

## РОЗДІЛ 4. ДЕМОГРАФІЯ, ЕКОНОМІКА ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНА ЕКОНОМІКА І ПОЛІТИКА

### ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ КОНКУРЕНТНИЙ ФАКТОР РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE AS A KEY COMPETITIVE FACTOR IN THE MEDICAL SERVICES MARKET

*Проаналізовано стан ринку добровільного медичного страхування в Україні. Визначено основні чинники впливу на його розвиток. Зосереджено увагу на ролі у реформуванні системи охорони здоров'я.*

**Ключові слова:** добровільне медичне страхування, ринок медичних послуг, програми медичного страхування, конкурентний фактор, страхові премії.

*Проанализировано состояние рынка добровольного медицинского страхования в Украине. Определены основные факторы влияния на его развитие. Сосредоточено внимание на роли*

*в реформировании системы здравоохранения.*

**Ключевые слова:** добровольное медицинское страхование, рынок медицинских услуг, программы медицинского страхования, конкурентный фактор, страховые премии.

*The article analyses the state of the market of voluntary medical insurance in Ukraine. The main factors influencing its development are determined. The focus is made on the role in reforming the health care system.*

**Key words:** voluntarily medical insurance, market of medical services, program of medical insurance, competition factor, insurance bonuses.

УДК 338.58:65.014

Шомникова А.В.

аспірантка

Академія фінансового управління

**Постановка проблеми.** Медична реформа в Україні передбачає стимулювання розвитку добровільного медичного страхування (ДМС) і розробки механізмів залучення населення до сплати наданих послуг. Також в умовах ринкової економіки альтернативою державного медичного обслуговування може виступати медичне страхування на добровільних засадах. ДМС є одним із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я застрахованої особи та забезпечує отримання медичної допомоги за рахунок сплачених коштів. Сфера страхування – значна частина сучасних взаємовідносин, без якої повноцінне функціонування суспільства неможливе. Це пояснюється тим, що для суспільства добровільне страхування дає можливість бути більш впевненим в завтрашньому дні. Для роботодавців участь у програмах добровільного страхування гарантує залучення кращих фахівців та підвищення зацікавленості працівників у результатах праці, а це, безумовно, впливає на прибутковість бізнесу.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Медичному страхуванню присвячено роботи таких вітчизняних науковців, як: М. Мних, В. Базилевич, С. Осадець, В. Рудня, М. Клімов, Н. Андріюшина, Е. Писанець, Є. Поліщук та ін. Однак, розвиток даного ринку ще досить низький, що свідчить про доцільність аналізу та пошуку шляхів для вирішення.

**Постановка завдання.** Метою статті є аналіз стану та проблем розвитку ринку добровільного медичного страхування як складової форму-

вання конкурентного потенціалу ринку медичних послуг в Україні.

**Виклад основного матеріалу.** На сьогодні в Україні сформувалася певна структура ринку добровільного медичного страхування. Цей ринок можна розглядати, як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями. До структури вітчизняного ринку ДМС входять державні органи нагляду за страховою діяльністю (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг), недержавні страхові об'єднання (Асоціація «Українське медичне страхове бюро», Ліга страхових організацій України), страхові компанії, страхові посередники (страхові або перестрахові брокери, страхові агенти), медичні заклади, служби асистанс і споживачі.

Необхідно визначити основні чинники, які в сучасних умовах функціонування страхового ринку впливають на розвиток ринку ДМС в Україні:

– економічна нестабільність, яка змушує населення витратити кошти лише на задоволення найнеобхідніших потреб;

– недосконалість законодавства (зокрема, брак податкових стимулів – пільгового оподаткування, податкових преференцій, звільнення від окремих податків тощо). Підприємства, на долю яких припадає оплата 41 % страхових платежів, сплачують їх за рахунок чистого прибутку після оподаткування. Ситуація щодо відсутності податкових преференцій для добровільного медичного страхування суттєво гальмує процес деті-

нізації сектору медичних послуг та залучення ринкових механізмів фінансування галузі охорони здоров'я [6];

– підвищення об'єму продажу та вартості медикаментів (основне зростання ринку ДМС пов'язане з ростом цін на медикаменти та медичні послуги;)

– підвищення соціальної відповідальності страхового бізнесу (збільшення частки колективного страхування працівників за програмами ДМС (70 %), що унеможливило уникнення роботодавцями компенсації медичних витрат);

– висока монополізація ринку медичних послуг, що змушує медичні заклади підвищувати вартість і кількість надаваних послуг. Будь-яка центральна районна лікарня – монополіст у районі, в обласних центрах монополісти з надання окремих видів медичних послуг (допомоги) – обласні лікарні;

– недостатній попит населення на страхові продукти, спричинений високою вартістю страхових програм, низькою платоспроможністю, відсутністю стимулів вкладення коштів у медичну страховку та невисоким рівнем страхової культури.

Нині формування системи страхової медицини в Україні є однією із складових сучасного вітчизняного страхового та медичного ринків, які починають тісно взаємодіяти. Упродовж 2012-2016 рр. спостерігалось зростання показника чистих страхових премій (табл. 1).

Таблиця 1  
Динаміка чистих страхових премій  
на ринку ДМС України

Рік	Чисті страхові премії, млн грн
2012	1087,7
2013	1395,7
2014	1507,1
2015	1862,1
2016	2280,2

Складено автором на основі даних [5].

Як свідчать дані табл. 1, з 2012 по 2016 р. щорічні темпи приросту чистих страхових премій на ринку ДМС у середньому становили 25%. Водночас спостерігалось зростання обсягів чистих страхових виплат (табл. 2).

За даними рейтингу страхових компаній України «Insurance Top», у 2016 р. було врегульовано 1 293 страхових випадки, що на 131 тис., або 6,1 % більше, ніж у 2015 р. [5].

Переважає більшість страховиків, які входять до числа десяти найкрупніших за обсягами страхових премій, мають за ДМС доволі високий рівень виплат, що коливається від 46,0 % (СК «PZU Україна») до 67,8 % (СК «Нафтогазстрах») (табл. 3).

Таблиця 2  
Динаміка чистих страхових виплат  
на ринку ДМС України

Рік	Чисті страхові виплати, млн грн
2012	845,5
2013	1010,1
2014	1108,5
2015	1197,8
2016	1338,9

Складено автором на основі даних [5].

Аналіз показників, зазначених СК, свідчить про високу збитковість ДМС. Специфіка страхування як виду підприємницької діяльності полягає в наступному: що більші надходження за певним видом страхування має СК, то більшою є вірогідність відповідного зростання страхових виплат, оскільки пропорційно надходженням зростають страхові зобов'язання. Серед причин цього можна назвати збільшення кількості звернень клієнтів за медичною допомогою внаслідок погіршення здоров'я та старіння населення, вибагливість клієнтів, недосконалість служб андеррайтингу, використання економічно необґрунтованих тарифів, незадовільну організацію роботи з урегулювання збитків, низьку орієнтованість на клієнтів з боку державних лікувально-профілактичних установ, завищені витрати на ведення справи, в тому числі комісійні винагороди страхових посередників – продавців послуг з ДМС (табл. 3).

Дієвим засобом обмеження обсягів потенційних виплат є ретельний відбір ризиків, який здійснюється страховими компаніями. Найчастіше йдеться про віддання переваги корпоративним клієнтам, оскільки збитковість ДМС за договорами зі страховальниками – фізичними особами апіорі висока, до того ж очікується її подальше зростання. За кордоном клієнти купують медичний поліс на випадок можливих непередбачуваних хвороб, а в Україні – ті, хто має певні проблеми зі здоров'ям, з метою економії власних коштів при вартісному лікуванні, що в цілому не відповідає концепції страхування як захисту від можливого настання страхового випадку. При страхуванні колективу підприємства відбувається перерозподіл платежів від здорових співробітників тим, хто потребує допомоги. Страхові компанії намагаються укласти договори передусім зі страховальниками – юридичними особами. Співвідношення корпоративного та індивідуального страхування в сегменті ДМС становить наразі 70 / 30 відповідно.

Найбільший інтерес для страховиків представляють корпоративні клієнти з чисельністю персоналу 100-500 осіб. При цьому обсяг страхових премій за кожним договором страхування має бути не меншим за 500 тис. грн. Лише за таких обставин збитковість ДМС вважається прийнятною.

Таблиця 3

Рівень виплат за ДМС лідерами ринку медичного страхування України в 2016 р.

Місце в рейтингу	Страхова компанія	Сума страхових премій, млн грн	Сума страхових виплат, млн грн	Рівень виплат, %
1	Провідна	288,8	184,3	63,8
2	Нафтогазстрах	241,5	163,8	67,8
3	АХА Страхування	181,8	89,3	49,1
4	УНІКА	175,7	112,4	64,0
5	Альфа страхування	133,0	61,3	46,1
6	PZU Україна	128,8	59,3	46,0
7	ІНГО Україна	125,5	70,7	56,3
8	Країна	92,9	61,5	66,2
9	УСГ	88,5	48,8	55,1
10	Раритет	53,7	36,0	67,0

Складено автором на основі даних [5]

Таблиця 4

Порівняльна характеристика програм ДМС лідерів вітчизняного ринку медичного страхування

Критерії Порівняння	Страхова компанія (назва програми з ДМС)			
	Нафта-газстрах («Ініціатива»)	ІНГО Україна («Невідкладна допомога»)	Провідна («Провідна турбота про родину»)	Альфа страхування («Швидка допомога»)
Види послуг, що надаються:				
швидка та/або невідкладна допомога	+	+	+	н/д
екстрена стаціонарна допомога	+	+	+	н/д
Медикаментозна Допомога	+	-	-	н/д
амбулаторно-поліклінічне лікування	+	-	+	н/д
Категорія застрахованих осіб	3-50 років	17-60 років	3-50 років	6-60 років
Територія покриття	Україна	н/д	н/д	Київ, Україна
Строк дії договору, роки	1	1	1	1
Розмір страхової суми, грн	70 000 – 220 000	75 000	н/д	10 000 – 125 000
Вартість поліса, грн	3 000 – 16 000	н/д	2 500 – 4 500	н/д

Складено автором за даними [5]

Усі страхові компанії пропонують майже аналогічні програми медичного страхування зі схожим переліком послуг, перебування на обліку в одних і тих самих клініках із приблизно однаковим сервісом з організації медичної допомоги (табл. 4)

За таких умов страхувальники природно обирають демпінгові ціни на послуги з медичного страхування. Різниця у цінній політиці зумовлена тим, що різні страховики визначають неоднаковий граничний обсяг страхового покриття. Що більший розмір страхового покриття, то більша вартість страховки. Згідно з даними табл. 4, програми СК «Нафтогазстрах» («Ініціатива») та СК «Провідна» («Провідна турбота про родину») є схожими за пакетами послуг та категорією застрахованих осіб. При цьому вартість поліса і розмір страхової суми в СК «Нафтогазстрах» є найвищими серед запропонованих.

СК «ІНГО Україна» за програмою «Невідкладна допомога» пропонує надання швидкої, невідклад-

ної та екстреної стаціонарної допомоги в клініках державного і відомчого підпорядкування строком на один рік (як й інші СК) та страховою сумою в розмірі 75 000 грн.

Пропозиція щодо медичної страховки СК «Альфа страхування» (за програмою «Швидка допомога»), яка діє на території України, спрямована на послуги для всієї сім'ї, але передбачає суттєву різницю між мінімальною й максимальною страховими сумами. Серед страхових ризиків, зокрема, виокремлюються гострі (раптові) захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

За доволі схожих програм, запропонованих компаніями на ринку ДМС, головним чинником для страхувальників має стати якість їхнього обслуговування.

Наразі підготовлено проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 10.04.2017р.

№ 6327 [4]. Він вводить державні гарантії оплати наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Запроваджується поняття «державного гарантованого пакету» – визначеного обсягу медичних послуг та лікарських засобів, які держава зобов'язується оплачувати за наперед встановленим єдиним тарифом, що затверджується Кабінетом Міністрів України щороку.

Згідно проекту, державні фінансові гарантії надаватимуться незалежно від будь-яких додаткових критеріїв:

- всім громадянам України;
- іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України (за виключенням тих, хто не зареєстровані платниками податків в Україні)
- особам, яких у встановленому порядку визнано біженцями, чи такими, що потребують додаткового захисту.

Повній оплаті з боку держави підлягатимуть медичні послуги та лікарські засоби на рівні первинної та екстреної (близько 80% всіх звернень громадян), а також паліативної медичної допомоги. Обсяг фінансування інших видів медичних послуг буде визначатись КМУ. При цьому компонент медичної допомоги на всіх рівнях і завжди буде оплачуватись державою.

У разі часткового покриття запроваджується офіційна співоплата за отримані медичні послуги. Співоплата може бути за рахунок коштів пацієнтів чи за рахунок інших джерел (наприклад, добровільного медичного страхування, коштів місцевих бюджетів) за встановленим КМУ фіксованим тарифом співоплати, понад який стягнення плати заборонено.

Страхові організації можуть пропонувати понад встановлений державою базовий безоплатний рівень надання медичних послуг й інші, а саме: надання більш якісних медичних послуг, які передбачають вибір лікаря, медичної установи, додаткове консультування різних спеціалістів тощо; компенсацію витрат на придбання лікарських препаратів; послуги сервісного характеру (палати підвищеного комфорту, додаткове харчування).

У разі запуску нової системи фінансування ринок ДМС стане набагато більшим, що призведе до здешевлення вартості страхових полісів охорони здоров'я. Але для подальшого розвитку необхідно здійснювати просвітницьку та роз'яснювальну роботу серед населення, спрямовану на надання повної та об'єктивної інформації про переваги ДМС, проводити систематичний і безперервний аналіз потреб і запитів ключових споживчих груп (індивідів і організацій). Клієнти довірятимуть страховій компанії, яка знає їх потреби та проблеми, бере участь у їх вирішенні, пропонуючи різні варі-

анти послуг, тому страхові компанії мають дотримуватися концепції соціального маркетингу, згідно з якою приховані потреби клієнтів є комерційними можливостями страхової компанії щодо пропозиції нових страхових послуг, котрі у повному обсязі задовольнятимуть потреби клієнта.

Податкове навантаження для страхових компаній, які займаються ДМС, діє на загальних для страховиків підставах і не стимулює останніх займатися цим видом послуг, що відрізняється високим рівнем виплат (високі витрати пов'язані з соціальною значущістю виду і його функціональною специфікою). Необхідно внести зміни до Податкового кодексу щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) віднесення витрат на сплату страхових платежів за договорами добровільного медичного страхування своїх працівників до складу валових витрат. Фізичних осіб зацікавити може надання права податкового кредиту для громадян – страхувальників ДМС. З метою підвищення якості обслуговування та компетентності страхових компаній необхідно запровадити ліцензування страхових агентів та ін. співробітників відповідно до чітко встановлених критеріїв. Великим страховим компаніям необхідно мати в штаті висококваліфікованих лікарів-експертів і юристів, готових реально захистити інтереси своїх застрахованих.

Така система заходів дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги, зменшить навантаження на державний та місцеві бюджети та долю тіньової медицини в системі медичного обслуговування, допоможе уникнути необґрунтованих витрат на надання зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку, підвищить фінансовий стан працівників медичних установ.

**Висновки з проведеного дослідження.** Медичне страхування в Україні демонструє перспективи розвитку: питома вага ДМС на ринку страхових послуг має тенденцію до зростання; страховики підвищують рівень своєї конкурентоспроможності; посилюється інтерес населення до цього виду страхування.

Аналіз стану і проблем розвитку досліджуваного ринку засвідчив необхідність подальшого пошуку шляхів оптимізації вартості послуг ДМС, які б забезпечили баланс інтересів страховиків і страхувальників та сприяли розвитку цього соціально важливого сегмента страхового ринку. Окремого дослідження потребують діяльність медичного асистансу як надійної служби допомоги страхувальникам, напрями зміцнення партнерських відносин між страховими компаніями та різнопрофільними медичними установами та розвиток механізму державного регулювання ринку медичних послуг та медичного страхування.

Відповідно до курсу обраних проєвропейських реформ розвиток страхової медицини в Україні найближчим часом має стати одним із ключових конкурентних факторів ринку медичних послуг.

#### БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. О. А. Коваль, О. І. Ночвай Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forum.mnau.edu.ua/index.php?topic=487.0>
2. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні// Економіка та держава. – 2013. – №2. – С.40-41.
3. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.nfp.gov.ua](http://www.nfp.gov.ua).
4. Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 10.04.2017р. № 6327.
5. Фориншурер —страхування в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.forinsurer.com](http://www.forinsurer.com).
6. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про внесення змін до Податкового кодексу України» (щодо стимулювання добровільного медичного страхування). – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=51468](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51468)
7. Зайчук С. Послуги медичного страхування в Україні / С. Зайчук // Вісник КНТЕУ. – 2014. – № 3. – С. 74-81.
8. Ніколаєнко С. М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні / С. М. Ніколаєнко // БізнесІнформ. – 2013. –№ 1. – С. 281-288.

#### REFERENCES:

1. O. A. Koval, O. I. Nochvai Problemy ta perspektvy vprovadzhennja medychnoho straxuvannja v Ukrajinі

[Problems and perspectives of medical insurance introduction in Ukraine] [Online]. – <http://forum.mnau.edu.ua/index.php?topic=487.0>

2. Mnykh, M.V. (2013), Medyčne straxuvannja ta neobxidnist' joho zaprovadzhennja v Ukrajinі [Medical insurance and need of its introduction in Ukraine], *Ekonomika i derzhava*, vol. 11, pp. 40–41.

3. Nacional'na komisija, ščo zdijsnjuje deržavne rehljuvannja u sferi rynkiv finansovykh posluh [The National commission, realizing government control in the sphere of financial services market] [Online], available at: [www.nfp.gov.ua](http://www.nfp.gov.ua) (Accessed 3 March 2014).

4. Proekt Zakonu Ukrajinjy «Pro deržavni finansovi harantiji nadannja medyčnyx posluh ta likars'kyx zasobiv» [ Draft Law of Ukraine "On State Financial Guarantees for Provision of Medical Services and Medicines"] dated April 10, 2017. N. 6327.

5. Forynšurer —straxuvannja v Ukrajinі [Forinsurer — insurance in Ukraine] [Online], available at : [www.forinsurer.com](http://www.forinsurer.com).

6. Pojasnjuval'na zapyska do proektu Zakonu Ukrajinjy «Pro vnesennja zmin do Podatkovoho kodeksu Ukrajinjy» (ščodo stymuljuvannja dobrovil'noho medychnoho straxuvannja) [Explanatory note to the draft Law of Ukraine "On Amendments to the Tax Code of Ukraine" (concerning the promotion of voluntary medical insurance) ]. – Access mode: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=51468](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51468)

7. Zaychuk S. Posluhy medychnoho straxuvannja v Ukrajinі [Medical Insurance Services in Ukraine] / S. Zaychuk // KNETEU Bulletin. – 2014. – No. 3. – P. 74-81.

8. Nikolaenko S. M. Osnovni tendenciji rozvytku rynku medychnoho straxuvannja v Ukrajinі [The main tendencies of the development of the market of medical insurance in Ukraine] / S. N. Nikolayenko // BusinessInform. – 2013.-No.1. – pp. 281-288.

**Shomnykova A.V.**

Postgraduate Student,  
Academy of Financial Management

### VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE AS A KEY COMPETITIVE FACTOR IN THE MEDICAL SERVICES MARKET

The article analyses the state of the market of voluntary medical insurance in Ukraine. The main factors influencing its development are determined. The focus is made on a role in reforming the health care system.

The medical reform in Ukraine involves encouraging the development of voluntary medical insurance (VMI) and developing mechanisms for attracting people to pay for services provided. Medical insurance is considered in works of such domestic scientists as: M. Mnykh, V. Bazylevych S. Osadets, V. Ruden, M. Klimov, N. Andriishyna, E. Pysanets, Ye. Polishchuk, and others.

The aim of the article is an analysis of the state and problems of the market for voluntarily medical insurance development as a constituent of forming competition potential of the market for medical services in Ukraine. The structure of domestic market of VMI includes state insurance supervisory authorities (National Commission for the State Regulation of Financial Services Markets), non-state insurance associations (Association «Ukrainian Medical Insurance Bureau», League of Insurance Organizations of Ukraine), insurance companies, insurance mediators (insurance or reinsurance brokers, insurance agents), medical establishments, assistant services, and consumers. The main factors that influence on VMI market development in Ukraine in modern conditions of operation of insurance market: economic instability, which forces people to spend money only to meet the most needed needs; imperfection of legislation (in particular, shortage of tax incentives – favourable tax treatment, tax preferences, release from separate taxes and others like that); increase in the volume of sale and cost of medicines (the main growth of VMI market is connected with the growth of prices for medicines

and medical services); increase of social responsibility of the insurance business (increase of the share of collective insurance of employees under the programs of VMI (70%), which prevents employers from avoiding medical expenses compensation); high monopolization of the market for medical services, which forces medical institutions to increase the cost and quantity of services provided; insufficient demand of the population for insurance products, caused by the high cost of insurance programs, low solvency, lack of incentives to invest in health insurance, and a low level of insurance culture.

The analysis of the situation and problems of the development of the investigated market has shown the need for a further search for ways to optimize the cost of VMI services, which would ensure the balance of interests of insurers and insured persons and contributed to the development of this socially important segment of the insurance market. The activity of a medical assistant as a reliable assistance service to insured persons, directions for strengthening partnerships between insurance companies and diverse medical institutions, and the development of a mechanism for the state regulation of the market for medical services and health insurance require separate research.