

Олійник В.М.

*доцент кафедри фінанси і кредит Сумського державного університету,
м.Суми, Україна*

Охріменко І.О.

*аспірант кафедри менеджменту ДВНЗ «Українська академія банківської
справи Національного банку України», м.Суми, Україна*

Медичне страхування

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРАХУНКУ СТРАХОВИХ ТАРИФІВ В МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

У сучасних умовах типовій вітчизняній страховій компанії, яка пропонує споживачам значний обсяг страхових продуктів із різних видів страхування, але по кожному з них має незначний портфель, досить складно провести оцінку того чи іншого ризику, керуючись лише своїм досвідом. У даному випадку така страхова компанія при розробленні власної тарифної політики може орієнтуватися або на ставки, які вже сформувалися і діють на ринку, або на інформацію великих страхових компаній, що мають значні портфелі по конкретним видам страхування та готові поділитися своїми показниками. Уникненню таких проблем може сприяти консолідація невеликих українських страхових компаній, що дозволило б їм з максимальної ефективністю проводити цілеспрямовані дослідження, спираючись як на розробки вітчизняних, так і закордонних фахівців [1].

Сьогодні пропоновані на українському ринку страховими компаніями програми практично ідентичні. Дійсно, запропонувати щось нове, особливо на ринку медичних послуг, непросто: число якісних медичних установ у Києві, Харкові і тим більше в інших містах обмежене.

Головне нововведення, яке спостерігається сьогодні на ринку медичного страхування, – поступовий перехід до безлімітного медичного страхування. І якщо українські страхові компанії, як і раніше, встановлюють відносно невеликі страхові суми, то великі універсальні російські страхові компанії

декларують оплату будь-яких медичних послуг, передбачених страховою програмою без обмежень за сумарною вартістю. Зазначені програми вводяться за рахунок:

1) перестраховання за кордоном;

2) накопичення статистичних даних по страхових випадках, «розподілу» застрахованих за групами ризику та ймовірнісних розрахунків можливих виплат дня кожної з цих груп. При цьому розрахунок величини страхових внесків і прогнозування фінансових потоків страхової компанії здійснюється за допомогою спеціальних комп'ютерних програм, що розробляються безпосередньо самими страховими компаніями. При цьому науковий підхід до оцінки ризику дозволяє компаніям продавати безлімітні поліси за цілком прийнятними цінами.

Головним джерелом фінансових ресурсів страхової компанії є надходження страхових внесків від страхувальників за укладеними договорами страхування. Обсяг таких надходжень залежить від кількості укладених договорів страхування, величини страхових сум та розмірів страхових тарифів. Для обов'язкового страхування тарифи встановлюються на законодавчому рівні, з добровільних видів страхування – визначаються страховою компанією самостійно.

З точки зору страхової компанії, найбільш справедливою є така система платежів, при якій страховий внесок визначається величиною ризику виникнення страхового випадку (захворювання). Ця величина залежить від віку, статі, професії, суспільного становища, вихідного стану здоров'я, способу життя застрахованого і ряду інших факторів. Це все вимагає від страхової компанії детального вивчення демографічних показників. Всі особи, що віднесені до однієї такої групи, виходячи з ймовірності захворіти, платять однаковий страховий внесок. За такої системи платежів літні клієнти та особи з хронічними захворюваннями платять більше, ніж молоді і здорові.

Одним із головних факторів, що визначає ймовірність захворіти, є вік. Основним методом обліку віку при веденні страхування є використання

згладжених внесків. Їх розмір залежить від віку застрахованого, коли безпосередньо відбулося укладання страхового договору, та очікуваної тривалості життя. У такому випадку такі договори укладаються на дожиття. Дана система застосовується, зокрема, у Німеччині, Нідерландах, Швейцарії.

Величина страхового ризику залежить також від статі та професії застрахованого. На практиці закордонні страхові компанії мають у своєму розпорядженні вичерпний перелік професій з розрахованою вартістю їх фінансової безпеки в інтересах страхування, виходячи з умов праці, ризику нещасних випадків та професійних захворювань. У такому випадку, роботодавець, який за законодавством чи колективним договором зобов'язаний оплатити чималу частку страхового внеску, постає перед вибором: витратити кошти на значні страхові внески або на охорону праці. У більшості випадків останній варіант є більш прийнятним.

Диференційоване страхування (диференційована плата, заснована на сегментації страхового поля) залежно від рівня здоров'я робить страхування недоступним для людей, які часто хворіють – літніх та інвалідів, хоча саме ця категорія вкрай його потребує. Поширена практика, коли страхові компанії застосовують систему знижок для тих клієнтів, які мають менше число страхових випадків. Зазначена проблема з метою зменшення соціального напруження змушує уряди різних країн постійно шукати нові форми організації медичного страхування.

Крім методу згладжених внесків також застосовується метод використання актуарних розрахунків на стадії розподілу страхового фонду, який дозволяє врахувати вплив різних факторів на ставку страхового внеску.

Страховий тариф, або брутто-ставка складається з двох частин: нетто-ставки і навантаження. Розмір брутто-ставки встановлюється в грошовому еквіваленті, або у відсотках від страхової суми.

Нетто-ставка – основна частина страхового тарифу – необхідна для формування страхового фонду, призначеного для страхових виплат страхувальникам.

Наявність навантаження обумовлена тим, що страхування, тобто розподіл між зацікавленими особами ризику настання несприятливої події, здійснюється спеціалізованою організацією – страховиком. Навантаження необхідне для фінансування витрат страховика, пов'язаних з формуванням і використанням страхового фонду. Адміністративно-управлінські витрати страховика у вітчизняній практиці прийнято називати «витратами на ведення справи». Крім того, в навантаження, як правило, включається частка відрахувань на так звані «попереджувальні» заходи. За рахунок перерахування відповідної частини страхових внесків спеціалізованими організаціями можуть фінансуватися витрати щодо попередження пожеж, дорожньо-транспортних пригод, витрати по поліпшенню здоров'я тощо.

Крім витрат на ведення справи і відрахувань на попереджувальні заходи у навантаження може бути включена і частка прибутку. Водночас прибуток при розрахунку тарифу може і не передбачатися, а формуватися за фактичними результатами роботи, як економія за іншими статтям бруто-ставки, або від розміщення страхових резервів та інших засобів, що тимчасово знаходяться у розпорядженні страховика.

Таким чином, найважливіше значення при розрахунку тарифної ставки має нетто-ставка. Саме її правильне визначення гарантує забезпечення страховій компанії фінансової стійкості. Одночасно розрахунок нетто-ставки є найбільш складним моментом при визначенні тарифу.

За рахунок нетто-ставок повинні покриватися належні страхувальникам виплати. Однак за фактичними результатами роботи реальні збитки можуть виявитися вище зібраної нетто-премії. Джерелом покриття таких відхилень і є резервний фонд, утворений за рахунок відрахувань від нетто-премій в сприятливі роки, коли реальні виплати були менші за розрахункові.

Страхова компанія при введенні нового виду страхування стикається з проблемою визначення нетто-ставки, а у зв'язку з інфляцією і непередбачуваною податковою політикою – і бруто-ставки. Це пов'язано або з

повною відсутністю статистичних даних, або з їх недостовірністю. За таких обставин ставки встановлюються за аналогією з іншими страховими компаніями, а далі вже коригуються на основі інформації зібраної в процесі ведення страхової справи. Для правильного розрахунку тарифу можна також використовувати дані різного роду статистичних спостережень від джерел, які безпосередньо не пов'язані зі страховою діяльністю.

Література.

1. «4P» маркетингу страхових компаній: монографія / [Козьменко О.В., Козьменко С.М., Васильєва Т.А. та ін.]; кер.авт.кол. д.е.н.,проф. О.В.Козьменко.- Суми: Університетська книга, 2014.- 432с.