити

узгодженість дій усіх учасників процесу та підвищити ефективність використання ресурсів страхової компанії. Клієнтоорієнтований підхід передбачає адаптацію страхових програм і сервісів до потреб різних категорій страхувальників. У таких умовах конкурентні переваги страховика формуються не лише за рахунок ціни страхового продукту, а й завдяки швидкості реагування на звернення клієнтів, доступності консультаційної підтримки, зручності отримання послуг та рівня задоволеності застрахованих осіб.

Тому шостою умовою виступає довіра до страховика та зрозумілість продукту для клієнта. Медичне страхування є складною послугою: споживач купує не матеріальний товар, а обіцянку фінансового захисту в майбутньому. Важливим напрямом сучасного управління процесом надання послуг медичного страхування є впровадження систем контролю якості обслуговування. Для оцінювання ефективності роботи використовуються показники швидкості врегулювання страхових випадків, рівня задоволеності клієнтів, кількості повторних звернень, доступності медичних послуг та якості взаємодії з партнерами-медичними закладами. Застосування таких показників дає можливість своєчасно виявляти проблемні етапи процесу та приймати управлінські рішення щодо їх удосконалення.

Окрему групу умов формують макроекономічні та безпекові фактори. Повномасштабна війна, внутрішнє переміщення населення, нерівномірна доступність медичної інфраструктури між регіонами, валютні коливання, інфляційне подорожчання медикаментів і медичних послуг, кадровий дефіцит у лікарнях - усе це безпосередньо впливає на продуктову політику страховиків.

У сучасній практиці добровільного медичного страхування страхові продукти відрізняються за обсягом покриття, набором сервісів, рівнем персоналізації та цільовим призначенням. Така диференціація дає змогу страховикам формувати пропозиції відповідно до потреб різних груп споживачів, а також підвищувати гнучкість і конкурентоспроможність страхових програм.

Таблиця 1.3 - Основні різновиди страхових продуктів у добровільному медичному страхуванні

Різновид продукту	Типовий зміст покриття	Цільовий сегмент
Корпоративні програми ДМС	Амбулаторна допомога, стаціонарне лікування, медикаментозне забезпечення, невідкладна допомога, профілактичні опції.	Працівники підприємств, організацій, установ.
Індивідуальні поліси ДМС	Базове або розширене покриття з персоналізованим набором опцій, лімітів і сервісів.	Фізичні особи та сім'ї.
Модульні продукти	Стоматологія, check-up, вакцинація, телемедицина, реабілітація, психологічна підтримка.	Клієнти, які потребують додаткових або спеціалізованих сервісів.
Програми для критичних станів	Покриття дороговартісної медичної допомоги або окремих випадків тяжких захворювань і станів.	Клієнти з підвищеним запитом на фінансовий захист від значних медичних витрат.

Джерело: сформовано автором

Отже, сучасні підходи до управління процесом надання послуг медичного страхування передбачають поєднання процесного та клієнтоорієнтованого управління, використання цифрових технологій, розвиток партнерської мережі медичних закладів, удосконалення механізмів контролю якості та підвищення прозорості страхових продуктів. Реалізація таких підходів сприяє підвищенню ефективності діяльності страхової компанії, якості обслуговування клієнтів і конкурентоспроможності на ринку медичного страхування.

Висновки до розділу 1

У першому розділі розглянуто теоретичні основи управління системою медичного страхування в страховій компанії. Встановлено, що медичне страхування є важливою складовою системи охорони здоров'я та поєднує економічні, соціальні, правові й управлінські аспекти. Його основне призначення полягає у забезпеченні фінансового захисту населення у разі захворювання, підвищенні доступності медичних послуг та створенні умов для отримання якісної медичної допомоги.

Дослідження показало, що послуги медичного страхування мають комплексний характер і включають не лише страхове покриття медичних витрат, а й організацію медичного обслуговування, супровід клієнтів, взаємодію з

медичними закладами та врегулювання страхових випадків. Від якості надання таких послуг значною мірою залежать рівень задоволеності клієнтів, репутація страхової компанії та її конкурентні позиції на ринку.

Визначено, що розвиток медичного страхування в Україні відбувається в умовах поєднання державних фінансових гарантій і добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування доповнює систему публічного фінансування охорони здоров'я, розширює можливості отримання медичних послуг та забезпечує додатковий рівень страхового захисту населення.

У результаті дослідження сучасних підходів до управління процесом надання послуг медичного страхування встановлено, що важливими напрямками підвищення ефективності діяльності страхових компаній є цифровізація процесів, розвиток партнерської мережі медичних закладів, застосування клієнтоорієнтованого підходу, удосконалення системи контролю якості обслуговування та підвищення прозорості страхових продуктів. Використання цих підходів сприяє покращенню якості страхових послуг і зміцненню конкурентних переваг страховиків.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ У ПРАТ «УПСК»

2.1. Загальна характеристика діяльності ПрАТ «УПСК»

Страхова компанія ПрАТ «УПСК» створена в 1992 році та більш ніж за тридцять років бездоганної роботи стала однією з провідних страхових компаній України. Філії та дирекції страхової компанії представлені майже по всій території нашої країни [36].

ПрАТ «УПСК» є страховою компанією, яка працює на ринку страхових послуг України та здійснює діяльність у сфері страхування, крім страхування життя.

Компанія функціонує як універсальний страховик, що пропонує послуги для різних категорій клієнтів. Діяльність ПрАТ «УПСК» спрямована на забезпечення страхового захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб. Важливою перевагою компанії є наявність різних напрямів страхування, що дозволяє охоплювати як особисті, так і корпоративні потреби клієнтів. Це свідчить про достатньо широкий профіль діяльності страхової компанії та її адаптацію до потреб сучасного страхового ринку України.

Сьогодні ПрАТ «УПСК» є одним із лідерів страхового ринку України, надаючи широкий спектр страхових послуг за класами страхування на вигідних умовах [36].

Розроблення та впровадження страхових продуктів дозволяють страховій компанії виходити на нові ринки та принципово інший рівень розвитку у сфері обслуговування клієнтів. Компанія регулярно аналізує промислові, аграрні й інноваційні ринки, ринки фінансових послуг, великого та малого бізнесу задля створення страхових продуктів відповідно до потреб кожної галузі.

У таблиці 2.1 розглянемо загальну характеристику ПрАТ «УПСК», що дає змогу визначити основні реєстраційні, організаційні та функціональні особливості

страхової компанії.

Таблиця 2.1 – Загальна характеристика ПрАТ «УПСК»

Показник	Характеристика
Повне найменування	Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія»
Скорочене найменування	ПрАТ «УПСК»
Назва англійською мовою	UPSK
Організаційно-правова форма	Приватне акціонерне товариство
Код ЄДРПОУ	20602681
Дата державної реєстрації	22.06.1993
Юридична адреса	04080, Україна, м. Київ, вул. Кирилівська, буд. 40
Керівник	Воробей Наталія Гаріївна
Статутний капітал	100000000 грн
Основний вид діяльності	65.12 «Інші види страхування, крім страхування життя»
Сфера діяльності	Надання страхових послуг фізичним та юридичним особам
Основні страхові продукти	Автоцивілка, КАСКО, медичне страхування, туристичне страхування, страхування майна, агрострахування та інші страхові продукти
Наявність ліцензії	Компанія має ліцензію на надання фінансових послуг у сфері страхування
Контактний телефон	0800507050; також зазначається телефон +38(044)4636421
Офіційний сайт	upsk.com.ua
Публічний масштаб діяльності	За даними офіційного сайту компанії, у 2024 році укладено 416487 договорів, що свідчить про значне операційне навантаження та потребу в автоматизації продажів і клієнтського супроводу.
Ліцензований продуктовий масштаб	UPSK здійснює діяльність у межах 18 класів страхування та 25 ризиків у межах класу, що створює основу для крос-продажу медичного страхування чинним клієнтам.
Цифрові сервіси	На офіційному сайті компанії зазначено можливість користування мобільним додатком UPSK, купівлі страховок онлайн, отримання консультацій і спеціальних пропозицій.
Сервісна підтримка	Компанія має контакт-центр 0800507050, який використовується також при настанні страхового випадку; для медичного страхування це важливо як канал швидкої первинної комунікації.

Джерело: складено на основі [31]

Отже, ПрАТ «УПСК» є діючою страховою компанією з тривалим досвідом роботи на українському страховому ринку. Компанія має сформовану організаційно-правову базу, значний статутний капітал і офіційно зареєстрований основний вид діяльності у сфері страхування, крім страхування життя. Загалом ПрАТ «УПСК» можна охарактеризувати як універсальну страхову компанію, що

працює у різних сегментах страхового ринку України.

Організаційна структура ПрАТ УПСК є досить складною та розгалуженою та налічує в собі близько 18 відділів, служб та департаментів. З якими можемо ознайомитись нижче:

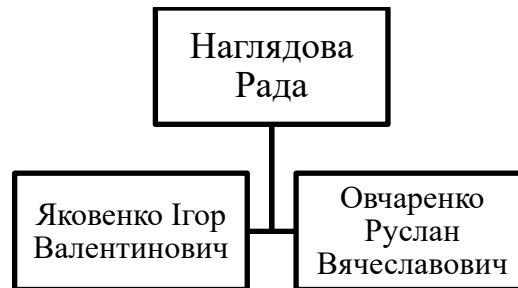


Рис. 2.1. Структура Наглядової Ради ПрАТ «УПСК» [31]

Згідно з Статутом чисельність Наглядової Ради складає наразі дві особи. Голова Наглядової Ради - Яковенко Ігор Валентинович, Член Наглядової Ради – Овчаренко Руслан В'ячеславович.



Рис.2.2. Структура Правління ПрАТ «УПСК» [31]

Згідно з Статутом страхової компанії чисельність Правління складає чотири особи. До складу Правління входять: Голова Правління - Воробей Наталія Гаріївна, Заступник Голови Правління - Лініченко Олександр Миколайович, Заступник Голови Правління – Сахар Ігор Іванович.

Згідно з річним звітом емітента, стратегічним завданням ПрАТ «УПСК» на 2025 рік є досягнення рівня залучення страхових платежів не менш ніж у 2024 році. Такий орієнтир є важливим для оцінки управління медичним страхуванням,

оскільки компанія розглядає розвиток страхового портфеля як один із ключових індикаторів стабільності в умовах воєнного стану [48].

За матеріалами звітності компанії, ПрАТ «УПСК» приділяє увагу не лише продажам, а й організаційному розвитку: удосконаленню продуктів, диверсифікації портфеля, управлінському обліку, контролю витрат, перестраховуванню, внутрішньому контролю та управлінню ризиками [31]. Для медичного страхування це має практичне значення, оскільки цей вид послуг потребує постійної координації між продажами, андеррайтингом, медичним асистансом, фінансовим блоком і службою врегулювання.

Таблиця 2.2- Основні напрями діяльності Товариства

№	Назва напрямку	Складові, що входять до напрямку
1	Блок страхування та перестраховування	Постійна робота, спрямована на вдосконалення існуючих і розробку нових страхових продуктів, які відповідають сучасним потребам та інтересам клієнтів; оптимізація перестрахового захисту страхового портфеля; диверсифікація страхового портфеля; адаптація лінійки страхових продуктів до сучасних реалій; збільшення у страховому портфелі частки онлайн-продуктів.
2	Блок роботи з регіонами	Системний аналіз діяльності відокремлених структурних підрозділів; своєчасне виявлення проблемних питань та їх усунення з метою забезпечення рентабельності функціонування регіональних підрозділів; постійний моніторинг тенденцій розвитку страхового ринку з урахуванням специфіки окремих регіонів; спрямування діяльності регіональних представництв компанії відповідно до результатів такого моніторингу.
3	Блок питань розвитку	Удосконалення та оптимізація внутрішніх бізнес-процесів; підтримання колективної професійної придатності менеджменту компанії; забезпечення організаційного розвитку та підвищення ефективності управлінських процесів.
4	Блок врегулювання збитків	Неухильне дотримання вимог законодавства та положень договорів страхування, зокрема строків здійснення страхових відшкодувань і страхових виплат; дотримання вимог щодо забезпечення економічної безпеки компанії на стадії розслідування обставин настання подій, що мають ознаки страхових; активізація процесів швидкого врегулювання із застосуванням протоколів погодження сум збитку з автотранспортних ризиків відповідно до вимог законодавства; підготовка до реалізації змін у законодавстві, що регулює ОСЦПВНТЗ.
5	Блок фінансів	Проведення інвестиційної діяльності, спрямованої на підвищення прибутковості активів; забезпечення диверсифікації та прийнятності активів; оптимізація форм звітності управлінського обліку компанії; підтримання фінансової стабільності та ефективного використання фінансових ресурсів.

Джерело: складено на основі [31]

Також протягом 2024 р. планується комплекс заходів щодо приведення у відповідність Закону України «Про страхування» №1909-IX від 18.11.2021р. внутрішніх нормативних документів Компанії до дня введення в дію зазначеного закону.

Отже, основні напрями діяльності ПрАТ «УПСК» охоплюють як безпосереднє надання страхових послуг, так і організаційне, регіональне та фінансове забезпечення роботи компанії. Особливу увагу підприємство приділяє оновленню страхових продуктів, оптимізації перестрахового захисту, розвитку регіональної мережі та підвищенню якості врегулювання збитків. Це свідчить про комплексний підхід компанії до управління страховою діяльністю та її орієнтацію на підвищення ефективності роботи в умовах сучасного страхового ринку.

Особливе місце у діяльності ПрАТ «УПСК» займає розвиток медичного страхування. Це пов'язано з тим, що в сучасних умовах попит на медичні страхові продукти поступово зростає, оскільки клієнти прагнуть мати додатковий фінансовий захист у разі хвороби, травми або потреби в медичній допомозі. Медичне страхування є важливим напрямом для страхової компанії, адже воно дозволяє не лише розширювати страховий портфель, а й формувати довгострокові відносини з клієнтами.

ПрАТ «УПСК» пропонує послуги медичного страхування для фізичних осіб, а також програми добровільного медичного страхування для колективів. Добровільне медичне страхування може використовуватися як елемент соціального пакета для працівників підприємств, що підвищує рівень їх соціального захисту та лояльність до роботодавця.

Для аналізу системи управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК» доцільно використати відкриті дані офіційного сайту компанії, які безпосередньо характеризують організацію, умови та сервісне забезпечення добровільного медичного страхування. Такий підхід дозволяє оцінити медичне страхування не лише як окремий страховий продукт, а як напрям управління, що потребує належної організації клієнтського супроводу, контролю страхових випадків,

розвитку цифрових каналів комунікації та формування партнерської медичної мережі.

У таблиці 2.3 подано аналітичну інтерпретацію відкритих даних офіційного сайту ПрАТ «УПСК» щодо розвитку та управління медичним страхуванням.

Таблиця 2.3 - Аналітична оцінка системи медичного страхування ПрАТ «УПСК»

Елемент управління медичним страхуванням	Інформація з офіційного сайту ПрАТ «УПСК»	Управлінський висновок щодо розвитку медичного страхування
Наявність окремого продукту медичного страхування	На офіційному сайті компанії медичне страхування подано як окремий страховий продукт; код продукту – 515.	Виділення медичного страхування в окремий страховий продукт свідчить про його самостійне місце у страховому портфелі компанії та наявність окремого напрямку управління цим видом страхування.
Рівень страхового покриття за медичним страхуванням	Мінімальна страхова сума становить 10000 грн, максимальна – 500000 грн на одну застраховану особу.	Широкий діапазон страхових сум свідчить про орієнтацію компанії на різні категорії клієнтів та можливість диференціації страхових програм залежно від потреб страхувальників.
Корпоративне добровільне медичне страхування	На сайті зазначено можливість страхування працівників підприємств та членів їхніх родин.	Наявність корпоративних програм ДМС свідчить про орієнтацію компанії на сегмент корпоративних клієнтів та використання медичного страхування як інструменту соціального захисту персоналу
Територія дії медичного страхування	Медичне страхування діє на території України відповідно до умов договору.	Надання страхового захисту на території України потребує ефективної координації роботи з медичними закладами та організації належного клієнтського супроводу в різних регіонах.
Цілодобовий медичний супровід	У матеріалах щодо ДМС зазначено можливість отримання допомоги та консультацій у режимі 24/7.	Наявність цілодобового супроводу свідчить про орієнтацію компанії на безперервне обслуговування клієнтів та підвищення доступності медичних послуг для застрахованих осіб.
Перелік медичних послуг у межах ДМС	Програма може включати амбулаторну допомогу, стаціонарне лікування, швидку та невідкладну допомогу, діагностику, консультації лікарів та інші послуги.	Широкий перелік медичних послуг свідчить про комплексний характер страхового покриття та здатність компанії забезпечувати різні види медичної допомоги в межах програм добровільного медичного страхування.

Продовження таблиці 2.3

Канали комунікації із застрахованими особами	Компанія використовує контакт-центр, офіційний сайт, мобільний додаток UPSK та онлайн-сервіси.	Наявність декількох каналів комунікації свідчить про використання компанією багатоканального підходу до обслуговування клієнтів та забезпечення доступності страхових послуг.
Використання мобільного додатка	Компанія має мобільний додаток UPSK для клієнтів.	Використання мобільного додатка підтверджує впровадження цифрових інструментів взаємодії з клієнтами та створює передумови для підвищення оперативності страхового обслуговування.
Робота контакт-центру	На сайті зазначено контактний номер 0800507050.	Функціонування контакт-центру забезпечує оперативний зв'язок із застрахованими особами та є важливим елементом інформаційної підтримки клієнтів у процесі отримання страхових послуг.
Розвиток ДМС в умовах війни	В умовах воєнного стану зростає потреба населення й роботодавців у додатковому медичному захисті, швидкій консультації та доступі до лікування.	Зростання попиту на медичний захист в умовах воєнного стану створює додаткові можливості для розвитку добровільного медичного страхування та підвищує значення цього виду послуг у страховому портфелі компанії.

Джерело: складено на основі [31]

Наведені дані показують, що ПрАТ «УПСК» має організаційні передумови для розвитку медичного страхування: широку клієнтську базу, досвід роботи, цифрові канали та контакт-центр.

Таким чином, ПрАТ «УПСК» є страховою компанією з тривалим досвідом роботи, сформованою організаційною структурою та широким набором страхових продуктів. Діяльність компанії охоплює як традиційні напрями страхування, так і сучасні продукти, серед яких важливе місце займає медичне страхування. Саме розвиток медичного страхування дає змогу компанії відповідати на актуальні потреби населення та бізнесу, підвищувати рівень клієнтського сервісу й укріплювати свої позиції на страховому ринку України.

2.2. Аналіз системи управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК»

Наразі в Україні практично функціонує переважно добровільна форма медичного страхування, тоді як повноцінний механізм загальнообов'язкового медичного страхування не сформований. Водночас після початку повномасштабної війни роль добровільного медичного страхування поступово зростає, оскільки домогосподарства та роботодавці прагнуть мати більш прогнозований доступ до медичної допомоги, консультацій, діагностики й супроводу у випадку хвороби або травми.

Для ПрАТ «УПСК» цей ринковий контекст має пряме управлінське значення. У річному звіті емітента за 2025 рік компанія прямо зазначає, що страховий ринок України функціонував у складних умовах через воєнний стан, воєнну агресію російської федерації, нестабільну економіку та низьку активність клієнтів [30]. Тому управління медичним страхуванням має бути спрямоване не лише на продаж полісів, а й на адаптацію продуктів до умов війни: зрозуміле інформування про покриття та винятки, розвиток дистанційного сервісу, гнучке ціноутворення, контроль збитковості та роботу з корпоративними клієнтами.

Медичне страхування для ПрАТ «УПСК» можна розглядати як один із важливих напрямів розвитку, оскільки воно пов'язане не лише з продажем страхового продукту, а й з організацією якісного сервісу для клієнта. На офіційному сайті компанії медичне страхування подається як окремий страховий продукт, а також зазначено, що страхова сума встановлюється за домовленістю між страховиком і страхувальником, при цьому мінімальний розмір страхової суми становить 10000 грн на одну застраховану особу.

На сайті UPSK зазначено, що програми корпоративного страхування можуть передбачати отримання послуг у різних лікувальних закладах та можливість страхування членів родини [32].

У таблиці 2.4 розглянемо основні елементи системи управління розвитком медичного страхування в ПрАТ «УПСК» та їх аналітичну оцінку.

Таблиця 2.4- Управлінська оцінка системи медичного страхування в ПрАТ «УПСК»

Блок управління	Показники оцінки	Поточний стан
Продуктове управління	Наявність окремих програм ДМС; рівень сегментації продукту; кількість модулів покриття	Медичне страхування виділене як окремий страховий продукт; є можливість роботи з фізичними та корпоративними клієнтами.
Управління продажами	Кількість договорів; приріст премій; частка корпоративних клієнтів; середній страховий платіж	Компанія має філії, регіональні представництва, агентські та прямі канали продажу.
Клієнтський сервіс	Швидкість відповіді; рівень задоволеності; частка повторних договорів; кількість скарг	Є контактні канали та офіційний сайт, однак у відкритих джерелах не розкрито сервісні KPI саме за медичним страхуванням.
Врегулювання страхових випадків	Середній строк погодження звернення; кількість врегульованих випадків; частка відмов; рівень виплат	Врегулювання збитків є окремим управлінським блоком компанії, що підтверджує наявність організаційної основи для контролю виплат.
Фінансовий контроль	Рівень збитковості; рентабельність продукту; адміністративні витрати; відхилення фактичних виплат від плану	Фінансова звітність компанії є публічною, однак показники ДМС не деталізовані як окремий управлінський сегмент.
Управління ризиками	Андеррайтингові обмеження; контроль частоти звернень; якість медичної мережі; перестраховий захист	У звітності компанії зазначено наявність системи управління ризиками, внутрішнього контролю та контролю тарифних політик [41].
Цифровізація	Частка онлайн-заявок; електронний поліс; дистанційне погодження; швидкість обміну документами	У стратегічних напрямках компанії передбачено збільшення частки онлайн-продуктів.

Джерело: складено автором на основі [31]

Отже, система управління розвитком медичного страхування в ПрАТ «УПСК» має комплексний характер. Вона не обмежується лише продажем страхового поліса, а включає розробку програм, супровід клієнта, роботу з медичними закладами, контроль виплат і фінансову оцінку результатів. Найбільш важливими напрямками є якість врегулювання страхових випадків, зручність обслуговування та правильний розрахунок вартості страхових програм.

Розглянемо основні фінансово-економічні показники ПрАТ «УПСК» за 2023-2025рр.

Таблиця 2.5- Фінансово-управлінські показники діяльності ПрАТ «УПСК» у 2023–2025 рр.

Показник	2023 р., тис. грн	2024 р., тис. грн	2025 р., тис. грн	Темп зростання 2025/2024, %
Активи, всього	705821	767952	1039021	135,3
Зобов'язання, всього	402969	487166	705745	144,9
Власний капітал	302852	280786	333276	118,7
Премії підписані, валова сума	-	559003	906833	162,2
Чисті зароблені страхові премії	-	482073	702076	145,6
Чисті понесені збитки за страховими виплатами	-	139143	197739	142,1
Витрачання на оплату зобов'язань за страховими контрактами	147278	99747	170888	171,3
Чистий фінансовий результат	4954	2725	56243	20,6 р.

Джерело: складено автором [36]

Отже, результати аналізу свідчать про покращення фінансових показників ПрАТ «УПСК» у 2025 році. Активи компанії зросли на 35,3%, валові страхові премії – на 62,2%, а чисті зароблені страхові премії – на 45,6% порівняно з 2024 роком. Позитивною тенденцією є також суттєве збільшення чистого фінансового результату, який зріс у 20,6 раза порівняно з попереднім роком. Така динаміка пояснюється насамперед низькою базою порівняння у 2024 році та покращенням результатів страхової діяльності у 2025 році. Водночас темпи зростання зобов'язань (44,9%) і чистих понесених збитків за страховими виплатами (42,1%) залишаються досить високими, що потребує посилення контролю за формуванням страхових резервів, рівнем збитковості та обґрунтованістю тарифної політики. Таким чином, фінансовий стан ПрАТ «УПСК» створює передумови для подальшого розвитку страхового портфеля, однак потребує збереження балансу між нарощуванням обсягів діяльності та ефективним управлінням страховими ризиками.

Для медичного страхування ці результати мають важливе управлінське значення. З одного боку, покращення фінансових результатів створює можливості для оновлення програм ДМС, розвитку цифрових сервісів, розширення партнерської мережі медичних закладів і просування корпоративних страхових

продуктів. З іншого боку, зростання виплат свідчить про потребу в більш точному аналізі частоти звернень, середньої вартості медичного випадку, рівня збитковості та ефективності врегулювання.

Для оцінки системи управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК» важливо проаналізувати не лише фінансові результати, а й сам процес надання послуг клієнтам. Саме на цьому етапі формується практичний результат діяльності страхової компанії, оскільки клієнт оцінює якість страхування не під час укладення договору, а в момент звернення за медичною допомогою. На основі аналізу діяльності ПрАТ «УПСК» можна виділити кілька основних етапів процесу надання послуг медичного страхування. Першим етапом є укладення договору страхування та визначення умов страхового покриття. На цьому етапі важливе значення має правильний підбір програми страхування відповідно до потреб клієнта. Другий етап пов'язаний із супроводом застрахованої особи протягом строку дії договору. Третій етап охоплює організацію та погодження медичних послуг у разі настання страхового випадку. Завершальним етапом є врегулювання звернення та контроль виконання зобов'язань перед клієнтом.

Для узагальнення результатів аналізу доцільно виділити основні елементи процесу надання послуг медичного страхування в ПрАТ «УПСК» (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Аналіз процесу надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК»

Етап процесу	Характеристика	Потенційні управлінські ризики
Укладення договору	Визначення умов страхування, страхової суми та програми покриття	Недостатнє інформування клієнта щодо умов договору
Супровід клієнта	Консультаційна підтримка та комунікація протягом дії договору	Затримки в комунікації або недостатня поінформованість клієнтів
Організація медичної допомоги	Координація взаємодії між клієнтом та медичним закладом	Обмеженість партнерської мережі або складність погодження послуг
Врегулювання страхового випадку	Перевірка документів та погодження оплати медичних послуг	Збільшення строків розгляду звернень
Контроль результатів	Аналіз звернень клієнтів та фінансових показників	Відсутність окремих показників оцінювання якості ДМС

Джерело: складено автором.

Проведений аналіз показує, що найбільше значення для ефективності процесу мають швидкість реагування на звернення клієнтів, якість комунікації та своєчасність погодження медичних послуг. Саме ці фактори безпосередньо впливають на задоволеність клієнтів і формують їхню оцінку роботи страхової компанії. Водночас аналіз відкритої інформації про діяльність ПрАТ «УПСК» свідчить, що у звітності компанії відсутня деталізація показників, які б характеризували якість надання послуг саме за програмами добровільного медичного страхування. Зокрема, не оприлюднюються дані щодо середнього часу розгляду звернень, швидкості погодження медичних послуг, кількості повторних звернень або рівня задоволеності клієнтів. Це ускладнює оцінювання ефективності окремих етапів процесу та виявлення проблемних зон у системі управління.

Таким чином, процес надання послуг медичного страхування в ПрАТ «УПСК» має сформовану організаційну основу, проте потребує більшого використання показників оцінювання якості сервісу. Це дозволило б підвищити контроль за окремими етапами обслуговування клієнтів і створити додаткові можливості для вдосконалення системи управління медичним страхуванням.

Тепер доцільно перейти до оцінки саме того напрямку, який безпосередньо пов'язаний із темою дослідження, а саме добровільного медичного страхування. Загальні фінансові результати компанії дають змогу визначити її ресурсну базу, прибутковість і здатність розвивати страховий портфель, однак для управлінської оцінки медичного страхування важливо окремо розглянути динаміку страхових виплат за цим видом послуг.

В умовах війни значення цього показника зростає, адже попит на медичний захист, швидкий доступ до консультацій, лікування та супровід застрахованих осіб стає більш актуальним для населення і корпоративних клієнтів. Для аналізу динаміки виплат доцільно використати рейтингові дані Forinsurer щодо добровільного медичного страхування за відповідні періоди.

Такий аналіз дозволить не лише простежити зміну обсягу виплат, а й оцінити, наскільки медичне страхування потребує окремого управлінського контролю в межах страхового портфеля компанії.

У таблиці 2.7 подано динаміку виплат за добровільним медичним страхуванням ПрАТ «УПСК» у 2023–2025 роках.

Таблиця 2.7 - Динаміка виплат за добровільним медичним страхуванням ПрАТ «УПСК» у 2023–2025 роках

Показники	Роки			Відхилення	
	2023	2024	2025	абсолютне	відносне
Страхові премії	63818	49081	55073	-8745	-13,7
Страхові виплати	22983	13561	16719	-6264	-27,3

Джерело: складено автором [36]

Отже, динаміка добровільного медичного страхування ПрАТ «УПСК» у 2023–2025 роках свідчить про нестабільність розвитку цього напрямку. У 2025 році порівняно з 2023 роком страхові премії зменшилися на 8745 тис. грн, або на 13,7%, що може свідчити про скорочення обсягів укладених договорів, зміну попиту або перегляд продуктової політики компанії у сфері медичного страхування. Водночас у порівнянні з 2024 роком у 2025 році спостерігається часткове відновлення премій, оскільки їх обсяг зріс з 49081 тис. грн до 55073 тис. грн.

Страхові виплати у 2025 році порівняно з 2023 роком зменшилися на 6264 тис. грн, або на 27,3%. Це означає, що обсяг виплат скоротився швидше, ніж обсяг страхових премій. З управлінської точки зору така ситуація може свідчити про зниження навантаження на страховий портфель, однак водночас потребує детальнішого аналізу причин: зміни кількості застрахованих осіб, частоти звернень, умов покриття, структури договорів та рівня використання медичних послуг клієнтами.

Загалом дані таблиці показують, що добровільне медичне страхування залишається важливим, але недостатньо стабільним напрямом діяльності ПрАТ «УПСК». Тому компанії доцільно посилити управління цим сегментом через розвиток корпоративних програм ДМС, удосконалення сервісного супроводу,

розширення цифрових каналів взаємодії з клієнтами та регулярний контроль показників премій, виплат і збитковості.

Після аналізу страхових премій і виплат за добровільним медичним страхуванням доцільно розглянути частку ДМС у загальному страховому портфелі ПрАТ «УПСК». Цей показник дає змогу зрозуміти, яке місце медичне страхування займає серед інших видів страхування компанії.

Частка ДМС є важливою для управлінського аналізу, оскільки вона показує, наскільки активно компанія розвиває цей напрям і чи має він достатній потенціал для подальшого зростання. Якщо частка медичного страхування збільшується, це свідчить про зростання попиту на такі послуги. Якщо зменшується - компанії варто посилити роботу з клієнтами, удосконалити програми ДМС і розвивати корпоративне страхування.

Отже, аналіз частки ДМС за окремий рік дає змогу оцінити місце медичного страхування у страховому портфелі ПрАТ «УПСК» та визначити подальші управлінські напрями його розвитку.

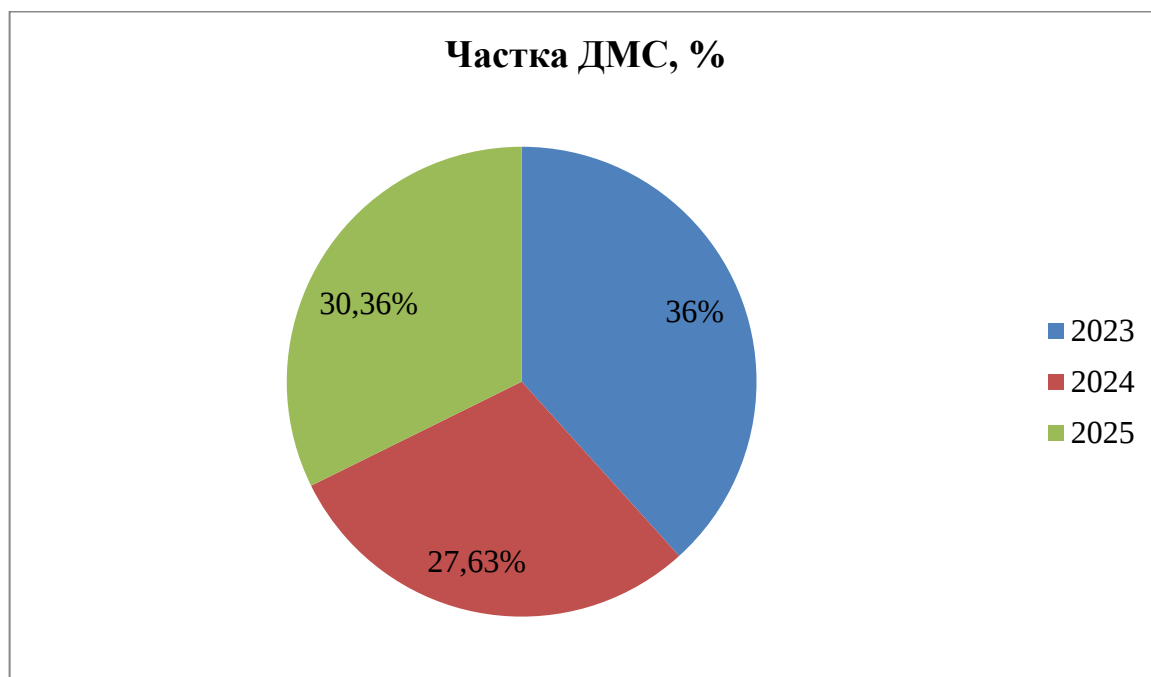


Рис.2.3. Частка ДМС [36]

На рисунку подано динаміку частки добровільного медичного страхування ПрАТ «УПСК» у 2023–2025 роках. У 2023 році частка ДМС становила 36%, що

свідчить про найбільшу вагу цього напрямку в аналізованому періоді. У 2024 році показник знизився до 27,63%, тобто частка медичного страхування скоротилася. Це може бути пов'язано зі зміною попиту на страхові послуги, впливом воєнного стану, зменшенням кількості договорів або переорієнтацією клієнтів на інші види страхування.

У 2025 році частка ДМС зросла до 30,36%, що свідчить про часткове відновлення позицій медичного страхування у страховому портфелі компанії. Проте цей показник ще не досяг рівня 2023 року, тому напрям добровільного медичного страхування потребує подальшого управлінського посилення.

Отже, динаміка частки ДМС у 2023–2025 роках є нестабільною: після зниження у 2024 році у 2025 році спостерігається поступове відновлення. Це свідчить про наявність потенціалу для розвитку медичного страхування, однак ПрАТ «УПСК» доцільно активніше працювати над просуванням ДМС, розширенням корпоративних програм, покращенням сервісного супроводу та підвищенням привабливості медичних страхових продуктів для клієнтів.

Окремої уваги потребує вплив воєнних умов на розвиток медичного страхування. Повномасштабна війна суттєво змінила умови функціонування страхового ринку, оскільки зросли ризики для життя і здоров'я населення, посилилася потреба у швидкому доступі до медичної допомоги, а також збільшилася роль страхових компаній у забезпеченні додаткового соціального захисту клієнтів.

Для страхової компанії війна змінює не лише структуру ризиків, а й саму логіку управління клієнтським сервісом. Клієнти очікують швидкої відповіді, дистанційної підтримки, зрозумілого переліку покриття, чітких умов договору та гарантій доступу до медичної допомоги навіть у складних обставинах. Тому медичне страхування в умовах війни має розглядатися не тільки як фінансовий продукт, а і як сервісна система підтримки застрахованої особи.

Важливим наслідком воєнного стану є зростання значення корпоративного добровільного медичного страхування. Для роботодавців ДМС стає одним з інструментів турботи про працівників, підвищення їхньої лояльності та збереження

кадрового потенціалу. У таких умовах страхова компанія повинна пропонувати не лише стандартні програми, а й гнучкі пакети, які враховують потреби підприємств, працівників та членів їхніх родин.

Також війна посилила потребу в цифровізації медичного страхування. Через переміщення населення, нерівномірну роботу медичної інфраструктури в регіонах та безпекові обмеження клієнтам важливо мати можливість звернутися до страховика дистанційно. Саме тому онлайн-консультації, електронні поліси, мобільний додаток, контакт-центр і швидке погодження медичних послуг мають стати важливими елементами управління ДМС.

Отже, воєнні умови формують нові вимоги до управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК». Компанії необхідно одночасно контролювати страхові ризики, якість сервісу, фінансову стійкість програм, партнерську мережу медичних закладів і швидкість взаємодії з клієнтами. Управлінські наслідки таких змін узагальнено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 - Управлінська оцінка впливу воєнних умов на розвиток медичного страхування ПрАТ «УПСК»

Фактор воєнного періоду	Прояв для ринку та ПрАТ «УПСК»	Управлінське значення для медичного страхування
Воєнний стан і нестабільна економіка	У звіті емітента за 2025 рік компанія пов'язує складність умов роботи з воєнною агресією, нестабільною економікою та нижчою активністю клієнтів.	Потрібні гнучкі програми, контроль тарифів, прозорі винятки та акцент на клієнтський супровід.
Зростання попиту на страхування здоров'я	За даними НБУ, у III кварталі 2025 року страхування здоров'я було одним із драйверів зростання ризикового страхування.	ДМС доцільно розглядати як напрям не лише соціального, а й комерційного розвитку страховика.
Міграція та переміщення населення	Клієнти частіше потребують дистанційного оформлення, консультацій та швидкої комунікації незалежно від місця перебування.	Необхідно розвивати онлайн-кабінет, контакт-центр, електронні документи та асистанс.
Територіальні обмеження та бойові дії	В офіційних страхових документах ПрАТ «УПСК» передбачаються винятки для тимчасово окупованих територій, територій бойових дій або блокування.	Важливо чітко пояснювати клієнтам межі покриття, щоб уникати конфліктів під час врегулювання випадків.
Подорожчання медичних послуг і ліків	Війна, інфляція та навантаження на систему охорони здоров'я підвищують цінність прогнозованого фінансування лікування.	Потрібні ліміти, франшизи, пакетність програм і регулярний перегляд тарифів.

Джерело: складено автором на основі [36]

Отже, у 2025 році розвиток медичного страхування доцільно пов'язувати не тільки з економічною вигодою для страховика, а й з адаптацією до воєнного середовища. Для ПрАТ «УПСК» це означає, що ефективність управління ДМС залежить від здатності компанії поєднати фінансовий контроль, цифрові канали, асистанс, якісне врегулювання та зрозумілу комунікацію з клієнтом.

Проведені розрахунки підтверджують, що ПрАТ «УПСК» має позитивну динаміку страхового доходу, грошових надходжень і чистого прибутку. Водночас негативний результат страхових послуг і швидше зростання зобов'язань порівняно з активами означають, що розвиток медичного страхування не можна будувати лише на збільшенні продажів. Управлінський акцент має бути перенесений на контроль збитковості, якість андеррайтингу, обмеження витрат, стандартизацію медичного супроводу та регулярний моніторинг сервісних КРІ.

Таблиця 2.9 - Ключові КРІ управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК»

КРІ	Показник	Управлінський висновок
Операційне навантаження договорів	34707 договорів на місяць; 1141 договір на день	Масштаб портфеля потребує автоматизації продажів, CRM та швидкого сервісного супроводу ДМС.
Темп приросту надходжень страхових премій	24,7%	Компанія має позитивну динаміку грошових надходжень, що створює ресурс для запуску нових продуктів.
Темп приросту доходу від страхування	26,1%	Попит на страхові послуги зростає; ДМС можна розвивати як додатковий сегмент портфеля.
Співвідношення витрат на страхові послуги до доходу	103,7%	Потрібен жорсткий контроль тарифів, виплат, медичної інфляції та умов покриття.
Результат страхових послуг	6604 тис. грн; 15,3%	Негативний результат зберігається, але динаміка покращується; для ДМС потрібні окремі ліміти та контроль збитковості.
Чистий прибуток	218,7%	Загальна прибутковість компанії покращилася, що підвищує здатність фінансувати продуктові й цифрові зміни.
Грошові кошти та еквіваленти	16,5%	Зростання ліквідних ресурсів є позитивним сигналом для забезпечення виплат і сервісної стабільності.
Діапазон страхової суми за продуктом 515	50 разів	Продукт потребує сегментованого управління: масовий базовий пакет,

		середній пакет і преміальне покриття.
--	--	---------------------------------------

Джерело: складено автором на основі [36]

У ПрАТ «УПСК» розвиток медичного страхування доцільно оцінювати через поєднання організаційних, фінансових і сервісних складових. Організаційна складова пов'язана з формуванням страхових програм, укладанням договорів, роботою з клієнтами та партнерами. Фінансова складова охоплює розрахунок тарифів, контроль страхових виплат, оцінку збитковості та прибутковості цього напрямку. Сервісна складова має особливе значення, оскільки саме вона формує враження клієнта про компанію під час фактичного отримання медичної допомоги.

Аналіз елементів системи управління показує, що медичне страхування потребує постійної координації між різними службами компанії. Наприклад, підрозділ продажів відповідає за залучення клієнтів і пояснення умов страхування, фінансовий блок контролює економічну доцільність програм, а служба врегулювання забезпечує супровід клієнта після настання страхового випадку. Якщо хоча б один із цих елементів працює недостатньо ефективно, це може негативно вплинути на загальну якість послуги.

Особливої уваги потребує робота з корпоративними клієнтами, оскільки саме цей сегмент може забезпечувати стабільний розвиток добровільного медичного страхування. Для підприємств медичне страхування працівників є не тільки способом соціального захисту, а й інструментом мотивації персоналу. Для страхової компанії такі договори є вигідними, адже вони дозволяють формувати більший страховий портфель і планувати надходження страхових платежів більш стабільно.

Для кращого розуміння логіки управління розвитком медичного страхування в компанії доцільно подати її у вигляді схеми.



Рис.2.2 Управління розвитком медичного страхування

З рисунка 2.3 видно, що розвиток медичного страхування має циклічний характер. Спочатку компанія аналізує потреби клієнтів і формує відповідні страхові програми. Після цього визначаються умови договору, страхова сума, тарифи та порядок отримання медичних послуг. Далі відбувається продаж продукту, супровід клієнтів і врегулювання страхових випадків. Завершальним етапом є оцінка результатів, після якої компанія може змінювати умови страхування, розширювати перелік послуг або покращувати сервіс.

У таблиці 2.10 наведемо SWOT-аналіз розвитку медичного страхування в ПрАТ «УПСК» у такому форматі: спочатку розглянуто слабкі та сильні сторони, а нижче - можливості та загрози для компанії.

Таблиця 2.10

SWOT-аналіз системи управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК»

Слабкі сторони	Сильні сторони
Відсутність у відкритій звітності окремої деталізації KPI саме за ДМС. Залежність ДМС від медичної інфляції та вартості лікування. Потреба у швидкому погодженні медичних звернень і цифровому контролі статусу. Ризик складності умов продукту для масового клієнта.	33 роки роботи на страховому ринку. 416487 укладених договорів у 2024 році. Наявність окремого продукту «Медичне страхування» з кодом 515. Широкий діапазон страхової суми: від 10000 до 500000 грн. Контакт-центр, мобільний додаток і онлайн-канали продажу. 18 класів страхування та можливість крос-продажу.
Можливості	Загрози
Конвертація частини чинної клієнтської бази в користувачів ДМС. Розвиток корпоративного страхування як елементу соціального пакета. Створення модульних пакетів за рівнем покриття. Використання мобільного додатка для заявок і консультацій. Партнерство з медичними закладами та асистуючими сервісами.	Зростання цін на медичні послуги та медикаменти. Зниження платоспроможності населення і бізнесу. Конкуренція з боку страхових компаній із сильними ДМС-програмами. Висока частота звернень застрахованих осіб. Воєнні ризики та нерівномірна доступність медичної інфраструктури.

За результатами SWOT-аналізу можна зробити висновок, що розвиток медичного страхування в ПрАТ «УПСК» має як внутрішні обмеження, так і помітні переваги. Основні слабкі сторони пов'язані з високою вартістю медичних послуг, потребою у швидкому врегулюванні звернень та постійному контролі виплат. Водночас компанія має досвід роботи на страховому ринку, окремий продукт медичного страхування та можливість працювати як з фізичними особами, так і з корпоративними клієнтами. Подальший розвиток цього напрямку доцільно пов'язувати з розширенням онлайн-сервісів, удосконаленням корпоративного страхування та підвищенням якості клієнтського обслуговування.

Для поглиблення управлінського аналізу доцільно застосувати GAP-аналіз, який показує розрив між поточним станом управління медичним страхуванням і бажаною моделлю його розвитку. Такий підхід допомагає перевести загальні рекомендації у конкретні управлінські дії.

Таблиця 2.11 - GAP-аналіз системи управління медичним страхуванням у ПрАТ «УПСК»

Напрямок управління	Поточний стан	Очікуваний результат
Продуктова політика	Є окремий продукт 515 з широким діапазоном страхової суми від 10000 до 500000 грн.	Чітка модульна лінійка за рівнями покриття та цільовими сегментами.
Клієнтський сервіс	Є контакт-центр і мобільний додаток, але немає відкрито розкритих KPI саме за ДМС.	Окремий сервісний стандарт ДМС: строк відповіді, статус звернення, контроль скарг.
Фінансовий контроль	У 2024 р. дохід від страхування зріс на 26,1%, але результат страхових послуг залишився негативним.	ДМС розвивається без погіршення збитковості та з контрольованими виплатами.
Цифрові сервіси	Онлайн-канали та мобільний додаток уже наявні, але їх потрібно адаптувати під медичні звернення.	Електронна заявка, дистанційне погодження, автоматичне інформування клієнта про статус.
Партнерська мережа	ДМС потребує доступної мережі клінік, лабораторій, аптек і асистуючих сервісів.	Партнери працюють за погодженими тарифами, строками обслуговування і стандартами якості.
Крос-продаж	Компанія має 416487 договорів у 2024 році, але потенціал конвертації в ДМС не деталізований.	Частина чинних клієнтів авто-, майнового і туристичного страхування отримує пропозиції ДМС.

Джерело: розроблено автором на основі результатів аналізу діяльності ПрАТ «УПСК».

Отже, аналітична оцінка системи управління розвитком медичного страхування в ПрАТ «УПСК» показує, що цей напрям має важливе значення для подальшого розвитку компанії. Медичне страхування дозволяє страховикові розширювати перелік послуг, залучати нових клієнтів і посилювати свою конкурентну позицію на ринку. Водночас цей вид страхування є достатньо складним в управлінні, оскільки потребує швидкого реагування на звернення клієнтів, якісної взаємодії з медичними закладами та постійного контролю витрат.

Для ефективного розвитку медичного страхування компанії важливо не лише збільшувати кількість укладених договорів, а й працювати над якістю сервісу. Клієнт має чітко розуміти, які послуги покриває договір, куди звертатися у разі потреби та як швидко він може отримати допомогу. Саме простота, зрозумілість і швидкість обслуговування можуть стати важливою перевагою ПрАТ «УПСК» у цьому напрямі.

У перспективі компанії доцільно посилити розвиток онлайн-сервісів, розширити програми корпоративного медичного страхування, удосконалити систему швидкого погодження медичних послуг і регулярно аналізувати рівень задоволеності клієнтів. Це дозволить не тільки покращити якість медичного страхування, а й зменшити ризики втрати клієнтів через складність процедур або недостатню швидкість обслуговування. Таким чином, розвиток медичного страхування може стати для ПрАТ «УПСК» одним із важливих напрямів зміцнення позицій на страховому ринку України.

2.3. Напрями вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК»

ПрАТ «УПСК» уже має сформований підхід до розробки та реалізації страхових продуктів. Зокрема, процес починається з оцінки наявних пропозицій на ринку, далі переходить до методологічного наповнення продукту, оформлення договору страхування, навчання філій, дирекцій та агентів, тестування продукту, підготовки рекламної кампанії та подальшого аналізу попиту після запуску. Саме цей підхід можна використати як основу для вдосконалення процесу надання послуг медичного страхування та впровадження нового продуктового рішення «Турбота».

Необхідність удосконалення такого процесу пояснюється тим, що медичне страхування сьогодні має не лише фінансове, а й соціальне значення. Для клієнта важливо не просто мати страховий поліс, а розуміти, що у разі хвороби, травми або потреби в консультації він зможе швидко отримати підтримку. У воєнних умовах, коли рівень невизначеності та тривоги населення зростає, попит на зрозумілі й доступні програми медичного захисту стає ще більш актуальним.

На основі проведеного аналізу можна визначити, що управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК» має здійснюватися не лише через запуск нового страхового продукту «Турбота», а й через комплексне покращення управлінських процесів, які забезпечують консультування клієнтів,

укладення договорів, супровід застрахованих осіб, погодження медичних послуг, врегулювання страхових випадків і контроль якості обслуговування. Медичне страхування є складним видом страхових послуг, оскільки воно поєднує фінансовий захист клієнта, організацію медичної допомоги, роботу з партнерами, цифровий сервіс і контроль страхових виплат. Тому напрями вдосконалення мають охоплювати як продуктову політику, так і всі основні етапи процесу надання послуг клієнтам.

Першим напрямом є удосконалення процесу формування та надання послуг добровільного медичного страхування. Наявність окремого продукту медичного страхування свідчить про те, що ПрАТ «УПСК» уже має базу для розвитку цього напрямку. Водночас для підвищення конкурентоспроможності доцільно зробити програми більш гнучкими та зрозумілими для різних груп клієнтів. Саме тому продукт «Турбота» доцільно впроваджувати у кількох пакетах: базовому, стандартному, розширеному та сімейному/корпоративному. Такий підхід дасть змогу врахувати різний рівень платоспроможності клієнтів і різні потреби у медичному захисті, а також спростить вибір страхового покриття та підвищить доступність послуг медичного страхування для різних категорій клієнтів.

Другим напрямом є розвиток корпоративного добровільного медичного страхування. Для ПрАТ «УПСК» корпоративний сегмент є перспективним, оскільки дозволяє укласти договори одразу на групу застрахованих осіб, формувати стабільніші страхові надходження та зменшувати витрати на залучення одного клієнта. Крім того, корпоративне страхування створює можливості для стандартизації процесів обслуговування, підвищення оперативності надання послуг і налагодження довгострокової взаємодії зі страхувальниками. Тому компанії доцільно активніше просувати продукт «Турбота» серед підприємств, установ і організацій.

Третім напрямом є удосконалення клієнтського сервісу та супроводу застрахованих осіб. Для медичного страхування якість сервісу має особливе значення, оскільки клієнт звертається до страховика переважно в ситуації хвороби, травми або потреби в терміновій консультації. У таких умовах важливими є

швидкість відповіді, зрозумілість інструкцій, оперативне погодження медичних послуг і можливість отримати підтримку дистанційно. Тому ПрАТ «УПСК» доцільно запровадити окремі сервісні стандарти для ДМС, зокрема цільовий строк відповіді, контроль скарг, оцінку задоволеності клієнтів і моніторинг повторних звернень. Використання таких показників дасть змогу підвищити контроль якості надання послуг медичного страхування та своєчасно виявляти проблемні етапи процесу обслуговування клієнтів.

Четвертим напрямом є посилення фінансового контролю та управління збитковістю медичного страхування. Ефективне управління процесом надання послуг медичного страхування можливе лише за умови постійного контролю страхових премій, виплат, частоти звернень, середньої вартості одного медичного випадку та рівня збитковості. Для цього доцільно впровадити внутрішній управлінський дашборд за напрямом ДМС, у якому будуть відображатися основні показники результативності процесу надання послуг медичного страхування.

П'ятим напрямом є цифровізація процесів медичного страхування. ПрАТ «УПСК» уже має онлайн-канали, офіційний сайт, мобільний додаток і контакт-центр, однак ці інструменти доцільно адаптувати саме під потреби клієнтів добровільного медичного страхування та окремих етапів процесу надання послуг.

Шостим напрямом є розвиток партнерської медичної мережі. Ефективність ДМС залежить не лише від умов договору, а й від того, наскільки швидко та якісно клієнт може отримати медичну допомогу. Тому ПрАТ «УПСК» доцільно укласти угоди з клініками, лабораторіями, аптеками та асистуючими службами на погоджених умовах обслуговування. Важливо контролювати не тільки наявність партнерів, а й строки надання послуг, якість комунікації з клієнтами, обґрунтованість медичних призначень і вартість лікування. Такий підхід сприятиме підвищенню якості надання послуг медичного страхування та забезпечить більшу керованість процесу обслуговування застрахованих осіб.

Сьомим напрямом є використання крос-продажів для розвитку ДМС. Оскільки компанія має значну кількість чинних договорів за іншими видами страхування, вона може використовувати наявну клієнтську базу для просування

медичного страхування. Наприклад, клієнтам автострахування, туристичного страхування, майнового страхування або корпоративним клієнтам можна пропонувати додатковий продукт «Турбота» як елемент комплексного страхового захисту. Використання крос-продажів сприятиме не лише збільшенню обсягів реалізації страхових послуг, а й формуванню більш комплексного підходу до обслуговування клієнтів, що дозволить підвищити ефективність взаємодії зі страхувальниками на всіх етапах надання послуг.

Основні напрями вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК» узагальнено в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12 – Напрями вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК»

Напрямок вдосконалення	Суть управлінського рішення	Очікуваний результат
Удосконалення процесу формування та надання послуг ДМС	Запровадження продукту «Турбота» у кількох пакетах відповідно до потреб різних груп клієнтів	Підвищення доступності та гнучкості послуг медичного страхування
Розвиток корпоративного ДМС	Розширення співпраці з підприємствами та впровадження стандартизованих процедур обслуговування корпоративних клієнтів	Зростання кількості застрахованих осіб і підвищення ефективності обслуговування
Удосконалення клієнтського сервісу	Впровадження сервісних КРІ, моніторингу скарг і оцінювання задоволеності клієнтів	Підвищення якості обслуговування та лояльності клієнтів
Посилення фінансового контролю	Створення дашборду для моніторингу премій, виплат, збитковості та частоти звернень	Підвищення обґрунтованості управлінських рішень і контроль рентабельності
Цифровізація процесу надання послуг	Запровадження електронного маршруту клієнта та онлайн-моніторингу звернень	Скорочення часу обробки звернень і підвищення прозорості обслуговування
Розвиток партнерської медичної мережі	Розширення співпраці з медичними закладами та контроль якості їх роботи	Підвищення доступності та якості медичної допомоги
Використання крос-продажів	Просування ДМС серед наявних клієнтів компанії через персоналізовані пропозиції	Розширення клієнтської бази та підвищення комплексності обслуговування

Джерело: сформовано автором.

Запропоновані напрями вдосконалення спрямовані на те, щоб зробити процес надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК» більш зручним для

клієнтів і водночас більш керованим для самої компанії. Їх реалізація стосується не лише страхового продукту як такого, а й усіх основних етапів роботи із застрахованою особою: від вибору програми страхування та укладення договору до отримання медичної допомоги й оцінювання якості обслуговування.

Запровадження продукту «Турбота» у кількох варіантах страхового покриття дозволить запропонувати клієнтам більш гнучкі умови страхування. Це особливо важливо з огляду на те, що різні групи споживачів мають різні потреби та фінансові можливості. Одним клієнтам достатньо базового набору послуг, тоді як інші зацікавлені у ширшому страховому покритті або корпоративних програмах для працівників. Саме тому диференціація страхових пакетів може підвищити привабливість медичного страхування та розширити коло потенційних страхувальників.

Важливим результатом запропонованих заходів має стати покращення якості обслуговування клієнтів. Для добровільного медичного страхування це має особливе значення, адже людина звертається до страхової компанії переважно тоді, коли потребує медичної допомоги. У таких ситуаціях важливими є швидкість реагування, зрозумілість процедур та можливість оперативно отримати необхідну інформацію. Використання сервісних стандартів і показників оцінювання якості дозволить більш об'єктивно контролювати роботу з клієнтами та своєчасно виявляти проблемні моменти в процесі обслуговування.

Окрему роль відіграють цифрові інструменти та система внутрішнього контролю. Можливість подання звернень в електронному форматі, відстеження статусу їх розгляду та отримання повідомлень щодо погодження медичних послуг зробить процес взаємодії зі страховою компанією простішим і зрозумілішим. Водночас використання управлінського дашборду дозволить керівництву оперативно отримувати інформацію про результати діяльності за напрямом ДМС, контролювати рівень збитковості та своєчасно реагувати на зміни в показниках діяльності.

Не менш важливим є розвиток партнерської мережі медичних закладів. Від її якості залежить не лише доступність медичних послуг для клієнтів, а й загальне

сприйняття роботи страхової компанії. Розширення співпраці з медичними закладами та постійний контроль якості їхньої роботи дадуть змогу забезпечити більш якісне обслуговування застрахованих осіб і підвищити рівень їхньої довіри до страховика.

Крім того, використання крос-продажів дозволить більш ефективно працювати з уже наявною клієнтською базою компанії. Це дасть можливість збільшити кількість договорів добровільного медичного страхування без суттєвого зростання витрат на залучення нових клієнтів, а також сформуванню для споживачів комплексні страхові рішення.

Таким чином, реалізація запропонованих заходів дозволить не лише розширити напрям добровільного медичного страхування у ПрАТ «УПСК», а й підвищити якість процесу надання послуг, покращити взаємодію з клієнтами та посилити конкурентні позиції компанії на страховому ринку.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було проаналізовано практичні аспекти управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК». Дослідження показало, що компанія має значний досвід роботи на страховому ринку України, розвинену організаційну структуру та широкий перелік страхових продуктів. Медичне страхування є одним із перспективних напрямів діяльності компанії, оскільки дозволяє забезпечувати додатковий соціальний захист клієнтів і водночас розширювати страховий портфель.

У ході аналізу встановлено, що процес надання послуг медичного страхування в компанії включає укладення договорів, супровід клієнтів, організацію медичної допомоги, врегулювання страхових випадків і контроль результатів обслуговування. Важливими перевагами ПрАТ «УПСК» є наявність корпоративних програм добровільного медичного страхування, цілодобової підтримки клієнтів, контакт-центру, цифрових каналів комунікації та можливостей для подальшого розвитку медичного страхування.

Разом із тим проведений аналіз дозволив виявити низку проблемних питань. Зокрема, потребують подальшого вдосконалення цифрові сервіси для клієнтів, система оцінювання якості обслуговування, механізми контролю ефективності медичного страхування та розвиток партнерської мережі медичних закладів. Крім того, в умовах воєнного стану особливого значення набувають питання оперативності надання послуг, доступності медичної допомоги та ефективного управління ризиками.

Проведені SWOT- та GAP-аналіз дали змогу визначити сильні й слабкі сторони діяльності компанії у сфері медичного страхування, а також окреслити напрями подальшого вдосконалення процесу надання послуг. На цій основі було запропоновано комплекс заходів, спрямованих на покращення клієнтського сервісу, розвиток корпоративного медичного страхування, впровадження цифрових інструментів, посилення фінансового контролю, розширення партнерської мережі та підвищення ефективності роботи з клієнтами.

Отже, результати проведеного аналізу свідчать, що ПрАТ «УПСК» має необхідні організаційні та ресурсні передумови для подальшого розвитку медичного страхування. Реалізація запропонованих заходів дозволить підвищити якість надання страхових послуг, покращити взаємодію з клієнтами та зміцнити конкурентні позиції компанії на ринку добровільного медичного страхування

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено теоретичні та практичні аспекти управління процесом надання послуг медичного страхування на прикладі ПрАТ

«УПСК». За результатами проведеного дослідження сформульовано такі висновки відповідно до поставлених завдань.

1. Охарактеризовано сутність та значення послуг медичного страхування в діяльності страхової компанії.

Під час дослідження з'ясовано, що медичне страхування займає особливе місце серед страхових послуг, оскільки пов'язане не лише з фінансовим відшкодуванням витрат, а й з організацією медичної допомоги та супроводом клієнта. Для страхової компанії цей вид страхування є важливим напрямом діяльності, який дає можливість розширювати перелік послуг, залучати нових клієнтів і формувати довгострокові відносини зі страхувальниками. Водночас ефективність медичного страхування значною мірою залежить від того, наскільки якісно організований процес обслуговування клієнтів та взаємодія з медичними закладами.

2. Визначено основи державного регулювання медичного страхування в Україні та загальні умови впровадження страхових продуктів у цій сфері.

Проведений аналіз показав, що медичне страхування в Україні розвивається в умовах поєднання державних гарантій у сфері охорони здоров'я та добровільного медичного страхування. Важливу роль у регулюванні цього ринку відіграють держава, Національний банк України, Міністерство охорони здоров'я та Національна служба здоров'я України. Для успішного впровадження страхових продуктів у сфері медичного страхування необхідними є зрозумілі умови страхування, обґрунтована тарифна політика, налагоджена співпраця з медичними закладами, використання цифрових сервісів і належний рівень обслуговування клієнтів.

3. Проаналізовано діяльність ПрАТ «УПСК» та систему управління процесом надання послуг медичного страхування в компанії.

У ході дослідження встановлено, що ПрАТ «УПСК» є однією з універсальних страхових компаній України та здійснює діяльність за багатьма видами страхування. Аналіз показав, що компанія має сформовану систему надання послуг медичного страхування, яка охоплює укладення договорів, супровід клієнтів,

організацію медичної допомоги та врегулювання страхових випадків. Серед сильних сторін компанії можна відзначити наявність корпоративних програм добровільного медичного страхування, контакт-центру, цифрових каналів комунікації та досвіду роботи на страховому ринку.

Разом із тим проведений аналіз дозволив виявити окремі проблемні питання. Насамперед це потреба у подальшому розвитку цифрових сервісів, удосконаленні системи оцінювання якості обслуговування клієнтів, розширенні партнерської мережі медичних закладів та посиленні контролю за показниками ефективності медичного страхування. Результати SWOT- та GAP-аналізу підтвердили наявність потенціалу для подальшого вдосконалення процесу надання послуг медичного страхування в компанії.

4. Розроблено практичні пропозиції щодо вдосконалення управління процесом надання послуг медичного страхування у ПрАТ «УПСК».

На основі результатів проведеного аналізу запропоновано низку заходів, спрямованих на покращення роботи компанії у сфері медичного страхування. Зокрема, рекомендовано впровадити новий страховий продукт «Турбота» з кількома рівнями страхового покриття, активніше розвивати корпоративне медичне страхування, удосконалити систему клієнтського сервісу та запровадити додаткові інструменти контролю якості обслуговування. Також запропоновано посилити фінансовий контроль за програмами добровільного медичного страхування, розширити використання цифрових сервісів, розвивати партнерську мережу медичних закладів і використовувати крос-продажі для залучення нових клієнтів.

Реалізація запропонованих заходів дасть можливість підвищити якість надання послуг медичного страхування, покращити взаємодію з клієнтами, зробити окремі процеси більш зручними та ефективними, а також зміцнити позиції ПрАТ «УПСК» на ринку добровільного медичного страхування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр> (дата звернення: 11.04.2026).
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 11.04.2026).
3. Про страхування : Закон України від 18.11.2021 № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1909-20> (дата звернення: 11.04.2026).
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 11.04.2026).
5. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.12.2025 № 1808. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1808-2025-п> (дата звернення: 11.04.2026).
6. Балицька М.В., Бондарчук Д.Л. Роль прямих страхових посередників у системі реалізації страхових послуг. Економіка та суспільство. 2022. Випуск 37. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1225>.
7. Безоплатні послуги в Програмі медичних гарантій 2026 / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/gromadianam/bezoplatni-poslugi-v-programi-medicnix-garantii-20-1> (дата звернення: 11.04.2026).
8. Брюховецька І. О., Добродзій О. М. Медичне страхування в умовах війни: ризики та програми забезпечення // Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". Серія: "Економічні науки". 2024. № 12. <https://doi.org/10.25313/2520-2294-2024-12-10579> (дата звернення: 11.04.2026).
9. Василевська Н.С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120–127
10. Гаврилюк В.О. Страхова діяльність страхової групи в контексті розвитку страхового ринку України // Страховий бізнес. 2019. № 2. С. 22-33.
11. Дибя В.А. Сучасний стан та перспективи розвитку страхових компаній в Україні. Економіка та держава. 2016. № 11. С. 80-83.

12. Журавка О. С., Бухтіарова А.Г., Пахненко О.М. Страхування : навч. посіб. Суми : Сумський державний університет, 2020. 350 с
13. Звіт про управління (звіт керівництва) ПрАТ «УПСК» за 2025 рік. URL: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sh/fin_zvit/2025/zv_t_pro_upravl_nnya_zv_t_ker_vnictva_2025.pdf (дата звернення: 02.06.2026).
14. Іжевський П.Г., Крушинська А.В. Добровільне медичне страхування як інструмент соціальної стабільності в умовах війни. Сталий розвиток економіки. №3(54). 2025. С. 440-447. URL: <https://economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/1369/1319> (дата звернення: 11.04.2026).
15. Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Страхування іноземців, які тимчасово перебувають на території України» (код продукту 526), додаток 17 до наказу №26 від 11.02.2025 р. ПрАТ «УПСК». URL: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sp/526_id_s_in_ter_uk.pdf (дата звернення: 02.06.2026).
16. Інформаційні ресурси. Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування».URL: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sp/515.1_zusp_med_strachovanie.pdf (дата звернення: 11.04.2026).
17. Клапків Л.М., Клапків Ю.М., Свірський В.С. Консолідація банківського та страхового бізнесу: теоретико-методологічні доміанти та тенденції розвитку: монографія. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2019 .183 с.
18. Клапків Ю.М. Ринок страхових послуг: концептуальні засади, технічні інновації та перспективи розвитку: монографія. Тернопіль:ТНЕУ,2020. 568с.
19. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1 (87). С. 55–60.
20. Кондратенко Д. В., Громакова В. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. Бізнес Інформ. 2021. №4. С. 243–249.

21. Контакти ПрАТ «УПСК». URL: <https://upsk.com.ua/contact-us> (дата звернення: 02.06.2026).
22. Коробцова Д. В. Функції медичного страхування в контексті медичної реформи в Україні. Право та державне управління. 2020. № 1. С. 118-123.
23. Крилов Д. В. Медичне страхування в Україні: сучасний стан та основні проблеми. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління. № 10. 2023. <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-10-03-01> (дата звернення: 11.04.2026).
24. Македон В. В., Михайленко О. Г. Напрямки розвитку медичного страхування в системі національної економіки країни. Причорноморські економічні студії. 2023. Вип. 79. С. 30-39.
25. Маргасова В. Г., Гарафонова О. І., Ткаленко Н. В. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. 2021. № 1. С. 165–170.
26. Медичне страхування «Української пожежно-страхової компанії»: URL: <https://upsk.com.ua/service/privat/medychne-strahuvannya/> (дата звернення: 11.04.2026).
27. Михайлюк М. В., Роман Т.Я., Танчак Я.А. Сучасний стан добровільного медичного страхування в Україні. Галицький економічний вісник. Т. : ТНТУ, 2021. Том 70. № 3. С. 79–88
28. Мороз Н. В., Залізна Л.В., Луговський С.В. Інвестиції у сферу охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. Випуск 57. 2023. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/3175/3098> (дата звернення: 11.04.2026).
29. Огляд небанківського фінансового сектору. Березень 2026 року / Національний банк України. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Nonbanking_Sector_Review_2026-03.pdf (дата звернення: 11.04.2026).
30. Огляд небанківського фінансового сектору. Листопад 2025 року /

- Національний банк України. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Nonbanking_Sector_Review_2025-11.pdf?v=14 (дата звернення: 02.06.2026).
31. Офіційний сайт ПрАТ «УПСК». URL: <https://upsk.com.ua/> (дата звернення: 02.06.2026).
32. Пазеєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2021. № 4 (64). С. 36-46.
33. Бодня А. В., Іванченко М. А., Пономарьова О. Б. Визначення проблем страхового ринку та їх вирішення. Глобальні та національні проблеми економіки. 2015. № 5. URL: <http://global-national.in.ua/archive/5-2015/166.pdf> (дата звернення: 11.04.2026)
34. Петечель Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: збірник наукових статей. 2020. Вип. 53. С. 104–114
35. Попович Д. В., Капітанчук М. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. Молодий вчений. 2022. № 10. С. 64–70. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/5611> (дата звернення: 11.04.2026).
36. Річний звіт емітента ПрАТ «УПСК» за 2025 рік. URL: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sh/zvit_e/20602681_4_2025.pdf (дата звернення: 02.06.2026).
37. Садовенко М. М., Чепа А.О. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Вісник Одеського національного університету. Серія : Економіка. 2018. Т. 23, Вип. 4. С. 139–142.
38. Святошніук А. Л. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі/ А. Л. Святошніук // Науковий вісник Ужгородського університету: серія: Право / голов. ред. Ю. М. Бисага – Ужгород, 2023. Т. 1. Вип. 79. С. 232-236.

39. Скиба Г., Кришталь Г., Кривоберець М. Використання цифрових технологій для підвищення ефективності системи медичного страхування в Україні. Цифрова економіка та економічна безпека. 2025. № 4 (19). С. 341–345.
40. Сосновська О. О. Страхування : навчальний посібник. Київ : Київський університет імені Бориса Грінченка, 2021. 328 с.
41. Федорович І. М. Медичне страхування: досвід зарубіжних країн та можливості для України. Інвестиції: практика та досвід. 2023. № 6. С. 72–76,
42. Фінансова звітність ПрАТ «УПСК» за 2025 рік. URL: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sh/fin_zvit/2025/fr000001_dan_f_nansovo_z_v_tnost.pdf (дата звернення: 02.06.2026).
43. Шевців М. Б. До питання про медичне страхування в Україні. Серія ПРАВО. 2024. Вип. 86, ч. 2. С. 264-269.
44. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні Економіка та держава. 2021. №4. С. 87–91. URL: <http://www.economy.in.ua/?op=1&z=4911&i=14> (дата звернення: 20.05.2026)
45. Loghin, Oana. Health Insurance and Social Protection in Central and Eastern Europe: Historical Transformations. – Bucharest : ASE Publishing, 2016. 298 p

ДОДАТКИ

Додаток А

Проект інформаційної картки страхового продукту «Турбота» для ПрАТ «УПСК»

Показник	Зміст
Назва страхового продукту	«Турбота»
Страхова компанія	ПрАТ «УПСК»
Вид страхування	Добровільне медичне страхування
Цільова аудиторія	Фізичні особи, родини, працівники підприємств, корпоративні клієнти
Мета продукту	Забезпечення клієнтів додатковим медичним захистом, організацією медичної допомоги та консультаційним супроводом
Об'єкт страхування	Майнові інтереси застрахованої особи, пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги
Основні страхові випадки	Захворювання, травма, потреба в консультації лікаря, діагностиці, амбулаторному лікуванні або невідкладній допомозі відповідно до умов договору
Основні послуги	Консультації лікарів, діагностичні обстеження, амбулаторна допомога, організація невідкладної допомоги, медичний супровід клієнта
Можливі формати програми	«Турбота Базова», «Турбота Стандарт», «Турбота Плюс», «Турбота Родина»
Канали продажу	Філії та представництва ПрАТ «УПСК», страхові агенти, корпоративні продажі, онлайн-заявки, партнерські канали
Очікуваний результат для клієнта	Зменшення непередбачених витрат на лікування та отримання швидшої організованої медичної допомоги
Очікуваний результат для компанії	Розширення продуктової лінійки, залучення нових клієнтів, розвиток корпоративного медичного страхування та підвищення лояльності страхувальників
Порядок звернення клієнта	Звернення до страхової компанії або сервісної служби, уточнення страхового випадку, погодження медичної послуги, отримання допомоги
Контроль якості	Аналіз кількості звернень, швидкості обробки заявок, рівня страхових виплат, повторних договорів і задоволеності клієнтів