

Сухопар К. Ю., Фрейдін М. Ю., студенти
Заволока Л. О., старший викладач
Університет митної справи та фінансів

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Сучасний стан охорони здоров'я в нашій державі характеризується невідповідним фінансуванням, недосконалою матеріальною базою та низькою якістю медичних послуг. У протиположності цієї проблеми виникло добровільне медичне страхування (ДМС). У той же час, не всі розвинені країни мають можливість фінансувати систему охорони здоров'я тільки з одного джерела, тому вони використовують інші види фінансування у різних пропорціях: бюджет, а саме податкові надходження, кошти обов'язкового медичного страхування, прями платежі населення.

Хоча медичне страхування вже не є “ноу-хау” для населення, однак, поліси ДМС досі становлять предмети розкоші. Вартість полісу так званого економ-класу становить близько 250 у. о. на людину на рік, за тієї умови, що до нього увійде повний набір послуг: стаціонарне лікування, невідкладна медична допомога, поліклінічне обслуговування та забезпечення необхідними медикаментами на різних етапах лікування. Елітні ж поліси коштують майже в чотири рази дорожче – близько 1 тис у. о. За ці кошти страхувальник одержує повний комплект послуг [1, с. 360].

Ситуація на українському ринку добровільного медичного страхування виглядає таким чином, що на ньому реально працює близько 30 страхових компаній. Найпопулярніші страхові продукти на випадок настання страхової події гарантують виплату страхових сум напряму медичним установам, при цьому забезпечується вибір медичної установи й лікувального персоналу, контроль і експертиза якості лікування, що забезпечує почуття захищеності застрахованим особам. На сьогодні середній рівень виплат при ДМС становить близько 55% [1, с. 358-359]. Також економічні умови розвитку ринку добровільного медичного страхування коригуються із розвитком економіки, зміною рівня життя населення, появою на ринку ДМС нових гравців і тому потребують адекватної оцінки та теоретичного осмислення сучасних основних проблем та перспектив поширення даного виду страхування, що головним чином визначені реаліями вітчизняних економічних умов.

Так, за показниками вітчизняного страхового ринку добровільного медичного страхування за період 2013-2015 рр. простежується приріст валових страхових премій з 711495,5 тис. грн. у 2013 р., 890522,1 тис. грн. у 2014 р. до 1072594,8 тис. грн. у 2015 р. Проте, така тенденція зростання страхових платежів по ДМС одночасно простежується поряд із зростанням валових

страхових виплат: з 389208,0 тис. грн. у 2013 р., 493812,9 тис. грн. у 2014 р. до 590782,9 тис. грн. у 2015 р. [2].

Певної уваги заслуговує процедура врегулювання страхових випадків. Так як ДМС має досить високу ймовірність фальсифікації страхового випадку, доцільним є здійснення експертизи страхового випадку за формалізованими етапами, що включають: первинний аналіз страхового випадку, медичну експертизу та експертизу виплат. Для проведення зазначених експертиз слід залучати кваліфікованих фахівців. Особливу увагу треба приділяти запобіганню випадків страхового шахрайства, ідентифікації страхового шахрайства в ДМС.

Фахівці пропонують у подальшому модернізувати страхову медицину двома шляхами: використовуючи існуючий страховий ринок, або ж створюючи державний фонд. Останній варіант передбачає, що з зарплати відраховуватиметься певний відсоток коштів (не менше 1,5%), за який організовуватиметься безкоштовна екстрена допомога всім верстам населення.

В Україні з бюджету на охорону здоров'я виділяється щороку до 3,5-4,5% ВВП. Приплюсувавши до них кошти від населення, які йдуть лікарям, то за рік набігає 7,5% ВВП, що дорівнює витратам провідних країн світу. Але неефективне використання цих коштів в кінцевому результаті негативно відбивається на її громадянах [3].

Необхідним та терміновим є проведення ряду організаційних заходів, у тому числі, прийняття нормативно-правових актів, які б забезпечили вирішення таких проблем, як:

1. Створення відповідних умов для розвитку добровільного медичного страхування в якості ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичногостраховання.

2. Законодавче врегулювання питання щодо можливості юридичними особами (роботодавцями) включення витрат на сплату страхових платежів за договорами добровільного медичного страхування своїх працівників до складу собівартості продукції.

3. Підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування.

4. Забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі ДМС.

Література

1. Калітченко (Богомаз) Н.В. Проблеми маркетингових досліджень на ринку послуг з добровільного медичного страхування / Н.В. Калітченко (Богомаз) // Стратегія економічного розвитку України: наук. зб. – 2011. – Вип. 7. – С. 358-363.

2. Офіційний сайт Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua>.

3. Офіційний сайт Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.

4. Пономарьова О.Б. Визначення проблем страхового ринку та їх вирішення / О.Б. Пономарьова, М.А. Іванченко // Глобальні та національні проблеми економіки. – 2015. – № 5. – С. 814-817.

Тендериць С. П., ст. гр. ФСТМ-11

Письменна Т. В., к.е.н.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПЛАТОСПРОМОЖНІСТЮ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

Однією з найважливіших економічних характеристик страхової компанії є її платоспроможність. Платоспроможність страховика – це його здатність своєчасно та в повному обсязі виконати свої фінансові зобов'язання, передусім страхові, за рахунок наявності достатньої суми ліквідних активів і засобів платежу.

В Україні забезпечення платоспроможності страховика регулюється на законодавчому рівні та передбачає виділення трьох структурних блоків показників, що підлягають вивченню у межах контролю за діяльністю страхових компаній з метою гарантування їхньої платоспроможності, згідно з методикою Європейського Союзу, яка носить назву Solvency II [1].

Очевидно, що з часом певні показники, які входять у той чи інший блок, можуть бути певною мірою змінені, проте сама концепція контролю трьох блоків показників для оцінки платоспроможності страховиків у цілому нині визнається беззаперечною.

1) Блок 1 (кількісні вимоги) – окреслює вимоги до обсягу мінімального нормативного капіталу, нормативної маржі платоспроможності, структури капіталу, правил оцінки страхових резервів, а також принципів інвестиційної діяльності страхових компаній;

2) Блок 2 (якісні вимоги) – базується на основних принципах ризик-менеджменту та внутрішнього контролю, методології проведення останнього, визначенні структури органів контролю, їх компетенції та інструментів впливу, а також урегулюванні міжнародного співробітництва органів контролю;

3) Блок 3 (ринкова дисципліна) – окреслює основні вимоги щодо відкритості та прозорості функціонування страхових компаній, тобто оприлюднення страховиками інформації про обсяг капіталу, його структуру, профіль ризику та показники адекватності капіталу.

Упровадження Solvency II забезпечує можливість удосконалення вимог до платоспроможності страховиків шляхом: впровадження системи, яка базується на врахуванні ризик-факторів; використання інтегрованого підходу до формування страхових резервів і вимог до капіталу; впровадження