

"Podatkova amnistia povernula v ekonomiku Italii 80 mlrd ievro"  
[Tax amnesty back in Italy's economy 80 billion euros]. <http://news.finance.ua/ua/~1/10/all/2009/12/24/182291>

Podatkova polityka: teoriia, metodolohiia, instrumentarii [Tax policy: theory, methodology, tools]. Kharkiv: INZhEK, 2010.

Paientko, T. V. Instytutsionalizatsiia fiskalnoho rehuliuвання finansovykh potokiv [The institutionalization of fiscal regulation of financial flows]. Kyiv: DKS tsentr, 2013.

Rehuliatyvnyi potentsial podatkovoi systemy Ukrainy [Regulatory capacity of the tax system of Ukraine]. Kharkiv: KhNEU, 2009.

"Tax rates around the world" <http://www.worldwide-tax.com>  
Vishnevskiy, V. P. Ukhod ot uplaty nalogov: teoriia i praktika [Tax evasion: theory and practice]. Donetsk, 2003.

"VAT rates applied in the Member States of the European Union". [http://ec.europa.eu/taxation\\_customs/resources/documents/taxation/vat/how\\_vat\\_works/rates/vat\\_rates\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/vat/how_vat_works/rates/vat_rates_en.pdf)

УДК 368.9.06

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

© 2014 ПАХНЕНКО О. М., ЛИСЕНКО В. С.

УДК 368.9.06

**Пахненко О. М., Лисенко В. С. Мікрострахування як підґрунтя для розвитку добровільного медичного страхування в Україні**

У статті проаналізовано сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні, а також досліджено переваги і недоліки використання мікрострахування для популяризації програм добровільного медичного страхування і задоволення потреб у якісних медичних послугах усіх верст населення. Визначено, що на сьогоднішній день українська система охорони здоров'я знаходиться на стадії реформування, обов'язкове медичне страхування ще не запроваджено, а основними споживачами програм добровільного медичного страхування є корпоративні клієнти. У статті розглянуті основні стримуючі фактори розвитку медичного страхування в Україні, у тому числі: низький рівень доходів населення; відсутність якісних провайдерів медичних послуг у регіонах; недостатня ступінь довіри населення до страхової сфери. У статті доводиться, що запровадження мікрострахування позитивно відобразиться на розвитку страхової медицини в країні, сприятиме забезпеченню медичними послугами навіть малозабезпечених осіб, дозволить зменшити навантаження на державний бюджет у розрізі видатків на охорону здоров'я. Проведене дослідження обмежень та недоліків впровадження мікрострахування дозволило визначити, що основними з них є асиметричність інформації (несприятливий відбір ризиків, моральний ризик, страхове шахрайство), суттєва обмеженість страхового покриття та труднощі у визначенні оптимальних страхових тарифів.

**Ключові слова:** медичне страхування, мікрострахування, асиметричність інформації, охорона здоров'я, малозабезпечене населення.

**Рис.: 2. Бібл.: 13.**

**Пахненко Олена Михайлівна** – кандидат економічних наук, асистент, кафедра фінансів, Українська академія банківської справи Національного банку України (вул. Петропавлівська, 57, Суми, 40030, Україна)

**E-mail:** pakhnenko@gmail.com

**Лисенко Варвара Сергіївна** – аспірант, кафедра економічної кібернетики, Українська академія банківської справи Національного банку України (вул. Петропавлівська, 57, Суми, 40030, Україна)

**E-mail:** lysenko.varvara@gmail.com

УДК 368.9.06

UDC 368.9.06

**Пахненко Е. М., Лысенко В. С. Микрострахование как основа для развития добровольного медицинского страхования в Украине**

В статье проанализировано современное состояние развития медицинского страхования в Украине, а также исследованы преимущества и недостатки использования микрострахования для популяризации программ добровольного медицинского страхования и удовлетворения потребностей в качественных медицинских услугах всех слоев населения. Определено, что на сегодняшний день украинская система здравоохранения находится на стадии реформирования, обязательное медицинское страхование еще не внедрено, а основными потребителями программы добровольного медицинского страхования являются корпоративные клиенты. В статье рассмотрены основные сдерживающие факторы развития медицинского страхования в Украине, в том числе: низкий уровень доходов населения; отсутствие качественных провайдеров медицинских услуг в регионах; недостаточная степень доверия населения к страховой сфере. В статье обосновано, что внедрение микрострахования положительно отобразится на развитии страховой медицины в стране, будет способствовать обеспечению медицинскими услугами даже малоимущих граждан, позволит снизить расходы государственного бюджета на здравоохранение. Проведенное исследование ограничений и недостатков внедрения микрострахования позволило определить, что основными из них являются асимметричность информации (неблагоприятный отбор рисков, моральный риск, страховое мошенничество), существенная ограниченность страхового покрытия и трудности в определении оптимальных страховых тарифов.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, микрострахование, асимметричность информации, здравоохранение, малоимущее население, региональный рынок медицинских услуг.

**Рис.: 2. Библ.: 13.**

**Пахненко Елена Михайловна** – кандидат экономических наук, ассистент, кафедра финансов, Украинская академия банковского дела Национального банка Украины (ул. Петропавловская, 57, Сумы, 40030, Украина)

**E-mail:** pakhnenko@gmail.com

**Лысенко Варвара Сергеевна** – аспирант, кафедра экономической кибернетики, Украинская академия банковского дела Национального банка Украины (ул. Петропавловская, 57, Сумы, 40030, Украина)

**E-mail:** lysenko.varvara@gmail.com

**Pakhnenko O. M., Lysenko V. S. Micro-insurance as the Basis for Development of Voluntary Medical Insurance in Ukraine**

The article analyses the modern state of development of medical insurance in Ukraine and also studies advantages and shortcomings of the use of micro-insurance for popularisation of programmes of voluntary medical insurance and satisfaction of needs in high quality medical services for all layers of the population. It identifies that as of today the Ukrainian healthcare system is at the stage of reformation, mandatory medical insurance is not yet introduced and main consumers of the programmes of voluntary medical insurance are corporate clients. The article considers main constraints of development of medical insurance in Ukraine, including: low level of income of the population; absence of high quality providers of medical services in regions; and insufficient degree of trust of the population to the insurance sphere. The article shows that introduction of micro-insurance would positively influence the development of insurance medicine in the country, would facilitate provision of medical services even for poor citizens and would allow reduction of state budget expenditures on healthcare. The conducted study of restrictions and shortcomings of introduction of micro-insurance allowed identification of the fact that main of them are information asymmetry (unfavourable selection of risks, moral risk and insurance fraud), significant limitation of insurance coverage and difficulties in identifying optimal insurance tariffs.

**Key words:** medical insurance, micro-insurance, information asymmetry, healthcare, poor population, regional market of medical services.

**Pic.: 2. Bibl.: 13.**

**Pakhnenko Olena M.** – Candidate of Sciences (Economics), Assistant, Department of Finance, Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine (vul. Petropavlivska, 57, Sumy, 40030, Ukraine)

**E-mail:** pakhnenko@gmail.com

**Lysenko Varvara S.** – Postgraduate Student, Department of Economic Cybernetics, Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine (vul. Petropavlivska, 57, Sumy, 40030, Ukraine)

**E-mail:** lysenko.varvara@gmail.com

Медичне страхування є тією сферою, де перетинаються інтереси не лише страхових компаній, страховальників і застрахованих осіб як основних суб'єктів страхових відносин, але й держави, оскільки медичне страхування виконує важливу соціальну функцію в суспільстві.

Залежно від стану медичного забезпечення в країні та рівня розвитку страхового ринку можуть ставитися відповідні завдання в галузі медичного страхування. Так, страхові компанії розвинених країн прагнуть до розширення ринків збуту, збільшення асортименту страхових послуг та підвищення їх якості, а також залучення нових споживачів шляхом розробки нових страхових продуктів.

З іншого боку, перед страховими компаніями країн, що розвиваються та характеризуються недостатньою потужністю страхового ринку, передусім стоїть завдання підвищення попиту на страхові послуги, формування зацікавленості населення у продуктах медичного страхування. Інші проблеми, що виникають в таких країнах, полягають в існуванні соціальних проблем, недостатньому фінансуванні системи охорони здоров'я, високих кишенькових витратах і недоступності якісних медичних послуг для значної частини населення.

На сьогодні у багатьох країнах світу питання гарантування доступу до якісних медичних послуг всіх верств населення, у тому числі малозабезпечених осіб, вирішується із застосуванням медичного мікрострахування. Деякі принципи та елементи цього механізму можуть бути використані для удосконалення системи охорони здоров'я і в Україні.

Проблеми розвитку медичного страхування досить широко розглядаються в роботах як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників, зокрема цьому питанню присвячені праці S. Thomson, E. Mossialos, M. Borda, J. Perrot, P. Saksena, D.M. Dror, B. Ekman, Н. Б. Грищенко, Т. А. Говорушко, Г. Ю. Глусти, Т. В. Яворської та інших. Аспекти мікрострахування на сьогодні досліджуються переважно в зарубіжних наукових працях, зокрема базовими в даній сфері є роботи С. Churchill, С. Biener, M. Eling, M. Cohen. Серед вітчизняних дослідників питання мікрострахування найбільш повно висвітлюються у працях Л. В. Шірінян.

Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених як мікрострахуванню, так і медичному страхуванню, на сьогоднішній день науковцями не було достатньою мірою висвітлене питання щодо використання інструментів мікрострахування для розвитку добровільного медичного страхування в Україні, чому і присвячене дане дослідження.

На сьогоднішній день медичне страхування в Україні знаходиться в зародковому стані. Досвід провідних європейських країн свідчить про ефективність функціонування системи, основаної на комбінації обов'язкового та добровільного медичного страхування. Мається на увазі, що держава (за рахунок внесків роботодавців чи самозайнятого населення) забезпечує всім громадянам визначений (найчастіше – мінімальний) набір медичних послуг, які вони можуть отримати в разі настання страхового випадку. Окрім цього, у країні паралельно функціонує система добровільного медичного страхування, основними гравцями якої є приватні страхові компанії. Вони пропонують клієнтам пакет послуг, який є або «удосконаленим» варіантом обов'язкового страхування (в Європі – *complementary health insurance*), або ж варіант розширення пакету медичних послуг, які отримує клієнт (*supplementary health insurance*). Досить цікавим, на нашу думку, є розмежу-

вання між зазначеними видами добровільного медичного страхування. Так, у рамках комплементарного медичного страхування, клієнти можуть отримувати лікування в кращих клініках чи претендувати на індивідуальні палати, тоді як в рамках саплементарного медичного страхування клієнт може «докупити» послуги, не передбачені полісом обов'язкового медичного страхування (стоматологія, право самостійного вибору лікаря тощо) [13]. Альтернативним варіантом організації охорони здоров'я в країні може бути система обов'язкового приватного медичного страхування (наразі єдиний приклад – Нідерланди). Згідно з даною системою страхові кошти акумулюються приватними страховими компаніями, а держава грає виключно регуляторну та наглядову роль, гарантуючи кожному громадянину, незалежно від рівня статків та стану здоров'я, отримання необхідної медичної допомоги.

Українська система охорони здоров'я наразі знаходиться у стані реформування. Так, незважаючи на численні законопроекти, обов'язкове медичне страхування в країні відсутнє. Добровільне медичне страхування лише набирає популярності. Основними споживачами даного страхового продукту є корпоративні клієнти, для яких медична страховка – частина соціального пакету працівників. Так, згідно з даними Forinsurer, п'яту частину премій за полісами добровільного медичного страхування в Україні акумулює СК «Нафтогазстрах» (основні клієнти – «Укрзалізниця» та ряд інших державних установ).

Індивідуальні клієнти, яким потенційно може бути цікавим такий страховий продукт, як добровільне медичне страхування, зосереджені у великих містах (найбільша концентрація – м. Київ). На жаль, масового попиту на продукти ДМС на сьогоднішній день не спостерігається. Це можна пояснити рядом причин.

*По-перше*, рівень доходів населення, який залишається досить низьким. Так, станом на жовтень 2013 р. середня зарплата по Україні була 3283 грн, тоді як у Києві вона досягала 5040 грн [3] (максимальний показник в державі). Вартість стандартного полісу (тривалість надання послуг – 1 рік) у СК «Здорово» – від 5900 грн, що є більшим за місячну зарплату пересічного киянина. Таким чином, можна говорити, що існуючі на сьогоднішній день на українському ринку програми добровільного медичного страхування є досить дорогими; значна частина населення України просто не може собі дозволити їх.

*По-друге*, мала кількість новітніх та якісних провайдерів медичних послуг (лікувально-профілактичних закладів). Ядром української системи охорони здоров'я є пострадянські лікарні часто із застарілим (через недостатнє фінансування з боку держави) обладнанням, що безпосередньо впливає на якість медичних послуг. До того ж, не в кожному регіоні присутні багато профільні клініки рівня «Борис», «Медіком» чи «Добробут» (за оцінками експертів, 85 – 90% українських приватних клінік припадає саме на столицю). Тож навіть придбавши страховий поліс класу VIP в окремих регіонах, клієнт може не отримати належного рівня допомоги (здебільшого вона надається на базі державних лікарень). Регіональна конкуренція на ринку платних медичних послуг зосереджена на вузькопрофільних медичних закладах (діагностика, стоматологія, гінекологія, косметологія). Загалом, на заклади приватної медицини припадає близько 20% від ринку медичних послуг в Україні (за результатами інших досліджень, на приватну невідкладну допомогу припадає 25 – 30% ринку) [4].

По-третє, дослідження ринку до недавнього часу свідчили про певну недовіру до страхової сфери з боку українського населення, яке часто вбачає в страхуванні фінансові піраміди. Проте, саме добровільне медичне страхування показує позитивну динаміку в кількості акумульованих страхових премій за останні 2 роки.

З іншого боку, за оцінками експертів, ситуація із станом здоров'я українців наразі є невтішною. З кожним роком збільшується частка населення віком від 60 років (наданий час вона складає 20,3%). Згідно з дослідженнями ООН, протягом наступних 40 років цей показник досягне рівня 38,1%. Середня тривалість життя українця – 68,1 рік, тоді як в Андоррі цей показник – 82,75 років, у Франції – 81 рік, в Ізраїлі – 79,9 років. Піраміда старіння в Україні зростає за рахунок високих показників смертності дорослих та низької народжуваності.

Причинами захворювань та смертей українського населення є хронічні неінфекційні захворювання, від яких помирають близько 60% дорослих та майже 20% дітей. Основними причинами смерті українців є хвороби серця та кровоносних судин, онкологічні захворювання, хвороби органів травлення та дихання.

Потреби населення в амбулаторній терапевтичній та спеціалізованій консультативній допомозі задовольняються, в середньому, на 47%, у реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81%, швидкій медичній допомозі – на 32,5%, організації стаціонарів вдома – на 71,1%, стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2%, соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5%. Кожна четверта людина похилого віку самотійно не в змозі покинути власне помешкання, а кожна п'ята не може зробити елементарні гігієнічні процедури [2]. Усі ці показники свідчать про досить низьку доступність медичної допомоги, яка залежить від географічних чинників, та її недостатню якість.

Неможливо не зазначити проблему недостатньої кількості медичних кадрів в Україні. За даними МОЗ, показники кількості кадрів в українських лікарнях є нижчими за середньоєвропейський рівень. Так, в Україні показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч населення, які безпосередньо займаються лікуванням хворих, складає 26,5 на 10 тис. населення, тоді як в Європі в середньому він дорівнює 36,0. Це може бути пов'язаним із низькою заробітною платою медичного персоналу (середня зарплата лікаря у жовтні 2013 р. – 2362 грн), яка демотивує випускників медичних вузів працювати за спеціальністю. На нашу думку, тісна співпраця між закладами охорони здоров'я та страховими компаніями могла б підняти середні зарплати лікарів та медсестер в Україні за рахунок збільшення фінансування та прямої зацікавленості компанії в роботі медичного персоналу.

На нашу думку, добровільне медичне страхування могло б покращити стан і здоров'я українців насамперед за рахунок прямої зацікавленості страхової компанії у мінімізації власних витрат, результатом чого є збільшення уваги до превентивних заходів щодо здоров'я клієнтів (плановий медичний огляд, імунізація, вакцинація, проведення аналізів тощо).

Проте, більшість українців схильні до витрат, пов'язаних із охороною здоров'я у випадках, коли потрібна термінова допомога, часто нехтуючи культурою планового медогляду. У таких випадках сума, яка терміново може знадобитися людині, може бути досить високою в залежності від важкості стану здоров'я. Також було виявлено, що час-

тина населення відмовляється від отримання медичної допомоги, дізнаючись про потенційні витрати.

Поряд з тим, що в Україні функціонує система безоплатної медицини, населення схильне платити за ряд медичних послуг, які їм надаються. Так, згідно результатів дослідження ASSPRO CEE, яке проводилося в ряді країн Центрально-Східної Європи у 2007 – 2012 рр., 57% українців платять за візит до лікаря (72% з них – неофіційно із власної кишені). Частина коштів стягується з пацієнтів у вигляді так званих «благодійних внесків» (75% українців відносяться до даної категорії платежів вкрай негативно), частина ж платиться безпосередньо лікарю. 73% респондентів заявили про свою готовність платити за візит до лікаря. При цьому вони відмічали велике значення клінічної якості медичної допомоги, яка знаходить вираження у майстерності та репутації лікаря; соціальну якість (ставлення медичного персоналу до пацієнта – уважність до його скарг і симптомів, залучення пацієнта до прийняття рішень, надання повної та достовірної інформації тощо). Цікаво, що при виборі лікарні українські пацієнти меншу увагу звертають на оснащеність клініки новітнім обладнанням, стан приміщень, територіальну близькість клініки та час очікування допомоги [1].

Звищеведеного робимо висновок про те, що 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 ці платежі в середньому дорівнюють 19% загальних витрат на охорону здоров'я і є на порядок меншими, ніж в Україні, через поширення страхової медицини [6]. На нашу думку, 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 йти 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). На нашу думку, більшість проблем, існуючих на сьогодні у сфері медичного страхування, можуть бути вирішені за допомогою впровадження у практику страхової діяльності принципів мікстрахування. Узагальнено сутність медичного мікстрахування 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, пропорційної ймовірності і величині ризику.

Реалізація продуктів медичного мікстрахування 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 мікстрахування в малорозвинених країнах займаються міжнародні організа-



ції (зокрема, Міжнародна організація праці) та різноманітні благодійні фонди (наприклад, Фонд Білла і Мелінди Гейтс, організація «MicroEnsure»). Так, протягом 2002 – 2012 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 [11]. 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 низького рівня страхових платежів для забезпечення максимального доступу до страхової медицини малозабезпечених верств населення (рис. 1).

Як засвідчує світовий досвід, впровадження медичного мікрострахування дозволяє не лише знизити обсяги тінювих (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, 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.

Характеризуючи переваги використання мікрострахування в системі медичного забезпечення, можна відзначити, що воно не лише сприяє вирішенню ряду соціаль-

них 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 дозволяє залучити до страхування нових споживачів страхових послуг з нижчим ризиком для них втрати своїх коштів.

На відміну від інших видів страхування медичне страхування має першочергове соціальне значення, тому його розвиток є важливим не лише з точки зору інтересів окремих громадян чи страхового сектору, але й виступає пріоритетним напрямком державної політики. 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 (рис. 2).

Поряд із визначеними перевагами мікрострахування у сфері медичних послуг, необхідно відзначити також і ряд недоліків та перешкод, які стримують 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 страхувальників [5].

Несприятливий відбір ризиків для медичного страхування загалом (не тільки у розрізі мікрострахування) проявляється в тому, що люди, які мають хронічні захворювання, люди похилого віку та люди, що мають спадкову схильність до розвитку певних хвороб, виявляють більшу зацікавленість у придбанні полісів медичного страхування.

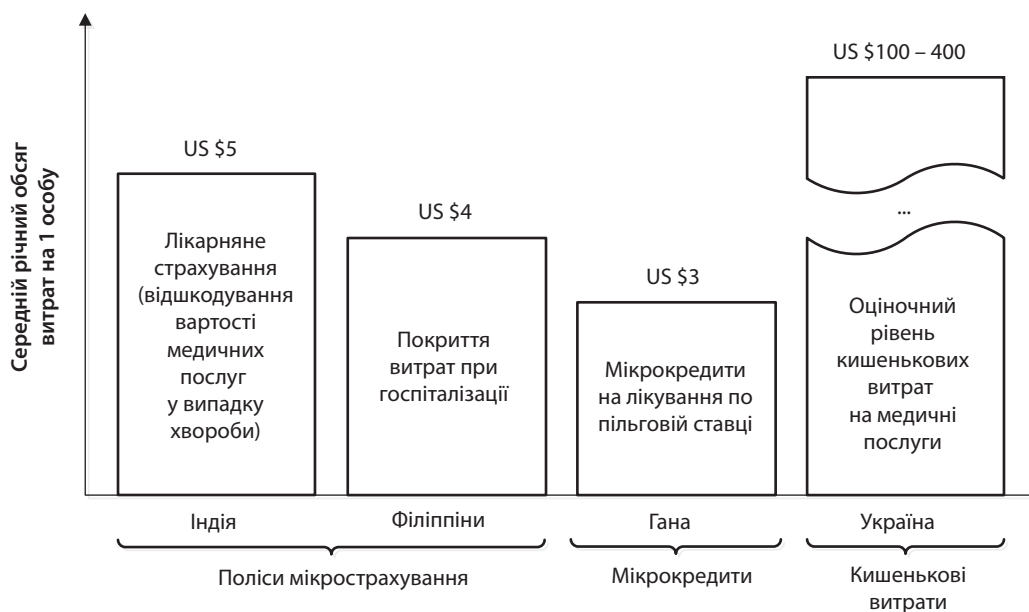
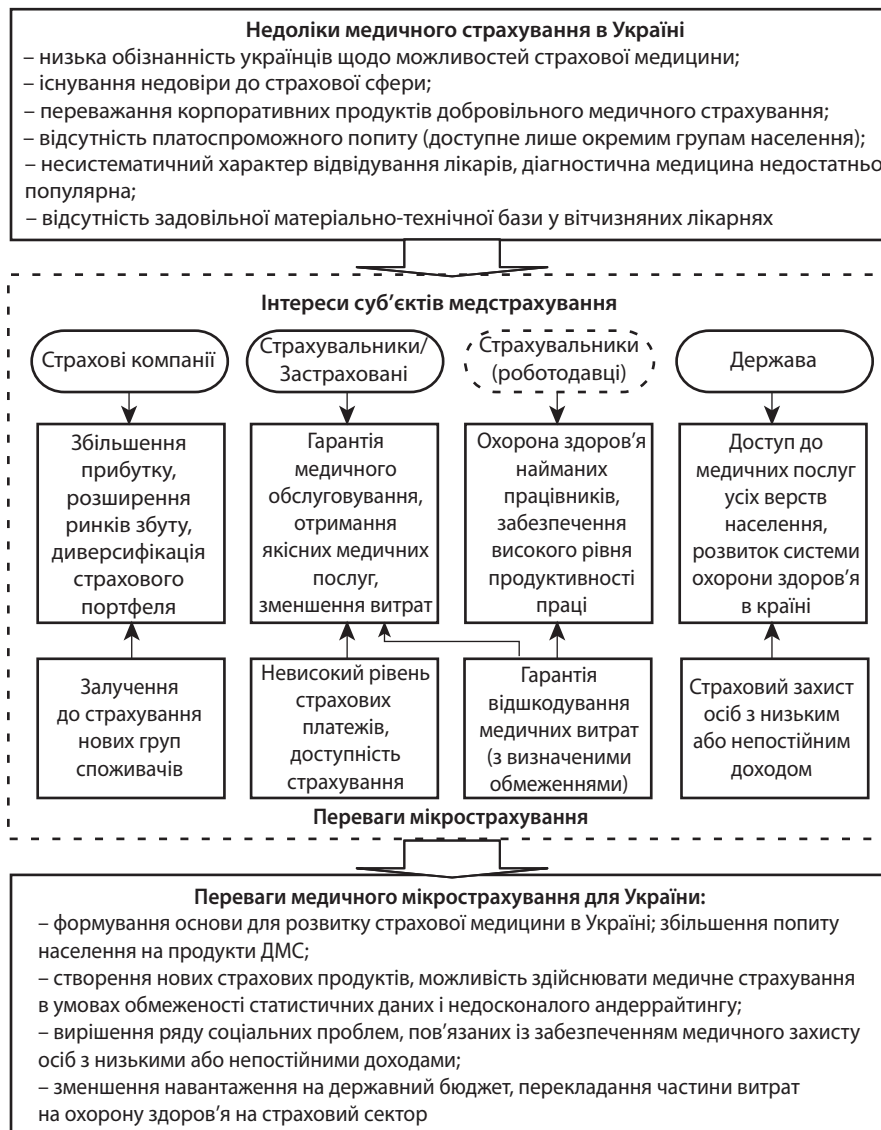


Рис. 1. Порівняння витрат, що здійснюються при впровадженні схем медичного мікрострахування, і кишенькових витрат населення при відсутності страхової медицини, складено на основі [4, 11]



**Рис. 2. Переваги мікрострахування для розвитку медичного страхування в Україні**

Поява морального ризику в медичному мікрострахованні 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 страхова компанія відшкодує основну частину витрат, застраховані особи схильні частіше робити аналізи та діагностику, порівняно з тим, коли такої страховки немає. Характерним при наявності полісу медичного страхування буде також використання додаткових процедур чи напрямків лікування, які до оформлення страховки застрахованою особою не використовувалися; придбання більш дорогих ліків; подовження терміну стаціонарного лікування тощо.

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 мікрострахованні суттєво обмежуються кількість та характер медичних послуг, вартість яких відшкодується в рамках полісів медичного мікрострахування.

Іншим проблемним аспектом у медичному мікрострахованні є труднощі у визначенні оптимальної страхової премії. Як було відзначено, мікростраховання 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 удорожчання 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 мікрострахованні є значно вищими, ніж в інших видах мікрострахування, і часто перевищують максимально допустимий розмір з точки зору можливості їх сплати страховальниками [10].

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 задовольнити попит цільового сегменту споживачів – осіб з низькими доходами [7, 9]. Відповідно, найкращим варіантом організації медичного мікрострахування є формування такої моделі медичного забезпечення, в якій обов'язок часткової компенсації вартості медичних послуг бере на себе держава [8].

**Щ**е однією проблемою медичного страхування, характерною саме для мікрострахування в країнах з недостатньо 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 мікрострахованні, надання послуг медичного страхування взагалі стає невивігдним для страхових компаній. З іншого боку, значне обмеження обсягів відповідальності 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.

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 досі 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.

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 медичного забезпечення, у тому числі удосконалення інфраструктури ринку медичних послуг, підвищення якості та гарантування доступності медичних послуг. ■

## ЛІТЕРАТУРА

1. За що готові платити українські пацієнти? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/za-shho-gotovi-platiti-ukra%D1%97nski-paciyenti/> – Назва з екрану.
2. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/starinnya-ce44a.pdf> – Назва з екрану.
3. Середня заробітна плата за регіонами в 2013 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.nibu.factor.ua/ukr/info/socposobiya/sred-zarp-reg/sred-zarp-reg\\_13/](http://www.nibu.factor.ua/ukr/info/socposobiya/sred-zarp-reg/sred-zarp-reg_13/) – Назва з екрану.
4. Ситуація на ринку медичних послуг України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.newbiznet.com.ua/index.php/ru/articles/80-market/309-2011-10-07-12-56-20> – Назва з екрану.
5. **Biener C.** Insurability in Microinsurance Markets: An Analysis of Problems and Potential Solutions / C. Biener, M. Eling // *The Geneva Papers on Risk and Insurance*. – 2012. – № 37. – p. 77 – 107 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.palgrave-journals.com/gpp/journal/v37/n1/pdf/gpp201129a.pdf>
6. Burden of out-of-pocket health expenditure [Electronic source]. – Access mode : [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011/burden-of-out-of-pocket-health-expenditure\\_health\\_glance-2011-54-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011/burden-of-out-of-pocket-health-expenditure_health_glance-2011-54-en)
7. **Cohen M.** Reducing vulnerability: The demand for microinsurance / M. Cohen, J. Sebstad // *Journal of International Development*. – 2005. – № 17(3). – p. 397 – 474.
8. **Dong H.** The feasibility of community based health insurance in Burkina Faso / H. Dong, F.Mugisha, A.Gbangou, B. Kouyate, R. Sauerborn // *HealthPolicy*. – 2004. – № 69(1). – p. 45 – 53.
9. **Dror D. M.** Do microhealth insurance units need capital or reinsurance? A simulated exercise to examine differential alternatives / D. M. Dror, J. Armstrong // *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*. – 2006. – № 31(4). – p. 739 – 761.
10. **Ekman B.** Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence / B. Ekman // *Health Policy and Planning*. – 2004. – № 19(5). – p. 249 – 270.
11. Health Insurance // *MicroEnsure Health Programmes – MicroEnsure* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.microensure.com/products-health.asp>
12. *Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium* / Edited by C. Churchill. – ILO and Munich Re Foundation, 2006. – 678 p.
13. Private medical insurance in the European Union [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf>

## REFERENCES

- Biener, C., and Eling, M. "Insurability in Microinsurance Markets: An Analysis of Problems and Potential Solutions" <http://www.palgrave-journals.com/gpp/journal/v37/n1/pdf/gpp201129a.pdf>
- "Burden of out-of-pocket health expenditure" [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011/burden-of-out-of-pocket-health-expenditure\\_health\\_glance-2011-54-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011/burden-of-out-of-pocket-health-expenditure_health_glance-2011-54-en)
- Cohen, M., and Sebstad, J. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance". *Journal of International Development*, no. 17 (3) (2005): 397-474.
- Dong, H. and others. "The feasibility of community based health insurance in Burkina Faso". *HealthPolicy*, no. 69 (1) (2004): 45-53.
- Dror, D. M., and Armstrong, J. "Do microhealth insurance units need capital or reinsurance? A simulated exercise to examine differential alternatives". *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, no. 31 (4) (2006): 739-761.
- Ekman, B. "Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence". *Health Policy and Planning*, no. 19 (5) (2004): 249-270.
- "Health Insurance" <http://www.microensure.com/products-health.asp>
- "Napriamo udoskonalennia sfery okhorony zdorovia v umovakh postarinnia naseleennia Ukrainy" [Areas of improvement of health conditions in the aging of the population of Ukraine]. <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/starinnya-ce44a.pdf>
- Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium*: ILO and Munich Re Foundation, 2006.



"Private medical insurance in the European Union" <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf>

"Srednia zarobitna plata za rehionamy v 2013 rotsi" [Average salary by region in 2013]. [http://www.nibu.factor.ua/ukr/info/socposobiya/sred-zarp-reg/sred-zarp-reg\\_13/](http://www.nibu.factor.ua/ukr/info/socposobiya/sred-zarp-reg/sred-zarp-reg_13/)

"Sytuatsiia na rynku medychnykh posluh Ukrainy" [The market of medical services in Ukraine]. <http://www.newbiznet.com.ua/index.php/ru/articles/80-market/309-2011-10-07-12-56-20>

"Za shcho hotovi platyty ukrainski patsiienty?" [What patients are willing to pay Ukrainian?]. <http://www.vz.kiev.ua/za-shho-gotovi-platit-ukra%D1%97nski-paciyenti/>

УДК 330.131.7

## УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В БАНКАХ УКРАЇНИ

© 2014 СКАСКО О. І.

УДК 330.131.7

### Скасцо О. І. Удосконалення системи управління ризиками в банках України

Мета статті полягає в дослідженні еволюції формування системи управління ризиками в банках України, основних інструментів, методів управління ризиками та організаційних підходів з формування підрозділів ризик-менеджменту, корпоративного управління в банках. Проведено аналіз рекомендацій Базельського комітету з питань банківського нагляду, законодавчих і нормативних актів, які формують організаційно-методологічні вимоги з ризик-менеджменту в банках, встановлено недоліки його функціонування. Обґрунтовано пропозиції з удосконалення ризикології в банках України, а саме: запровадження вимоги здійснення банками оцінки ризиків і стрес-тестувань у середньостроковій перспективі (до 3 років), що розкриватиме ризики реалізації довгострокових програм банків, потенційних утрат надходжень і капіталу внаслідок наявних розривів між термінами виконання зобов'язань по активам і пасивам тощо. У результаті дослідження встановлено, що для комплексної реалізації вимог Базельського комітету з банківського нагляду з організації підрозділів ризик-менеджменту в банках необхідно запровадити кваліфікаційні вимоги до керівників цих служб і процедур їх призначення/звільнення за погодженням зі службою банківського нагляду, статус якого в банку не менш важливий відносно керівників служб внутрішнього аудиту, фінансового моніторингу, призначення на посади яких в обов'язковому порядку погоджується в НБУ.

**Ключові слова:** Базельський комітет з банківського нагляду, корпоративне управління, ризик-менеджмент, система оцінки ризиків, стрес-тестування.

**Рис.:** 1. **Бібл.:** 12.

**Скасцо Олег Іванович** – кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри обліку і аудиту, Львівський інститут банківської справи Університету банківської справи Національного банку України (пр. Т. Шевченка, 9, Львів, 79005, Україна)

**E-mail:** skasko72@gmail.com

УДК 330.131.7

UDC 330.131.7

### Скасцо О. И. Усовершенствование системы управления рисками в банках Украины

### Skasko O. I. Improving the System of Risk Management in Ukrainian Banks

Цель статьи заключается в исследовании эволюции формирования системы управления рисками в банках Украины, основных инструментов, методов управления рисками и организационных подходов по формированию подразделений риск-менеджмента, корпоративного управления в банках. Анализируя рекомендации Базельского комитета по вопросам банковского надзора, законодательные и нормативные акты, формирующие организационно-методологические требования по риск-менеджменту в банках, установлены недостатки его функционирования. Обоснованы предложения по совершенствованию ризикології в банках України, а именно: введеніє вимоги оцінки ризиків і стрес-тестування в банках України, а саме: запровадження вимоги здійснення банками оцінки ризиків і стрес-тестувань у середньостроковій перспективі (до 3 років), що розкриватиме ризики реалізації довгострокових програм банків, потенційних утрат надходжень і капіталу внаслідок наявних розривів між термінами виконання зобов'язань по активам і пасивам і т. д. В результаті дослідження встановлено, що для комплексної реалізації вимог Базельського комітету з банківського нагляду з організації підрозділів ризик-менеджменту в банках необхідно запровадити кваліфікаційні вимоги до керівників цих служб і процедур їх призначення/звільнення за погодженням зі службою банківського нагляду, статус якого в банку не менш важливий відносно керівників служб внутрішнього аудиту, фінансового моніторингу, призначення на посади яких в обов'язковому порядку погоджується в НБУ.

The goal of the article lies in the study of evolution of formation of the risk management system in Ukrainian banks, main instruments, methods of risk management and organisational approaches to formation of subdivisions of risk management and corporate management in banks. Analysing recommendations of the Basel Committee on Banking Supervision, legislative and regulatory acts, which form organisational and methodological requirements by risk management in banks, the article reveals shortcomings of its functioning. The article gives proposals on improvement of riskology in Ukrainian banks, namely: introduction of the requirement for risk assessment and stress testing by banks in the medium-term prospective (up to 3 years), which would reveal risks of realisation of long-term bank programmes, potential losses of receipts and capital due to existing gaps between the terms of performance of obligations by assets and liabilities, etc. In the result of the study the article establishes that in order to realise requirements of the Basel Committee on Banking Supervision on organisation of subdivisions of risk management in banks, it is necessary to introduce qualification requirements to managers of these services and procedures of their assignment/retirement in co-ordination with the banking supervision service, the status of which in the bank is not lower than managers of the internal audit and financial monitoring services, assignment of whom should be mandatory co-ordinated with NBU.

**Ключевые слова:** Базельский комитет по банковскому надзору, корпоративное управление, риск-менеджмент, система оценки рисков, стресс-тестирование.

**Key words:** Basel Committee on Banking Supervision, corporate management, risk management, risk assessment system, stress testing.

**Рис.:** 1. **Библ.:** 12.

**Рис.:** 1. **Библ.:** 12.

**Скасцо Олег Иванович** – кандидат экономических наук, доцент, доцент, кафедра учета и аудита, Львовский институт банковского дела Университета банковского дела Национального банка Украины (пр. Т. Шевченка, 9, Львов, 79005, Украина)

**Skasko Oleh I.** – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Associate Professor, Department of Accounting and Auditing, Lviv Institute of Banking of University of Banking of the National Bank of Ukraine (pr. T. Shevchenko, 9, Lviv, 79005, Ukraine)

**E-mail:** skasko72@gmail.com

**E-mail:** skasko72@gmail.com