

СЕКЦІЯ 8
ГРОШІ, ФІНАНСИ І КРЕДИТ

УДК 368.61 (477)

Бідник Н.Б.
*кандидат економічних наук,
доцент кафедри фінансів
Інституту підприємництва та перспективних технологій
Національного університету «Львівська політехніка»*

Ільчук О.О.
*кандидат економічних наук,
доцент кафедри економіки підприємства
Львівської комерційної академії*

РОЗВИТОК ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

DEVELOPMENT OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN UKRAINE

АНОТАЦІЯ

У статті визначено основні проблеми розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. Досліджено доступність вартості тарифів добровільного медичного страхування для населення, здійснено оцінювання програм добровільного медичного страхування. Також досліджено середньорічний дохід населення, середню заробітну плату й визначено можливості населення сплачувати тарифи за програмами добровільного медичного страхування. Охарактеризовано кроки щодо формування середнього класу в Україні. Запропоновано заходи для держави та страхових компаній, які сприятимуть покращенню розвитку добровільного медичного страхування на українському ринку.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, ринок добровільного медичного страхування, середній дохід населення, програма добровільного медичного страхування, середній клас.

АННОТАЦИЯ

В статье определены основные проблемы развития рынка добровольного медицинского страхования в Украине. Исследована доступность стоимости тарифов добровольного медицинского страхования для населения, осуществлена оценка программ добровольного медицинского страхования. Также проведено исследование среднегодового дохода населения, средней заработной платы и определены возможности населения оплачивать тарифы по программам добровольного медицинского страхования. Охарактеризованы шаги для формирования среднего класса в Украине. Предложены меры для государства и страховых компаний, которые будут способствовать улучшению развития добровольного медицинского страхования на украинском рынке.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, рынок добровольного медицинского страхования, средний доход населения, программа добровольного медицинского страхования, средний класс.

ANNOTATION

The article outlines the main problems of development of voluntary medical insurance (VMI) in Ukraine. Affordability of VMI value for the population is analysed, VMI programs are evaluated. Furthermore, a study of average income, average salaries and identification of possibility for people to pay rates of VMI programs are carried out. Steps for formation of the middle class in Ukraine are described. Proposed measures for the state and insurance companies, which would improve the development of voluntary health insurance in the Ukrainian market, are the valuable part of the article.

Keywords: voluntary health insurance, VMI market, average income of the population, VMI program, the middle class.

Постановка проблеми. Медична галузь України перебуває в кризову стані. Недостатнє фінансування медичних закладів в Україні, неможливість держави забезпечити населення безоплатною медициною спонукають знаходити альтернативні джерела фінансування медичних послуг. Добровільне медичне страхування (далі – ДМС) може зменшити видатки держави на охорону здоров'я, проте в Україні розвиток ринку ДМС відбувається дуже повільно, оскільки є різні проблеми, що виникли в процесі становлення страхових відносин між страхувальником і страховиком. Вирішення цих проблем допоможе нашій державі покращити фінансову ситуацію в галузі охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В Україні основні проблеми теорії та практики медичного страхування (у т. ч. добровільного медичного страхування) досліджували такі вчені: Т. Артюх, К. Воблій, В. Базилевич, Н. Гриценко, О. Губар, О. Залетов, М. Ермоліна, Н. Карпишин, М. Мацола, Н. Нагайчук, С. Осадець, Т. Ротова, В. Рудень, С. Срібний, Р. Смоленюк, Я. Шумелда, С. Юрій та інші.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Невирішеними питаннями є відсутність законодавства щодо медичного страхування.

Мета статті. Мета статті полягає у вивченні й аналізі розвитку ринку ДМС, дослідженні доступності вартості тарифів ДМС для населення, оцінюванні програм ДМС.

Виклад основного матеріалу. ДМС здійснюється як додаткове медичне страхування за наявності в країні обов'язкового медичного страхування або як самостійний вид страхування. У країнах з ліберальною ринковою економікою добровільне медичне страхування набуває найбільшої популярності та розвитку.

Добровільне страхування здійснюється на основі угоди між страхувальником і страховиком. Нею, як правило, охоплюються ті юридичні й фізичні особи, котрі не підпадають під обов'язкове страхування та бажають застрахуватися. Правила добровільного страхування, які визначають загальні умови й порядок його проведення, установлюються страховиком самостійно відповідно до положень закону, а конкретні умови страхування визначаються під час укладання договору страхування [1, с. 118–124].

В Україні також відбувається поступовий розвиток ринку добровільного медичного страхування. Зі збільшенням чистих страхових виплат за видами страхування медичних витрат (у 5 разів) і медичного страхування (+22,5%), а також інших видів страхування відбулося загальне зростання чистих страхових виплат на 13%. Але високий рівень страхових виплат і недостатня популяризація добровільного медичного страхування не дають змоги широко розвиватись цьому виду страхування.

На сьогодні тарифи по програмах ДМС для громадян України є занадто дорогими, враховуючи рівень заробітної плати. Станом на кінець 2014 року середня заробітна плата українця становила 3 400 грн.

Для того щоб зрозуміти, наскільки дорогими є послуги у сфері ДМС, проаналізуємо дані Держкомстату України та визначимо основні витрати українців. Статистика наводиться з розрахунку, що дохід сім'ї становить у середньому 3 718 грн. Звичайно, найбільшу частку займають продукти харчування – майже 40% (рис. 1) (це витрати розміром 1 489 грн на сім'ю). Комунальні послуги й витрати на транспорт також займають значну частку – 14,4% та 10,3%, відповідно. Проте найбільше нас цікавлять витрати на здоров'я – 5% на місяць від доходу української сім'ї. 5% є значною часткою, проте в розрахунку до середнього доходу сім'ї вони становлять лише 192 грн/міс., що виключає зацікавленість у страхових послугах за програмами медстрахування. Також варто звернути увагу на питому вагу категорії «Відпочинок», яку можна частково трактувати як профілактику захворювань (3,9% – 150 грн).

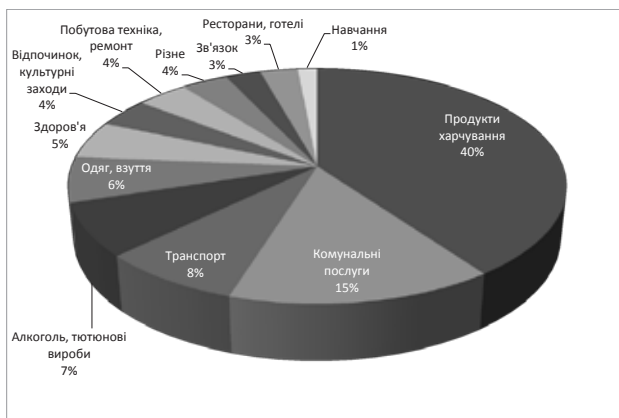


Рис. 1. Розподіл витрат української сім'ї

Для прикладу візьмемо програму ДМС «Турбота про родину» від СК «Провідної», яка включає достатній обсяг медичних послуг і розрахована на страхування сімей. Страхова сума коливається в межах 15 000–70 000 грн. Вартість страхового полісу становить 2 500–4 500 грн. Максимальна програма включає відшкодування медикаментів, амбулаторно-клінічне лікування, невідкладна допомога, невідкладне стаціонарне лікування, тобто обійдеться сім'ї в 4 500 грн на рік.

Середній річний дохід однієї сім'ї становитиме таке: $3\,718 \times 12 = 44\,616$ грн, звідси вирахуємо 5%, які витрачаються на здоров'я. Отже, звичайна українська сім'я зможе виділити 2 230 грн на лікування в рік, що не покриває навіть мінімальної межі програми «Турбота про родину». Крім цього, варто не забувати, що ДМС є більше додатковою послугою, а тому не може покрити все лікування (не враховуючи VIP-програми). Програми з нижчою вартістю страхового полісу, відповідно, покривають набагато нижчу страхову суму (до 10 000 грн) і включають мінімальний обсяг медичної допомоги. Тому вони не являють собою оптимального варіанту. А щоб оптимальна програма вартістю до 5 000 грн значно не позначилась на бюджеті сім'ї, дохід повинен становити мінімум 100 000 грн/рік (з розрахунку, що на лікування витратиться загалом близько 5% доходу). Це означає, що місячний дохід сім'ї має становити мінімум $100\,000 / 12 = 8\,300$ грн, тобто якщо сім'я складається з 2 працездатних осіб, то заробітна плата кожного повинна сягати 4 000 грн і більше, що значно перевищує середню заробітну плату по Україні – 3 377 грн.

Отже, більшість населення України не може собі дозволити послуги з ДМС, адже належить до класу з низьким рівнем доходу.

Для того щоб зарахувати сім'ю до середнього класу, її мінімальний дохід повинен становити 2 середні заробітні плати, тобто близько 6 000 грн. Тим не менше, підкреслено, що такого визначення, як «середній клас», в Україні немає, і тому говорити на сьогодні про це зарано.

Основою соціальної стабільності в сучасному світі є потужний і численний середній клас. У більшості країн з розвинутою економікою він охоплює понад 60% населення, а в деяких навіть – 70–75% (Швеція, Норвегія, Нідерланди, Бельгія, Японія, Австрія).

Наприклад, у Польщі до середнього класу належать люди, які заробляють більше за середній рівень, налаштовані позитивно до всіх змін, які відбуваються в державі. До середнього класу зараховуються польські родини, у яких місячний дохід на одну особу сягає 500 євро.

У США людина із середнього класу живе на свої заробітки, не потребує жодної допомоги від суспільства, добре влаштована, має власне житло, одну машину, або дві, або й три. А сам

середній клас ділиться на кілька категорій: нижчий, середній і вищий. Нижчий середній клас – це люди, які заробляють некваліфікованими роботами, зокрема швейцари. Якщо людина заробляє 35–40 тисяч доларів на рік, то це вважається як нижчий середній клас.

Аналіз соціальної структури сучасного українського суспільства свідчить про те, що в сучасній Україні середній клас становить лише до 10% населення. Його основу становлять насамперед вище керівництво транснаціональних компаній, які на сьогодні діють в Україні, вітчизняних фінансово-промислових груп, керівництво холдингових компаній, великих і середніх підприємств, державні службовці вищого рангу. Специфіка середнього класу в Україні полягає в тому, що він, по-перше, був створений не на базі розвитку реального виробництва, а внаслідок «уміло» проведеної приватизації та необхідного доступу до бюрократичних інституцій, що здійснювали це роздержавлення; по-друге, зорієнтований переважно на обслуговування класу багатих [2].

В Україні заробітну плату, нижчу за середню, отримують понад 60% громадян; заробітну плату, рівну або вищу за середню, – близько 39% українців. Також розмір заробітної плати 5,2% громадян у грудні 2014 року був нижчий за прожитковий мінімум для працездатних осіб.

В Україні опубліковано дослідження розподілу кількості працівників за розмірами нарахованої заробітної плати за грудень 2014 року, яке проводиться один раз на квартал. Фахівці Державної служби статистики України, які проводили дослідження, отримали такі результати (рис. 2).

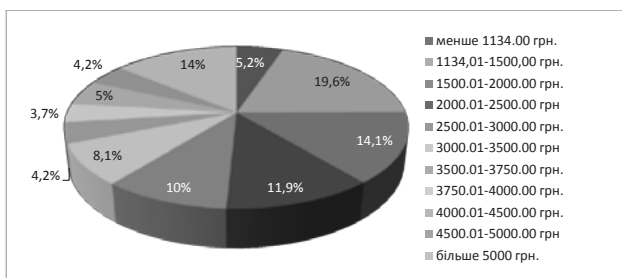


Рис. 2. Розподіл кількості працівників за розмірами нарахованої заробітної плати за грудень 2014 року

Маючи такі незначні доходи, що зумовлено низьким рівнем заробітної плати та відносно високими тарифами на послуги, більшість українців не можуть дозволити собі користуватися послугами ДМС. Тому однією з рекомендацій для страхових компаній має бути зниження вартості страхових полісів ДМС і розширення кількості середнього класу.

Держава має подбати про розширення середнього класу, зокрема здійснити такі кроки:

- створити умови для розвитку малого бізнесу та проводити стимулювання інвестиційної

й інноваційної діяльності підприємств шляхом послаблення податкового тиску;

- запровадження обов'язкової диференціації оплати праці залежно від кваліфікації працівника (рівень освіти, трудовий стаж тощо);
- реалізація програм будівництва соціального житла із залученням державних коштів та фізичних і юридичних осіб;
- посилення соціальної відповідальності бізнесу;
- зменшення розриву доходів дуже багатих і дуже бідних;
- підтримка молодих, ініціативних, освічених і кваліфікованих людей;
- ефективне використання інтелектуального капіталу [3, с. 180–182].

Виконуючи ці заходи, у перспективі можна очікувати розширення середнього класу серед громадян України. Хоча досягти цього вкрай нелегко, адже реформування повинні бути систематичними й кардинальними.

На жаль, цей рекомендаційний захід вимагає надзвичайно багато фінансових, часових і людських ресурсів на його реалізацію, тому позитивних змін можна очікувати в довгостроковій перспективі. Натомість скорегувати поточну ситуацію із ДМС можна шляхом зменшення тарифів на страхові поліси.

Незважаючи на загалом позитивні тенденції в розвитку добровільного медичного страхування на теренах вітчизняного страхового ринку, цей сегмент поки що є не досить розвиненим. Насамперед це стосується того, що самі страховики не надто бажають співпрацювати з медициною, оскільки, на їх переконання, це невиправдано складно й невигідно з погляду страхових виплат, рівень яких нижче за 60% не опускається, зумовлюючи діяльність вітчизняних страховиків практично на межі рентабельності. У свою чергу, українці не поспішають купувати поліси добровільного медичного страхування, тому що вони, як і раніше, залишаються досить дорогим задоволенням, незважаючи на те що медичне страхування уже перестало бути ексклюзивною послугою [4, с. 212–214].

Так, вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 \$ на людину на рік за умови, що сюди увійде повний набір потрібних послуг: лікування в стаціонарі, невідкладна допомога, поліклінічне обслуговування та забезпечення медикаментами на всіх етапах лікування. Але власники таких дешевих програм можуть розраховувати лише на обслуговування в державних і відомчих клініках. Дорогі програми класу «еліт» коштують приблизно втричі дорожче – близько 1 000 \$. Проте за ці гроші страхувальник одержує уже не потрібний мінімум, а повний комплекс послуг, що передбачає й додаткові програми, серед яких стоматологічне обслуговування, а також профілактичні програми – вакцинація проти грипу, вітамінізація.

Ще однією проблемою є те, що на сьогодні страхові компанії не мають реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг і важелів впливу на поліпшення їх якості в закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

Програми ДМС повинні передбачити заходи, які розширюють можливості й покращують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи мають бути залучені найкваліфікованіші медичні кадри, які підвищуватимуть якість медичних послуг.

До програми ДМС як у комплексі, так і окремо доцільно включити такі опції:

- поліклінічна допомога (консультації фахівців, виклик лікаря додому, оформлення лікарняних листів; діагностичні процедури);
- стаціонарна допомога (консультації фахівців; лабораторні й інструментальні дослідження);
- хірургічне й терапевтичне лікування, оплата перебування в операційній і післяопераційній палатах; забезпечення медикаментами та витратними матеріалами;
- невідкладна медична допомога (виїзд бригади невідкладної допомоги, первинний огляд, постановка попереднього діагнозу; надання невідкладної допомоги, медикаментозне забезпечення; транспортування до медичного закладу);
- стоматологічна допомога (огляд і консультації; терапевтичне та хірургічне лікування, рентген, анестезія);
- оплата медикаментів і витратних матеріалів [5, с. 83–85].

Основою фінансових взаємовідносин між страховиком та страхувальником є актуарні розрахунки, які на основі математичних і статистичних методів дають змогу визначити розміри страхових тарифів, частку участі кожного зі страхувальників у створенні страхового фонду, фінансову стійкість і рентабельність страхових операцій тощо.

Ціна такого товару, як страхування, залежить від певних випадкових елементів. У структурі премії чи страхового тарифу найважливішим елементом є очікувана вартість компенсації, яка має бути забезпечена за рахунок премій. Очікувану вартість компенсації можна визначити тільки на основі страхової статистики.

При розрахунку тарифних ставок у ДМС слід ураховувати певні особливості:

1. У ДМС розрахунок тарифних ставок здійснюється відносно основних видів медичної допомоги: амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та комплексної (яка включає в себе амбулаторно-поліклінічну й стаціонарну допомогу разом). Додатково можуть бути виокремлені інші види медичної допомоги: швидка медична допомога, денні стаціонари, діагностичні обстеження, стоматологічна допомога, медикамен-

тотне забезпечення тощо, залежно від напрямів ДМС у страховій компанії.

2. У межах ліцензованих видів ДМС страховики розробляють окремі програми, зокрема такі: вагітність і пологи, стоматологічна допомога, діагностичні обстеження й інші, для яких розрахунок тарифних ставок здійснюється окремо.

3. Під час розрахунку тарифних ставок і розробки програм ДМС мають бути виключені ті види медичної допомоги, які фінансуються за рахунок коштів державного бюджету й повинні надаватися безоплатно.

4. Розрахунок тарифних ставок ДМС може здійснюватися на випадок виплати страхової суми або добових виплат при настанні захворювання.

5. Залежно від тривалості договорів ДМС, існують відмінності в характері страхових виплат і базі статистичних даних, яка потрібна для розрахунку страхових тарифів. При укладенні договорів ДМС терміном на один рік тарифи розраховуються дискретно та диференційовано, залежно від належності застрахованого до певної групи ризику для кожного віку. Поточні страхові виплати при цьому здійснюються за рахунок страхових премій, що надходять у цьому поточному році. При укладенні багаторічних, довгострокових договорів ДМС для розрахунку страхових тарифів беруться до уваги не лише зростання вікової захворюваності, а й зміни демографічного фактора в часі, зміна статистики захворюваності застрахованих протягом терміну страхування, можлива кумуляція застрахованих ризиків [5, с. 84].

Отже, зменшивши ці витрати, страховик може досягнути здешевлення вартості страхових полісів і збільшити кількість клієнтів.

Також важливою складовою є скорочення прибутку. Якщо частку прибутку страховика зменшити у складі тарифу, це теж дасть змогу здешевити послугу ДМС, а відповідно, більше клієнтів зацікавиться цією послугою, що згодом збільшить кількість укладених договорів і валовий дохід страховика.

Висновки. Для того щоб населення зацікавилось більше послугами ДМС, страхові компанії мають здійснити такі кроки:

- детально знайомити потенційних клієнтів із програмами страхування, правами й обов'язками страховика та страхувальника;
- знизити вартість медичних послуг;
- контролювати якість і обсяг наданих медичних послуг, гарантувати їх оплату;
- розробити нові програми медичного страхування, які враховуватимуть особливості української медицини.

Держава повинна контролювати страхові організації шляхом установлення вимог до їхнього ліцензування; удосконалення нормативно-правової бази, зміни податкової політики, підвищення фінансової надійності страхових

компаній, страхової культури населення. Також має бути розроблений і прийнятий Закон про медичне страхування, який регулював би всі правовідносини у сфері медичного страхування. Держава має подбати про пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я, забезпечити безплатну медицину верствам населення, які найбільше цього потребують, знизити рівень корупції в медичних закладах, удосконалити матеріально-технічне устаткування лікарень і поліклінік та контролювати страхові організації, що надають страхові медичні послуги.

Розвиток ДМС можливий лише в тому випадку, якщо страхова компанія запропонує потенційному клієнтові якісний, доступний за ціною продукт, а страхувальник матиме повну довіру до страхових організацій і гарантію в отриманні високоякісних послуг з боку держави.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Карпишин Н.І. Держава і ринок медичних послуг: концептуалізація причин і наслідків взаємодії / Н.І. Карпишин // Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – № 9. – С. 118–124.
2. Формування середнього класу в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://business-territory.com/articles/formuvannya-serednogo-klasu-v-ukraini>.
3. Мацола М.М. Середній клас суспільства в системі пріоритетів державної соціальної політики / М.М. Мацола // Всеукраїнський науково-виробничий журнал // Інноваційна економіка. – 2012. – № 10. – С. 180–182.
4. Єрмоліна М.Б. Проблеми і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / М.Б. Єрмоліна. – 2010. – С. 212–214.
5. Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности : [учебное пособие] / Н.Б. Грищенко. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 274 с.