

8.2 Страхове забезпечення використання послуг охорони здоров'я

Перестраховочним брокером Willis Towers Watson (WTW) у період з липня по вересень 2022 року було проведено опитування «Global Medical Trends Survey 2023», до якого були залучені 257 провідних страхових компаній, що представляють 55 країн. Мотивація до проведення такого опитування полягала в необхідності дослідження підґрунтя тенденції зростання глобальних витрат на охорону здоров'я.

Інфляційні процеси, загальна нестабільність у світовій економіці, збільшення використання медичних послуг після пандемії та динамічний ринок праці потребують пошуку оптимальної моделі покриття витрат на охорону здоров'я. В цьому контексті додаткової уваги потребує використання механізму страхування, який зазвичай забезпечує стабільність, соціальні гарантії в суспільстві за допомогою механізму фінансового захисту. Протягом століть страхування удосконалювалося, змінювалися його організаційні форми, методи компенсації збитків, посилювалась розмаїтість страхових програм у міру розширення страхових інтересів і зміни страхових ризиків.

Слід зазначити, що в світовій практиці співіснують різні моделі систем охорони здоров'я, що передбачають різні джерела фінансування медичних витрат, а саме: кошти державного бюджету, страхові внески з обов'язкового та добровільного медичного страхування, тощо (табл.1).

Таблиця 1

Моделі національних систем охорони здоров'я

Країна	Німеччина	Японія	Канада	Франція	Велика Британія	США
Тип моделі	Соціально- страхова			Державна		Ринкова
Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП	8,10%	6,60%	8,70%	8,50%	6,00%	14%

Продовження табл. 1

Джерело фінансування	ОМС – 60% ДМС – 10% Державний бюджет – 15% Власні кошти громадян – 15%	ОМС – 60% Державний бюджет – 10% Суспільні фонди – 10% Власні кошти громадян – 20%	Федеральні фонди і фонди бюджетів провінцій – 90% Фонди приватних СК і добровільні пожертвування – 10%.	ОМС – 50% ДМС – 20% Державний бюджет – 10% Власні кошти громадян – 20%.	Державний бюджет	Приватне страхування – 40% Власні кошти громадян – 20% Програми для малозабезпечених та людей похилого віку – 40%
----------------------	---	---	--	--	------------------	---

Складено за даними [434].

Уточнимо, що дослідження «Global Medical Trends Survey 2023» показує, що тенденція витрат на медичне обслуговування зросла з 8,2% у 2021 році до вищих, ніж очікувалося, 8,8% у 2022 році – і, за прогнозами, зросте ще більше у 2023 році до стабільно високого середнього глобального значення в 10%. Очікується, що зростання витрат торкнеться багатьох регіонів, а середній приріст витрат: в країнах Латинській Америці – прогнозується з 18,2% до 18,9%, в країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону – з 6,9% до 10,2%, Близького Сходу та Африки – з 10,5% до 11,5%. Навіть Європа, де традиційно спостерігається набагато менше зростання витрат, не виключена з рекордних рівнів тенденції. У 2023 році очікується, що середній приріст у Європі зросте до 8,6% проти 8% у 2022 році. Єдиним регіоном, де очікується зниження витрат на медичне обслуговування, є Північна Америка, де, за прогнозами буде зниження з 9,4% у 2022 році до 6,5% у 2023 році [435]. Отже, за даними дослідження WTW можемо припустити, що серед моделей національних систем охорони здоров'я в контексті мінімізації медичних витрат певні переваги має ринкова модель, саме вона властива Північній Америці. Характерною ознакою цієї моделі є потужне використання приватного страхування.

Опитування «Global Medical Trends Survey 2023» довело, що основним рушієм зростання медичних витрат є: надмірне використання медичних послуг (на це вказали 74% опитаних страховиків) через те, що медичні працівники рекомендують занадто багато послуг, що часто не обумовлено потребами

лікування; погані звички застрахованих (на це вказали 52% опитаних страховиків); недостатнє використання профілактичних послуг (на це вказали 50% опитаних страховиків 50%) [435].

Означимо переваги страхового забезпечення використання послуг охорони здоров'я, що є важливим бо в процесі реформування економіки України. Страхування здоров'я набирає актуальності через те, що воно забезпечує фінансовий захист на випадок необхідності отримання лікування бо допускає компенсацію витрат не лише на лікування, а й на медикаменти, адже якісні медичні послуги коштують в Україні дорого, а раптова хвороба може вимагати тривалого лікування та великих витрат.

Серед видів страхування здоров'я розрізняють: медичне страхування, страхування на випадок захворювання, страхування критичних ризиків та страхування від нещасного випадку.

Страхування є механізмом управління ризиком. Страховим ризиком в медичному страхуванні є виникнення розладу здоров'я застрахованої особи, пов'язаного з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою внаслідок нещасного випадку, який зумовлює потребу у наданні їй медичних та оздоровчих послуг. Через багатоманіття ризиків щодо здоров'я установлюють різні програми страхового захисту, що місять одну чи декілька складових, вибір яких споживач послуги здійснює з врахуванням своїх потреб та платоспроможності (рис. 1).

Складові програм медичного страхування			
Амбулаторно-поліклінічна допомога	Стаціонарне забезпечення	Невідкладна допомога	Стомаатологія
Гострі захворювання, хронічні захворювання в стадії загострення, хронічні захворювання (до 30 днів на рік), травми, опіки, отруєння, денний стаціонар, реабілітація після травм (до 30 днів на рік), інвазивні маніпуляції і малі хірургічні операції, виклик лікаря додому за медичними показаннями при неможливості самостійного відвідування, медогляд (терапевт, гінеколог/уролог, електрокардіографія, аналіз крові, аналіз крові на цукор, аналіз сечі, флюорографія) та ін.	Хронічні захворювання в стадії загострення, хронічні захворювання (до 30 днів на рік), екстрений та плановий стаціонар, стандартні для ЛПЗ та поліпшені палати.	Організація та оплата медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.	Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту, діагностика, терапевтичне і хірургічне лікування (карієс, пульпіт, пародонтит), лікування пародонтозу, зняття зубного нальоту, профілактичний стоматологічний огляд, лікувальні аплікації, фізіотерапія та ін.). Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку.

Рис. 1. Основні складові програм медичного страхування

За певних умов у програми медичного страхування можуть вводити й опцію «Медикаментозне забезпечення». Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах та для надання невідкладної допомоги за призначенням лікаря в межах страхової суми. Слід зауважити, що програми, що пропонуються на ринку страхових послуг не є стандартними, бо розробляються індивідуально в залежності від потреб споживачів. Варто зазначити, що страхове забезпечення використання послуг охорони здоров'я може бути як компенсаторним, так і асистуючим. Відмінність

полягає в тому, що в першому випадку страховики компенсують страхувальнику витрати, що було попередньо здійснено на забезпечення лікування, а в другому – страхувальник користується послугами охорони здоров'я, а страховик безпосередньо здійснює їх оплату. Важливо усвідомлювати, що в будь-якому випадку страховик сплачує за послуги охорони здоров'я в межах заздалегідь визначеної страхової суми, яка розглядається як максимум відповідальності страховика. Розмір страхової виплати медвитрат визначається у відсотках від страхової суми згідно з договором страхування.

Страхові компанії визначають певні обмеження страхування, що безпосередньо впливає на якість страхової послуги, серед яких: 1) обмеження щодо як складових та змісту програм страхування, що передбачено певним договором, так і відповідальності страховиків по певним випадкам шляхом їх виключення із страхового покриття; 2) обмеження щодо прийняття на страхування, а саме: застрахованими особами не можуть бути особи, визнані у встановленому порядку недієздатними; хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (порушення мозкового кровообігу, пухлин головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію); інваліди 1 та 2 групи; особи, визнані інвалідами дитинства та діти-інваліди; ВІЛ – інфіковані та/або хворі на СНІД; хворі на тяжкі (некомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем (та/або органів) організму людини); 3) встановлення періоду очікування (в днях), протягом якого у разі настання страхового випадку, страхове відшкодування не здійснюється; 4) визначення франшизи (частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором) на медикаментозне забезпечення та обмеження його певними фармкомпаніями.

Страхове забезпечення використання послуг охорони здоров'я набуває поширення в Україні, про що можуть свідчити дані рейтингу страхових компаній як з добровільного медичного страхування (табл. 2), так і з добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (табл. 3), що демонструють як наявність попиту на послуги з страхування (премії, тис. грн), так і обсяги виплат.

Таблиця 2

Рейтинг страхових компаній з добровільного медичного страхування (ДМС)
за 1 півріччя 2022 року

№	Страхова компанія	премії, тис. грн	Виплати, тис. грн
1	ПРОВІДНА	409 190,8	222 218,1
2	УНІКА	351 587,3	208 129,8
3	ARX	285 542,5	91 971,8
4	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	164 222,4	124 281,1
5	УСГ	138 906,5	80 384,8
6	ТАС СГ	114 813,5	54 834,8
7	КРАЇНА	81 517,0	62 843,1
8	PZU УКРАЇНА	68 630,9	33 773,6
9	ВУСО	62 684,9	34 139,6
10	КНЯЖА	51 306,7	24 450,8
11	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	51 189,6	20 121,4
12	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	46 875,7	19 816,3
13	УНІВЕРСАЛЬНА	43 624,9	29 787,4
14	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	31 384,0	19 035,0
15	ЄВРОІНС УКРАЇНА	30 542,0	19 219,9
16	МОТОР-ГАРАНТ	26 356,4	9 861,0
17	РАРИТЕТ	18 593,0	4 806,0
18	ОМЕГА	18 411,5	11 029,5
19	ОБЕРІГ	9 534,5	3 173,6
20	ОРАНТА	8 619,4	1 868,4
21	ПЕРША	8 492,3	3 217,0
22	САЛАМАНДРА	6 216,0	3 799,0
23	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	6 059,4	6 437,1
24	ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ	3 897,8	1 441,3
25	АСКО-ДОНБАС ПІВНІЧНИЙ	2 350,8	494,0
	ВСЬОГО	2 040 549,8	1 091 134,4

Складено за даними [436]

Добровільне медичне страхування (ДМС) може мати особливості в певних страхових компаніях. Але в будь-якому разі воно є фінансовим рішенням з захисту здоров'я в межах страхової суми на випадок: виникнення гострої хвороби, що вимагає екстреного оперативного лікування або хірургічного втручання; виникнення критичного захворювання; смерті застрахованої особи.

Слід зважати на можливість здійснення вибору, враховуючи багатоваріантність пакетів від мінімального до максимального покриття:

- пакет «мінімум», як правило, передбачає медичне страхування на випадок смерті внаслідок нещасного випадку або гострої хвороби;
- пакет «середній» зазвичай передбачає медичне страхування на випадок: смерті внаслідок нещасного випадку або гострої хвороби, екстреного оперативного/хірургічного лікування гострої хвороби, що виникла вперше у житті особи;
- пакет «максимальний» – це пакет «середній» + медичне страхування на випадок вперше діагностованого критичного захворювання.

Базові програми добровільного медичного страхування гарантують організацію та надання медичних послуг як у сучасних приватних медичних закладах, організованих за європейськими вимогами й орієнтованих на світові стандарти надання медичної допомоги, так і у державних лікувально-профілактичних установах і амбулаторіях сімейного типу будь-якого регіону України.

Страховики беруть на себе завдання організації: оперативного лікування/втручання, доступу до сучасної та комфортної медицини, цілодобової інформаційної підтримки лікарями-координаторами, альтернативної онлайн консультацію щодо коректності постановки діагнозу у провідних лікарів світу.

Таблиця 3

**Рейтинг страхових компаній із добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби за 1 півріччя 2022 року**

№	Страхова компанія	Премії, тис. грн	Виплати, тис. грн
1	ВУСО	108 353,1	22 283,7
2	УНІКА	102 292,6	27 905,6
3	АЛЬФА СТРАХУВАННЯ	100 018,8	344,2
4	КРАЇНА	83 573,4	21 598,1
5	ТАС СГ	12 048,4	488,8
6	УНІВЕРСАЛЬНА	4 182,5	476,7
7	PZU УКРАЇНА	2 281,7	38,3
8	ГАРДІАН	1 894,0	275,0
9	АСКО-ДОНБАС ПІВНІЧНИЙ	1 379,7	236,0

Продовження табл. 3

10	БРОКБІЗНЕС	1 358,9	152,9
11	УЛЬТРА АЛЬЯНС	932,3	294,6
12	ПРОВІДНА	713,3	376,7
13	ОМЕГА	710,8	132,2
14	ОРАНТА	464,6	240,8
15	САЛАМАНДРА	339,0	0,0
16	ПРОСТО-СТРАХУВАННЯ	326,1	0,0
17	АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ	193,0	1 512,0
18	АЛЬФА-ГАРАНТ	170,0	5,0
19	ЕТАЛОН	148,0	0,0
20	КНЯЖА	112,9	0,5
21	ARX	44,6	31,8
22	ЄВРОІНС УКРАЇНА	42,8	0,0
23	КОЛОННЕЙД УКРАЇНА	32,6	0,0
24	ОБЕРІГ	29,2	19,0
25	ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС	13,0	154,0
.	ВСЬОГО	421 655,3	76 565,9

Складено за даними [437]

Страховання здоров'я на випадок хвороби – це спосіб фінансового захисту від непередбачуваних витрат, пов'язаних із хворобою, втратою працездатності чи смертю.

Страховим випадком є: тимчасова втрата працездатності застрахованої особи внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, перебування на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні, що призвела до консервативного лікування; тимчасова втрата працездатності застрахованої особи внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, перебування на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні, що призвела до хірургічного втручання; стійка втрата загальної працездатності застрахованою особою (присвоєння інвалідності III, II чи I групи) внаслідок хвороби; смерть застрахованої особи внаслідок хвороби.

Серед переваг таких програм можна виокремити таке: страхова виплата здійснюється за самим фактом хвороби, втрати працездатності чи смерті; розмір компенсації заздалегідь визначає страхувальник, самостійно обираючи ту чи іншу страхову суму.

Особливої уваги заслуговує страхове забезпечення використання послуг охорони здоров'я з онкологічних, кардіологічних та нейрохірургічних захворювань як в Україні, так і закордоном. Мова йде про страхове забезпечення діагностики та лікування серйозних захворювань, які потребують якісного дорого вартісного лікування, в найкращих медичних клініках України та закордоном. Визнано, що онкологічні та кардіологічні захворювання входять у TOP-3 причин смертності в усьому світі, а, крім того, лікування цих захворювань є одними з найдорожчих.

При використанні саме страхового забезпечення покриваються такі види захворювань:

- 1) онкологія (злоякісні утворення);
- 2) кардіологія (відновлення кровотоку в артеріях, заміна або лікування серцевих клапанів, пластика судин серця, стентування або хірургічне лікування порушень серцевого ритму);
- 3) нейрохірургія (втручання на головному мозку, в тому числі при доброякісних пухлинах спинного мозку);
- 4) трансплантація життєво важливих органів (включаючи пересадку кісткового мозку та штучного серця);
- 5) реабілітація у випадку: захворювання і травми головного мозку, геморагічного або ішемічного інсульту, резекції внутрішньочерепної пухлини, енцефаліту, менінгіту, аноксичного ураження головного мозку, захворювання і травми спинного мозку та хребта (пошкодження спинного мозку в результаті травми, пухлини, інфекції або захворювання судин, захворювання і травма хребта), потреби в ортопедичному лікуванні, що виникла в результаті ампутації кінцівки, операції у зв'язку з пухлиною кістки чи зі складним переломом.

Таким чином, страхувальник може не лише захистити себе від високих витрат на лікування, але й забезпечити професійну підтримку щодо вибору та організації надання медичної допомоги. При забезпеченні медичного страхування пропонуються на вибір клієнта програми повного медичного обслуговування: лабораторно-діагностичні дослідження; консультативна

профільна допомога; амбулаторно-поліклінічне лікування; швидка медична допомога; стаціонарне лікування; оперативна хірургічна допомога; стоматологічна допомога; забезпечення медикаментами.

На якість послуги з медичного страхування впливають складові та зміст програм медичного страхування, які є невід'ємною частиною певного договору; обмеження страхування, які передбачені певним договором; встановлення франшизи на медикаментозне забезпечення та обмеження його певними фармацевтичними компаніями; обмеження відповідальності страховиків по певним випадкам через їх виключення із страхового покриття.

Програми не є стандартними, бо розробляються індивідуально в залежності від потреб споживачів та їх платоспроможності, вони містять перелік медичних та оздоровчих послуг певного обсягу та якості, що надаються застрахованій особі згідно з договором страхування.

Страховик може проконтролювати медичні витрати шляхом виключення надання медичних послуг, що не обумовлені потребами лікування, та сприяння використанню профілактичних послуг щодо, наприклад, ранньої діагностики хвороби та стимулювання певного способу життя.