ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Богдан Н.С.[1], Панфілова Г.Л.[2]

Буковинський державний медичний університет[1], м. Чернівці, Україна

Національний фармацевтичний університет[2], м. Харків, Україна

Впровадження страхових відносин у систему охорону здоров'я населення України є одним з важливих напрямків розвитку медичного страхування як соціально орієнтованої форми діяльності. Страховий ринок можна охарактеризувати з різних позицій. Так, він постає як соціально-економічна структура, сфера грошових відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страхова послуга і де формується на неї попит та пропозиція, форма організації відносин з приводу формування та розподілу страхового фонду, сукупність страховиків, страхувальників та страхових посередників. Розглянемо стан розвитку вітчизняного страхового ринку з надання медичних і фармацевтичних послуг з метою оцінки його можливостей виконувати соціальні функції у суспільстві.

За даними Ліги страхових організацій України (ЛСОУ), в країні більш ніж 190 страховиків мають ліцензію на здійснення добровільного медичного страхування (ДМС), а фактично займаються цим видом страхової діяльності приблизно сімдесят компаній. Серед яких провідними є «ІнтерТрансПоліс», «Інтер-Поліс», «UNIQA (Кредо-Классик)», «Оранта», «Алькона», «АСКА», «ІНГО-Україна», «ПРОСТО-страхування», «PZU Україна», «КиївЕнергоПоліс», «Провідна», «Інкомстрах», «Іллічівська», «Трансмедстрах-Україна», «Дженерали гарант» та ін. За даними ЛСОУ, у 2016 р. за програмами ДМС було застраховано лише 5,0%, а у 2010 р. 5,4% від усього населення країни. Зазначений факт вказує на низькій рівень розвитку ДМС в Україні.

Далі за даними ЛСОУ нами був складений рейтинг компаній-лідерів на ринку ДМС (програмами безперервного страхування здоров'я) за 2010-2017 рр.. Були проаналізовані показники отриманих валових страхових премій та виплат, а також рівень виплат (%). Нами встановлено, що у 2016 р., порівняно з показниками 2010 р., перелік компаній-лідерів по операціях з ДМС залишався досить стабільним. У складі ТОП-десятки компаній-лідерів за операціями з ДМС були присутні такі страховики: «ІНГО-Україна»; «PZU Україна»; «АСКА»; «Іллічівська»; «Дженерали гарант». Установлено, що у 2010 р. вісім компаній з ТОП-десятки страховиків мали значення рівня страхових виплат > 60,0%. Найбільший показник рівня валових страхових виплат (116,16%) був характерний для фінансових операцій компанії «АСКА». У 2010 р. страхові компанії з ТОП-десятки у 2015 р. акумулювали фінансових коштів на суму 450,5 млн грн, а страхові виплати становили 371,5 млн тис. грн, аналогічні показники за даними 2016 р. дорівнювали 426,3 млн. грн. та 365,5 млн. грн. відповідно. Рівень страхових виплат у 2015 р. становив 82,47%, а у 2016 році – 85,74%.

Позиції компаній-лідерів (перші п'ять позицій) на ринку ДМС у 2016 р. займали такі фірми, як «АХА Страхування» (рівень страхових виплат 49,0%), «УНІКА» (64,0% відповідно, що вище за критичний показник у 60,0%), , «ІНГО Україна» (56,0%), «Українська страхова компанія» (55,0%) та «СК ТАС» (62,0%). Тобто, в цілому можна стверджувати про зниження фінансової стабільності страхових операцій з ДМС, що здійснювали страхові компанії на фінансовому ринку України протягом 2010-2015 рр.

У загальній структурі страхових премій програми з безперервного страхування здоров'я станом на 31.03.2017 р акумулювали 719,7 млн. грн, а за даними аналогічного періоду 2016 р. – 650,1 млн. грн. Тобто, темп приросту показників страхових премій дорівнював 10,7%. За аналогічний період страхові виплати становили 411,8 млн. грн., а рівень страхових виплат дорівнював 57,2%. На кінець першого кварталу минулого року аналогічні показники страхових виплат становили 327,2 млн. грн., а рівень виплат – 50,3% відповідно. Тобто можна стверджувати, що у 2017 р., порівняно з даними минулого року, спостерігається відносне пожвавлення фінансової ситуації у сегменті ринку ЛДМС за програмами безперервного страхування здоров'я.

Аналізуючи асортимент запропонованих страхових продуктів, ми встановили прямий зв'язок між обсягом і рівнем страхових послуг та ціновими групами програм з ДМС відповідно. Надання страхових послуг з ДМС здійснюється за трьома умовними рівнями: економ-, стандарт-, еліт-клас. Вказані рівні формують відповідні цінові групи страхових продуктів на страховому ринку: нижча (економ-пакет); середня (надання послуг за стандартним/класичним пакетом); вища (програми еліт- або VIP-класу). Тобто, як бачимо, рівень надання медичних та фармацевтичних послуг напряму обумовлює вартісні характеристики страхових продуктів, що пропонуються клієнтам на ринку ДМС.

Наразі зазначені рівні послуг застосовуються переважно до найбільш розповсюджених за обсягами надання програм – амбулаторно-поліклінічне й стаціонарне забезпечення хворих. Встановлено, що спеціалізовані страхові продукти (за винятком стоматологічної допомоги) не відрізняються різноманітністю рівнів надання медичних та фармацевтичних послуг. Організація надання хворим медичної й фармацевтичної допомоги за договорами страхування VIP/еліт-рівня здійснюється переважно в клініках, що входять до інфраструктури страховиків («Оранта», «Трансмедстрах-Україна», «Княжна» та ін.), лікувальні заклади приватної форми власності або відомчого підпорядкування, так звані «брендові клініки».

Значну перевагу в асортименті страхових продуктів, що пропонуються на вітчизняному ринку ДМС, мають програми колективного страхування. Домінування договорів колективного, насамперед корпоративного страхування є однією з важливих характеристик ринку розвитку вітчизняного страхового ринку. Зазначений вид страхування сконцентрований у великих містах країни. Страхувальником є компанії, а також державні підприємства. Аналізуючи зміст зазначених договорів страхування нами вони умовно були розподілені на страхові продукти з родинного та корпоративного ДМС. Встановлено, що страхові тарифи залежать також від кількісного співвідношення застрахованих у колективі установ або підприємств. Так, наприклад, компанії пропонують знижки (від 2,5 % до 10,0 %) за обраними програмами ДМС у випадку страхування членів сімей, дітей (старше 5 років), колективів співробітників тощо. Нами також встановлені такі найбільш розповсюджені особливості укладання договорів.

Страхові відшкодування можуть не здійснюватися у випадках надання медичної допомоги у лікувальних закладах, з якими страховик не уклав попередньої угоди, заподіяння моральної шкоди та непрямих збитків, здійснення витрат за місцем постійного проживання, втрати здоров'я внаслідок

алкогольного, наркотичного і токсичного оп'яніння. За деякими програмами зі страхування фармацевтичного забезпечення страховики обмежують перелік фармакотерапевтичних груп ліків та асортиментних позицій товарів медичного призначення, вартість яких підлягає відшкодуванню. До вказаних груп переважно належали вітаміни та їх аналоги, косметичні засоби, дієтичні продукти й харчові добавки.

У багатьох договорах страхування досить чітко визначені випадки, які не вважаються страховими. Це, насамперед, психічні, онкологічні, дерматовенерологічні захворювання, наслідки самолікування, сонячні опіки, деякі гінекологічні та урологічні захворювання, косметичні операції. В цілому слід відмітити, що вітчизняні страховики досить жорстко визначають умови договору ДМС, особливо стосовно до хронічних хворих, громадян похилого віку (від 65 років та старші). Так, у деяких компаніях страхування пенсіонерів, які працюють у колективах, може бути здійснено лише за подвійним тарифом. За межами програми з ДМС знаходяться хворі на соціально-небезпечні хвороби (туберкульоз, СНІД/ВІЛ), інваліди першої або другої груп, хворі на психічні, спадкові, венеричні захворювання, онкогематологічні хворі тощо.

Для підвищення ринкової привабливості запропонованих страхових програм більшість страховиків пропонують широкий спектр страхових знижок. Так, розмір знижок коливався у середньому від 5,0 % до 20,0 % від вартості запропонованих страхових продуктів за програмами. Крім цього, встановлено, що переважна більшість страховиків пропонували укласти договори з ДМС терміном на один рік.

Для іноземних громадян та співвітчизників, які відряджаються за кордон, страхові компанії пропонують укласти договір страхування на випадок раптового захворювання, тілесних ушкоджень, пов'язаних з нещасним випадком, а також смерті за системою асістансу. У цілодобовому режимі у великих страхових компаніях функціонують диспетчерські (сервісні) служби асистуючого центру. Наступною важливою позитивною тенденцією на ринку ДМС, що сформувалася за останні роки, є створення страхових компаній за участю іноземного капіталу та об'єднання невеликих за обсягами страхових компаній.

За результатами проведених досліджень можна стверджувати про наступне. В умовах кризової ситуації в економіці та суспільстві в цілому, на страховому ринку не передбачається ніяких передумов для докорінних змін в галузі ДМС. При цьому негативний тренд, що спостерігається зараз в українській економіці, за прогнозами міжнародних експертів, призведе у 2018 р. до значної реструктуризації страхового ринку в бік розвитку більш масових та прибуткових видів страхування у сегменті фізичних осіб, ніж ДМС. Крім цього, важливим стримуючим фактором до розвитку сегменту ринку ДМС в Україні є стійка недовіра переважної більшості населення до різних видів страхової діяльності, насамперед до тих, що пов'язані з наданням населенню медичної та фармацевтичної допомоги.