

УДК 308+364+368(075.8)+351.84

НІКІТЧИНА О.В.

м. Житомир

## МІКРОСТРАХУВАННЯ ЯК ПІДГРУНТЯ ДЛЯ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

**Анотація.** У статті висвітлено основні особливості розвитку добровільного медичного страхування, досліджено роль мікрострахування та обґрунтовано шляхи розвитку добровільного медичного страхування.

**Ключові слова:** добровільне медичне страхування, мікрострахування, страховий випадок, страхові програми.

**Аннотация.** В статье отражены основные особенности развития добровольного медицинского страхования, исследована роль микрострахования и обоснованы пути развития добровольного медицинского страхования.

**Ключевые слова:** добровольное медицинское страхование, микрострахование, страховой случай, страховые программы.

**Abstract.** The article highlights the main features of voluntary health insurance, investigates the role of microinsurance and reasonable ways of voluntary health insurance.

**Key words:** voluntary medical insurance, microinsurance, insurance case, the insurance program.

**Постановка проблеми.** Впровадження медичного мікрострахування дозволяє не лише знизити обсяги тіньових (кишенькових) витрат на оплату медичних послуг, але й досягти більш цілеспрямованого та більш ефективного фінансування системи охорони здоров'я, порівняно з витратами, здійснюваними через державний бюджет. Страхові компанії, маючи на меті підвищення прибутковості своєї діяльності та мінімізацію обсягів страхових виплат, будуть зацікавлені у підвищенні кваліфікації медичного персоналу, у проведенні своєчасних обстежень застрахованих осіб, профілактиці та зменшенні негативних наслідків різних хвороб. Результатом цього стане підвищення якості медичних послуг, покращення забезпеченості лікарень необхідним обладнанням, лікарськими препаратами тощо.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблемі розвитку добровільного медичного страхування із використанням мікрострахування присвячені праці багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців. окремої уваги заслуговують роботи Е. Моссіалос, С. Томпсон, М. Борди, Н. Нагайчук, Н. Ткаченко, Т. Стецюк, В. Стеценко, О. Смирнової, Г. Мишкіної, Н. Грищенка та інших.

**Мета статті** полягає в дослідженні теоретичних зasad добровільного медичного страхування та вивчення ролі мікрострахування в забезпеченні соціального захисту громадян.

**Виклад основного матеріалу.** Відповідно до Закону України “Про страхування”, страхування медичних витрат разом із медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я) та страхуванням на випадок хвороби відносяться до переліку добровільних видів страхування, що можуть здійснюватись страховими компаніями на страховому ринку України.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальників (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування.

Поява добровільної форми медичного страхування зумовлена тим, що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмами обов'язкового медичного страхування обмежені. Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити застрахованій особі гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС. По суті, ДМС є актуальним для середнього класу, який готовий понести додаткові витрати в обмін на вищу якість медичних послуг, які він може отримати у випадку погіршення стану здоров'я. В свою чергу, страхові компанії, які пропонують населенню поліси ДМС, несуть відповідальність за кожний страховий випадок, гарантуючи повноцінну діагностику, коректний діагноз та лікування.

Потрібно мати на увазі, що розвиток ДМС в державі не лише забезпечує надання якісних медичних послуг населенню, але і позитивно впливає на добробут нації.

Як видно з рис. 1 домогосподарства мають у розпорядженні певні кошти, які вони бажають використати максимально корисно.

Одним із ризиків, який має кожна особа – ризик захворіти та понести значні матеріальні витрати, пов'язані із лікуванням. Після придбання полісу ДМС та настання страхового випадку домогосподарства

отримують в розпорядження певну суму коштів, яку не потрібно витрачати на незаплановане лікування і яка потенційно може перетворитися на додаткове споживання, інвестиції чи заощадження, тобто мати позитивний вплив на національну економіку в цілому та на майбутні ресурси домогосподарств зокрема [3].

Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;
- поліпшення умов утримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;
- продовження тривалості післялікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- розвиток системи сімейного лікаря;
- страхування виплат з тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат;
- участь у цільовому фінансуванні технічного переозброєння й нового будівництва лікувально-профілактичних установ, підприємств з виробництва медичного устаткування, ліків з правом першочергового отримання послуг або продукції (протези, ліки, діагностика і т. ін.) цих підприємств та організацій.

Розміри страхових внесків встановлюються на договірній основі страховика і страхувальника з урахуванням оцінки ймовірності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо.

Мета ДМС – гарантування громадянам (застрахованим особам) при настанні страхового випадку, оплати вартості медичної допомоги за рахунок коштів страхових резервів та фінансування профілактичних заходів.

Страхова сума, в межах якої страховик несе відповідальність щодо виплат, визначається вартістю обраної страхувальником програми добровільного медичного страхування [4].

Обрана програма є невід'ємною частиною договору страхування. Різниці запропонованих страховиком програм відрізняються обставинами, за яких страхувальник буде отримувати медичну допомогу: амбулаторно, в стаціонарі, шляхом виклику медичної допомоги чи лікаря додому. Крім того, програми можуть бути розраховані лише на надання допомоги дітям чи дорослим, а також відрізняються переліком медичних установ, заручених до реалізації послуг із медичного страхування. І, нарешті, програми відрізняються вартістю, на яку впливають усі вище перераховані моменти.

Отже, страховик виступає посередником між страхувальником та медичною установою. Він бере на себе зобов'язання не лише оплатити, а й організувати застрахованому одержання гарантованої договором медичної допомоги. Відповідно, страховий компанія здійснює страхову виплату шляхом перерахунку вартості лікування, на розрахунковий рахунок медичної установи, на підставі виставлених останньою рахунків. При цьому страховик контролює не лише відповідність виставлених рахунків, передбаченим договором переліку послуг, а й якість цих послуг, захищаючи в суперечніх ситуаціях страхувальника.

Страховими випадками, з настанням яких страховик здійснює виплату страхового відшкодування, вважаються випадки звернення застрахованої особи під час дії договору до медичного закладу, що розташований у будь-якому місті України, у зв'язку з гострим

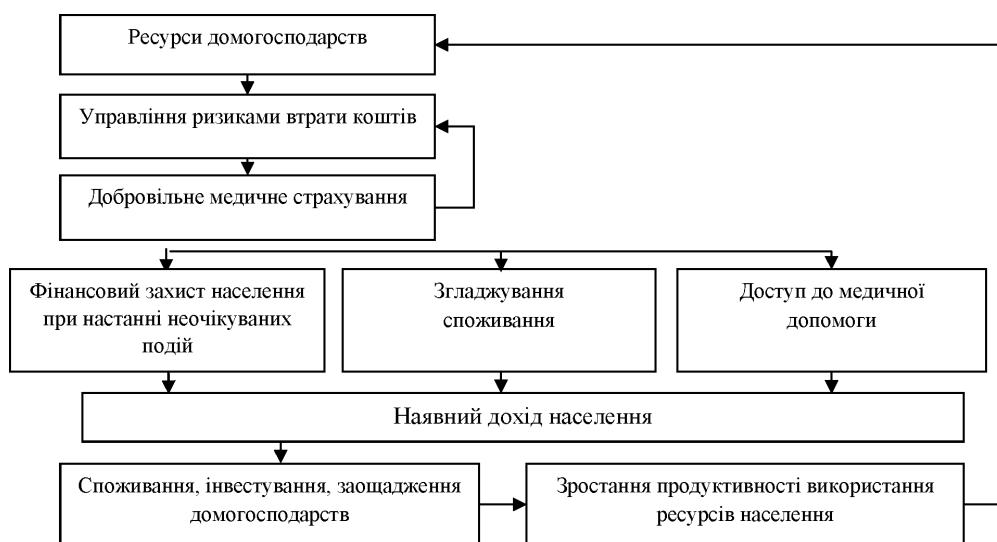


Рис. 1. Вплив ДМС на економічні процеси

захворюванням, загостреним хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою одержання медичної допомоги та медичних послуг (зокрема, медикаментів та матеріалів, лікування, реабілітації, діагностичного обстеження тощо) в межах та в обсязі програм.

Медична програма страхування – це невід’ємний додаток до договору страхування, в якій зазначається конкретний варіант медичної допомоги.

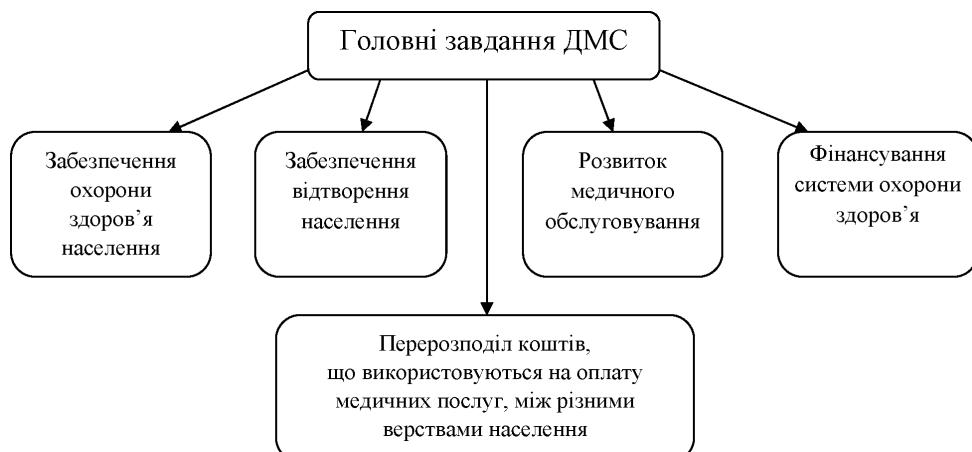
Програми добровільного медичного страхування розширяють можливості і поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Загальна сума страхових виплат, за страховими випадками, стосовно окремої застрахованої особи не може перевищувати розміру страхової суми (на одну застраховану особу). Загальна сума страхових виплат за договором не може перевищувати розміру загальної страхової суми [1].

Медичні установи повинні нести економічну відповідальність за надання застрахованим громадянам медичних послуг, обсяг і рівень якості яких передбачено договором страхування. У разі порушення медичним закладом медико-економічних стандартів, страховик може частково або повністю не оплачувати вартість медичних послуг.

Страхові внески за договором страхування можуть бути сплачені страховальником одноразово за весь строк страхування або періодично протягом строку страхування готівкою чи бути перераховані на розрахунковий рахунок страховика безготівкою. Договір страхування вступає в дію у строки, установлені в ньому. Протягом часу дії договору страховальник має право змінити умови страхування або достроково розірвати договір.

Страхування витрат, які не пов’язані з лікуванням, є простішим, оскільки його здійснення не потребує узгодження з вартістю медичних витрат. Виплата за



*Рис. 2. Головні завдання ДМС*



*Рис. 3. Захворювання, які покриваються страховим захистом*

такими договорами може здійснюватися у вигляді певної страхової суми, обумовленої в договорі страхування, або у вигляді добових виплат. При здійсненні видів страхування, які передбачають відшкодування витрат на лікування застрахованого, постають значні труднощі, пов’язані з установленим обсягом відповідальності, розрахунком тарифних ставок, визначенням розміру страхової суми.

У разі втрати здоров’я застрахованим у зв’язку із захворюванням або нещасним випадком, страхова організація оплачує рахунки лікувального закладу, виходячи з фактичної кількості днів лікування застрахованого за встановленими у договорі щоденними нормативами вартості лікування.

Для отримання інформації (яка дозволить якісно реалізувати процедуру розрахунків) щодо імовірності настання страхового випадку (імовірності звертання за медичною допомогою для кожного класу захворювань), кількості укладених до цього часу аналогічних договорів або їх прогнозована кількість, аналіз проведених відшкодувань, необхідно вбачається тісна співпраця закладів охорони здоров’я і страхових компаній. Це дасть змогу використати ширшу базу медичної статистики, а також врахувати диференційовані умови отримання медичної допомоги. Принципових змін потребує формування бази статистичної інформації. Сьогодні офіційні джерела не можуть забезпечити якісного проведення актуарних розрахунків. Лише такий підхід дозволить провести об’ективну оцінку стану об’екта страхування та ступінь його захищеності від можливих ризиків при оформленні договору ДМС [2].

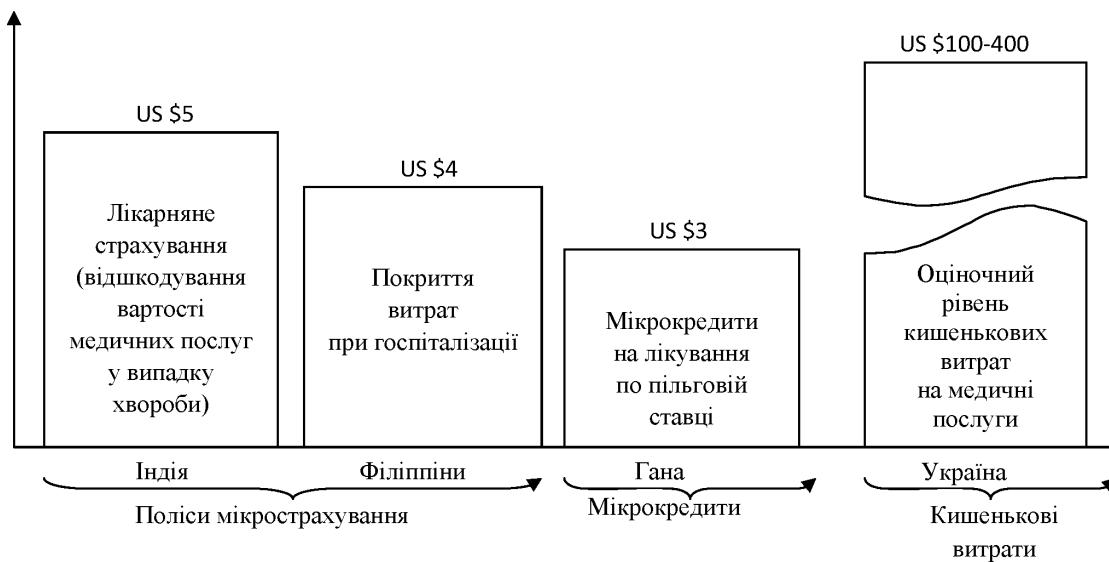
Сьогодні частина українців прямо чи опосередковано платить за лікування. За різними підрахунками, сума так званих “кишенькових” платежів українського населення (під ними розуміють частину приватних витрат домогосподарств на охорону здоров’я – як матеріальних, так у натуральній формі – на користь провайдерів медичних послуг, основною метою яких є відновлення або зміцнення стану здоров’я окремої особи або групи осіб) становить, у середньому, 100–400 дол. США щорічно. У країнах ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) ці платежі в середньому дорівнюють 19% загальних витрат на охорону здоров’я і є на порядок меншими, ніж в Україні, через поширення страхової медицини. У країнах з високим рівнем кишенькових витрат населення на охорону здоров’я існує високий потенціал для розвитку добровільного медичного страхування, адже ці кишенькові витрати можуть трансформуватися у платежі за програмами ДМС. По суті, кошти за оплату медичних послуг будуть надходити через страхові компанії, а не безпосередньо в процесі взаємодії між пацієнтом та лікарем.

Проте, перехід до стандартних програм ДМС повинен відбуватися поступово (через ряд раніше зазначених чинників). Більшість проблем, існуючих на

сьогодні у сфері медичного страхування, можуть бути вирішенні за допомогою впровадження у практику страхової діяльності принципів мікрострахування. Узагальнено сутність медичного мікрострахування можна розглядати як страховий захист людей з низькими доходами, що виражається в гарантії покриття частини медичних витрат при виникненні страхового випадку в обмін на регулярну сплату мінімальної страхової премії, пропорційну ймовірності і величині ризику.

Реалізація продуктів медичного мікрострахування в малорозвинених країнах дозволяє досягти гарантування хоча б мінімального рівня медичного забезпечення всіх верств населення, у тому числі осіб з низькими доходами, в обмін на сплату невеликої страхової премії. Розвитком та фінансуванням програм медичного мікрострахування в малорозвинених країнах займаються міжнародні організації (зокрема, Міжнародна організація праці) та різноманітні благодійні фонди (наприклад, Фонд Білла і Мелінди Гейтс, організація “MicroEnsure”). Так, протягом 2002–2014 рр. за сприяння “MicroEnsure” було налагоджено функціонування медичного мікрострахування в таких країнах, як Індія, Філіппіни, Гана, Танзанія. Відмінною характеристикою системи мікрострахування в даних країнах є те, що основні функції щодо адміністрування внесків, управління ризиками (перестрахування, контроль і попередження шахрайства), забезпечення виплат медичним установам, а також організація збуту послуг медичного мікрострахування покладені на “MicroEnsure”, як керуючого партнера в моделі медичного забезпечення. У кожній із зазначених країн впровадження медичного мікрострахування було спрямоване на вирішення найбільш гострих проблем у сфері охорони здоров’я і будувалося із урахуванням особливостей менталітету та рівня соціально-економічного розвитку кожної конкретної країни. Проте, спільним для всіх програм медичного мікрострахування є підтримка низької вартості страхових платежів для забезпечення максимального доступу до страхової медицини мало-забезпечених верств населення [5].

Характеризуючи переваги використання мікрострахування в системі медичного забезпечення, можна відзначити, що воно не лише сприяє вирішенню ряду соціальних проблем, забезпечуючи медичне обслуговування всіх категорій громадян, але й дозволяє закласти основу для розвитку страхової медицини в країні. Для таких країн, як Україна, де нерозвиненість добровільного медичного страхування пов’язана не стільки з високою часткою населення з низькими доходами, як із недостатнім рівнем довіри до страхових компаній, низькою страховою та медичною культурою, застосування мікрострахування дозволить залистати до страхування нових споживачів страхових послуг з нижчим ризиком для них втрати своїх коштів.



*Рис. 4. Порівняння витрат, що здійснюються при впровадженні схем медичного мікрострахування, і кишеневських витрат населення при відсутності страхової медицини*

У сучасних умовах медичне мікрострахування, в силу притаманних йому особливостей та відмінних рис, може стати ефективним інструментом досягнення цілей та інтересів усіх основних суб'єктів медичного страхування.

Поряд із визначеними перевагами мікрострахування у сфері медичних послуг, необхідно відзначити також і ряд недоліків та перешкод, які стимулюють розвиток медичного мікрострахування. Основними серед них є:

- асиметричність інформації;
- значні ліміти страхового покриття;
- труднощі у визначенні ставки страхової премії.

Проблема асиметричності інформації характерна для страхової галузі загалом, але для медичного мікрострахування вона є особливо актуальною. Асиметричність інформації проявляється у несприятливому відборі, існуванні морального ризику та шахрайстві з боку страховальників.

Поява морального ризику в медичному мікрострахуванні може виражатися у таких варіантах. По-перше, особа, яка оформила поліс медичного страхування, психологічно почувається більш вільно і може порушувати деякі лікарські рекомендації, підвищуючи ризик розвитку певних хвороб. З іншого боку, існування морального ризику пов'язано зі збільшенням попиту застрахованих осіб на деякі види медичних послуг, особливо діагностичного характеру.

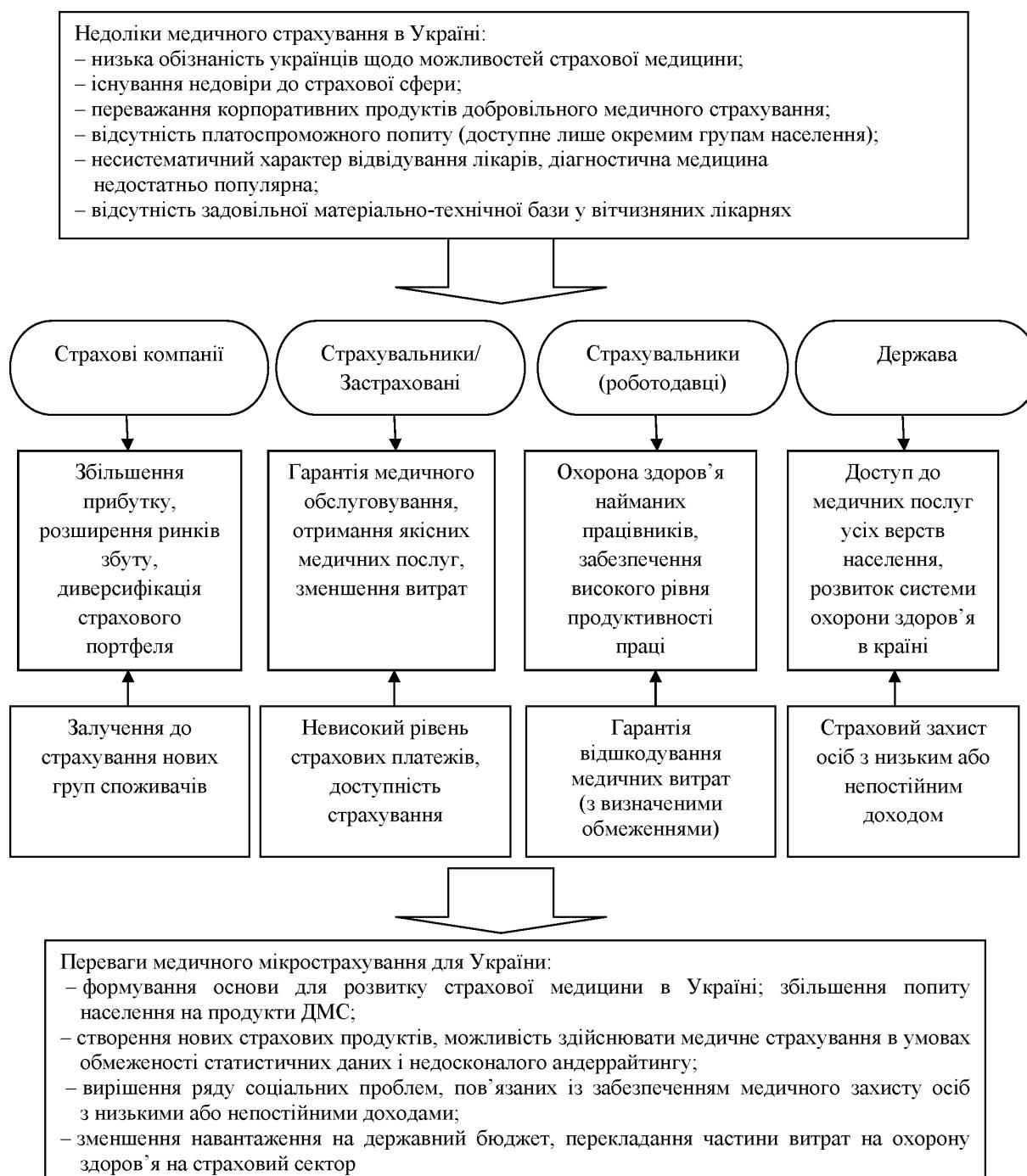
Зокрема, знаючи, що страхована компанія відшкодує основну частину витрат, застраховані особи склонні частіше здавати аналізи та проходити діагностику, порівняно з тим, коли такої страховки немає. Характерним при наявності полісу медичного страхування буде також використання додаткових процедур чи напрямів лікування, які до оформлення страховки застрахованою особою не використовувалися;

придання більш дорогих ліків; подовження терміну стаціонарного лікування, тощо [7].

Різниця між шахрайством і моральним ризиком у медичному страхуванні полягає у свідомій чи несвідомій поведінці застрахованої особи щодо збільшення частоти та характеру використовуваних медичних послуг. У випадку шахрайства здійснюється навмисне зловживання послугами медичних установ, при моральному ризику – таке зростання пов'язано із психологічними чинниками, часто здійснюється застрахованою особою підсвідомо.

Для запобігання появі морального ризику та страхового шахрайства в мікрострахуванні суттєво обмежуються кількість та характер медичних послуг, вартість яких відшкодовується в рамках полісів медичного мікрострахування.

Іншим проблемним аспектом у медичному мікрострахуванні є труднощі у визначені оптимальної страхової премії. Як було відзначено, мікрострахування покликане забезпечувати доступ до страхової медицини всіх верств населення, утримуючи страхову премію на дуже низькому рівні. Проте, у силу названих вище причин (появи морального ризику, можливості несприятливого відбору ризиків, нерозвиненості інфраструктури ринку медичних послуг) та дії інших факторів, відбувається підвищення вартості полісів медичного страхування. На підвищення рівня транзакційних витрат впливає також і значна кількість посередників, задіяна у процесі медичного страхування, зокрема необхідність координації роботи з медичними установами. У результаті страхові премії у медичному мікрострахуванні є значно вищими, ніж в інших видах мікрострахування, і часто перевищують максимально допустимий розмір, з точки зору можливості їх сплати страховальниками.



*Rис. 5. Переваги мікрострахування для розвитку медичного страхування в Україні*

Виходячи з цих передумов, більшість зарубіжних дослідників відзначають, що мета медичного мікрострахування не може бути досягнута без державного субсидування або фінансової участі спонсорських організацій – страхові премії виявляються занадто високими, щоб задовільнити попит цільового сегменту споживачів – осіб з низькими доходами. Відповідно, найкращим варіантом організації медичного мікрострахування є формування такої моделі медичного застрахування, в якій обов'язок часткової компенсації вартості медичних послуг бере на себе держава.

Ще однією проблемою медичного страхування, характерною саме для мікрострахування в країнах з недостатністю розвиненим страховим ринком, є значне обмеження обсягів страхового покриття шляхом встановлення лімітів відповідальності страхових компаній, а також переліку виключень, при яких страхове відшкодування не здійснюється. З позиції страхової компанії, необхідність у такому обмеженні обумовлена тим, що ризики медичного мікрострахування є малодослідженими, статистична інформація для їх оцінки відсутня або неповна, інфраструктура ринку

медичних послуг недостатньо розвинена, а якість медичних послуг є низькою. Ці фактори визначають виникнення додаткових витрат на обслуговування договорів медичного страхування, а при низьких страхових преміях, заявлених у мікрострахуванні, надання послуг медичного страхування взагалі стає невигідним для страхових компаній. З іншого боку, значне обмеження обсягів відповіальності страхових компаній за договорами медичного мікрострахування призводить до збільшення фінансових ризиків застрахованих осіб, пов'язаних із тим, що значна частина коштів, витрачених на лікування, не буде відшкодована страховими компаніями.

Для застрахованих осіб намагання страхових компаній виключити ряд ризиків (наприклад, хронічні хвороби) із переліку страхових випадків, може здатися незрозумілим та несправедливим. Тому, важливою компонентою розвитку медичного мікрострахування має бути проведення роз'яснювальних робіт серед населення щодо механізму функціонування страхової медицини.

**Висновки.** Таким чином, незважаючи на соціальну важливість та суспільну значимість охорони здоров'я, система медичного страхування в Україні на сьогоднішній день є малорозвиненою. Закон про обов'язкове медичне страхування ще не прийнятий, а існуючі програми добровільного медичного страхування направлені більшою мірою на корпоративних клієнтів. Проблемними залишаються також питання недостатньої регіональної представленості послуг медичного страхування, оскільки основні споживачі даного страхового продукту зосереджені в м. Києві, а також високої вартості стандартних медичних полісів, що обмежує їх придбання більшою частиною населення [6].

У таких умовах мікрострахування може стати дієвим альтернативним механізмом розвитку системи

медичного забезпечення в Україні. Проте для забезпечення його ефективності повинні бути виконані ряд умов, пов'язаних із чітким визначенням функцій кожного з суб'єктів у моделі медичного страхування – держави, страхових компаній, медичних установ; формуванням державного цільового фонду для компенсації частини платежів за полісами медичного мікрострахування для малозабезпечених верств населення; реформування системи медично-го забезпечення, у тому числі удосконалення інфраструктури ринку медичних послуг, підвищення якості та гарантування доступності медичних послуг.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вороненко Ю. В., Пащенко В. М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко. – К.: Міжрегіональний видавничий центр “Медінформ”, 2011. – 499 с.
2. Коваль О. А. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні / О. А. Коваль // Ефективна економіка. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905>.
3. Медстрахування – Чи можна заробляти гроші на збитковому бізнесі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://news.finance.ua/ua/~/2/2011/03/08/230396>.
4. Приватне акціонерне товариство “Акціонерна страхова компанія “ІНГО Україна”. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ingo.ua/ua>.
5. Офіційний сайт приватного акціонерного товариства “Альфа страхування”. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://alfaic.ua>.
6. Ткаченко Н. В. Вплив іноземного капіталу на розвиток страхової системи України // Фінанси України. – 2011. – №6. – С. 115-121.
7. Фойгт Н. Державна підтримка медичного мікрострахування як механізм розширення доступу сільських територіальних громад до якісного медичного обслуговування / Н. Фойгт // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2011. – №6. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?operation=1&iid=295>.