

**Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича
Економічний факультет
Кафедра фінансів і кредиту**

**Управління процесом урегулювання страхових претензій
у страхуванні**

**Кваліфікаційна робота
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)**

Виконала:

здобувачка другого курсу, групи 272-2м
денної форми навчання
спеціальності 072 Фінанси, банківська
справа, страхування та фондовий ринок
Снісаренко Марія Ігорівна_____

Керівник:

доцент Попова Любов Василівна_____

До захисту допущено:

протокол засідання кафедри № 6 від «02» грудня 2025 р.

В.о. зав. кафедри фінансів і кредиту

_____доц. Бак Н.А.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ПРЕТЕНЗІЙ.....	6
1.1. Економічна суть процесу урегулювання	6
1.2. Характеристика процесу оцінки збитків: механізм та пряме врегулювання	12
1.3. Клієнтоорієнтований підхід при врегулюванні претензій.....	18
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ УРЕГУЛЮВАННЯ НА СТРАХОВОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.....	27
2.1. Аналіз розвитку страхового ринку України за 2020-2024 роки	27
2.2. Оцінка процесів врегулювання страхових випадків на ринку та інструменти автоматизації.....	38
2.3. Дослідження діяльності ПрАТ УПСК на ринку страхування за 2020-2024 роки та механізму врегулювання страхових випадків	43
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. КЛЮЧОВІ НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСУ УРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ПРЕТЕНЗІЙ....	51
3.1. Автоматизація процесу урегулювання страхових претензій та основні виклики.....	51
3.2. Зарубіжний досвід організації процесу урегулювання страхових спорів.....	58
3.3. Шляхи покращення механізму управління урегулювання в страховій діяльності.....	67
Висновки до розділу 3	73
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Страховання як економічна категорія щороку посилює свій вплив у структурі господарських відносин і фінансових зв'язків держави. Відбувається істотна трансформація поглядів на його роль та призначення, формуються нові групи інтересів, що активно залучаються до цієї сфери. Страховання сьогодні іступає ключовим фінансово-економічним інструментом ринкової системи.

Страховий ринок відіграє ключову роль у розвитку економіки, забезпечуючи захист фізичних та юридичних осіб від різних ризиків та сприяючи економічній стабільності. Через зростання кількості страхових договорів, розширення асортименту послуг і збільшення обсягів страхових премій підвищується й кількість страхових випадків - а отже, зростає навантаження на систему врегулювання збитків. У таких умовах існуючі процедури часто виявляються недостатньо ефективними та прозорими, що підриває довіру клієнтів до страховиків і ринку загалом.

Запровадження й удосконалення механізмів врегулювання претензій є важливим для захисту прав споживачів, попередження шахрайства та забезпечення справедливих виплат. Крім того, ефективна система врегулювання знижує навантаження на суди, скорочує строки й витрати на розгляд спорів, що має позитивний ефект для всієї фінансової системи.

Водночас національні особливості ринку страхових послуг в Україні, його нестабільність, низький рівень довіри роблять дослідження цього питання особливо актуальним. Детальний аналіз наявних проблем та міжнародного досвіду допоможе обґрунтувати пропозиції щодо удосконалення механізмів врегулювання страхових претензій. Таким чином, дослідження має як наукову, так і практичну цінність, зокрема для побудови сучасної, стабільної та прозорої системи страхування

У науковій літературі питанням теорії та практики страхування приділяється досить велика увага. Широко відомі роботи вітчизняних вчених і

практиків з питань страхової діяльності Базилевича В. Д. Осадця С. С., Баранова О. В., Гаманкової О. О., Залєтова О. М., Внукової Н. М., Мниха М. В., Фурмана В. М., Шіріняна Л. В., Охріменко О. О., Світличної О. С., Філонюка О. Ф., та інших. Тим не менш найбільш актуальною проблемою страхового ринку є розробка нових підходів до управління страховою діяльністю та, відповідно, урегулювання претензій як однієї з важливих функцій управління. Методологія вимагає розробки нових підходів і методів, адекватних сучасним умовам розвитку економіки. Необхідна розробка принципово нових підходів до організації урегулювання на державному рівні, а також вирішення завдань урегулювання в діяльності страхової організації, застосування адекватних європейським стандартам системи оціночних показників, використання сучасних підходів.

Необхідність науково обґрунтованого вирішення комплексу проблем, пов'язаних з питаннями урегулювання страхових претензій і страховій діяльності в умовах ринку, підготовкою та обґрунтуванням управлінських рішень, оптимальної організації процесу прийняття рішень, а також недостатність теоретичних робіт з цієї теми зумовили вибір мети дослідження. Метою дослідження є розробка теоретичних та методологічних засад підвищення ефективності управління процесами урегулювання в страховій діяльності.

Досягнення поставленої мети вимагає вирішення низки взаємозалежних завдань, до яких належать:

1. Розкрити теоретичні основи процесу урегулювання, прямого урегулювання та процесу оцінки збитку.
2. Дослідити важливість та актуальність використання клієнтоорієнтованого підходу при врегулювання.
3. Проаналізувати стан розвитку страхового ринку та механізм врегулювання.
4. Проаналізувати діяльність ПрАТ «УПСК» на ринку страхування за 2020-2024 роки, дослідити діяльність служби врегулювання та побудувати

SWOT-аналіз бізнес-процесу.

5. Дослідити зарубіжний досвід процес управління урегулювання страхових претензій.

6. Дослідити основні напрямки та шляхи підвищення ефективності урегулювання страхових претензій.

Об'єктом дослідження є процес урегулювання страхових претензій.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних і практичних підходів щодо обґрунтування та розробки управлінських рішень у системі урегулювання страхових претензій.

Теоретичною та методологічною основою дослідження послужили праці вітчизняних та зарубіжних учених присвячені питанням страхування, теорії управління, ризик-менеджменту, економіки, фінансів, системного аналізу та багатокритеріальної оптимізації. Інформаційною базою дослідження є законодавчі, нормативні матеріали законодавчої та виконавчої влади, офіційні статистичні дані, офіційні матеріали Національного банку України, офіційний сайт страхової компанії «УПСК», Інтернет-ресурси.

Основні положення та наукові результати призначені для забезпечення комплексного вирішення проблем урегулювання в діяльності страхової організації та вироблення економічно обґрунтованих управлінських рішень. Наукова новизна дослідження полягає у розширенні напрямків підвищення ефективності урегулювання страхових претензій.

Структура дослідження складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 83 сторінок. Основний зміст магістерського дослідження викладено на 65 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ПРЕТЕНЗІЙ

1.1. Економічна суть процесу урегулювання

Процес врегулювання збитків - це комплекс цілеспрямованих заходів страхової компанії, спрямованих на відшкодування шкоди майновим інтересам страхувальника, що виникла під час дії страхового договору внаслідок настання страхового випадку.

В діяльності страхових компаній на українському ринку процес врегулювання збитків має свої специфічні особливості та може включати такі етапи:

- 1) організація прийому клієнтів і заяв (претензій), прийняття первинних документів, а також огляд страхових об'єктів після настання випадків;
- 2) розслідування події, встановлення причинно-наслідкових зв'язків і прийняття рішення про визнання або відмову у визнанні випадку страховим;
- 3) взаємодія із зовнішніми партнерами страхової компанії (асистуючі компанії, СТО, експерти-оцінювачі та інші суб'єкти, які обслуговують клієнта за дорученням страховика);
- 4) оптимізація збитку та запобігання отриманню страхувальником неправомірної вигоди у разі настання страхового випадку (відповідно до Закону України «Про страхування»);
- 5) відшкодування збитку, що припиняє відповідальність страховика перед страхувальником за договором;
- 6) реалізація процедур, пов'язаних із суброгацією, регресом, запобіганням страховому шахрайству та недопущенням неправомірних виплат, захист економічних інтересів страховика;

7) аналітична та інформаційно-накопичувальна робота для формування резервів за заявленими збитками, підготовки рекомендацій для андерайтерів та внесення змін до умов страхових договорів щодо тарифікації ризиків;

8) врегулювання збитків за перестрахованими ризиками

Процес врегулювання виплат страхового відшкодування визначається умовами страхового договору та регламентується статтею 102 Закону України «Про страхування» [1].

До основних принципів врегулювання претензій належать:

- законність вимог щодо покриття збитків;
- справедливе та адекватне відшкодування збитків;
- оперативність фінансових розрахунків;
- своєчасна виплата страхового відшкодування.

В системі страхової компанії врегулювання збитків здійснює спеціалізований підрозділ, який є однією з найскладніших структур серед мідл-офісу компанії та має власний фронт-офіс. Цей підрозділ повинен бути оснащений сучасними інформаційно-технологічними системами, такими як «call-center» або CRM, а також цілодобовим диспетчерським пунктом.

Ефективна організація управління врегулюванням збитків потребує підвищеної уваги з боку вищого керівництва та швидкого прийняття рішень щодо ресурсного забезпечення підрозділу, а також високої компетентності співробітників, які займаються врегулюванням збитків. Діяльність підрозділу повинна бути добре організованою, технічно оснащеною та забезпеченою інтелектуальною і психологічною підготовкою персоналу.

Підрозділ урегулювання збитків (зазвичай це управління або відділ) має працювати ефективно, чітко визначати свою роль, мету та місію в діяльності страхової компанії, а також володіти відповідними інструментами для досягнення поставлених завдань.

Головною проблемою такого підрозділу є необхідність балансування двох протилежних цілей: з одного боку - мінімізація витрат страховика, з іншого -

максимальне задоволення законних вимог страхувальників щодо виплати страхового відшкодування. Створення штучних перешкод для клієнтів під час подання та розгляду претензій, довільне тлумачення нормативних актів і страхових договорів, неналежне виконання обов'язків призводить до втрати довіри до компанії та зменшення кількості укладених страхових договорів. Тому від здатності працівників підрозділу поєднувати інтереси компанії та страхувальників залежить успішність діяльності страховика в цілому.

При організації роботи підрозділу з урегулювання збитків рекомендується дотримуватися таких вимог:

- підрозділ має безпосередньо підпорядковуватися керівнику компанії;
- підрозділ не повинен залежати від підрозділів, що займаються продажем страхових продуктів;
- співробітники повинні бути висококваліфікованими фахівцями, бажано з досвідом у сфері захисту інтересів страховика в судових спорах [7].

Кожен підрозділ страхової компанії має чітко визначені завдання та функції, які забезпечують ефективне протікання процесів як у сфері продажу страхових продуктів, так і під час виплати страхових відшкодувань. Ефективність діяльності підрозділу з урегулювання збитків, а також терміни оформлення виплат залежать від своєчасності та повноти отриманої оперативної інформації щодо укладеного страхового договору та настання страхового випадку.

Процес врегулювання збитків включає велику кількість учасників, які прямо чи опосередковано впливають на строки та якість його виконання. Серед ключових суб'єктів процесу можна виділити: страхувальника, страховика (службу врегулювання збитків), державні органи (наприклад, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство надзвичайних ситуацій, суди загальної юрисдикції), експертів-оцінювачів, виконавців ремонтних робіт (наприклад, СТО при транспортних збитках), а також інших учасників, таких як незалежні аварійні комісари, представники страхувальника за довіреністю або адвокати, кредитні установи (банки, кредитні спілки) тощо.

У сучасній практиці страхові компанії все частіше залучають асистуючі компанії для участі у врегулюванні страхових претензій. Такі компанії виконують комплекс послуг на замовлення страховика, включаючи виїзд на місце події, консультації, організацію евакуаторів та інші заходи для обслуговування клієнтів. Особливо важливу роль вони відіграють у масових видах страхування, надаючи послуги на комерційній основі за договорами спільної діяльності або обслуговування клієнтів страхової компанії

Кожна страхова компанія, прагнучи зберегти фінансову стійкість та збільшити активи, стикається з необхідністю захисту своєї діяльності від дій фінансових або страхових шахраїв — осіб, які розробляють та реалізують незаконні схеми з метою отримання страхових виплат. Саме тому важливою структурною одиницею страхової компанії є служба безпеки, яка забезпечує економічну безпеку та супроводжує діяльність компанії на всіх етапах розвитку та у всіх видах страхування.

Практичний досвід показує, що служба безпеки може функціонувати як частина підрозділу врегулювання збитків (зазвичай у малих та середніх компаніях), або як окремий структурний підрозділ у великих страховиків. Служба комплектується висококваліфікованими спеціалістами: юристами, економістами та фахівцями з досвідом роботи у правоохоронних органах, які мають налагоджені контакти з ними. Це дозволяє ефективно розслідувати страхові випадки (особливо шахрайські), формувати внутрішню політику компанії щодо контролю за інформацією та запобігати передачі конфіденційних даних третім особам [8,с.115].

До процесу врегулювання страхових претензій входять усі дії страховика, які він здійснює при розгляді та прийнятті рішення про страхову виплату відповідно до чинного законодавства. Таким чином, процес урегулювання збитків можна умовно розділити на кілька основних етапів.

Перший етап процесу врегулювання збитків включає отримання страховиком заяви про страховий випадок від страхувальника, її реєстрацію та відкриття виплатної справи. Для початку цього процесу страховик повинен

отримати письмове повідомлення від зацікавленої особи — заяву про страховий випадок, що може бути попередньо ініційоване усним зверненням клієнта по телефону. Зазвичай страхові компанії забезпечують отримання таких повідомлень через безкоштовну гарячу лінію, вказану у полісі або договорі, яку обслуговує спеціальна диспетчерська служба.

Організація роботи диспетчерської служби є складним процесом, що ґрунтується на сучасних телекомунікаційних технологіях, які дозволяють фіксувати вхідні дзвінки та записувати розмови з клієнтами. Спеціалісти диспетчерської служби виконують низку підпроцесів, які формують початковий етап циклу врегулювання збитків.

Функціонально диспетчерська служба забезпечує прийом та реєстрацію звернень клієнтів, надання консультацій щодо подальших дій, а за потреби - організацію виклику екстрених служб («швидка допомога», поліція) або сервісних служб (ремонтні бригади, евакуатор, представник страховика). Під час телефонного звернення диспетчер у взаємодії з клієнтом перевіряє чинність поліса на момент настання випадку, оцінює складність ситуації та приймає рішення щодо залучення інших учасників процесу розгляду страхового випадку.

Другий етап процесу врегулювання збитків передбачає перевірку страховиком документації щодо страхування об'єкта, ідентифікацію об'єкта страхування, збір та аналіз документів, що підтверджують причини та обставини події, а також проведення необхідних експертиз.

Під час розгляду страхового випадку страховик отримує всі необхідні відомості для вивчення обставин події та встановлення причинно-наслідкових зв'язків. При цьому перевіряються умови договору страхування, виконання їх страхувальником, строки та повнота сплати страхової премії, а також точна ідентифікація об'єкта страхування.

Страховик оцінює відповідність інформації, наданої страхувальником або вигодонабувачем, з даними договору. До укладення договору страхувальнику пропонується заповнити спеціальні форми або заяви на страхування, де містяться детальні питання про об'єкт страхування та його власника [11,с.89].

Невідповідність фактичних даних про об'єкт страхування інформації, наданої під час укладання договору, може призвести до зменшення розміру страхового відшкодування або навіть до відмови у виплаті. Намагання «економити» на страхових внесках шляхом заниження страхової суми або приховування важливих ризиків може негативно вплинути на розрахунок страхового відшкодування після настання страхового випадку.

Недооцінка факторів ризику або реальної вартості об'єкта страхування може виникати як через дії самого страхувальника, так і через помилки некваліфікованих працівників страховика (наприклад, страхового агента), або ж у результаті навмисного погодженого дійства обох сторін. Щоб запобігти подібним проблемам, страхові компанії повинні проводити внутрішній аудит розрахунків страхових угод, перевірку правильності оформлення страхової документації до укладення договору, акту огляду об'єкта та вести фотодокументацію застрахованих об'єктів. У свою чергу, страхувальники мають надавати максимально достовірну та повну інформацію про об'єкт страхування.

Другим аспектом є надання страхувальником або вигодонабувачем інформації про місце, обставини та причини настання страхового випадку, винних осіб, а також стан об'єкта після події. Ця інформація передається письмово у формі заяви або повідомлення про випадок.

Після отримання заяви страховик фіксує первинні відомості про подію, визначає обставини, що потребують перевірки, направляє відповідні запити до компетентних органів, отримує та аналізує наявні документи, а також інформує страхувальника (вигодонабувача, заявника) про подальші кроки для врегулювання випадку.

Третій етап - визначення розміру збитку (шкоди), завданого страхувальнику або третій особі внаслідок настання страхового випадку. Аналізуючи зібрані документи та підтверджуючі матеріали, а також іншу інформацію, що не суперечить обставинам події, страховик приймає рішення щодо подальшого врегулювання претензії, що передбачає оцінку та

встановлення розміру збитку.

Щоб уникнути конфліктів щодо розміру збитку та забезпечити справедливе співвідношення між страховими внесками та виплатами, доцільно залучати незалежних експертів із відповідною кваліфікацією та ліцензіями. Їхні висновки дозволяють сторонам врегульовувати питання страхових виплат на паритетних засадах і, у разі виникнення суперечок, слугують об'єктивною підставою для вирішення спору в судовому порядку.

Після перевірки всіх документів, збору доказів, складання актів та фотоматеріалів, а також отримання оцінки збитку формується повна виплатна справа, що переходить до наступного етапу [14].

Четвертий етап - підготовка та здійснення виплати страхового відшкодування. Страхова компанія зобов'язана виконати виплату у строки, визначені правилами відповідного виду страхування, якщо інше не передбачено умовами договору. У випадку відмови у виплаті страховик також зобов'язаний дотримуватися встановлених строків для ухвалення рішення та повідомлення клієнта про результати розгляду претензії.

П'ятий етап - реалізація регресного позову до особи, яка є винною у настанні страхового випадку. Після виплати страхового відшкодування, за наявності встановленого винуватця події, виплатна справа передається до юридичного підрозділу страхової компанії для реалізації права страховика на повернення сплаченої суми страхового відшкодування через судові процедури. Детальніше особливості цього етапу будуть розглянуті далі.

1.2. Характеристика процесу оцінки збитків: механізм та пряме врегулювання

У розвинутих країнах експертна оцінка причин і наслідків страхових випадків значною мірою покладається на аварійних комісарів чи інших уповноважених осіб. «Аварійний комісар – особа, яка займається визначенням

причин настання страхового випадку та розміру збитків, кваліфікаційні вимоги до якої встановлюються актами чинного законодавства України» [17].

У Законі України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» зазначається, що розмір шкоди визначається «на підставі аварійного сертифіката, ... або висновку ..., виконаного ... аварійним комісаром, оцінювачем або експертом» [3].

Є положення про сприяння страховика і МТСБУ (Моторне страхове бюро) у розслідуванні причин ДТП.

За судовою практикою, якщо представник страховика (або «експерт») не з'явився на місці події, потерпілий може самостійно викликати аварійного комісара або експерта для визначення причин та розміру збитків [34].

Страховик повинен відшкодувати витрати на експертизу, якщо експерт був залучений потерпілим через відсутність свого представника страховика.

В сучасних страхових умовах (наприклад, в загальних умовах страхового договору або внутрішніх положеннях страховиків) визначено, що аварійний комісар повинен мати кваліфікаційні вимоги.

З 1 січня 2025 року набрала чинності нова редакція Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів». Головна новація — обов'язкове пряме врегулювання збитків: тобто потерпілий в ДТП може звертатися за виплатою до своєї страхової компанії незалежно від політики винуватця. Це змінює практику розслідування: підрозділи врегулювання збитків страховиків (claims-adjustment) отримують більшу відповідальність, оскільки тепер вони обов'язково працюватимуть з багатьма випадками ОСЦПВ [48]. У контексті прямого врегулювання може зростати роль внутрішніх експертів страховика, оскільки саме його клієнт звертається за виплатою.

Постанова Правління НБУ від 02.01.2025 № 1 вносить зміни до Положення про вимоги до платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика. Хоча ця постанова не говорить прямо про «аварійних комісарів»,

вона важлива: зміни впливають на формування резервів страховика, зокрема тих, які пов'язані з «витратами на врегулювання збитків». Це означає, що страховики мають передбачати в своїх фінансах витрати, пов'язані з експертною діяльністю та врегулюванням страхових випадків. У проекті постанови НБУ (жовтень 2023) зазначено, що можна оплачувати «послуги ... осіб щодо огляду об'єктів або пошкодженого майна» - таким чином, НБУ прямо визнає витрати на експертів (оглядачів, оцінювачів) [6].

Відповідно до цього «витрати на врегулювання збитків – витрати страховика, які можуть включати такі пов'язані з урегулюванням заявлених збитків (вимог), що виникли у зв'язку з настанням подій, що мають ознаки страхового випадку, прямі та непрямі витрати.

За даними офіційного термінологічного довідника законодавства, «аварійний комісар» - це особа, яка з'ясовує причини страхового випадку і розмір збитків. Також зазначається, що кваліфікаційні вимоги до аварійних комісарів встановлювалися раніше Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг. Однак явного нового акта НБУ, який би оновлював ці кваліфікаційні вимоги саме після 2023 року (наприклад, “нова роль комісарів” як таких) – поки немає.

В “Громадській думці” НБУ (2024) зазначається, що новий закон ОСЦПВ (з прямим врегулюванням) змінює підхід до взаємодії страхувальників і страховиків, і в цьому контексті роль експертів або комісарів може “трансформуватися” в бік більш системної роботи підрозділів урегулювання.

За словами НБУ, новий закон наближує ринок ОСЦПВ до європейських стандартів, що також може вплинути на те, як страхові компанії організовують свою експертну й аналітичну діяльність.

Відповідно 27 грудня 2024 року затверджено протокол Президії МТСБУ №617/2024 Положення Про пряме врегулювання страхових випадків [7].

Перехід на пряме врегулювання збитків (ПВЗ) робить процес виплат більш простим і зручним для потерпілих: їм не потрібно шукати страховика винуватця ДТП - вони звертаються до свого страхового. А підвищення

страхових лімітів підвищує потенційні виплати, що означає більший захист для потерпілих та страхувальників

Умови для прямого врегулювання: у ДТП беруть участь лише два транспортних засоби; внаслідок аварії немає постраждалих людей — збитки завдано тільки майну; факт ДТП підтверджено документально — протоколом Поліції або Європротоколом; поліси ОСЦПВ обох водіїв були чинними на момент ДТП.

Якщо потерпілий придбав поліс Автоцивілки у 2025 році, він завжди може звернутися за відшкодуванням у свою страхову компанію, незалежно від того, де застрахований винуватець ДТП. Якщо його поліс придбано ще у 2024 році - потерпілий усе одно отримує виплату в своїй компанії. Проте компенсація здійснюється за старими лімітами і з урахуванням коефіцієнта зносу. Якщо ж поліс винуватця оформлений у 2025 році — виплата відбувається вже за новими лімітами та без урахування зносу. Якщо поліс автоцивілки придбано у 2025 році - до свого страховика можна звертатись навіть у випадку, якщо у винуватця взагалі немає страховки.

В цілому процедура оцінки збитку досить складна. За потреби оцінювач збитку (надалі так буде називати) може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, та отримувати пояснення в письмовій формі про причини і розмір заподіяної шкоди від фізичних осіб, причетних до зазначеного страхового випадку.

Для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру заподіяної шкоди оцінювач збитку проводить або організовує відповідну експертизу. На основі результатів дослідження та зібраних документів складається аварійний сертифікат — документ, у якому зазначаються обставини та причини страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди на підставі достовірних даних. Ці дані мають об'єктивно відображати реальний стан справ щодо події та розміру збитку.

Слід підкреслити, що страхові компанії для проведення експертизи можуть залучати аварійних комісарів, сюрвеєрів, аджастерів та інших фахівців, задіяних у процесі врегулювання збитку.

Під час розслідування оцінювач збитку виконує такі завдання:

- організовує заходи для збереження майна та запобігання подальшому збільшенню шкоди;
- проводить огляд майна;
- встановлює обставини та причини страхової події;
- за можливості здійснює оцінку збитку;
- збирає всі документи, пов'язані з подією;
- перевіряє можливість страховика пред'явити регресний позов до винних осіб;
- робить висновок про відповідність випадку умовам страхування.

Заходи щодо збереження майна та запобігання збільшенню збитку оцінювач приймає спільно зі страхувальником, враховуючи рекомендації страховика. Обсяг та порядок розслідування причин і обставин страхового випадку залежать від конкретного виду страхування [12,с.185].

Наприклад, у випадках страхування вантажу оцінювач збитку встановлює причини псування, пошкодження, нестачі або зникнення вантажу та документально підтверджує цей факт. Якщо пошкодження вантажу сталося внаслідок ДТП, факт аварії повинен бути зареєстрований і підтверджений відповідними органами (ДАІ). У разі нестачі або зникнення вантажу через викрадення особа, відповідальна за його збереження, зобов'язана подати заяву до компетентних органів, після чого перевіряється наявність заяви та порушення кримінальної справи. Якщо ж пошкодження вантажу стало наслідком аварії комунальних систем (водопостачання, тепломережі, каналізації), перевіряється реєстрація цього інциденту в відповідних службах.

Розмір збитку зазвичай визначається як різниця між вартістю майна до пошкодження та його вартістю після події. Робота оцінювача завершуються складанням аварійного сертифіката або сюрвеєрського висновку, що містить

детальну інформацію про страхову подію.

Страхові компанії мають право залучати до оцінки будь-яких експертів незалежно від їхньої спеціалізації, якщо для вирішення питання потрібні спеціальні знання. Остаточний розмір збитків визначається на основі висновків відповідних експертів і має специфічні особливості для кожного конкретного випадку.

У майновому страхуванні алгоритм визначення збитків закріплюється в страхових договорах. Згідно з цим алгоритмом:

- у разі повного знищення або втрати майна - страхова виплата визначається у розмірі вартості майна без урахування залишків, придатних до подальшого використання;
- у разі пошкодження майна - страхова виплата визначається як сума витрат на відновлення об'єкта.

До витрат на відновлення належать:

- матеріали та запасні частини, необхідні для ремонту;
- оплата робіт з відновлення об'єкта;
- доставка матеріалів та інші витрати, необхідні для приведення майна у стан, у якому воно перебувало до настання страхового випадку.

Витрати на відновлення визначаються без урахування амортизаційного зносу матеріалів та деталей, що замінюються. В Україні найпоширенішою формою відшкодування є перерахування коштів безпосередньо на рахунок страхувальника.

У типовому страховому договорі передбачено право страхової компанії на регрес до винної сторони. Це право виникає у страховика з моменту фактичної виплати страхового відшкодування. Водночас на страхувальника покладається обов'язок надати страховій компанії всі необхідні докази (довідки з ДАІ, рішення суду тощо), які підтверджують винність третьої особи, а також сприяти страховикові в процесі відшкодування збитків за правом регресу.

Страхова компанія може відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо страхувальник не надає потрібні документи або перешкоджає реалізації

права регресу. Відшкодування збитків за регресом, залежно від обсягів справ, здійснює юридична служба або спеціальний підрозділ юридичного департаменту.

Процедура регресного стягнення вимагає від працівників страхової компанії суворого дотримання законодавства та ефективної взаємодії з судовими та виконавчими органами. У разі відсутності кваліфікованих фахівців процес регресу може бути ускладнений або неможливий.

Основні етапи регресного відшкодування:

1. Оцінка страхового випадку та визначення винної сторони.
2. Звернення до винної особи з вимогою відшкодувати збитки.
3. Подання позову до суду за необхідності.
4. Примусове стягнення відшкодування у випадку невиконання добровільно.

Отже, процес оцінки та розрахунку збитків, виплати страхового відшкодування та організації врегулювання страхових випадків є трудомістким і потребує високого професійного рівня працівників. Висококваліфіковані оцінювачі сприяють наданню якісних страхових послуг клієнтам.

1.3. Клієнтоорієнтований підхід при врегулюванні претензій

Клієнтоорієнтований підхід означає, що компанія ставить інтереси клієнта, його потреби, очікування та досвід у центр своєї діяльності.

Це не тільки про “приємне обслуговування”, а й про стратегічне управління: страховик організовує свої бізнес-процеси, інфраструктуру (CRM, контакт-центри, інформаційні системи) так, щоб клієнт мав максимально зручний і прозорий досвід, особливо під час страхових подій (“коли щось сталося”)

У наукових підходах часто виділяють модульну систему клієнтоорієнтованості: це шість компонентів - цільовий, організаційний,

інформаційний, технічний, процедурний та фінансовий модулі.

Також важлива персоналізація: ведення клієнта “під себе”, розуміння, які саме послуги йому потрібні, індивідуальне обслуговування.

Чому це особливо важливо в процесі врегулювання страхових претензій:

1. Етап підвищеного стресу для клієнта. Після настання страхового випадку (наприклад, ДТП) клієнт, як правило, переживає стрес. Якщо страховик підходить клієнтоорієнтовано, це може зменшити “тертя” на всьому шляху - від подачі заяви до отримання виплати.

2. Прискорення процесу виплат. Застосування CRM-систем, контакт-центрів і чітких процедур (які враховують клієнтський досвід) дозволяє скоротити час обробки заяв, зменшити бюрократію й прискорити виплати.

3. Лояльність і репутація. Клієнти, які отримали «людський», чуйний, персоналізований сервіс під час врегулювання, більш схильні залишатися в компанії та рекомендувати її іншим. Наприклад, «Експрес Страхування» надає першокласне обслуговування, персонального менеджера, контролює ремонт, доставку запчастин - це підвищує довіру та лояльність.

4. Ефективна комунікація. Краще розуміння потреб клієнта (його страхів, очікувань) дозволяє страховикові надавати зрозумілу інформацію, пояснювати процедури, уникати конфліктів та непорозумінь.

5. Конкурентна перевага. На страховому ринку, де страхові продукти часто схожі, саме сервіс і клієнтоорієнтованість можуть стати вирішальними факторами.

Практичними механізмами реалізації клієнтоорієнтованого підходу у врегулюванні претензій є:

1. CRM-система плюс централізація даних клієнтів. Страховик повинен мати єдину систему, в якій зберігаються всі дані про клієнта: поліс, історія звернень, попередні страхові події, комунікації. Це дає змогу швидко реагувати, не “губити” інформацію.

2. Контакт-центр (Call / Contact Center). Створення контакт-центру, який обробляє запити клієнтів, приймає заяви на виплати, дає інформацію -

допомагає зробити процес більш зручним і прозорим.

3. Персональні менеджери. Призначення особистого менеджера (особливо для значимих клієнтів) - це можливість вести клієнта через весь процес врегулювання, пояснювати етапи, координувати дії (документи, ремонт авто тощо).

4. Єдине вікно ("single window"). Ідея "єдиного вікна" означає, що клієнт звертається в одну точку, де йому допомагають з усіма питаннями: документами, ремонтом, логістикою - це скорочує складність і час [50,с.114].

5. Модульний підхід до клієнтоорієнтованості. Використання шести модулів (цільовий, процедурний, інформаційний тощо) дає гнучкість: компанії можуть адаптувати підхід під свій розмір, сегмент клієнтів та стратегію.

6. Персоналізація через емпатію. Співробітники, які відповідають за врегулювання, повинні мати навички емпатії: розуміти емоційний стан клієнта, бути чуйними - це допомагає створити довіру.

7. Постійний зворотній зв'язок / опитування задоволеності. Регулярні опитування клієнтів про їхній досвід врегулювання претензій дозволяють страховиків коригувати процеси — визнавати слабкі місця й покращувати їх. Такі дані також дають цінну інформацію для стратегічного розвитку клієнтоорієнтованості. (Це загальна практика в клієнтоорієнтованих бізнесах; також згадується в літературі про стратегічний підхід).

8. Аналітика та прогнозування. Використання аналітики (наприклад, прогнозної), щоб передбачити потреби клієнтів, типові сценарії страхових претензій, і на основі цього оптимізувати процеси врегулювання. У дисертаційних роботах зазначають, що страхові компанії можуть моделювати поведінку клієнта, коригувати цінову політику, оптимізувати рішення.

Ключові переваги та виклики використання клієнтоорієнтованого підходу при врегулюванні зображено в табл.1.1.

Таблиця 1.1

Переваги та виклики клієнтоорієнтованого підходу

Переваги	Виклики
Підвищення задоволеності клієнтів, лояльність.	Потреба інвестицій у CRM, IT-системи, контакт-центр.
Зменшення кількості конфліктів під час врегулювання.	Навчання персоналу (емпатія, клієнт-орієнтованість).
Швидші виплати, прозоріша комунікація.	Реорганізація бізнес-процесів (щоб “клієнт у центрі”).
Конкурентні переваги на ринку.	Необхідність постійного зворотного зв'язку та вдосконалення.
Можливість диференціюватися через сервіс, а не тільки продукт.	Баланс між операційною ефективністю (витрати) і якістю обслуговування.

На жаль, багато страхових компаній приділяють мало уваги питанням клієнтоорієнтованості при врегулюванні претензій. Більшість страховиків акцентують увагу на те, які у них хороші продукти, і не завжди про надійність. Однак споживача набагато більше цікавить питання про те, як вони будуть виплачувати у випадку настання події. Якщо трапився страховий випадок страхувальнику необхідно протягом певного терміну (як сказано в договорі страхування): повідомити в компанію про настання страхової події; пред'явити документи, що підтверджують його фактичне настання; пред'явити документи, що характеризують величину збитку (так званий ступінь тяжкості).

Після вчинення зазначених дій страхувальник повинен дочекатися рішення страховика про страхову виплату або відмову в ній.

Давайте розглянемо декілька точок дотику страхувальника і співробітників ВУП. Кожен з клієнтів компанії має свої уявлення про роботу страхових компаній, в тому числі про процедуру врегулювання страхових випадків. Найчастіше ці уявлення не ґрунтуються на реальних знаннях. Саме тому представникам ВУП важливо розуміти психологію клієнтів. Особливо це стосується стереотипів сприйняття клієнтом страхової компанії та її співробітників. Знаючи їх, співробітники ВУП зможуть упередити виникнення конфліктної ситуації.

Що необхідно зробити співробітнику ВУП на даному етапі, щоб не довести ситуацію до конфлікту або навіть конфронтації? По-перше, йому слід повідомити про регламент роботи по виплаті страхового відшкодування і алгоритм дій страхувальника. По-друге, йому слід назвати перелік документів, які необхідно зібрати, а також надати необхідні форми для заповнення і надати допомогу в їх заповненні.

На етапі збору документів клієнт вимагає прийняти рішення про виплату.

Що необхідно зробити співробітнику на цьому етапі? По-перше, перевірити наявність і правильність заповнення всіх необхідних документів. По-друге, роз'яснити страхувальникові його подальші дії до моменту винесення рішення про виплату. Страхувальник приходить, щоб дізнатися про прийняте рішення по виплаті. Якщо клієнт досить терплячий, він чекає призначеного йому дня і приходить дізнатися про рішення по виплаті страхового відшкодування в зазначений термін.

Співробітникові ВУП необхідно:

- повідомити рішення про виплату або невиплату;
- у разі позитивного рішення про виплату роз'яснити страхувальникові, де, коли і як він може отримати належне йому відшкодування;
- у разі відмови аргументовано і спокійно дати вичерпні пояснення причини відмови.

Дізнавшись про відмову у виплаті, негативне ставлення споживача до страхової компанії може виникнути або посилитися в наступних ситуаціях:

- коли на стадії укладання договору страхувальника не роз'яснили порядок врегулювання претензій і не дали жодної пам'ятки (споживач в цьому випадку сам щось домислює, наприклад, що виплата повинна проводитися в повному обсязі відразу після подачі заяви);
- коли підрозділи з продажу послуги погано відпрацювали зі споживачем. Наприклад, страховий агент не спромігся попередити клієнта, що наявність страхового випадку та ступінь його тяжкості потрібно підтвердити

відповідними документами, або не пояснив, що страхова компанія може проводити розслідування страхової події, і т. д.;

- у разі неякісної роботи співробітників ВУП [45,с.45].

Що можна зробити (з точки зору психологічних аспектів роботи з клієнтом) для виправлення ситуації?

Починати рішення цих задач необхідно з моменту продажу страхового поліса. Багато що можна попередити завчасно. Необхідно проговорити всі можливі аспекти на стадії продажу поліса і, підкріплюючи прикладами, роз'яснити їх клієнту.

Документи, які необхідно заповнити при настанні страхової події (особливо це стосується дорогих страховок), в частково заповненому вигляді (у вигляді готового зразка) зі списком адресів і телефонів відповідних інстанцій, які слід видавати страхувальнику заздалегідь (в момент укладення договору страхування).

Після цього вступити в конфлікт страхувальнику на етапі відшкодування буде набагато складніше, тому що він, цілком імовірно, підсвідомо боїтиметься озвучити один зі стереотипів, названих на плакатах. У ситуації, коли страхова подія вимагає значного часу на проведення розслідування, а страхувальник очікує негайної компенсації, інколи вводиться розбивка виплати на дві частини (в зарубіжній практиці це має місце).

Вся сума страхового відшкодування розбивається на дві частини (наприклад, 5 і 95% або 10 і 90%). Перша частина виплачується страхувальнику відразу після подання документів, що підтверджують страховий випадок (тобто ще неперевіраних), а друга, як і належить, після завершення страхового розслідування (сума першої частини відшкодування може збігатися з вартістю самої страховки). У підсумку ваш споживач переконається, що виплата відшкодування дійсно починається з моменту подачі документів до страхової компанії.

Крім того, розбивка виплати дозволить:

- заспокоїти сумлінного страхувальника, так як процедура виплати вже

почалася;

- отримати конкурентну перевагу шляхом надання страхувальнику додаткового сервісу;
- отримати додатковий інформаційний привід для розміщення матеріалу в ЗМІ;
- поліпшити взаємини і взаємодію між відділом продажів і ВУП, так як агент при продажу поліса може гарантувати практично миттєвий початок виплати з моменту подачі всіх необхідних документів.

Якщо конфлікт все ж стався, співробітник ВУП повинен, не вступаючи в суперечку з клієнтом по суті спору, звернутися до кількох психологічних прийомів, серед яких: локалізація; розповідь історії, відволікає увагу (історія-«магніт»); фіксування претензій на папері; перемикання уваги зовні.

Важливо розуміти, що співробітник ВУП в даній ситуації працює не на клієнта, який набрав конфлікт, а на оточення. Тобто співробітник постійно повинен переводити шкоду на користь - конфліктну ситуацію в ситуацію демонстрації лояльності компанії.

Після того як незадоволений клієнт покине зону конфлікту, необхідно, щоб один з тих, що залишилися для зняття напруги розповів історію, відволікаючи увагу.

Локалізуювши конфліктного клієнта, важливо перенести весь його негатив на папір. Тобто, що б він не говорив, необхідно співчутливо відповідати: «Будь ласка, напишіть про це, ми обов'язково розберемося». Досвід показує, що людина в даній ситуації дуже швидко заспокоюється, замислюючись про те, що саме написати. Нерідко людина так і не знаходить, що написати.

Потім співробітник ВУП спокійно і аргументовано роз'яснює страхувальнику, що необхідно зробити для отримання виплати, і пояснює, коли і чим йому допоможе страхова компанія, а ніж ні за яких обставин допомогти не зможе.

Процедура перемикання уваги зовні передбачає, що під час розмови з

конфліктуючим клієнтом співробітник ВУП може посилатися на зовнішні об'єкти. Звичайно ж, всі наведені методи і способи роботи з клієнтом при врегулюванні претензій далеко не претендують на повне охоплення, адже передбачити кожен окрему ситуацію неможливо. Проте розуміння психології клієнта при вирішенні питань відшкодування збитку співробітниками ВУП страхової компанії, безсумнівно, допоможе вирішити ряд проблем в цьому складному і дуже відповідальному підрозділі страхової компанії.

Висновки до розділу 1

Ефективна система врегулювання - це не просто «виплати клієнтам», а стратегічний інструмент, який дозволяє страховій компанії:

- забезпечити задоволення та довіру клієнтів;
- зменшити операційні витрати;
- боротися із шахрайством;
- дотримуватися законодавства;
- покращувати внутрішні процеси та підвищувати ефективність бізнесу.

Без такої системи страховик ризикує знизити свою конкурентоспроможність та втратити клієнтів, а клієнти - отримати негативний досвід і недостатній захист.

В практиці ряду страхових компаній України: компанії демонструють клієнтоорієнтований підхід саме на етапі врегулювання - персональні менеджери, повний супровід клієнта, організація ремонту авто, логістика постачання запчастин, контроль за якістю.

Багато страхових компаній в Україні переходять до CRM-стратегій, щоб краще управляти відносинами з клієнтами, мати єдину базу даних, систематизувати комунікацію.

Широке використання набула модульна система клієнтоорієнтованості: наукові дослідження пропонують структуру із шести модулів клієнтоорієнтованого підходу, яка може бути впроваджена залежно від розміру

компанії, типу страхування і стратегічних цілей. Коли процес врегулювання добре організований, клієнт отримує регулярні оновлення, роз'яснення та підтримку - це зменшує стрес під час страхового випадку і формує позитивний досвід взаємодії. Розглянувши теоретичні аспекти процесу урегулювання дослідимо стан розвитку страхового ринку в цілому та в частині урегулювання, зокрема за ключовими страховими продуктами.

РОЗДІЛ 2.

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМУ УРЕГУЛЮВАННЯ НА СТРАХОВОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

2.1. Аналіз розвитку страхового ринку України за 2020-2024 роки

Сьогодні страховий ринок України розвивається в складних умовах економічної невизначеності, інфляції та війни. Окрім цього, значний вплив має політика регулятора спрямована на формування конкурентоспроможного ринку, на ринок, який надає якісні послуги споживачам. Зміна законодавства у сфері страхування, посилення вимог до платоспроможності та регуляторного капіталу страховиків, структури управління та посилення вимог до власників призвели до того, що значна кількість страхових компаній покинула ринок (рис.2.1).

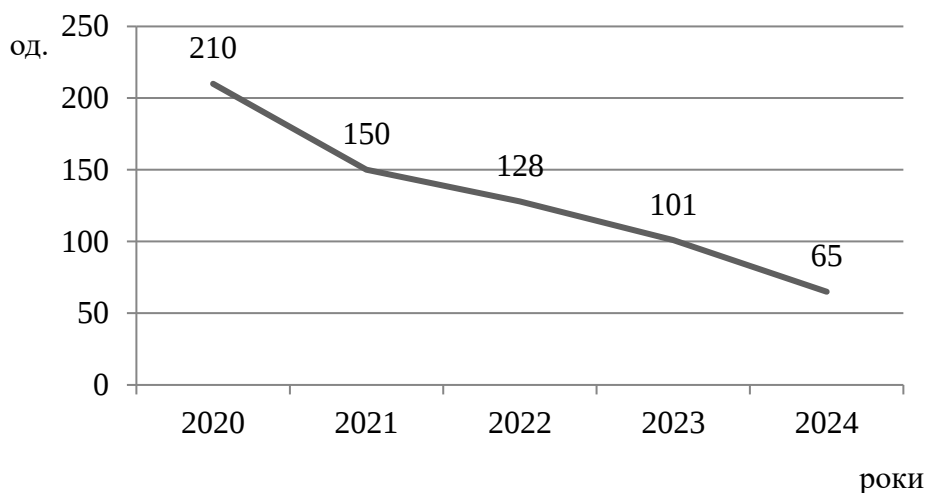


Рис. 2.1. Динаміка зміни кількості страхових компаній на ринку

Кількість страхових компаній за п'ять років зменшилась втричі. З 65 страховиків станом на кінець 2024 року, 10 були лайфовими. Така тенденція зберіглася і в 2025 році і вже в жовтні 2025 року кість страховиків зменшилась до 59. Слід зазначити, що тенденція зменшення дещо зменшилась, що свідчить

про те, що на ринку залишають компанії, які відповідають вимогам та спроможні надавати якісні послуги. Хоча, аналізуючи рівень конкуренції на ринку, можна сказати, що ринок ризикового страхування є конкуретним, а ринок страхування життя тяжіє до монопольного – одній страховій компанії, Метлайф, належить 51% страхових платежів за 2024 рік [25].

Страховий ринок України протягом аналізованого періоду показує спад за ключовими показниками у 2020 та 2022 роками, що пов'язано з пандемією та початком повномасштабного вторгнення. У 2021 році відбувається незначне пожвавлення, а починаючи з 2023 року простежується зростання основних показників – страхові премії та виплати, динаміка яких розглянута в табл.2.1.

Таблиця 2.1

Динаміка страхових платежів та страхових виплат за 2020-2024 роки

Назва показника	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	абсолютний приріст, +/- 2024 рік/2020 рік	відносний приріст, % 2024 рік/2020 рік
Валові страхові платежі, млрд.грн.	45,2	48,9	39,6	47,0	53,3	8,1	17,9
Валові страхові виплати, млрд.грн.	14,9	17,0	13,0	16,9	20,9	6,0	40,3
Рівень страхових виплат,%	32,9	26,5	33,0	36,0	39,2	6,3	19,2

В цілому протягом аналізованого періоду страхові платежі зростали до 2022 року, і внаслідок повномасштабного вторгнення впали на 20%. Починаючи з 2023 року поступово ринок відновлюється і вже у 2024 році страхові платежі склали 53,3 млрд.грн., що більше ніж у довоєнні роки на 18%. Подібна тенденція пов'язана і з страховими виплатами, які у 2024 році склали 20,9 млрд.грн. і зросли порівняно з 2020 роком на 40,3%. Така динаміка спровокувала ріст рівня страхових виплат у 2024 році до 39,2% - найбільше значення за 5 років.

Наочно динаміку страхових платежів та виплат зображено на рис. 2.2.

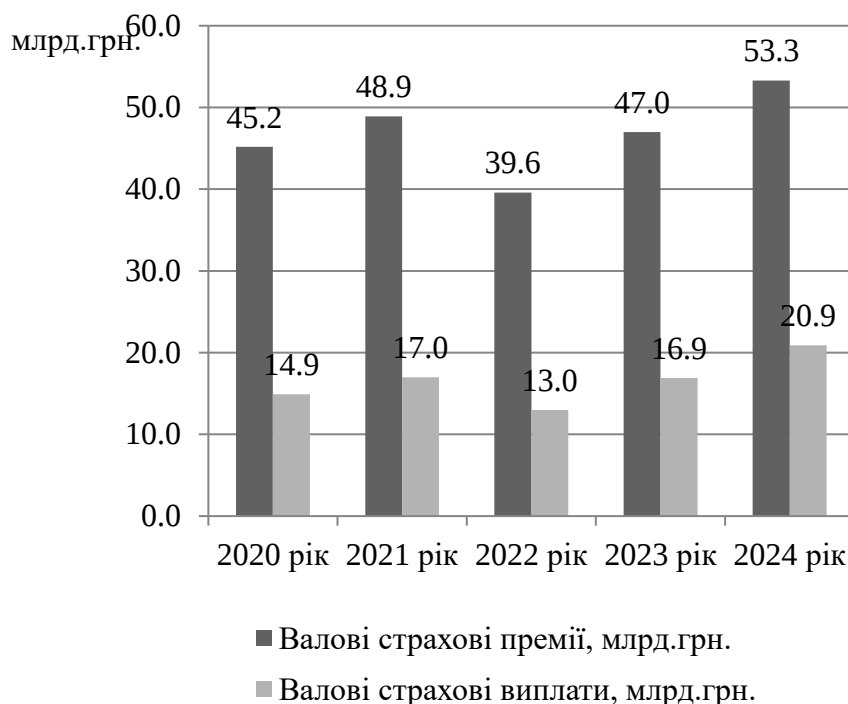


Рис.2.2. Динаміка страхових платежів та страхових виплат за 2020-2024 роки

Питання страхових виплат та урегулювання страхових претензій є актуальним і таким, яке потребує детального вивчення. Алде якість наданої страхової послуги не вимірюється лише обсягом страхових платежів, а й обсягами страхових виплат та рівнем задоволеності споживачами страховми послугами та супровідними, які показують безпосередню комунікацію з клієнтами.

Підвищення якості страхових послуг лежить в площині удосконалення системи захисту прав споживачів фінансових послуг та підвищення рівня страхової культури населення. Розглянемо індикатори якості страхових послуг за 2020-2024 роки (табл. 2.2) [18;19].

Кількість письмових звернень у 2024 році становила 1820 од.і збільшилась кількість звернень порівняно з 2020 роком на 209 од. Кількість дзвінків до контакт-центру зменшилась у 2024 році порівняно з 2020 роком на 110 од.. Частка звернень з ознаками порушень у 2024 році становила 30%. Відсоток звернень до страховиків у загальній структурі звернень на фінансовому

ринку протягом аналізованого періоду становить 8-10%.

Таблиця 2.2

Індикатори якості страхових послуг за 2020-2022 роки

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Абсолютний приріст, +/- 2024 рік/2020 рік
Кількість письмових звернень, од.	1611	4203	2224	1608	1820	209
Кількість дзвінків до контакт-центру, од	352	1132	359	172	242	-110
Частка звернень з ознаками порушень,%	0	46	41	24	30	30
% звернень до страхових компаній у загальній структурі звернень до фінансових установ	0	10	10	8	9	9

Найбільше письмових звернень було здійснено у 2021-2022 роках, відповідно і частка звернень з ознаками порушень теж була найбільшою: 46-41% у 2021-2022 роках відповідно. Вимоги Регулятора до доброчесної поведінки страхових компаній мала значний вплив на зменшення порушень страховими компаніями. Наочно динаміка звернень споживачів страхових послуг, що пов'язано з порушеннями з боку страховиків зображена на рис.2.3.

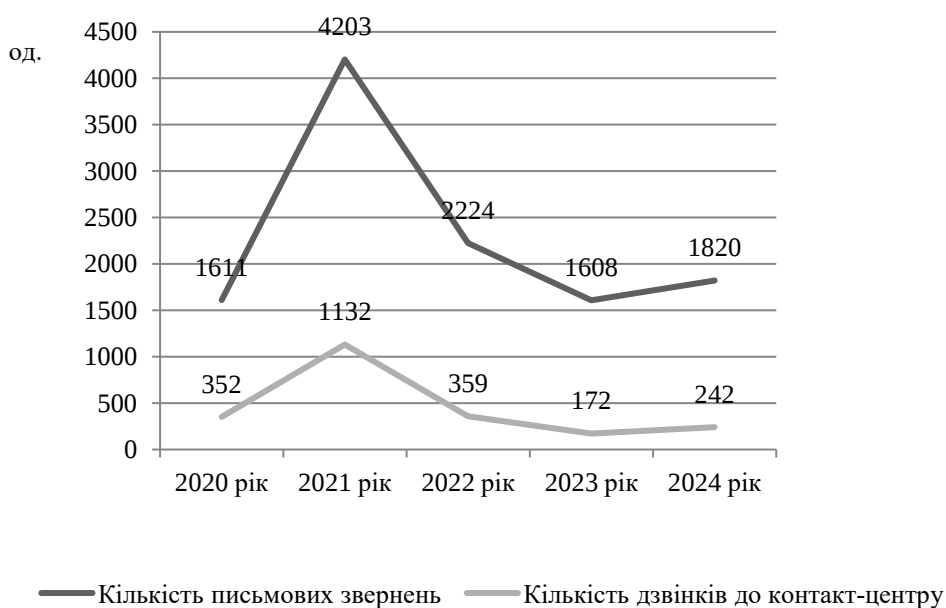


Рис.2.3. Динаміка звернень споживачів страхових послуг за 2020-2024 рр.

Проаналізуємо страховитрати за ключовими видами страхування і дослідимо, які страхові продукти є найбільш збитковими (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка страхових виплат на страховому ринку за 2020-2024 роки

млн.грн.

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	абсолютний приріст, +/- 2024 рік/2020 рік
Страхові виплати	14853,6	17958,3	13001,4	16867,3	20919,9	6066,3
Страхові виплати за договорами страхування життя в т.ч.	608,5	786,9	831,5	1193,8	1280,2	671,7
за договорами іншого накопичувального страхування	499,7	638,4	714,4	1018,5	892,1	392,4
страхові виплати за видами страхування іншими, ніж страхування життя в т.ч.	14204	17129	12116,5	15600,6	19639,7	5435,7
медичне страхування	2740,6	3460,9	2595,3	3105,1	4320,2	1579,6
КАСКО	3761,5	4994,8	3928,8	4811,9	6318,8	2557,3
страхування фінансових ризиків	1018,6	470,8	498,8	526,1	184,7	-833,9
страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійного явища	643,2	2106,1	259,4	182,6	-	-
страхування майна	538,9	290,5	274,7	193,6	644	105,1
ОСЦПВ	2867,7	3524,3	2781,4	3808,7	4746	1878,3
Зелена картка	708,4	622,1	793,7	1879	2183,4	1475
страхування сільськогосподарської продукції	428,2	166,7	-	-	-	-

Аналізуючи динаміку страхових виплат в Україні за 2020–2024 роки, можна констатувати суттєве зростання обсягів відшкодувань у страховому

секторі. Загальний обсяг страхових виплат у 2024 році становив 20 919,9 млн грн, що на 6 066,3 млн грн або на 40,8 % більше, ніж у 2020 році. Така тенденція свідчить про зростання кількості страхових випадків, а також про вплив зовнішніх чинників - насамперед воєнних ризиків, підвищення вартості ремонтних робіт, медичних послуг та загального рівня інфляції.

Окрему увагу заслуговує сегмент страхування життя. Виплати за договорами страхування життя зросли з 608,5 млн грн у 2020 р. до 1280,2 млн грн у 2024 р., що становить приріст на 671,7 млн грн або 110,4 %. Аналогічно, за іншими видами накопичувального страхування виплати збільшилися майже на 78,6 %. Таке зростання пояснюється як підвищенням інтересу населення до довгострокових інструментів фінансового захисту в умовах підвищеної невизначеності, так і збільшенням кількості дострокових розірвань договорів, що потребують відповідних виплат з боку страховиків [32].

Щодо видів страхування, відмінних від страхування життя, у 2024 році їх обсяг становив 19639,7 млн грн проти 14204 млн грн у 2020 р. (+38,3 %). Серед них найдинамічніше зростали виплати за медичним страхуванням та автострахуванням. Медичне страхування продемонструвало приріст виплат на 1579,6 млн грн (57,7 %), що зумовлено різким подорожчанням медичних послуг, збільшенням вартості лікування, зростанням кількості звернень до медичних закладів у період пандемії COVID-19 та під час воєнних дій.

Суттєвий приріст продемонструвало страхування КАСКО - виплати зросли з 3761,5 млн грн у 2020 р. до 6318,8 млн грн у 2024 р. (+68 %). Це пояснюється збільшенням кількості дорожньо-транспортних пригод, суттєвим підвищенням вартості автомобільних запчастин і ремонтних послуг, а також змінами у структурі автопарку, де зросла частка нових та дорожчих автомобілів, які є об'єктами страхування за КАСКО.

Значне зростання характерне також для обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (ОСЦПВ). Виплати за цим видом зросли на 1878,3 млн грн (+65,5 %). Це пов'язано зі збільшенням інтенсивності руху, зростанням кількості ДТП та суттєвим подорожчанням ремонтних робіт. Крім

того, у воєнний період збільшилася кількість транспортних засобів, що використовуються у ризикових умовах, що також сприяє зростанню страхових випадків.

Одним із найбільш стрімко зростаючих сегментів стала «Зелена картка», де виплати збільшилися із 708,4 млн грн у 2020 р. до 2183,4 млн грн у 2024 р., тобто більш ніж утричі (+208 %). Основним драйвером цього зростання є масова міграція українців за кордон у період 2022–2024 рр., що спричинила суттєве збільшення кількості автомобільних поїздок територією ЄС.

Водночас окремі види страхування демонструють протилежну динаміку. Так, страхування фінансових ризиків скоротилося на 833,9 млн грн (-81,9 %). Причиною цього є зниження кредитної активності у країні, висока ймовірність дефолтів у підприємницькому секторі та загальна невизначеність, унаслідок чого страховики суттєво обмежили покриття ризиків у цій сфері. Повністю або майже повністю зникли виплати за страхуванням від вогневих ризиків і стихійних явищ, а також за агрострахуванням. Це пояснюється неможливістю страхових компаній покривати ризики бойових дій, значним пошкодженням або недоступністю інфраструктурних об'єктів та високою збитковістю цих сегментів у воєнний період [14].

Страхування майна, хоча й показало позитивну динаміку, продемонструвало відносно незначний приріст - лише 19,5 %. Це свідчить про обережність населення і бізнесу щодо страхування нерухомості в умовах війни, коли покриття бойових ризиків або відсутнє, або надто обмежене.

У підсумку можна зазначити, що у 2020–2024 рр. ринок страхових послуг України переживав суттєві структурні зміни. Найбільше зросли виплати за видами страхування, пов'язаними з медичними послугами, дорожнім рухом та міжнародними поїздками. Натомість відбулося різке скорочення виплат у сегменті страхування фінансових ризиків, агрострахування та страхування від вогневих ризиків. Такі зміни є прямим наслідком трансформації економіки, соціальної ситуації та впливу воєнних факторів, які визначають сучасний стан страхового ринку України

Поряд з цим проаналізуємо витрати повзані з урегулюванням страхових випадків в цілому та за основними страховими продуктами (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Динаміка витрат на урегулювання страхових випадків за 2020-2024 роки

млн.грн.

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Абсолютний приріст, +/- 2024 рік/2020 рік
Витрати пов'язані з урегулюванням страхових випадків разом та в т.ч. за ключовими видами	351,6	442,7	384,7	496,4	1519,8	1168,2
медичне страхування	95,7	115,3	118,7	144,1	664,5	568,8
КАСКО	59,3	72,9	55,2	57,5	322,0	262,7
страхування медичних витрат	37,5	56,6	35,5	41	57,9	20,4
ОСЦПВ	121,7	4,0	0,1	131,4	359,7	238

Аналіз витрат, пов'язаних з урегулюванням страхових випадків, за 2020-2024 роки демонструє різке та системне зростання цього показника, що відображає загальну тенденцію підвищення збитковості страхового ринку в умовах суттєвих економічних та соціальних змін. Загальний обсяг таких витрат зріс із 351,6 млн грн у 2020 році до 1519,8 млн грн у 2024 році. Абсолютний приріст склав 1168,2 млн грн, що відповідає зростанню на 332,3 %. Це свідчить про збільшення кількості страхових випадків, підвищення вартості експертиз, послуг аварійних комісарів та юридичного супроводу, а також значне подорожчання медичних і ремонтних послуг, зростання вартості послуг асистансу, що напряду впливає на витрати на врегулювання.

Найбільш динамічне зростання спостерігається у витратах, пов'язаних із медичним страхуванням. Якщо у 2020 році вони становили 95,7 млн грн, то у 2024 році - вже 664,5 млн грн, що означає збільшення на 568,8 млн грн або майже у сім разів. Такий стрибок пояснюється суттєвим подорожчанням медичних процедур, зростанням попиту на страхування у сфері охорони

здоров'я, а також збільшенням кількості страхових випадків у зв'язку з епідеміологічними та воєнними факторами. Медичні послуги стали значно дорожчими, що безпосередньо підвищило витрати страховиків на оцінку та врегулювання цих випадків.

Значний приріст витрат спостерігається й у страхуванні КАСКО. У 2024 році витрати на врегулювання випадків за цим видом становили 322,0 млн грн, що на 262,7 млн грн (або 443 %) більше, ніж у 2020 році. Основними причинами є підвищення частоти та тяжкості ДТП, суттєве подорожчання комплектуючих, ремонтних робіт і логістики, а також велика кількість пошкоджень транспортних засобів унаслідок воєнних дій. Крім того, збільшення кількості нових авто, що зазвичай страхуються за КАСКО, підвищило загальні витрати на регулювання [16].

Витрати, пов'язані зі страхуванням медичних витрат у подорожах, зросли на 20,4 млн грн (54,4 %). Після падіння у 2022 році, пов'язаного з обмеженнями на поїздки за кордон, у 2023-2024 роках відбулося поступове відновлення туристичних потоків, що спричинило збільшення кількості страхових випадків і відповідних витрат.

Особливо цікава динаміка спостерігається у витратах за ОСЦПВ. Порівняно з 2020 роком витрати зросли на 238 млн грн (195,5 %). Хоча у 2021–2022 роках відбувалося різке скорочення витрат (що може бути пов'язане з обмеженнями руху, локдаунами або технічними змінами у звітності), у 2023–2024 роках вони стрімко зросли. Причинами цього стали збільшення кількості ДТП, подорожчання вартості оцінки збитків, підвищення лімітів відповідальності та збільшення кількості автомобілів, що рухаються в умовах підвищених ризиків.

У цілому витрати на урегулювання страхових випадків у всіх розглянутих видах страхування демонструють стійку тенденцію до зростання. Це є наслідком як об'єктивних соціально-економічних умов (інфляція, війна, дорожні ризики), так і внутрішніх ринкових факторів - збільшення кількості страхових договорів, підвищення вартості експертних послуг, а також

ускладнення процесів врегулювання через зміну законодавства та зростання кількості великих страхових випадків. Загальна динаміка свідчить про суттєве зростання навантаження на страхові компанії, що впливає на їхню збитковість, тарифну політику та фінансову стійкість.

У 2024 році у зв’язку з введенням в дію нового Закону України Про страхування, зміни у звітності дозволяють проаналізувати кількість повністю врегульованих страхових випадків (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка кількості врегульованих страхових випадків за ключовими видами у 2024 році

Назва виду страхування	Кількість, од.
Медичне страхування	3653132
Інше ризикове страхування життя	43905
Асистанс	42218
Фінансові ризики	36849
КАСКО	114996
Здоров’я (крім медичного страхування)	107076

За результатами 2024 року найбільша кількість врегульованих страхових випадків припадає на медичне страхування, яке демонструє абсолютну домінантність у структурі всіх урегульованих подій. Загальна кількість випадків за цим видом становить 3653132 одиниці, що істотно перевищує аналогічні показники за будь-яким іншим видом страхування. Така ситуація зумовлена тим, що медичне страхування характеризується високою частотою настання страхових подій через потребу населення в регулярних медичних послугах, збільшення захворюваності, зростанням вартості медичних процедур та активним розвитком корпоративних програм ДМС.

Другу групу за обсягом врегульованих випадків формують види, що пов’язані зі здоров’ям та ризиковими подіями. Зокрема, за видом «Здоров’я (крім медичного страхування)» урегульовано 107076 страхових випадків, що свідчить про актуальність програм страхування від нещасних випадків,

тимчасової непрацездатності, травм та інших подій, які не охоплюються класичним медичним покриттям. Підвищення цього показника пов'язане як зі зростанням числа побутових та виробничих травм, так і з активним використанням таких полісів у корпоративному секторі.

Суттєву кількість випадків також зафіксовано за видом КАСКО - 114 996 одиниць. Високий рівень урегульованих автотранспортних випадків є наслідком зростання кількості ДТП, підвищення інтенсивності руху, збільшення кількості застрахованих транспортних засобів, а також високого рівня ризиковості дорожнього руху в умовах нестабільної інфраструктурної ситуації. Додатковим чинником є збільшення кількості страхових подій, пов'язаних із пошкодженням авто через воєнні ризики - обстріли, вибухові хвилі, уламки тощо (у межах покриття, яке деякі компанії частково включали у розширені поліси).

Наступні за кількістю - види страхування, які мають значно меншу частоту страхових випадків, але залишаються важливими у структурі ринку. До них належать:

- інше ризикове страхування життя - 43905 випадків. Частота страхових подій за цим видом невисока, оскільки це переважно події, пов'язані з настанням страхового ризику зі значними наслідками: інвалідність, критичні захворювання, смерть. Вони трапляються значно рідше, ніж події у медичному страхуванні чи автострахуванні, але передбачають значні страхові виплати;

- асистанс - 42218 врегульованих випадків. Асистанс включає надання оперативних сервісних послуг: технічну допомогу на дорозі, побутовий асистанс, юридичну та медичну підтримку. Висока кількість таких звернень зумовлена поширенням комплексних страхових продуктів, особливо в автострахуванні, подорожах та сервісних програмах для домогосподарств.

- фінансові ризики - 36849 випадків. Незважаючи на відносно невелику кількість страхових подій, саме цей вид є одним із найбільш ризикових. Частота страхових випадків тут менша, але ймовірність значних фінансових збитків при їх настанні набагато вища. Підвищення кількості врегульованих випадків у

цьому сегменті може бути результатом складної економічної ситуації, підвищення рівня неплатоспроможності підприємств, порушення договірних зобов'язань та загального погіршення бізнес-клімату.

Всього страховими компаніями зі страхування життя врегульовано 48409 випадків у 2024 році, з яких 20673 випадки врегульовано страховою компанією Метлайф (43%), компанія ARX life врегулювала 19486 випадків (40%).

Кількісна динаміка врегульованих страхових випадків у 2024 році свідчить про значне навантаження на страховий ринок, особливо в сегменті медичного страхування, автострахування та страхування здоров'я. Це зумовлено комплексом факторів: війною та її наслідками, зростанням захворюваності, збільшенням кількості ДТП, підвищенням рівня урбанізації та зміною поведінки споживачів, які дедалі активніше користуються страхуванням як засобом компенсації витрат і доступу до сервісних послуг. Водночас види страхування з низькою кількістю страхових випадків залишаються важливими з позиції фінансових ризиків, що потребує від страховиків відповідної тарифної та ризикової політики

2.2. Оцінка процесів врегулювання страхових випадків на ринку та інструменти автоматизації

Опитування, проведене компанією RDT серед технологічних команд страхових компаній і брокерів, підкреслює, що страховики надають пріоритет автоматизації, причому врегулювання страхових випадків продовжує залишатися в центрі уваги, оскільки 81% респондентів назвали її найбільш критичною сферою. Далі йдуть адміністрування договорів страхування (66%) та виявлення страхового шахрайства (53%) [42].

Зростання страхових виплат спонукало страховиків автоматизувати процес подання заяв на відшкодування, яке допоможе впоратися зі зростаючими витратами. Респонденти в опитуванні також вказали на кілька

інших ключових переваг автоматизації, зокрема підвищення ефективності (70%), підвищення продуктивності (52%) і оптимізацію процесів (52%).

Точність і зменшення помилок викликали серйозне занепокоєння серед страховиків і страхових посередників. 40% респондентів вважають контроль критично важливим для бізнесу для автоматизованих робочих процесів, підкреслюючи необхідність людського контролю за автоматизованими процесами. Лише 15% вважають цей аспект неважливим.

Однак страховики також критикували зусилля щодо власних та аутсорсингових ІТ-платформ. Значні 85% вважають, що деякі сфери ринку кинулися до автоматизації, не створивши ефективного, покрокового плану вдосконалення своїх платформ.

Автоматизація, безсумнівно, змінює страховий ландшафт, але вкрай важливо, щоб страховики продовжували дотримуватись добре продуманої, але гнучкої стратегії. «Результати опитування чітко показують, що, незважаючи на значні переваги автоматизації, продуманий підхід із використанням гнучкої технології в поєднанні з відповідним наглядом є важливим, щоб уникнути пасток поспішного впровадження» [42].

Одним із найважливіших бізнес-процесів страхової компанії є процес урегулювання.

«Запровадження прямого врегулювання зробило процес урегулювання більш оперативним і прозорим: більшість виплат у цій системі здійснюється у строк, що не перевищує 25 днів. У підсумку, система прямого врегулювання не лише покращила якість послуг, а й у найближчій перспективі сприятиме зміцненню довіри клієнтів до страхового ринку загалом»[47].

38,5% дорожньо-транспортних пригод у 2024 році було врегульовано за допомогою Європротоколу. Це на 6,5% більше порівняно з 2023 роком, що підтверджує зростання популярності цього механізму серед водіїв [27]. Основні причини – зручність та оперативність оформлення страхових випадків.

«Європротокол – це документ, який учасники ДТП можуть заповнити самостійно, без залучення Національної поліції. Він дозволяє зафіксувати обставини

ДТП та ініціювати страхову виплату. Використання цього інструмента позбавляє водіїв необхідності викликати поліцію, спрощує процедуру врегулювання збитків і виключає ризик адміністративної відповідальності» [38].

Зокрема, у разі оформлення ДТП за Європротоколом не накладається штраф, не вилучається посвідчення водія, а справа не передається до суду. Документ можна оформити у паперовій або електронній формі. Паперовий варіант заповнюється на спеціальному бланку, що видається страховою компанією під час укладання договору страхування. Альтернативою є електронний формат через систему “Електронний Європротокол”.

До 2025 року діяло обмеження на максимальну компенсацію – не більше 80 тис грн. Відтепер за цей ліміт скасовано: для договорів, укладених у 2024 році, сума компенсації збільшена до 160 тис грн, а для договорів 2025 року – до 250 тис грн.[3]. Це означає, що водії можуть оформлювати Європротокол без обмежень щодо розміру матеріальної шкоди, якщо ДТП відповідає умовам його застосування.

Система “Електронний Європротокол” працює з 2017 року. Динаміка її використання демонструє суттєве зростання: у 2018 році зафіксовано 658 випадків, у 2019 – 1 621, у 2020 – 4 628, у 2021 – 4 628, у 2022 – 666, у 2023 – 13 032, а у 2024 – 19 953. Всього від початку роботи сервісу було врегульовано 50 793 випадки [46].

Використовувати електронний Європротокол можна з будь-якого пристрою, підключеного до Інтернету. Процедура включає перехід на сайт, заповнення форми, авторизацію та отримання документа на електронну пошту.

Основні переваги цього формату – автоматичні підказки для коректного заповнення, перевірка чинності страхових полісів, можливість швидкого створення схеми ДТП за допомогою готових шаблонів та миттєва передача даних до страхової компанії і бази МТСБУ.

Наочно динаміку кількості випадків, врегульованих за допомогою європротоколу в розрізі паперової і електронної форми зображено на рис. 2.4.

У 2024 році за допомогою європротоколу було врегульовано 54849 ДТП,

а сума виплаченого страхового відшкодування перевищила 1 млрд.грн., середній розмір виплати склав 18852 грн.

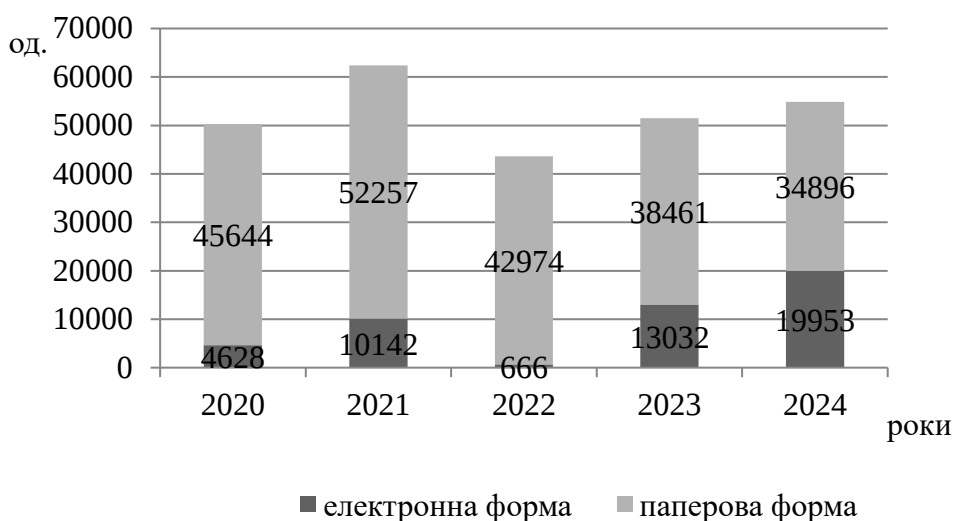


Рис.2.4. Динаміка кількості випадків врегульованих за допомогою «європротоколу»

У 2024 році 36% випадків оформлення ДТП було здійснено в електронному вигляді, що становить 19 953 випадки – на 50% більше, ніж у 2023 році. Найбільше цим сервісом користуються у великих містах, де інтенсивний трафік потребує швидких та ефективних рішень.

За січень–серпень 2025 року лідерами за кількістю врегульованих вимог, які замість МТСБУ компенсували страховики:

1. СК «ТАС» - 102 виплати на 5,3 млн грн;
2. СК «ОРАНТА»- 70 виплат на 4,5 млн грн;
3. СК «АРКС» - 47 виплат на 3,9 млн грн;
4. СК «ІНГО» - 45 виплат на 4,2 млн грн;
5. СК «КНЯЖА» - 42 виплати на 2,6 млн грн. [47;33].

Голова Правління МТСБУ Олександр Берназюк наголосив, що обов’язкове пряме урегулювання страхових випадків підняло стандарти обслуговування, а більшість виплат здійснюються у строк до 25 днів. Це підвищує прозорість, прискорює врегулювання та формує довіру до ринку [47].

Цифровізація страхових процесів в Україні (пов'язані з BPM / автоматизацією) має такі ключові приклади:

- МТСБУ (Моторне транспортне страхове бюро України). Компанія Kitsoft реалізувала IT-систему для МТСБУ, яка включає централізовану базу даних (ЦБД) про договори ОСЦПВ, аналітику, взаємодію з іншими системами. Завдяки цьому рішення значно спростився документообіг між страховиками, підвищилася прозорість процесів. МТСБУ також презентувало дашборди в Power BI, які показують ключові показники ринку ОСЦПВ — це частина цифрової трансформації даних, аналітики і процесів страхової взаємодії. При цьому, за даними МТСБУ - у I кварталі 2025 року 99,3% полісів ОСЦПВ вже оформлені в електронному форматі [27].

- роботизація страхових процесів. Українська компанія DMS Solutions описує кейс, як вона використовувала роботизацію (RPA) для бізнес-процесів страхування - наприклад, для автоматизації документообігу. Хоча це не повністю BPM-впровадження, RPA (роботизована автоматизація процесів) - це частина цифрових підходів, які часто комбінуються з BPM, щоб автоматизувати рутинні завдання.

Війна суттєво уповільнює врегулювання страхових претензій через руйнування інфраструктури, втрату документації, ускладнення доступу до постраждалих територій, скорочення штату страхових компаній та значне зростання кількості претензій, що призводить до затримок.

Чинники, що уповільнюють процеси врегулювання:

1. Знищення майна та документації. Руйнування будівель, знищення або втрата страхових договорів та іншої необхідної документації ускладнюють процес врегулювання претензій.

2. Логістичні проблеми. Обмеження у пересуванні, руйнування доріг, мостів та іншої транспортної інфраструктури роблять складним доступ експертів страхових компаній до постраждалих територій для оцінки збитків.

3. Зменшення штату страхових компаній: Мобілізація, еміграція та інші фактори призводять до скорочення кількості співробітників страхових

компаній, що створює дефіцит кадрів та збільшує навантаження на тих, хто залишився.

4. Збільшення кількості претензій. Війна призводить до різкого зростання кількості страхових випадків (пошкодження або знищення майна, поранення та загибель людей), що перевантажує страхові компанії та призводить до затримок у їх обробці.

5. Юридичні та регуляторні зміни. В умовах війни можуть запроваджуватися нові, часто складніші, юридичні та регуляторні процедури, що додатково уповільнює процес врегулювання.

6. Невизначеність. Відсутність чітких гарантій щодо виплати страхового відшкодування в умовах війни може призвести до того, що страхові компанії будуть діяти обережніше, що також може вплинути на швидкість обробки претензій.

2.3. Дослідження діяльності ПрАТ УПСК на ринку страхування за 2020-2024 роки та механізму врегулювання страхових випадків

ПрАТ «УПСК» була створена у 1993 році і за цей час зуміла стала однією із провідних страхових компаній України. На сьогоднішній день компанія має досить розвинуту структуру підрозділів, які представлені в різних областях України. Основна діяльність компанії полягає у наданні послуг зі страхування (крім страхування життя) та перестрахування.

30 квітня 2024 року згідно з витягом з Державного реєстру фінансових установ Компанія отримала ліцензію на діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) за 18 класами страхування.

ПрАТ «УПСК» є асоційованим членом Моторного (транспортного) страхового бюро України, членом АРІФРУ, а також входить до Об'єднання учасників страхового ринку України АСОЦІАЦІЯ «СТРАХОВИЙ БІЗНЕС», є членом Об'єднання «Ядерний страховий пул»[28].

Компанія акредитована в найбільших системних банках України - ПАТ «Державний ощадний банк України», АБ «Укргазбанк», ПАТ «ОТП Банк». АТ «СЕНС БАНК». АТ «Кредо Банк», ПАТ «МТБ Банк», АТ «Піреус банк МКБ» тощо.

Окрім того ПрАТ «УПСК» співпрацює з провідними компаніями з перестрахування: Gen Re, Partner Re, Hannover Re, SWISS Re, SCOR, Polis Re, Chubb, Lloyds, AzRe, SAVA Re, Польське перестраховальне товариство з метою збалансування страхового портфеля та забезпечення належного рівня фінансової стійкості. Страхові резерви страхової компанії у 2024 році склали 409,0 млн.грн., а в 2023 році вони становили 335,7 млн.грн., що безпосередньо пов'язано зі збільшенням страхових премій. Зросли поточні зобов'язання з 403,0 млн.грн. у 2023 році до 474,1 млн.грн. у 2024 році. Власний капітал страхової компанії у 2024 році склав 293,8 млн.грн. і дещо зменшився порівняно з попереднім роком, що в першу чергу пов'язано з зменшенням суми нерозподіленого прибутку.

Компанія вже вкотре підтверджує рейтинг фінансової стійкості на рівні uaAA, що означає відмінну фінансову стійкість, порівняно з іншими фінансовими установами. У 2024 році підтвердила довгостроковий кредитний рейтинг на рівні uaAA, що означає дуже високу кредитоспроможність порівняно з іншими українськими позичальниками або борговими інструментами.

В цілому дослідимо формування прибутку ПрАТ «УПСК» 2020-2024 роки (табл.2.6).

Аналіз динаміки ключових фінансових показників компанії у 2020-2024 роках свідчить про значні коливання у його діяльності, зумовлені як внутрішніми, так і загальноекономічними факторами. Перш за все простежується суттєве скорочення заробленої чистої страхової премії: з 764,72 млн грн у 2020 році до 515,14 млн грн у 2024 році, що означає абсолютне зменшення на 249,58 млн грн.

Таблиця 2.6

Аналіз прибутку страхової компанії ПрАТ «УПСК» за 2020-2024 роки,
млн.грн.

Назва	2020рік	2021рік	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Абсолютний приріст, +/- 2024 рік/2020 рік
Зароблена чиста страхова премія	764,72	749,56	550,83	413,23	515,14	-249,58
Валовий прибуток	440,02	329,92	325,56	242,5	156,11	-283,91
Фінансовий результат до оподаткування	23,79	23,87	69,77	7,71	18,52	-5,27
Чистий прибуток (збиток)	0,196	0,288	57,22	4,95	15,79	15,594

Це свідчить про зниження обсягів продажів страхових продуктів, скорочення кількості укладених договорів або зменшення страхових сум через зниження платоспроможності клієнтів. Найрізкіше падіння премій відбулося у 2023 році, що може бути пов'язано з впливом воєнних подій, зниженням активності бізнесу та відтоком населення.

Подібна тенденція спостерігається і у валовому прибутку. Він зменшився з 440,02 млн грн у 2020 році до 156,11 млн грн у 2024 році, тобто на 283,91 млн грн. Поступове скорочення валового прибутку відображає підвищення збитковості страхових операцій: збільшення страхових виплат, підвищення витрат на врегулювання страхових випадків, подорожчання експертиз, медичних послуг та ремонту транспортних засобів. До того ж зменшення премій прямо впливає на валовий прибуток, зменшуючи страхові надходження.

Фінансовий результат до оподаткування демонструє нестійку динаміку. Після стабільних значень у 2020–2021 рр. (23,79–23,87 млн грн) спостерігається різке зростання у 2022 році до 69,77 млн грн, що може бути наслідком разових факторів - скорочення витрат, переоцінки активів, змін у структури страхових резервів або появи нестандартних доходів. Однак у наступному 2023 році

фінансовий результат майже впав до нуля (7,71 млн грн), а у 2024 році відновився до 18,52 млн грн, однак це все одно менше рівня 2020 року на 5,27 млн грн. Такі коливання свідчать про відсутність стабільної операційної ефективності та високу залежність від зовнішніх економічних умов.

Особливу увагу привертає показник чистого прибутку (або збитку). Якщо у 2020–2021 роках він був практично нульовим (0,196 та 0,288 млн грн), то у 2022 році спостерігається різке зростання до 57,22 млн грн, що може пояснюватися разовими доходами або оптимізованою витратною політикою. У 2023 році чистий прибуток знову суттєво зменшився до 4,95 млн грн, але у 2024 році зріс до 15,79 млн грн. В абсолютному вимірі приріст чистого прибутку порівняно з 2020 роком становить 15,594 млн грн, що свідчить про покращення кінцевого фінансового результату, незважаючи на значне скорочення премій і валового прибутку.

Загалом динаміка фінансових показників демонструє, що компанія працювала у складних умовах, які вплинули на обсяги продажів, прибутковість та операційну ефективність. Спад зароблених премій і валового прибутку є наслідком падіння ділової активності, зменшення попиту на страхові послуги, зростання витрат на урегулювання страхових випадків і загальних економічних ризиків. У той же час позитивна динаміка чистого прибутку у 2024 році свідчить про можливе покращення фінансової дисципліни, скорочення витрат, активізацією інвестиційної діяльності або застосування ефективніших механізмів управління ризиками.

Протягом 2020-2021 років страхова компанія отримувала збитки за страховими виплатами, починаючи з 2022 року, внаслідок скорочення адміністративних витрат та витрат на урегулювання, компанія отримувала дохід, що звичайно мало важливий вплив на формування прибутку.

Питаннями врегулювання збитків та претензій страхувальників у ПрАТ УПСК відповідає Департамент врегулювання збитків, який здійснює прийом, збір та аналіз документів за подіями, що мають ознаки страхових, а також займається розслідуванням страхових випадків, здійснює огляд пошкодженого

майна, розрахунок розміру страхової виплати, консультування страхувальників та потерпілих з питань процесу врегулювання страхових випадків, проводить роботу з аварійними комісарами, оцінювачами, СТО.

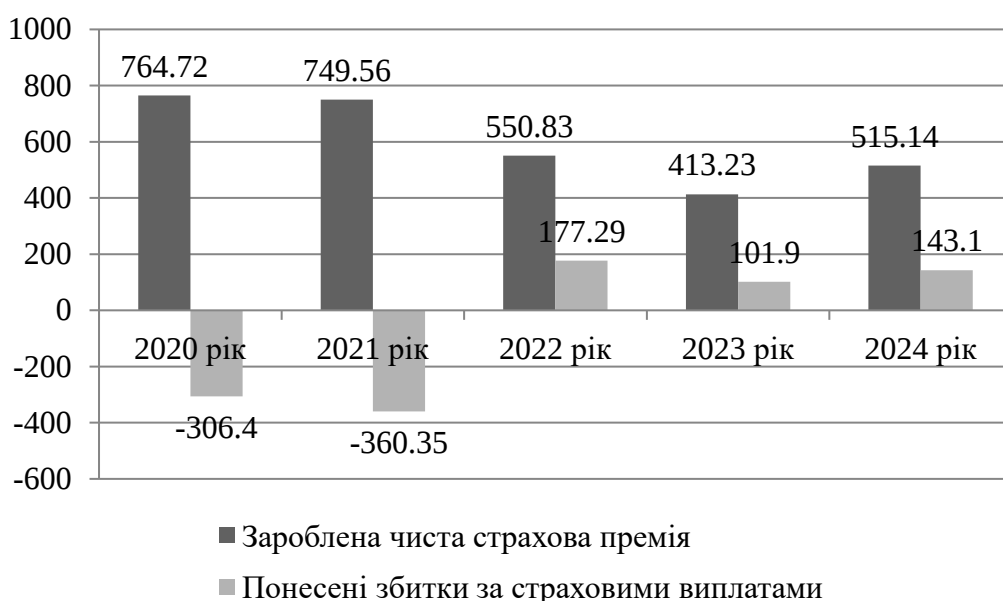


Рис.2.5. Динаміка зміни зароблених страхових премій та понесених збитків за страховими виплатами

Процес урегулювання в страховій компанії - важливий ключовий бізнес-процес. Після того, як клієнт повідомляє про страховий випадок, інформація вноситься в систему і передається страховому агенту для подальшого розгляду.

1. Перший етап - спеціаліст з врегулювання страхових випадків детально аналізує отримані дані, заповнює необхідні поля та передає справу до відділу претензій та позовів. Під час цього етапу може відбуватися комунікація з клієнтом для уточнення додаткової інформації. Повідомлення про страховий випадок має надійти від клієнта одразу після його настання. Спеціаліст здійснює первинну оцінку справи протягом трьох робочих днів після отримання заяви.

2. Другий етап - відділ претензій та позовів оцінює умови відшкодування. Якщо виявляється, що вимоги клієнта не відповідають умовам договору, відділ видає відмову і повідомляє про це спеціаліста, який веде справу. Ця оцінка триває до 10 робочих днів з моменту отримання усіх деталей

від першого етапу.

3. Третій етап - розрахунок суми відшкодування. Якщо умови визнані прийнятними, відділ претензій проводить розрахунок виплат і надсилає запит до фінансового відділу для підтвердження виплати.

Клієнту повідомляють результати оцінки та розрахунку відшкодування безпосередньо спеціалістом, який веде справу. Розрахунок суми компенсації та надсилання запиту до фінансового відділу відбувається протягом 5 робочих днів після завершення оцінки умов відшкодування.

Четвертий, фінальний етап - виплата: фінансовий підрозділ аналізує запит, формує платіжну транзакцію та перераховує кошти на рахунок клієнта, а відділ претензій інформує клієнта про завершену виплату. Цей процес має бути виконаний протягом 7 робочих днів з моменту отримання запиту.

Крім того, аналіз бізнес-процесів повинен включати сегментацію витрат та доходів за видами страхування або за іншими ключовими параметрами, що дає змогу виявити саме ті процеси, які найбільше впливають на фінансовий результат компанії. Такий підхід дозволяє чітко визначити пріоритети для оптимізації.

Оцінка ефективності управління процесом розгляду страхових випадків є критичною частиною загальної діяльності страховика. Одним із ключових показників є «чиста сума понесених витрат на страхові відшкодування». Проаналізована динаміка понесених зитків за страховими виплатами свідчить про зменшення виплат за страховими подіями, що безпосередньо пов'язано з зменшенням премій порівняно з попередніми роками, окрім 2023 року.

З огляду на ці тенденції, доцільно провести подальший аналіз, щоб з'ясувати конкретні причини зміни витрат і розробити стратегії для підвищення ефективності управління бізнес-процесом розгляду страхових випадків. Використання SWOT-аналізу (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) дозволяє ідентифікувати внутрішні сильні та слабкі сторони компанії, а також зовнішні можливості та загрози.

Методологія полягає у виявленні відповідних сильних і слабких сторін

бізнес-процесу, а також можливостей і загроз, які на нього впливають. В результаті формується SWOT-аналіз процесу, що дає вичерпне розуміння ключових аспектів і підтримує прийняття стратегічних рішень (табл.2.7).

Таблиця 2.7

SWOT-аналіз ефективності процесу обробки заявок на відшкодування

Сильні сторони -зазначений термін, протягом якого страховий агент повинен розглянути інформацію (до 3 робочих днів), є доречним і ефективним. -встановлення чітких граничних строків для оцінки умов відшкодування (до 10 робочих днів) забезпечує оперативну взаємодію з клієнтом і зі страховим агентом.	Слабкі сторони -термін у 5 робочих днів на розрахунок і надсилання запиту до фінансового відділу може створювати значну затримку. - етап комунікації з клієнтом іноді може бути виснажливим і вимагати додаткових зусиль та ресурсів для збирання необхідної інформації
Можливості - використання технологій BPM може суттєво скоротити час на виконання завдань у процесі. - застосування інструментів для ефективної комунікації та збору інформації від клієнтів підвищить загальну продуктивність процесу.	Загрози - тривале очікування рішення та виплати може викликати незадоволення клієнтів і навіть призвести ряду проблем. - фази оцінки умов відшкодування можуть створювати ризик виникнення помилок або неповного розуміння обставин страхового випадку

Таким чином, проведений аналіз дозволяє виявити сильні та слабкі сторони процесу урегулювання страхових випадків у страховій компанії, дослідити можливості та ризики, які потребують окремої уваги. Показники розвитку ПрАТ УПСК свідчать про поступове відновлення обсягів премій до рівня довоєнного, ріст чистого прибутку, а рейтинги компанії свідчать про її надійність та платоспроможність.

Висновки до розділу 2

Поступове відновлення ринку страхування після падіння 2022 року відбувається за всіма показниками. Простежується ріст страхових премій, страхових виплат, активів на тлі зменшення кількості страхових компаній.

Бізнес-процес страховика – урегулювання страхових претензій набуває значення, враховуючи збільшення кількості страхових випадків та вимог до зменшення терміну урегулювання страхових подій.

Значний поштовх до пришвидшення урегулювання в одному з найбільш динамічно розвиваючому виді страхування – автотранспортне, дало впровадження прямого урегулювання. З розвитком цифрових технологій, зростає кількість врегульованих випадків за допомогою електронних форм, в т.ч. за допомогою євро протоколу – більше 36%.

Дослідивши процес урегулювання в страховій компанії ПрАТ УПСК, виділили сильні та слабкі сторони, можливості та ризики. Загалом динаміка фінансових показників демонструє, що компанія працювала у складних умовах, які вплинули на обсяги продажів, прибутковість та операційну ефективність. Спад зароблених премій і валового прибутку є наслідком падіння ділової активності, зменшення попиту на страхові послуги, зростання витрат на урегулювання страхових випадків і загальних економічних ризиків. Але компанія зуміла отримати чистий прибуток за підсумками 2024 року в основному за рахунок активізації інвестиційної діяльності, зменшення адміністративних витрат та покращення роботи з ризиками.

Виходячи з проведеного дослідження, розкриємо ключові напрями підвищення ефективності управління процесу урегулювання.

РОЗДІЛ 3.

КЛЮЧОВІ НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСУ УРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ПРЕТЕНЗІЙ

3.1. Автоматизація процесу урегулювання страхових претензій та основні виклики

Протягом багатьох років компанії зміцнювали свою конкурентну перевагу, вдосконалюючи бізнес-процеси - підвищуючи ефективність, якість і швидкість реагування.

У сфері страхування управління бізнес-процесами реалізується через низку ключових стратегій:

1. **Моделювання процесів:** використання спеціалізованого програмного забезпечення для створення моделей, які дають змогу аналізувати поточні операції, виявляти вузькі місця і знаходити способи оптимізації.

2. **Автоматизація:** впровадження BPM-систем (як частини більш широких рішень) для автоматичного виконання рутинних завдань, що скорочує ручну працю і підвищує швидкість обробки.

3. **Стандартизація:** розробка єдиних процедур, політик і стандартів, завдяки яким процеси виконуються послідовно та з низькою ймовірністю помилок, що підвищує якість обслуговування клієнтів.

4. **Моніторинг і аналітика:** застосування систем, які відстежують ключові показники ефективності (KPI) бізнес-процесів, дають змогу проводити аналіз і вчасно вносити корективи.

5. **CRM-системи:** інтеграція систем управління відносинами з клієнтами допомагає краще розуміти їхні потреби, підлаштовувати сервіси й підвищувати задоволеність. Наприклад, існують CRM-ERP-BPM рішення спеціально для страхових компаній.

6. **Покращення внутрішньої комунікації:** використання інструментів

для співпраці між підрозділами, налагодження внутрішніх каналів обміну інформацією - це допомагає уникати затримок, дублювання функцій та непорозумінь.

Кожен із цих підходів формує одну зі складових системного підходу до оптимізації страхового бізнесу: за рахунок їхнього впровадження компанії мають змогу знижувати витрати, підвищувати швидкість обслуговування клієнтів і підсилювати свою конкурентоспроможність.

Управління бізнес-процесами (BPM) дає організації постійну можливість контролювати й оптимізувати свої робочі процеси. Незважаючи на те, що конкретні процеси й потреби кожної компанії є унікальними, BPM забезпечує універсальний механізм підвищення операційної ефективності - що, в свою чергу, формує стійку конкурентну перевагу [12,с.155].

Існує велика кількість підходів до визначення BPM, і часто його тлумачення залежить від контексту. У науковій та практичній літературі немає єдиного, загальнозастосовного визначення.

Особливий імпульс концепції BPM отримала з появою класу програмних рішень, відомих як BPMS (Business Process Management Suite). Ці інструменти дозволяють перетворювати графічні моделі процесів на функціональний код, що забезпечує реалізацію безперервного вдосконалення: бізнес-процеси документуються в системі BPMS, виконуються та автоматизуються, а потім, на підставі статистики їх роботи, відбувається аналіз і поступове поліпшення процесів.

Таким чином, BPM можна розглядати як двокомпонентну систему: методологічну складову, яка включає принципи сучасного менеджменту та практики управління, і технологічну складову, яка ґрунтується на автоматизації процесів та відповідній IT-архітектурі (BPMS).

Впровадження управління бізнес-процесами (BPM) у сфері врегулювання збитків має стратегічне значення для підвищення ефективності діяльності страхових компаній та мінімізації операційних ризиків. Завдяки методології BPM страхові організації отримують можливість системно спрощувати

процедури розгляду претензій, що водночас зміцнює їхню політику управління ризиками. Інтеграція ВРМ сприяє не лише прискоренню всього циклу обробки заявок, але й підсилює контроль над залученням третіх сторін (наприклад, незалежних експертів, ремонтних компаній, сервісних центрів). Цей підхід поєднує оптимізацію внутрішніх процесів із превентивними стратегіями зниження ризиків, формуючи багаторівневу систему управління претензіями.

Застосування ВРМ-методології забезпечує гнучкість та точність навіть у складній мережі взаємозв'язків, пов'язаних із врегулюванням. Це дозволяє страховику не просто швидше розглядати страхові випадки, але й жорсткіше контролювати процеси, пов'язані із залученням третіх сторін, - що, в свою чергу, підвищує загальну надійність системи управління ризиками [21,с.45].

Зв'язок між запровадженням ВРМ і управлінням збитками проявляється у здатності ВРМ знижувати операційні бар'єри, впорядковувати процесну інфраструктуру та оптимізувати виконання ключових бізнес-функцій (табл.3.1).

Таблиця 3.1.

**Впровадження системи управління бізнес-процесами у процес
врегулювання збитків**

Оцінка впливу на операційну ефективність	Вигоди
1. Зростання рівня залучення клієнтів	1.Покращене обслуговування клієнтів на різних етапах взаємодії: за рахунок швидкого й справедливого врегулювання збитків. 2.Ефективна автоматизація процесів мінімізує людські помилки, знижує ризики під час врегулювання збитків і, як наслідок, зменшує загальні витрати. 3.Швидке й ефективне вирішення страхових претензій сприяє позитивному досвіду клієнтів.
2.Ефективна система ризик-менеджменту	1. Протидія шахрайству завдяки прогнозному аналізу. 2. Забезпечення безперебійного потоку даних та інформації між різними підрозділами страхової компанії.
3.Підвищення ефективності врегулювання збитків.	1. Автоматизована маршрутизація претензій до оцінювача збитків. 2.Можливість ретельно спроектувати й оптимізувати порядок дій оцінювача збитків, скорочуючи час на вирішення спорів і підвищуючи загальну продуктивність процесу. 3. Підвищення відповідності нормативним вимогам (compliance) через стандартизовані та контрольовані процеси рішення претензій

Завдяки такому синергетичному підходу система врегулювання стає адаптивною, що забезпечує скорочення термінів обробки заяв, підвищення прозорості процесів і більш пильний контроль над усіма задіяними сторонами.

Існує багато методів та інструментів управління бізнес-процесами в страховій сфері, серед яких BPM (Business Process Management) є одним із найефективніших. Однак у страховиків часто виникають складнощі з його впровадженням у критично важливих процесах - таких як андеррайтинг та врегулювання збитків. При впровадженні BPM компанії постають перед вибором між радикальним підходом та поетапною міграцією, яка передбачає поступове впровадження [56].

Впровадження BPM вимагає узгодженої роботи міжфункціональної команди експертів, оскільки нові системи мають бути інтегровані з існуючою IT-інфраструктурою. Через такі труднощі багато страхових компаній обмежують масштаб своїх подібних проєктів.

Контрольована міграція до BPM є ключовим механізмом для зменшення ризиків при впровадженні. Цей підхід дозволяє страховикам поетапно переходити на нові системи, не порушуючи стабільну роботу критично важливих бізнес-процесів

По-перше, необхідно обрати конкретну сферу або бізнес-процес, який має значний потенціал для вдосконалення через застосування BPM. Вибір має базуватися на пріоритетах, що визначені страховиком, - тобто тих ділянках, оптимізація яких принесе найбільшу цінність. Далі проводиться глибокий аналіз цього процесу, після чого впроваджуються нові методи поступово, в поетапному режимі: вносяться зміни, оцінюється їхній вплив, а коригування здійснюються за необхідності.

Такий поетапний підхід дозволяє виявити проблемні зони на ранніх стадіях впровадження, усунути їх до того, як вони переростуть у серйозні ризики для всієї системи. Крім того, успіх реалізації BPM вимагає формування спеціалізованої міжфункціональної команди - фахівців, відповідальних за впровадження, які спільно працюватимуть над інтеграцією нових рішень з

існуючими процесами. Це забезпечує безперервність бізнесу та своєчасне усунення можливих труднощів.

Завдяки цьому поступовому механізму міграції, організація знижує ризики, пов'язані з великими трансформаціями, і отримує гнучкість у внесенні поправок у реальному часі - що є критично важливим для успішного впровадження BPM в страхуванні.

У контексті високої конкуренції на страховому ринку інноваційні технології, такі як BPM, стають дієвим засобом диференціації, сприяючи збереженню або збільшенню ринкової частки та підвищенню прибутковості. Застосовуючи BPM, страховики здобувають якісні та кількісні переваги на всьому ланцюжку створення вартості. Саме підхід “контрольованої міграції” дозволяє компаніям мінімізувати ризики під час впровадження базових трансформацій, водночас отримуючи довгострокові вигоди від ефективного управління бізнес-процесами.

Страховий сектор значною мірою спирається на документообіг - обробляє великі обсяги паперових заяв, форм клієнтів, заявки на відшкодування тощо. Тому для страхових компаній стає пріоритетним завданням повна цифровізація бізнес-процесів. Проте багато організацій стримують своє впровадження цифрових рішень через регуляторні обмеження галузі та застарілу IT-інфраструктуру, яку вони створювали роками. Не прийнявши цифрову трансформацію, такі компанії ризикують втратити конкурентні переваги в майбутньому.

Функціонування компанії - будь то редагування документів, спільна робота над звітами або обслуговування клієнтів - базується на внутрішніх робочих процесах. Для підвищення ефективності цих процесів за допомогою цифрових рішень необхідні наступні кроки:

1. Автоматизувати ключові дії, рішення та завдання для економії часу та ресурсів.
2. Забезпечити прозорість статусу процесів, чітке розмежування ролей користувачів і контроль виконання завдань.

3. Мінімізувати ризики через уніфікований і послідовний підхід до виконання операцій, зокрема з огляду на нормативні, кадрові та комплаєнс-вимоги.

4. Покращити співпрацю та комунікацію між командами шляхом інтеграції процесів [42].

Фінансові установи вже визнали переваги впровадження BPM (Business Process Management) для підвищення операційної ефективності та стимулювання бізнес-інновацій. За їхніми словами, BPM дозволяє досягти значної рентабельності, а найпоширенішим показником економічного ефекту є економія витрат на транзакцію. Операційна ефективність проявляється у тому, що IBPM дозволяє автоматизувати рутинні завдання, звільняючи працівників для виконання більш стратегічних функцій; за допомогою IBPM рішення приймаються оперативніше, а бізнес-процеси працюють більш чітко й швидко; інструменти IBPM сприяють швидкому залученню партнерів та оперативному реагуванню на їхні запити.

IBPM підтримує гнучке конструювання нових страхових продуктів, спрощуючи їх розробку й тестування. Інтелектуальні процеси, реалізовані в IBPM, відкривають нові шляхи подолання традиційних бар'єрів у бізнесі. Завдяки IBPM компанії можуть оперативно реагувати на запити клієнтів, підвищуючи точність і якість обслуговування.

Страхові компанії, як і інші галузі, стикаються з вимогами підвищення рентабельності та посилення управління ризиками, що робить впровадження IBPM особливо актуальним.

Крім того, страхові компанії мають прагнути підвищити рівень задоволеності як агентів, так і клієнтів, щоб зміцнити свою ринкову позицію. Для цього їхні основні ІТ-системи, які підтримують страхову діяльність, повинні бути максимально простими, гнучкими та адаптивними. Технологія BPM може стратегічно застосовуватися страховиками для підвищення надійності ІТ-інфраструктури та подолання галузевих викликів.

За останні роки страхові бек-офісні сервіси набули популярності серед

компаній, що працюють у майновому страхуванні, страхуванні від нещасних випадків і страхуванні життя. Основні ініціативи BPM у цих сегментах зосереджені на фронт-офісі, андеррайтингу та врегулюванні збитків.

BPM дозволяє оптимізувати діяльність фронт-офісу, керуючи агентами, розвиваючи мультиканальні канали розповсюдження, а також підвищуючи шанси на пролонгацію полісів та укладення нових контрактів. У сфері андеррайтингу BPM сприяє прозорості, автоматизації адміністративних процесів і узгодженню рішень з бізнес-стратегією компанії. Інтеграція BPM у процес врегулювання збитків дає змогу більш ефективно обробляти претензії, управляти ризиками та знижувати час обробки, а також поліпшити координацію роботи з третіми сторонами (експерти, сервісні центри тощо).

Страхові компанії стикаються із серйозною проблемою, пов'язаною із застарілими системами адміністрування полісів (PAS - Policy Administration System), які не відповідають очікуванням сучасних клієнтів. Сьогодні страхувальники прагнуть взаємодіяти зі своїм страховим провайдером через цифрові канали - мобільні додатки або веб-портали. Однак багато legacy PAS-платформ не підтримують подібну функціональність і не забезпечують єдиного, інтегрованого цифрового досвіду для клієнтів.

Ще одна складність полягає в тому, що рішення InsurTech не завжди пропонують повний набір функцій, необхідних для поліпшення користувацького досвіду як зі сторони клієнтів, так і зі сторони страхових компаній. Через це страховики змушені шукати шляхи модернізації своїх систем, щоб адаптуватися до сучасних технологічних стандартів.

Скорочення тривалості врегулювання страхових випадків та оперативне заповнення інформаційних прогалин у звітах про страхові події можуть суттєво підвищити рівень задоволеності та лояльності клієнтів. Навіть відсутність базової інформації на початку - при первинному поданні звіту - може затримати процес врегулювання на кілька днів.

Залучення зовнішніх фахівців, які спеціалізуються на врегулюванні збитків, може допомогти зосередитися на стратегічних операційних завданнях і

прискорити обробку претензій.

Більшість страхових компаній наразі працює за традиційною схемою “внутрішньої лінії”, де кожен співробітник виконує свою частину роботи, а потім передає її колезі. Така модель підвищує ефективність розподілу праці й оптимізує витрату часу, але при модернізації системи варто враховувати її автоматизовану альтернативу, щоб надати співробітникам більш гнучку роль і збільшити продуктивність [49].

Усім співробітникам необхідно забезпечити чітке й цілісне розуміння їхнього процесового завдання - що саме потрібно виконати і кому передати результати наступного кроку. При цьому слід надавати доступ лише в межах, необхідних для виконання поточних обов’язків, аби уникнути перекриття ролей або плутанини в відповідальностях.

Підключення користувачів до системи та обробка заявок на виплату страхового відшкодування часто може негативно вплинути на клієнтський досвід через громіздку й формалізовану процедуру перевірки. Прискорити цей етап можливо, зменшивши залежність від паперових документів та впровадивши цифрові рішення. Сучасні споживачі, озброєні технологіями, очікують простий і швидкий процес реєстрації - незалежно від того, чи оформляють вони недорогий поліс, чи корпоративний план.

Отже, вибір стратегії сильно залежить від поточного етапу цифрової трансформації страховика. Компанії мають чітко формулювати свої очікування від ініціатив цифровізації та застосовувати системний підхід, щоб отримати максимальну додану вартість від технологічних змін.

3.2. Зарубіжний досвід організації процесу урегулювання страхових спорів

У Франції, Бельгії, Швейцарії та Англії ключову роль у врегулюванні спорів між учасниками фінансового ринку та забезпеченні належного захисту

прав споживачів відіграють державні структури — як органи регулювання страхового ринку, так і спеціалізовані незалежні установи, що фінансуються з державного бюджету. Ці установи наділені широкими регуляторними, контрольними та правоохоронними повноваженнями, спрямованими на захист інтересів споживачів. Окрім виконання наглядових функцій, вони також розглядають звернення й скарги громадян.

У провідних країнах світу простежується тенденція до активного залучення не лише державних регуляторів, але й структур, що спеціалізуються на альтернативних способах вирішення спорів між споживачами та страховими компаніями. Міжнародні правові акти підкреслюють важливість формування ефективної системи захисту прав споживачів. Так, механізм урегулювання спорів за участю професійного медіатора ґрунтується на Директиві 2013/11/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 21 травня 2013 року щодо альтернативного вирішення споживчих спорів. Значне місце займає й Рекомендація Комісії 98/257/ЄС від 30 березня 1998 року, у якій визначено принципи функціонування органів, що здійснюють позасудове врегулювання конфліктів між споживачами та постачальниками послуг [49].

Інститут альтернативного врегулювання спорів є загальноприйнятою практикою в країнах ЄС. Його основна мета полягає у забезпеченні швидкого та ефективного вирішення спорів між споживачами та фінансовими установами, що сприяє підвищенню рівня довіри до ринку фінансових послуг. Зокрема, до повноважень Фінансового омбудсмена в Польщі належать розгляд випадків, пов'язаних із відмовою постачальників фінансових послуг задовольнити претензії клієнтів у межах апеляційної процедури, а також розгляд звернень щодо неналежного реагування на скарги, подані відповідно до вимог споживача.

Фінансовий омбудсмен має право подавати позови від імені клієнтів фінансових установ у випадках виявлення недобросовісних ринкових практик, пов'язаних із діяльністю таких суб'єктів, а також долучатися до судових проваджень за згодою позивача. Крім того, омбудсмен уповноважений

накладати фінансові санкції на постачальників фінансових послуг, які порушують вимоги щодо надання інформації про порядок розгляду скарг або не дотримуються встановлених строків їх опрацювання.

У Франції функції позасудового врегулювання спорів виконує орган «La Médiation de l'Assurance», створений у межах Французької федерації страхування (FFA). Він розглядає конфлікти між споживачами та страховими компаніями або брокерами з метою забезпечення їхнього мирного вирішення. Звернення до цього органу є безкоштовним, конфіденційним і може бути подано будь-якою особою після первинної спроби врегулювати спір зі страховиком або посередником.

Головною метою Асоціації посередництва у страхуванні є надання споживачам доступного та безоплатного механізму для розв'язання суперечок, що виникають між фізичними особами та страховими компаніями або страхових посередниками. Її діяльність спрямована на пошук компромісних рішень щодо укладення, виконання чи тлумачення договорів страхування та на забезпечення мирного врегулювання спорів між споживачами й учасниками страхового ринку

Омбудсмен зі страхування Швейцарії [56] здійснює посередництво, спрямоване на врегулювання конфліктних ситуацій, а також надає роз'яснення щодо норм страхового законодавства. Як незалежний орган, він забезпечує неупереджену підтримку громадянам з питань приватного страхування, зокрема щодо страхового покриття, умов договорів, подання претензій, виплат у разі хвороби та інших суміжних аспектів. Крім того, омбудсмен допомагає у вирішенні спорів, пов'язаних зі страхуванням від нещасних випадків, пенсійними програмами, що реалізуються страховиками життя, а також з іпотечними договорами та продуктами страхування приватного житла.

У межах своїх повноважень юридичні фахівці офісу омбудсмена опрацьовують скарги, що стосуються письмових розбіжностей між застрахованими особами та страховими компаніями. Головною метою їхньої роботи є виявлення та підтвердження обґрунтованих вимог заявників.

Омбудсмен здійснює правову кваліфікацію ситуації та надає необхідні пояснення для усунення невизначеностей та відкритих питань. Якщо для формування об'єктивної позиції потрібні додаткові дані, він має право звернутися до страхової компанії з відповідним запитом.

У випадках, коли звернення потрапляє до сфери компетенції омбудсмена та стосується питань страхування, він направляє скаргу до відповідної страхової компанії. Страховик отримує звернення разом із супровідним листом від омбудсмена та має надати свої пояснення. У результаті сторони або доходять згоди в межах процедури посередництва, або погоджуються прийняти запропоноване рішення. У разі досягнення домовленості сторони, тим не менш, зберігають право захищати свої інтереси іншими способами, зокрема шляхом судового розгляду.

Служба страхового омбудсмена Бельгії [56] офіційно визнана кваліфікованою організацією FPS Economy. Такий статус підтверджує, що установа відповідає всім вимогам, необхідним для здійснення функцій позасудового врегулювання споживчих спорів у сфері страхування. Це єдина організація в Бельгії, уповноважена розглядати страхові спори між споживачами та страховими компаніями. Щороку служба публікує звіт про свою діяльність, у якому подається узагальнений аналіз звернень, отриманих протягом року, а також рекомендації для учасників страхового ринку та відповідних державних органів.

Згідно зі звітом за 2021 рік, протягом року було зареєстровано 7299 звернень на втручання. Омбудсмен розглянув 3467 із них, і 3241 справа була завершена станом на 15 лютого 2022 року. У 59% проаналізованих випадків споживач отримав позитивне рішення, тоді як 41% звернень було визнано необґрунтованими. На зазначену дату 227 справ (3%), поданих у 2021 році, усе ще перебували на етапі узгодження. У 2428 випадках (33%) заявників було перенаправлено до служб розгляду скарг страховиків та страхових посередників, а у 509 випадках (7%) — до інших органів посередництва. У 663 ситуаціях (9%) заявники зверталися до Омбудсмена виключно за інформацією

чи роз'ясненнями, і завдяки неупередженій позиції служби ці звернення не переросли у формальні скарги. Лише 6 справ (менше 1%) були закриті без урахування рекомендацій омбудсмена [53].

В Індії Рада страхових омбудсменів має повноваження звільняти омбудсмена з посади у разі вчинення ним серйозних порушень під час виконання службових обов'язків. У 2021 році страхові омбудсмени країни розглянули 40 527 скарг на діяльність страхових компаній, що значно більше порівняно з 30 596 зверненнями у 2020 році. Урегулювання спорів може здійснюватися шляхом примирення або у порядку квазісудового розгляду. Водночас рішення омбудсмена є обов'язковим виключно для страхової компанії, тоді як споживач має право оскаржити його в судовому порядку.

У табл. 3.2 розглянуто основні моделі функціонування інституту фінансового омбудсмена.

Таблиця 3.2

Основні моделі фінансового омбудсмена: порівняльна характеристика

Характеристики	Британська модель	Німецька модель
Засновник	незалежна державна установа	неурядова Асоціація громадських банків Німеччини
Власність	державна	Приватна власність
Правова основа	створюється з ініціативи держави та здійснює свою діяльність відповідно до законодавства	
Джерела фінансування інституту омбудсмена	депозити банків залежно від юрисдикції, сфери та виду діяльності організації	депозити банків, членів Асоціації державних банків Німеччини
Інституційна структура	мережа фінансових омбудсменів	Один фінансовий омбудсмен
Метод врегулювання спорів	примирення сторін	примирення сторін
Особа, яка має право подати скаргу до омбудсмена	фізичні та юридичні особи, зокрема організації та благодійні фонди, річний обіг яких становить менше 1 мільйона фунтів стерлінгів	окрема особа
Обмеження суми скарги	16,6 тисяч євро	5 тисяч євро
Термін розгляду справи	6 місяців	2-3 місяці
Умови застосування	добровільно	добровільно

Німецька модель функціонування інституту фінансового омбудсмена передбачає його призначення Радою Асоціації публічних банків Німеччини на підставі подання керівництва Асоціації. У межах цієї моделі омбудсмен здійснює альтернативне, або позасудове, врегулювання спорів за участю нейтральної третьої сторони. Результатом такої процедури може бути: ухвалення обов'язкового рішення для однієї чи обох сторін; надання рекомендацій, які не мають обов'язкової сили; або створення умов, за яких сторони самостійно доходять згоди. Фінансування діяльності омбудсмена та покриття витрат, пов'язаних із розглядом скарг, забезпечує Асоціація.

На відміну від Німеччини, у Великій Британії інститут омбудсмена представлений незалежною державною установою, що фінансується за рахунок державного бюджету. Важливо зазначити, що звертатися до британського фінансового омбудсмена можуть не лише фізичні особи, але й юридичні особи — зокрема організації та благодійні фонди з річним оборотом менш ніж 1 млн фунтів стерлінгів.

Окремої уваги потребує питання юридичної сили рішень омбудсмена для заявника та особи, щодо якої подано скаргу. Для заявника рішення не є обов'язковим, і у разі незгоди він може повідомити про це омбудсмена та обрати інший спосіб вирішення спору. Натомість для суб'єкта скарги рішення омбудсмена може мати як обов'язковий, так і рекомендаційний характер - залежно від того, чи погодився заявник на врегулювання питання у цьому порядку [54].

Слід підкреслити, що Міжнародна асоціація органів страхового нагляду (IAIS) є світовим стандартоутворювальним органом, який відповідає за розроблення та сприяння впровадженню принципів, стандартів, рекомендацій і супровідних матеріалів, необхідних для ефективного нагляду за страховим сектором. IAIS функціонує як добровільне об'єднання регуляторів та наглядових органів у сфері страхування з понад 200 юрисдикцій, на які припадає близько 97% глобального обсягу страхових премій [54]. Організація також створює платформу для обміну досвідом, аналітичними напрацюваннями

та інформацією щодо нагляду за страховими ринками.

Крім цього, IAIS виконує важливу прогностичну функцію, визначаючи ключові тенденції та події, що можуть впливати на трансформацію світового страхового ринку. Це дає змогу її членам своєчасно реагувати на нові ризики та виклики. Асоціація також співпрацює з міжнародними розробниками фінансової політики та організаціями, що представляють інтереси наглядових і регуляторних структур, роблячи внесок у формування глобальної фінансової архітектури.

В Україні поступово вибудовується правове підґрунтя для впровадження позасудових механізмів вирішення спорів між страховиками та споживачами страхових послуг. Зокрема, відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», створення та функціонування досудових процедур урегулювання спорів визначено одним із ключових принципів системи захисту прав споживачів фінансових послуг

Окрім аналізу зарубіжного досвіду функціонування інституту фінансового омбудсмена та його значення у досудовому врегулюванні спорів і захисті прав споживачів, доцільно розглянути також міжнародну практику діяльності страхового аджастера. Страховий аджастинг широко застосовується у країнах Заходу з розвиненим страховим ринком та високим рівнем професіоналізації страхових послуг.

Страховий аджастер представляє інтереси страхової компанії під час розгляду претензій страхувальників, що виникають у зв'язку зі страховими випадками. Його основне завдання полягає у досягненні домовленості з клієнтом щодо розміру страхового відшкодування, яке підлягає виплаті відповідно до умов укладеного договору страхування. Термін «аджастер» охоплює як фізичних, так і юридичних осіб - незалежних фахівців або організації, що спеціалізуються на врегулюванні претензій та оцінці збитків, пов'язаних зі страховими подіями.

У своїй діяльності аджастер може виконувати функції диспашера або аварійного комісара, тобто здійснювати оцінку збитків, визначати обсяг

відповідальності страховика та сприяти оперативному вирішенню спірних питань. Історичні витoki аджастингу сягають кінця XVIII століття, коли в Європі почали з'являтися спеціалізовані експерти, що займалися оцінюванням майнових ризиків і збитків. Саме тоді сформувався окремий професійний напрям - оцінка збитків [49].

Широке поширення термін «аджастер» отримав у 1941 році після створення в Англії «Асоціації аджастерів вогневих ризиків». У США розвиток професії активізувався ще раніше: у 1937 році було засновано Національну асоціацію незалежних страхових аджастерів (National Association of Independent Insurance Adjusters), що об'єднала фахівців, які працюють у сфері незалежного врегулювання страхових претензій

На сьогодні професія страхового аджастера міцно закріпилася на глобальному страховому ринку. Аджастер може вести власну практику, працювати на умовах найму у спеціалізованій аджастерській компанії (так звані незалежні аджастери) або входити до складу штатів страхової, брокерської чи великої комерційної компанії в якості співробітника відділу управління ризиками.

У міжнародній практиці спеціалісти, які займаються незалежним врегулюванням збитків, традиційно поділяються на три основні категорії. По-перше, «Independent Adjuster» (незалежний аджастер) — фізична чи юридична особа, призначена страховиком для врегулювання заявлених претензій. По-друге, лосс-аджастери — незалежні експерти з урегулювання збитків, що працюють із юридичними особами, спеціалізуються на врегулюванні великих збитків і зазвичай діють на користь страховика. По-третє, «Public Adjuster» (громадський аджастер) - фахівець або організація, що захищає інтереси страхувальника при врегулюванні його претензій до страховика.

При цьому існує важлива, хоча і не завжди очевидна, різниця між незалежним та громадським аджастером. Незалежний аджастер не представляє інтереси страховика, а лише виконує поставлені завдання за його дорученням. Натомість громадський (паблік) аджастер діє виключно від імені

страхувальника, захищаючи його інтереси у процесі врегулювання претензій.

На відміну від лосс-аджастерів, які зазвичай отримують оплату за погодинною ставкою, паблік-аджастери працюють переважно за принципом пост-оплати, стягуючи визначений відсоток від суми страхового відшкодування, отриманого страхувальником у результаті їх діяльності. Тобто у разі відмови або невдачі, найчастіше під час судового розгляду, страхувальник не несе фінансових витрат. Поява таких компаній надала страхувальникам реальну можливість захищати свої права на страхове відшкодування у судовому порядку [51,с.9].

Слід зауважити, що розмежування аджастерів на тих, хто працює виключно з корпоративними клієнтами, та тих, хто обслуговує фізичних осіб, є доволі умовним. Іноді клієнтами лосс-аджастерів стають і приватні особи, а паблік-аджастери можуть надавати послуги страхувальникам серед юридичних осіб.

Крім безпосереднього врегулювання претензій, діяльність аджастера на страховому ринку охоплює широкий спектр завдань. Серед них: огляд та оцінка пошкодженого майна; розслідування обставин настання страхової події; вжиття заходів щодо порятунку майна та мінімізації збитків; визначення факту настання страхової події відповідно до умов договору страхування; проведення оцінки розміру збитків; збір та систематизація усіх документів, пов'язаних зі страховим випадком; забезпечення реалізації права регресу страхової компанії до осіб, відповідальних за страховий випадок; а також оформлення претензій до страховика.

Аналізуючи досвід провідних країн, можна підкреслити важливість розвитку посередницьких послуг, зокрема фахівців, що беруть участь у врегулюванні страхових випадків. Про це свідчить статистика Департаменту страхування штату Нью-Йорк (США), який щорічно розглядає понад 54 тисячі скарг від клієнтів, причому 37% з них стосуються розміру виплачених страхових відшкодувань за договорами автострахування. Законодавство США передбачає наявність двох типів аджастерів: незалежного аджастера, якого

наймає страхова компанія, та публічного аджастера, що діє від імені клієнта. Вони ведуть переговори щодо визначення суми збитку, що підлягає виплаті страховиком.

Департамент страхування штату Нью-Йорк щорічно видає понад 100 тисяч ліцензій для 18 категорій посередників страхового ринку, у тому числі й для аджастерів. У Канаді функціонує Асоціація посередників із врегулювання збитків, яка об'єднує близько 13 тисяч членів трьох професійних категорій: агентів зі страхових збитків, брокерів зі страхових збитків та аджастерів претензій. У Чехії налічується 96 ліцензованих аджастерів, а остання редакція закону про страхування ввела нову категорію страхових посередників - незалежних урегулювальників збитків (аджастерів) [56].

Таким чином, зарубіжний досвід демонструє організацію та функціонування страхових аджастерів та їхню роль у врегулюванні претензій. Важливе значення для захисту прав споживачів фінансових послуг також має інститут фінансового омбудсмена, розвиток якого є показником зрілості та ефективності страхового ринку в цілому. Виходячи з міжнародного досвіду, можна виокремити ключові напрями підвищення ефективності процесу врегулювання страхових претензій

3.3. Шляхи покращення механізму управління урегулювання в страховій діяльності

Страхова галузь є ключовим елементом економіки завдяки обсягам зібраних страхових премій, значним інвестиціям та, найголовніше, соціально-економічній функції, яку вона виконує, забезпечуючи покриття особистих та комерційних ризиків. У 2021 році страхові компанії зазнали уповільнення росту валових премій, особливо в сегменті страхування життя, що було обумовлено пандемією COVID-19 та зниженням процентних ставок. У 2022 році ринок зазнав значного падіння через військові дії, тоді як у 2023 році спостерігалось

відновлення, а за підсумками 2024 року показники страхового ринку перевищили рівні до кризових періодів.

Зростання обсягу ринку та поширення страхових продуктів супроводжується збільшенням кількості конфліктів між учасниками ринку. Ці спори виникають як через низьку якість наданих послуг, так і через порушення умов страхових договорів. Так, за даними Єдиного державного реєстру судових рішень, у 2021 році за запитом «страхування» було зафіксовано 431 983 судових акти, пов'язаних зі страховими суперечками. Водночас, за результатами дослідження Агентства США з міжнародного розвитку, майже половина населення не знає, куди звертатися у разі порушення своїх прав як споживачів фінансових послуг, а 80% громадян взагалі не намагаються вирішувати фінансові суперечки через недовіру до існуючих каналів або вважаючи їх неефективними [53].

Недосконала система вирішення спорів у сфері фінансових послуг загалом та страхових послуг зокрема, відсутність ефективних механізмів захисту прав споживачів і низький рівень фінансової грамотності населення обумовлюють необхідність впровадження інституту альтернативного вирішення спорів на страховому ринку. Попередні спроби вирішити ці проблеми носили фрагментарний характер, і на сьогодні немає можливості ефективно врегульовувати суперечки між страховими компаніями та споживачами в досудовому порядку.

Саме тому питання запровадження інституту страхового омбудсмена в Україні є актуальним і важливим. Такий інститут може забезпечити більшу прозорість, чесність, підзвітність і залученість зацікавлених сторін, а також сприяти підвищенню якості страхових послуг. У своїх дослідженнях Пер Ечевееррія та Ніклас Саломонсон, застосовуючи методологію, натхненну етнографією та індивідуальними кейсами, аналізують вразливість споживачів і стратегії подолання труднощів при взаємодії зі страховими послугами.

Автори [52,с.93] досліджували вплив політики захисту прав споживачів фінансових послуг на вартість фінансового посередництва та виявили, що

наявність внутрішніх механізмів розгляду скарг, вимоги до справедливого ставлення, наглядові повноваження у сфері захисту прав споживачів і обов'язки щодо розкриття інформації сприяють зниженню витрат на фінансове посередництво в розвинених країнах.

Основним напрямом удосконалення системи врегулювання претензій споживачів страхових послуг є введення в систему страхування інституту страхового омбудсмена, що є невід'ємним атрибутом розвинених страхових ринків. Велика кількість скарг споживачів страхових послуг та їх безперервне зростання ускладнюють роботу органів страхового нагляду та знижують її ефективність, у тому числі щодо якості врегулювання претензій. Судові інстанції також перевантажені справами, пов'язаними з розглядом фінансових претензій споживачів страхових послуг. Тому організація позасудової практики врегулювання фінансових претензій споживачів страхових послуг є необхідною. Страховий омбудсмен покликаний захищати інтереси споживачів і є можливістю альтернативного вирішення спорів. Крім того, організація страхового омбудсмена сприяє скороченню кількості скарг споживачів страхових послуг до судів та органів страхового нагляду, поліпшення вигляду страхової спільноти. Дослідження зарубіжної практики страхового омбудсмена показало, що в різних країнах застосовуються конкретні форми страхового омбудсмена, які залежать від рівня національного розвитку страхового ринку, страхового законодавства, інститутів споживачів страхових послуг та національних традицій.

Величезна кількість скарг споживачів страхових послуг та недосконалість страхового законодавства вимагають визначення правового статусу страхового омбудсмена та його правового поля. Необхідність державного регулювання діяльності страхового омбудсмена обумовлено насамперед відсутністю на страховому ринку реального інституту споживачів страхових послуг. Тому державне регулювання інституту страхового омбудсмена має бути орієнтоване на захист споживачів страхових послуг.

Попри значний інтерес економістів до вивчення інституту фінансового

омбудсмена, дослідження його діяльності саме на страховому ринку залишаються обмеженими. Тому виникає нагальна потреба у детальному аналізі світового досвіду функціонування цієї інституції та оцінці можливостей її запровадження в Україні.

Початок практичного застосування механізму позасудового врегулювання споживчих спорів на страховому ринку в Україні пов'язаний із реалізацією проекту USAID «Трансформація фінансового сектору» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку. Аналіз міжнародної практики альтернативного вирішення фінансових спорів свідчить, що омбудсмен діє значно гнучкіше, ніж формальні судові процедури, що дозволяє вирішувати конфлікти у неформальній атмосфері. Інститут омбудсмена неупереджено вислуховує як клієнтів, так і представників бізнесу та приймає рішення, яке вважається справедливим та доцільним у конкретних обставинах.

Впровадження інституту страхового омбудсмена в Україні як альтернативної платформи для розгляду скарг сприятиме оперативному та економічному вирішенню спорів постраждалих страхувальників із страховими компаніями, їхніми посередниками або брокерами. Таке нововведення принесе вигоди всім учасникам страхового ринку, що детально ілюструється на рис. 3.2

Отже, доцільним є створення в Україні інституту альтернативного вирішення страхових спорів у вигляді приватного страхового омбудсмена. Особлива увага приділяється важливості запровадження механізмів медіації на фінансовому ринку країни. Такий підхід сприятиме підвищенню рівня справедливості на ринку фінансових послуг, зменшенню навантаження на судові органи, скороченню тривалості розгляду справ та кількості оскаржених рішень, зниженню судових витрат, поліпшенню якості судових рішень і сприянню примиренню сторін.

Схожі висновки містяться у дослідженні, яке підкреслює необхідність впровадження нової моделі регулювання фінансового ринку, адаптованої до національних реалій і здатної поєднати функції наглядового органу з контролем та регулюванням діяльності фінансових установ.



Рис. 3.2. Переваги активізації діяльності страхового омбудсмена

Водночас, на нашу думку, створення такого інституту повинно ініціюватися не державою, а страховими компаніями, зацікавленими у розвитку страхового ринку та підвищенні його стандартів. Інститут страхового омбудсмена має бути офіційно заснований і здійснювати свою діяльність незалежно від державних органів, фінансових установ та споживачів.

Запровадження інституту страхового омбудсмена в Україні сприятиме розвитку страхової культури та підвищенню фінансової обізнаності населення, водночас зменшуючи навантаження на судову систему. Це дозволить звільнити Національний банк України від функцій захисту прав споживачів фінансових послуг, які не належать до його компетенції, та встановити ефективний комунікаційний зв'язок між усіма учасниками ринку страхових послуг.

На рівні державного регулятора активна участь держави у фінансовому секторі вимагатиме модернізації традиційних підходів до регулювання стану ринку та діяльності фінансових посередників. Це, у свою чергу, передбачатиме збільшення ресурсної бази для гарантування клієнтам фінансових установ

сумлінного виконання їхніх зобов'язань і захисту фінансових інтересів споживачів.

Таким чином, виникає нагальна потреба у розробці інноваційних підходів до державного регулювання фінансового ринку з урахуванням тенденцій до фінансової інклюзії. Дослідження показують, що основною суттю діяльності омбудсмена як системного механізму гарантування прав та свобод є сприяння дотриманню прав людини та підвищення ефективності роботи державних органів і посадових осіб. Водночас інститут страхового омбудсмена має виконувати роль консультанта для споживачів страхових послуг, пропонувати альтернативні рішення та виступати нейтральним посередником у спорах між учасниками ринку страхування.

У сучасних умовах економічного розвитку інформація є важливим економічним ресурсом. Для ефективного використання інформації у процесі альтернативного вирішення страхових спорів вона має бути достовірною, повною та прийнятною. Існування інформаційної асиметрії та дисбалансу владних позицій має низку негативних наслідків для клієнтів фінансових установ.

Розвиток онлайн-страхування сприяє виходу страхового ринку на новий якісний рівень. Як страхувальники, так і страховики отримують вигоду від онлайн-операцій у страхуванні, серед яких – збільшення обсягів продажів і, як наслідок, зростання фінансових доходів від укладання страхових полісів.

Необхідно створити механізм цифровізації діяльності інституту фінансового омбудсмена, який сприятиме ефективному вирішенню страхових спорів та їх запобіганню. Це можливо шляхом розробки спеціальної електронної платформи фінансового омбудсмена, яка оптимізуватиме взаємодію споживачів фінансових послуг із омбудсменом і зробить процес більш оперативним та прозорим.

Важливо, щоб медіатор брав активну участь не лише на етапі вирішення спорів, а й у їхньому запобіганні шляхом ведення діалогу зі споживачем та забезпечення реалізації прав і обов'язків обох сторін. Страховий омбудсмен

може розглядати спори, що виникають у зв'язку з врегулюванням претензій, неналежним продажем страхових продуктів, сплатою страхових внесків, юридичною реєстрацією полісів, затримкою врегулювання, невидачею страхових документів тощо. Інститут страхового омбудсмена відповідатиме за захист інтересів страхувальників та розгляд їхніх скарг, головною метою якого є ефективне, економічне та неупереджене вирішення спорів поза межами судової системи.

У діяльності страхового омбудсмена слід дотримуватися таких ключових принципів:

1. Нейтральність. Омбудсмен має залишатися неупередженим, що є критично важливим для справедливого вирішення конфліктів і формування довіри зі сторони споживачів.
2. Довіра. Омбудсмен створює комфортну атмосферу для споживача, що дозволяє сторонам знаходити взаємовигідні рішення.
3. Компетенції коучингу. Омбудсмен повинен володіти навичками відкритого й справедливого слухання, демонструвати дипломатичність і вміння ефективно посередничати між сторонами.

Висновки до розділу 3

Технологія BPM може стратегічно застосовуватися страховиками для підвищення надійності IT-інфраструктури та подолання галузевих викликів.

BPM дозволяє оптимізувати діяльність фронт-офісу, керуючи агентами, розвиваючи мультиканальні канали розповсюдження, а також підвищуючи шанси на пролонгацію полісів та укладення нових контрактів. У сфері андеррайтингу BPM сприяє прозорості, автоматизації адміністративних процесів і узгодженню рішень з бізнес-стратегією компанії. Інтеграція BPM у процес врегулювання збитків дає змогу більш ефективно обробляти претензії, управляти ризиками та знижувати час обробки.

Світовий досвід свідчить, що кількість страхових компаній, які

взаємодіють із інститутом страхового омбудсмена, постійно зростає, а роль омбудсмена в управлінні скаргами є надзвичайно важливою. Збільшення обсягу скарг, що надходять до омбудсмена, свідчить про зростаючу довіру страхувальників до цього інституту. Створення в Україні інституту альтернативного вирішення страхових спорів у формі страхового омбудсмена сприятиме підвищенню якості регулювання страхового ринку, зростанню довіри громадськості до страхових компаній, зміцненню фінансової дисципліни, зменшенню навантаження на судові органи, а також забезпеченню більшої прозорості та відкритості ринку.

Запровадження інституту страхового омбудсмена в Україні як альтернативної платформи для розгляду скарг, орієнтованої на швидке та економічне вирішення конфліктів між постраждалими страхувальниками та страховими компаніями, їхніми посередниками або брокерами, матиме безсумнівні переваги для всіх учасників страхового ринку.

ВИСНОВКИ

Сучасний страховий ринок перебуває в активній трансформації, і існуюча модель врегулювання збитків потребує системних змін для підвищення ефективності, прозорості та довіри між страховиками та клієнтами.

Ураховуючи зростаючу кількість страхових випадків, збільшення обсягу договорів і складність забезпечення справедливого відшкодування, традиційні ручні методи врегулювання дедалі частіше виявляються недостатніми: вони сповільнюють процес, створюють поле для помилок або зловживань, знижують довіру страхувальників та підвищують адміністративні витрати компаній.

Водночас, як показує міжнародний досвід, впровадження інституту омбудсмена, чітке регламентування процедур, а також цифровізація та автоматизація бізнес-процесів можуть значно підвищити якість, швидкість і прозорість врегулювання претензій. Це має позитивний вплив і на репутацію страховиків, і на рівень довіри клієнтів, і на загальну стабільність страхового ринку.

Отже, подальший розвиток страхового сектору — через модернізацію процедур, застосування технологій та підвищення стандартів - є не просто корисним, а стратегічно необхідним для адаптації українського страхового ринку до сучасних викликів.

Нами розкрито теоретичні засади врегулювання страхових претензій, оцінка збитків та механізми прямого врегулювання. Також проаналізовано ринок страхування в Україні, зокрема динаміку страхових випадків і витрат на їх врегулювання у цілому та за окремими видами страхування. Охарактеризовано стан розвитку прямого врегулювання та організацію бізнес-процесів у ПРАТ «УПСК» за 2020-2024 роки. У підсумку можна зазначити, що у 2020–2024 рр. ринок страхових послуг України переживав суттєві структурні зміни. Найбільше зросли виплати за видами страхування, пов'язаними з медичними послугами, дорожнім рухом та міжнародними поїздками. Натомість відбулося

різке скорочення виплат у сегменті страхування фінансових ризиків, агрострахування та страхування від вогневих ризиків. Аналіз витрат, пов'язаних з урегулюванням страхових випадків, за 2020-2024 роки демонструє різке та системне зростання цього показника, що відображає загальну тенденцію підвищення збитковості страхового ринку в умовах суттєвих економічних та соціальних змін. Загальний обсяг таких витрат зріс із 351,6 млн грн у 2020 році до 1519,8 млн грн у 2024 році. Показники розвитку ПрАТ УПСК свідчать про поступове відновлення обсягів премій до рівня довоєнного, ріст чистого прибутку, а рейтинги компанії свідчать про її надійність та платоспроможність.

Ключовими напрямками покращення процесу врегулювання страхових претензій виділено:

1. Автоматизація бізнес-процесів врегулювання. Використання спеціалізованих програм для обробки заяв, збору документів, фіксації звернень, обробки даних — це скорочує час на оформлення, зменшує помилки, підвищує оперативність. Автоматизовані системи дозволяють швидко перевіряти поліси, статуси виплат, вести бази даних клієнтів і випадків, що покращує контроль і прозорість.

2. Залучення незалежних експертів та оцінювачів для об'єктивної оцінки збитків. Це зменшує ризик конфліктів між страховиком і страхувальником щодо розміру відшкодування, підвищує довіру і справедливість оцінки. У випадках спорів висновки таких експертів можуть слугувати об'єктивною підставою для юридичного вирішення - що підвищує захищеність обох сторін.

3. Впровадження механізмів альтернативного вирішення спорів (наприклад, інститут омбудсмена). Це дає змогу вирішувати спори поза судовими процедурами - швидше, дешевше, менш формалізовано, що істотно зменшує навантаження на суди. Такий підхід підвищує довіру до страхового ринку, стимулює відповідальне ставлення страховиків до клієнтів, покращує репутацію галузі.

4. Підвищення прозорості та інформаційної відкритості для клієнтів.

Забезпечення доступу клієнтів до актуальної інформації про процедури врегулювання, терміни, документи - це зменшує інформаційну асиметрію, підвищує обізнаність і фінансову грамотність населення. Це сприяє зменшенню конфліктів і підвищенню задоволеності клієнтів.

2. Посилення внутрішнього аудиту та контролю страхової діяльності. Регулярний внутрішній аудит страхових угод, перевірка правильності документів, фото/відео-фіксація застрахованих об'єктів, моніторинг дотримання процедур - усе це зменшує ризики шахрайства та зловживань. Підвищує загальну дисципліну в компанії, зменшує фінансові втрати та ризики репутаційні.

1. Розвиток кадрів - підвищення кваліфікації працівників, залучення фахівців з оцінки, права, управління ризиками. Створення професійних підрозділів - з оцінювачами, юристами, аналітиками - забезпечує більш якісну роботу, виключає помилки, покращує виконання зобов'язань. Це важливо в умовах складних страхових випадків і зростаючого числа звернень.

2. Адаптація і застосування кращих міжнародних практик з урахуванням національних особливостей. Перейняття успішного досвіду інших країн (омбудсмен, регрес, автоматизація, стандарти) з урахуванням законодавства та ринку України. Розробка гнучких, адаптованих до місцевих умов механізмів, які враховують економічну, соціальну та правову специфіку

Створення в Україні механізму альтернативного вирішення страхових спорів у формі страхового омбудсмена сприятиме підвищенню якості регулювання страхового ринку, зміцненню довіри громадян до страховиків, підвищенню фінансової дисципліни, зменшенню навантаження на судову систему, а також забезпечить більшу відкритість і прозорість ринку. Проведений аналіз засвідчує, що робота інституту страхового омбудсмена має ґрунтуватися на принципах нейтральності, довіри та застосуванні коучингових підходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 р. № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20> (дата звернення: 11.08.2025).

2. Про дорожній рух: Закон України від 30.06.1993 №3353-XII. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3353-12#Text> (дата звернення: 11.08.2025).

3. Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів: Закон України від 07.06.2025 №3720-IX. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3720-20#Text> (дата звернення: 12.08.2025).

4. Про внесення змін до деяких законів України щодо захисту інформації та кіберзахисту державних інформаційних ресурсів, об'єктів критичної інформаційної інфраструктури: Закон України від 27.03.2025 № 4336-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4336-IX#Text> (дата звернення: 11.05.2025).

5. Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування: постанова Правління Національного Банку України від 25 грудня 2023 року. №182. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0182500-23#Text> (дата звернення: 05.10.2025).

6. Про затвердження Змін до Положення про встановлення вимог щодо забезпечення платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика: Постанова Правління НБУ №1 від 02.01.2025 р. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/law/02012025_1.pdf?v=14 (дата звернення: 01.07.2025).

7. Протокол Президії МТСБУ Положення Про пряме врегулювання страхових випадків. №617/2024 27 грудня 2024 року. URL: <https://mtsbu.ua/storage/app/media/uploaded-files.pdf> (дата звернення: 01.07.2025).

04.04.2025).

8. Алескерова Ю. В., Салькова І.Ю., Федоришина Л.І. Страховий менеджмент: підручник. Вінниця: ВНАУ, 2019. 295 с.

9. Базилевич В. Д. Страхові послуги. Підручник. Київ: Логос, 2014. 544 с.

10. Білик О. І., Савчин О. І. Страховий менеджмент: навч. посібник. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2019. 304 с.

11. Борисюк О.В. Страховий менеджмент: конспект лекцій. Луцьк: Волинський національний університет ім. Лесі Українки, 2022. 102 с.

12. Васильєва Т., Козьменко С., Козьменко О. Нові вектори розвитку страхового ринку України: монографія. Суми: «Університетська книга», 2022. 315 с.

13. Гавадзин Н. О., Запухлий Р. І., Григорська Н. М., Гребенюк Н. В. Цифровізація страхування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. № 48. С. 14–17.

14. Другова В. Інноваційні підходи до страхового менеджменту в умовах цифрової трансформації. *Економіка та суспільство*. 2024. № 66. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-66-123>. (дата звернення: 15.06.2025).

15. Журавка О. С. Страхування: навч. посібник. Суми: Сумський державний університет, 2020. 350 с.

16. Журнал про страхування в Україні та країн СНД «Форіншурер». URL: <https://forinsurer.com>

17. Загальні умови страхового продукту «страхування наземних транспортних засобів (крім залізничного рухомого складу) позичальників кредитних установ». URL: <https://api-site.grdn.com.ua/storage/uploads/docs/casco-gtc-poz-n45-280624.pdf> (дата звернення: 21.05.2025).

18. Захист прав споживачів фінансових послуг: робота зі зверненнями, запитами на публічну інформацію та огляд практики застосування законодавства у 2024 році. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/ZG_2024-Q4.pdf?v=14 (дата звернення: 11.10.2025).

19. Захист прав споживачів фінансових послуг: робота зі зверненнями, запитами на публічну інформацію та огляд практики застосування законодавства у 2023 році. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/ZG_2023-Q4.pdf?v=14(дата звернення: 11.10.2025).
20. Клапків Ю.М. Ринок страхових послуг: концептуальні засади, технічні інновації та перспективи розвитку: монографія. Тернопіль: ТНЕУ.2020. 568с.
21. Марина А., Пеценко М. Страховий ринок України в умовах війни. *Цифрова економіка та економічна безпека*. 2023. № 5 (05). С. 44-51. DOI: <https://doi.org/10.32782/dees.5-7> (дата звернення: 11.10.2025).
22. Мороз Р. А. Автострахування в Україні, стан та перспективи розвитку. Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції молодих учених та студентів. 2022. С. 86-88.
23. Мамчур Р.М., Назаренко О.О. Bancassurance – як форма ефективної співпраці банків і страхових компаній. *Науковий вісник НУБіП України*. 2020. Том 11, № 2. С. 58-65.
24. Мамчур Р.М. Страховий ринок України в умовах воєнного стану. *Економіка і управління бізнесом*. 2022. Том 13, № 4. С. 62-70.
25. Огляд страхового ринку за 2022-2024 роки. Національний Банк України. URL: <https://bank.gov.ua/>(дата звернення: 11.09.2025).
26. Опальчук Р.М. Страховий менеджмент: навчальний посібник. Київ: ЦП «Компринт», 2023. 251 с.
27. Офіційний сайт Моторного (транспортного) страхового бюро України. URL: <http://www.mtsbu.ua/ua/> (дата звернення: 11.09.2025).
28. Офіційний сайт ПрАТ «УПСК». URL: <https://upsk.com.ua/>(дата звернення: 07.08.2025).
29. Попова Л.В. Основні тенденції розвитку ринку страхових послуг в Україні. Фінансові інструменти сталого розвитку економіки : матер. 6-ої міжнар. наук.-практ. конференції (Чернівці, 18 квітня 2024 р.). Чернівці: Чернівець. нац.

ун-т ім. Ю. Федьковича, 2024. С. 220-222

30. Попова Л. В. Сучасні тенденції розвитку цифрових технологій у страхуванні. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2022. № 5. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2022-5-08-02>.

31. Приказюк Н., Моташко Т. Автострахування: сучасні тренди. *Формування ринкової економіки в Україні*. 2020. № 43. С. 139-148.

32. Путівник для небанківських фінансових установ. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Guide-book_for_non-bank_financial_institutions.pdf?v=4 (дата звернення: 22.06.2025).

33. Рейтинг страхових компаній України: Forinsurer 2024. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife> (дата звернення 02.11.2025).

34. Сервіс перевірки контрагентів YouControl. URL: <https://youcontrol.com.ua/catalog/court-document/128534255> (дата звернення: 08.09.2025).

35. Слободянюк Н.О. Страховий менеджмент: конспект лекцій. Кривий Ріг, 2016. 165 с.

36. Сокиринська І.Г. Страховий менеджмент: навч. посібник. Дніпропетровськ: Пороги, 2016. 301с.

37. Сосновська О. О. Страхування: навчальний посібник. Київ: ун-т ім. Б. Грінченка, 2021. 328 с.

38. Статистика використання Європротоколу в Україні: 38,5% ДТП врегулюється за допомогою Європротоколу. URL: <https://forinsurer.com/news/25/02/14/44661> (дата звернення: 11.10.2025).

39. Стратегія розвитку фінансового розвитку України до 2025. НБУ. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/strategiya-rozvitku-finansovogo-sektoru-ukrayini-do-2025-roku-7686>. (дата звернення: 01.10.2025).

40. Страховий менеджмент: навч. посібник. Львів: Вид-во Львів. комерц. акад., 2015. 243 с.

41. Страховий менеджмент: підручник. Київ: КНЕУ, 2011. 333 с.

42. Страховики надають пріоритет автоматизації врегулювання страхових

випадків. Опитування RDT. URL: <https://forinsurer.com/news/24/06/18/43910> (дата звернення: 02.10.2025).

43. Супрун А.А. Страховий менеджмент: навч. посібник. Львів: Магнолія-2006, 2011. 301 с.

44. Фисун І.В., Ярова Г.М. Страхування: навч. посібник. Київ: ЦУЛ, 2019. 240 с.

45. Фурса А.В. Страховий менеджмент: навч. посібник. Київ: ЦП «Компринт», 2016. 180 с.

46. Черняхівський В. Контраверсійні тенденції страхового ринку України в 2025 році. URL: <https://forinsurer.com/public/25/10/14/5034> (дата звернення: 11.10.2025).

47. Як працює обов'язкова система прямого врегулювання збитків з ОСЦПВ в Україні? URL: <https://forinsurer.com/news/25/09/18/45151> (дата звернення: 15.10.2025).

48. Як працює пряме врегулювання в Автоцивіліці (ОСЦПВ) у 2025 році? URL: <https://minfin.com.ua/ua/2025/09/26/159322402> (дата звернення: 11.10.2025).

49. Insurance Europe. URL: <https://www.insuranceeurope.eu> (дата звернення: 11.06.2025).

50. Mamchur R. Development of the Ukrainian voluntary insurance market: monography. Kyiv: «СРР «Comprint», 2021. 263 p.

51. Mamchur R., Volosovych S., Zelenitsa I., Kondratenko D., Szymła W. Transformation of insurance technologies in the context of a pandemic. Insurance Markets and Companies 2021. Volume 12, pp. 1-13.

52. Mamchur R., Minochkina O., Ianushevychi I., Khrystenko L. Optimization of Operational and Financial Risks of Conducting Business Activities Under the Conditions of Changes and Sustainable Development. Economic Affairs. 2023. Vol. 68 (01s), pp. 91-98.

53. Top 6 Business Benefits of Digital Insurance. Blog by Cigniti Technologies. URL: <https://www.cigniti.com/blog/top-six-business-benefits-digital->

insurance/ (дата звернення: 22.09.2025).

54. Global InsurTech Report. Gallagher, Re. URL: <https://www.ajg.com/gallagherre//media/files/gallagher/gallagherre/news-and-insights/2025/february/gallagherre-global-insurtech-report-q4.pdf> (дата звернення: 09.09.2025).

55. Legal Terminology. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/en/120> (дата звернення: 11.05.2025).

56. Top Benefits of Automating Insurance Claim Processing. URL: <https://moldstud.com/articles/p-benefits-of-automating-insurance-claim-processing> (дата звернення: 02.10.2025).

АНОТАЦІЯ

Снісаренко М.І. Управління процесом урегулювання страхових претензій у страхуванні. Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 072 «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок». Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці, 2025. 83с.

У кваліфікаційній роботі досліджено теоретико-методолічні основи урегулювання страхових претензій. Досліджено механізм урегулювання на страховому ринку, проаналізовано стан розвитку ринку та дано оцінку процесу урегулювання в цілому та зокрема в ПрАТ УПСК. Розкрито ключові напрями підвищення ефективності управління процесу урегулювання в умовах автоматизації та на основі вивченого зарубіжного досвіду.

Ключові слова: страхування, страховий ринок, страхові претензії, урегулювання, управління, бізнес-процес.

ANNOTATION

Snisarenko M.I. Managing the process of insurance claims settlement in insurance. Manuscript. Qualification work for obtaining the second (master's) level of higher education in specialty 072 «Finance, banking, insurance and stock market». Yuri Fedkovich Chernivtsi National University, Chernivtsi, 2025, pp.83

The qualification work examines the theoretical and methodological foundations of insurance claims settlement. The mechanism of settlement in the insurance market is studied, the state of market development is analysed and the settlement process in general and in particular in PJSC UPSK is assessed. The key directions for improving the efficiency of management of the settlement process in the context of automation and on the basis of the studied foreign experience are revealed.

Keywords: insurance, insurance market, insurance claims, settlement, management, business process.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ М.І. Снісаренко