



Дослідження/

■ **Сергій Козьменко**
Serhii Kozmenko

Проректор, виконувач обов'язків ректора Державного вищого навчального закладу "Українська академія банківської справи Національного банку України", доктор економічних наук, професор

Dr. habil. (Economics), Professor, Vice-Rector, Acting Rector of the State Higher Educational Institution "Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine"

E-mail: kozmenko@uabs.edu.ua

■ **Варвара Лисенко**
Varvara Lysenko

Аспірант Державного вищого навчального закладу "Українська академія банківської справи Національного банку України"

Ph.D. Student of the State Higher Educational Institution "Ukrainian Academy of Banking of the National Bank of Ukraine"

E-mail: lysenko.varvara@gmail.com

Реалізація в процесі банківсько-страхової інтеграції продуктів добровільного медичного страхування

Selling of products of voluntary health insurance in the process of banking and insurance integration

У статті досліджено поточний стан та можливості посилення банківсько-страхової взаємодії у реалізації комплексних продуктів із добровільного медичного страхування (ДМС). Визначено перспективи розвитку ринку ДМС в Україні шляхом оцінки ємності ринку з використанням теорії ігор. Обґрунтовано значення збільшення фінансування охорони здоров'я країни для зростання основних показників стану системи.

The article investigates the current state and possibilities for strengthening the banking and insurance integration in the selling of voluntary health insurance products. Having analyzed the market capacity with the use of the game theory the authors determined prospects for development of the voluntary health insurance market and proved that an increase in financing of country's health care will cause a growth in main indices of the voluntary health insurance system.

Ключові слова: банківсько-страхова інтеграція, банки, страхові компанії, добровільне медичне страхування, ємність ринку добровільного медичного страхування, страховий маркетинг.

Key words: banking and insurance integration, banks, insurance companies, voluntary health insurance, capacity of the voluntary health insurance market, insurance marketing.

Єдиний інформаційний простір, в який поступово входять усі сфери життя суспільства, ставить перед ринками нові виклики, одним із яких є пришвидшення отримання послуг та зменшення часу їх надання. Нині споживач не бажає дов-

го стояти в черзі, а тому відправляє аплікаційні форми он-лайн, робить платежі через Інтернет та надає перевагу сервісам, котрі забезпечують комплексний спектр послуг. Зважаючи на це, установи, які працюють на ринках банківських та фінансових

послуг, з метою отримання нових та, що чи не важливіше, утримання наявних клієнтів, залучаються до інтеграційних процесів, створюючи так звані "фінансові супермаркети". Послуги, які ними надаються, повинні максимально задовольняти потре-

би клієнта у фінансових ресурсах та страховому захисті. На сьогодні однією з недооцінених, проте високоперспективних сфер банківсько-страхової інтеграції є спільна реалізація продуктів добровільного медичного страхування, значення яких для ринку охорони здоров'я зростає з кожним роком.

Метою статті є дослідження потенціалу залучення банківських установ до продажу продуктів добровільного медичного страхування.

СУЧАСНИЙ СТАН БАНКІВСЬКО-СТРАХОВОЇ ІНТЕГРАЦІЇ В УКРАЇНІ

Сутність банк ашуеренс (banksurance), або банківсько-страхової інтеграції полягає у використанні страховими компаніями наявних у банках каналів дистрибуції для розширення продажів страхових продуктів за рахунок мінімальних вкладень [3]. Із другого боку, банки вже давно залучаються до програм депозитного страхування, а також виявляють зацікавленість у продажу спільних зі страховими компаніями продуктів зі страхування життя та ризикового страхування [4, 6]. Вигода для клієнтів полягає в можливості отримання низки послуг за один візит до кредитно-фінансової установи.

Нині в Україні існує багато прикладів банкострахової взаємодії. Наприклад, між ПАТ “Укрсиббанк” та СК “Кардіф”, СК “Альфа-гарант” і кількома банками України (ПАТ “Укр-

ексімбанк”, ПАТ “Укрсоцбанк”, ПАТ “Дельта-банк” та іншими [10]), ПАТ “Універсал-банк” та СК “Ренесанс життя”; ПАТ “Приватбанк” та СК “Індержстрах” тощо. Страховими продуктами, які реалізуються через банківську збутову мережу, є страхування кредитів, поліси обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності автовласників (ОСЦПВ), туристичне страхування, програми добровільного страхування життя та добровільного медичного страхування (ДМС). Щодо останніх, то вони покривають лише “базові ризики” або ж обмежуються медичним страхуванням туристів. Приклади продуктів із добровільного медичного страхування, які нині реалізуються через банківську збутову мережу в Україні, наведено в таблиці 1.

Як видно з таблиці, у більшості випадків банки включають добровільне медичне страхування до преміальних карткових продуктів, обмежуючи коло потенційних клієнтів. Нині такий страховий продукт, як “Безперервне медичне страхування здоров'я” майже не реалізується через банківську мережу, на відміну від окремих його складових. Це означає, що програми, які пропонуються клієнтам, покривають лише базові ризики, пов'язані з настанням нещасного випадку, залишаючи осторонь гострі респіраторні захворювання, превентивні засоби, спрямовані на зменшення рівня захворюваності у довгостроковому періоді, діагностику, виклики швидкої до-

помоги тощо. В глобальному аспекті можна говорити про те, що, незважаючи на широку банкострахову інтеграцію, нині банки не беруть значної участі в процесі залучення додаткових фінансових ресурсів до української системи охорони здоров'я.

МОДЕЛЬ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА УЧАСТІ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ ТА БАНКІВ

Статтею 49 Конституції України передбачено отримання громадянами України безкоштовної медичної допомоги. Це право реалізується через розвинуту мережу державних та комунальних закладів охорони здоров'я. З одного боку, існуюча система охорони здоров'я (по суті, вона є нащадком радянської системи Семашка, котра передбачала централізоване державне фінансування галузі, ієрархію медичних закладів, які функціонують у країні, наявність спеціалізованих інститутів тощо), виконує покладені на неї функції. З другого боку, порівняльний аналіз вітчизняної медичної системи із західними системами Беверіджа (реалізована у Великобританії, Італії, Канаді тощо) та Бісмарка (функціонує в Німеччині, Нідерландах, Франції та інших країнах) виявляє певні недоліки української. Йдеться насамперед про досить низький показник очікуваної середньої тривалості життя населення (71 рік в Україні, що, за даними Світового банку,

Таблиця 1. Характеристика банківсько-страхових продуктів з добровільного медичного страхування, які реалізуються в Україні

№ п/п	Банк	Страхові компаніи-партнери	Страховий продукт і його характеристика	Вартість
1	Приватбанк	Індержстрах	“Захист на кожен день” передбачає компенсацію витрат, понесених застрахованою особою в результаті нещасного випадку або у випадку смерті застрахованої особи в результаті нещасного випадку. Реалізується в рамках трьох програм – “Економ”, “Стандарт” та “Еліт” зі страховим покриттям відповідно 25 000, 50 000 та 125 000 грн.	“Економ” – 120 грн. на рік; “Стандарт” – 240 грн. на рік; “Еліт” – 600 грн. на рік
2	ПУМБ	АСКА, PZU-Україна, АХА-страхування, УНІКА та інші	“Фьорст Бенк Кард” (“First Bank Card”) (FBC) гарантує покриття термінових медичних витрат при виїзді за кордон. Страхові продукти різняться за розміром страхової суми (від 30 000 у. о. до 50 000 у. о.), розміром франшизи, наповненням полісу і терміном його дії.	FBC-Classic – 30 грн. (одноразова); FBC-Black – 400 грн. (одноразова)
3	Унікредитбанк	Немає даних	“Страхування від нещасних випадків” передбачає компенсацію витрат при втраті працездатності або загибелі в результаті ДТП та інших непередбачених ситуацій. Страхова сума за пакетами “Базис”, “Стандарт”, “Оптимальний” та “Преміум” – відповідно 25 000, 50 000, 75 000 та 100 000 грн.	“Базис” – 225 грн.; “Стандарт” – 360 грн.; “Оптимальний” – 540 грн.; “Преміум” – 720 грн.
4	Марфін-банк	УНІКА	“Страхування подорожуючих за кордоном” – добровільне страхування медичних витрат та добровільне страхування від нещасного випадку в рамках програм страхування подорожуючих за кордоном для власників привілейованих карт класу Gold, Platinum, емітованих ПАТ “Марфін-банк”.	Немає даних
5	БМ-банк	Провідна	“Добровільне медичне страхування” – програма лише для власників пакетів “Platinum” – “Platinum Plus” БМ-банку. Поліси ДМС спеціально розроблено страховою компанією для клієнтів банку.	Знижка до 60% від звичайної вартості аналогічної програми
6	Правекс-банк	Немає даних	Пакети “Мікеланджело” та “Леонардо” діють для власників платіжних карт VISA Gold та VISA Platinum, емітованих банком. Покривають витрати на надання швидкої медичної допомоги, надання невідкладної стаціонарної допомоги, діагностику та лікування критичних захворювань тощо. Страхова сума – 50 000 грн. За пакетом “Леонардо” передбачається страхування осіб, котрі подорожують за кордон, яке надає страхове покриття медичних витрат на час перебування за кордоном на суму 50 000 євро.	Немає даних

Джерело: складено авторами на основі офіційних веб-сайтів зазначених банків.

в середньому на 10 років менше від аналогічних показників економічно розвинутих країн), певне відставання за показниками успішного лікування захворювань, високий рівень (понад 90% від загальної вартості лікування) приватних кишенькових витрат на охорону здоров'я (небезпека високої вартості лікування полягає в його непрогнозованості та схильності українського населення до відмови від лікування через його значну вартість [1]). Водночас, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення у 2012 році становили 562 долари США в Україні порівняно з 3494.9 долара США у Великобританії, 4617 доларів США у Німеччині та 8895.1 долара у США (які, до речі, є своєрідними "чемпіонами" за обсягами фінансування охорони здоров'я). Зважаючи на зазначене вище, можна припустити, що за розумного збільшення витрат на охорону здоров'я можна досягти значного поліпшення індикаторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Розвиток продуктів добровільного медичного страхування в Україні сприяв би припливу коштів у сферу охорони здоров'я, що, в свою чергу, допомогло б забезпечити поступове технічне переоснащення вітчизняних клінік, організувати часткове відшкодування вартості медичних препаратів для застрахованих осіб, стимулювало б розвиток інновацій у медичній сфері.

Для того, щоб краще зрозуміти механізм участі страхових компаній та банків на ринку добровільного медичного страхування, доцільно спочатку проаналізувати характер без-

посередніх витрат населення на охорону здоров'я (див. графік 1).

Приватні витрати на охорону здоров'я можна умовно поділити на витрати на придбання продуктів медичного страхування та кишенькові витрати (в зарубіжній літературі – out-of-pocket health expenditures). Витрачання коштів на придбання продуктів з ДМС (фіксована сума, яку застрахована особа сплачує з певною регулярністю) зменшує ризик появи незапланованих додаткових медичних витрат у разі настання страхового випадку в майбутньому. Водночас кишенькові платежі є витратами, які покладаються виключно на населення (а не на страхові компанії), вони не відшкодовуються та їх досить важко передбачити (крім випадків, коли йдеться про дорогі планові операції на серці, нирках тощо) [2]. Напрошується логічний висновок, що наявність високих кишенькових витрат на охорону здоров'я є індикатором недосконалої організації сфери охорони здоров'я в країні. На графіку 1 відображено частку кишенькових витрат населення в приватних медичних витратах у різних країнах світу в 2012 році (ліва вісь ординат; максимальний показник – 93.85% в Україні). На нашу думку, за умови розвитку ринку ДМС в Україні високі кишенькові витрати, які мають місце практично в кожному випадку лікування українців, можуть трансформуватися у регульований потік премій за програмами ДМС, які отримуватимуть страхові компанії та банки (в разі їхнього залучення до реалізації таких страхових продуктів).

Також на графіку 1 відображено

приватні витрати на охорону здоров'я як частку від загальних витрат (вісь ординат, яка знаходиться праворуч). Гістограма наочно демонструє систему фінансування охорони здоров'я, впроваджену в кожній країні. Зауважимо, що США – чи не єдина країна в світі з імplementованою приватно-страховою моделлю охорони здоров'я, що означає домінування приватних медичних витрат населення (в більшості випадків через посередництво страхових компаній) над державними. У США цей показник дорівнює 53.6%, тоді як в Україні із задекларованою безкоштовною державною медициною він становить 45.1%. Залежно від моделі охорони здоров'я (чи то модель Бевеверіджа, яка більшою мірою орієнтується на державні медичні витрати, чи модель Бісмарка, в основі якої лежить обов'язкове медичне страхування [7]), частка приватних медичних витрат у сукупних в середньому становить 20–30%.

На схемі відображено спрощену схему організації руху фінансових потоків у державі за участі страхових компаній та банків, які співпрацюють зі страховими компаніями у сфері продажу продуктів ДМС. Як видно зі схеми, основним завданням, яке стоїть перед страховими компаніями та банками в рамках цієї системи, є акумулювання коштів від страхувальників та переспрямування їх до державних і приватних закладів охорони здоров'я у вигляді оплати медичних послуг, наданих застрахованим особам. Зауважимо, що страхові компанії та банки можуть також брати участь у фінансуванні матеріально-технічного переоснащення державних закладів охорони здоров'я (така практика існує, наприклад, у Нідерландах [5]).

ОЦІНКА ЄМНОСТІ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ ДМС

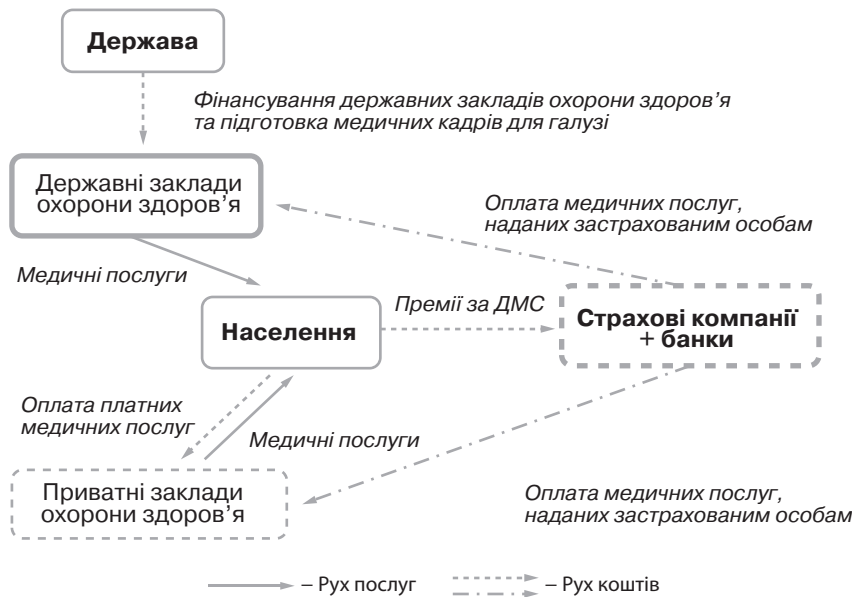
Математичною формалізацією перспектив розвитку добровільного медичного страхування в Україні є визначена нами за допомогою теорії ігор ємність українського ринку ДМС. Із точки зору маркетингу ємність ринку можна зобразити у вигляді інтервалу між збутовим потенціалом компанії та ринковим потенціалом. У випадку продажу продуктів добровільного медичного страхування збутовим потенціалом вважатиметься максимально мож-

Графік 1. Характеристика приватних витрат на охорону здоров'я в країнах світу в 2012 році



Джерело: за даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Схема. Спрощена схема організації фінансування медичних послуг та їх надання за участі страхових компаній і банків



Джерело: складено авторами.

ливий розмір премій, які можуть отримати страхові компанії та банки за реалізацію страхових продуктів ДМС. Збутовим потенціалом буде мінімальний рівень премій, які отримуватимуть страхові компанії та банки від продажу продуктів ДМС.

Першим етапом нашого дослідження є визначення ринкового потенціалу. Для його розрахунку використаємо індекс купівельної спроможності українських домогосподарств, які є споживачами продуктів ДМС. Для оцінки індексу купівельної спроможності (за методом підсумування) було адаптовано таку формулу [9]:

$$B_t = 0.5 \times u_t + 0.3 \times R_t + 0.2 \times P_t, \quad (1)$$

де B_t – індекс купівельної спроможності на українському ринку ДМС (ІКС); u_t – рівень виплат за продуктами медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за даними Нацкомфінпослуг; R_t – частка витрат на охорону здоров'я в сукупній структурі витрат українських домогосподарств (за даними Держстату України); P_t – частка середньої заробітної плати в сумі середніх заробітних плат по Україні.

Показник індексу купівельної спроможності на ринку ДМС було розраховано для 24 областей України, після чого взято середнє значення за кожним роком, який досліджували (2005–2012 рр.).

Наступним етапом стала оцінка сукупних витрат на охорону здоров'я в Україні. Всесвітня організація охорони здоров'я розкриває статистичні

дані щодо частки сукупних витрат на охорону здоров'я у ВВП країни. Розмір витрат у грошовому вираженні отримуємо шляхом множення цього показника на розмір ВВП країни.

Значення ринкового потенціалу продуктів ДМС отримуємо за формулою:

$$\text{Ринковий потенціал ДМС} = \text{ІКС} \times \text{Сукупні витрати на ОЗ}. \quad (2)$$

Збутовий потенціал ринку ДМС в Україні було розраховано з використанням логістичної функції [8]:

$$E_n(t) = 1 + a \times e^{-bt}, \quad (3)$$

де $E_n(t)$ – ємність ринку на момент часу t (нами було взято розмір премій, отриманих страховиками в результаті реалізації продуктів медичного страхування здоров'я) за вісім років (із 2005-го до 2012 року; t відповідно набуває значень від 1 до 8); a і b – параметри регресії (розраховано в результаті проведеного регресійного аналізу та логарифмування), отримано значення $a = 0.999996$; $b = -0.000000383$.

У таблиці 2 наведено результати розрахунку збутового та ринкового потенціалів ринку ДМС, розмір премій, отриманих за реалізацію продуктів медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), а також значення інтегрального показника ефективності функціонування системи охорони здоров'я, отриманого в результаті попереднього дослідження. Інтегральний показник ефективності функціонування системи охорони здоров'я було розраховано після проведеного структурного аналізу систем охорони здоров'я шести країн: Великобританії, США, Німеччини, Нідерландів, Франції та України. Завдяки проведеної нормалізації значень за методом Севіджа даний показник може набувати значень від 0 до 1.

Через нестачу даних значення показників у 1995–2004 рр., які наводяться в таблиці 2, є прогнозними (з використанням середнього коефіцієнта зростання).

Таблиця 2. Дані для розрахунку ємності українського ринку добровільного медичного страхування

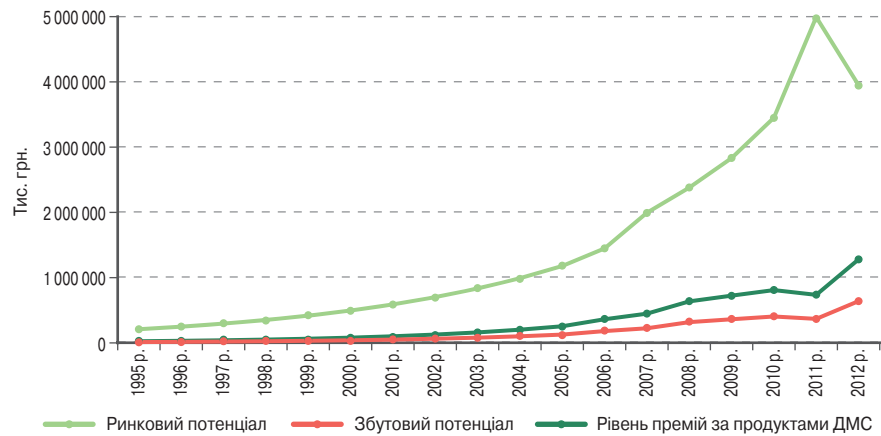
Рік	Ринковий потенціал, тис. грн.	Збутовий потенціал, тис. грн.	Рівень премій за продуктами ДМС, тис. грн.	Інтегральний показник ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні
1995	209 377.63	12 721.94	25 426.51	0.32
1996	248 866.14	16 019.50	32 018.51	0.04
1997	295 802.18	20 171.80	40 319.53	0.42
1998	351 590.32	25 400.39	50 772.65	0.78
1999	417 900.09	31 984.24	63 935.81	0.68
2000	496 715.84	40 274.65	80 511.61	0.46
2001	590 396.21	50 713.95	101 384.80	0.37
2002	701 744.64	63 859.15	127 669.51	0.52
2003	834 093.34	80 411.62	160 768.71	0.67
2004	991 402.94	101 254.54	202 449.11	0.58
2005	1 178 381.05	127 500.00	254 935.44	0.37
2006	1 447 649.81	181 200.00	362 327.57	0.25
2007	1 994 305.18	224 000.00	448 088.30	0.04
2008	2 379 603.98	318 200.00	636 346.63	0.06
2009	2 831 961.67	362 100.00	724 128.58	1.00
2010	3 450 910.75	404 700.00	809 363.95	0.88
2011	4 993 292.55	368 200.00	736 311.52	0.52
2012	3 949 431.50	640 000.00	1 280 060.80	0.00

Графічну інтерпретацію отриманих результатів показано на графіку 2.

Для прогнозування ємності українського ринку розвитку ДМС у рамках оптимального значення інтегрального показника ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні (0.4), використано теорію ігор, оскільки цей метод дає змогу вирішити конфліктні ситуації між гравцями ринку. У нашому випадку одним гравцем є споживач, поведінка якого описується збутовим потенціалом на ринку ДМС, тобто мінімальним розміром премій за реалізовані страхові продукти. Основна мета споживача – максимально оптимізувати витрати на охорону здоров'я, отримавши більшу кількість послуг за меншою вартості.

Іншим гравцем є страхові компанії та банки, мета яких – отримання максимально можливого рівня премій за реалізацію продуктів ДМС (тобто можна говорити про наближення кривої отриманих премій до кривої ринкового потенціалу). Для побудови матриці гри необхідно провести регресійний аналіз, який дасть можливість знайти залежність між функціями поведінки споживача і тандему “страхова компанія – банк” за умови збереження оптимального розміру показника ефективності функціонування системи охорони здоров'я в країні. Вхідні дані для регресійного аналізу наведено у таблиці 3.

Графік 2. Розміри збутового та ринкового потенціалу продажу продуктів ДМС в Україні у 1995–2012 рр. порівняно з преміями, отриманими страховими компаніями на ринку



Джерело: складено авторами на основі проведених розрахунків.

Рівняння регресії має такий вигляд:

$$y = -1.326 + 1.54 \times 10^{-5} \times x_1 - 2.04 \times 10^{-11} \times x_1^2 + 1.17 \times 10^{-17} \times x_1^3 - 2.94 \times 10^{-24} \times x_1^4 + 2.6 \times 10^{-31} \times x_1^5 - 8.29 \times 10^{-5} \times x_2 + 1.07 \times 10^{-9} \times x_2^2 - 5.77 \times 10^{-15} \times x_2^3 + 1.29 \times 10^{-15} \times x_2^4 - 9.68 \times 10^{-27} \times x_2^5, \quad (4)$$

для якого коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.8142$.

Отримана функція також має область допустимих значень, адже відповідно до результатів попередніх досліджень інтегральний показник ефективності функціонування ринку охорони здоров'я в Україні може приймати значення $[0; 1]$, а тому значення y , які не увійшли до цього ін-

тервалу, було видалено для забезпечення адекватності отриманих результатів.

Із використанням рівняння (4) побудовано платіжну матрицю 49×70 , скорочений варіант якої міститься в таблиці 4.

У рамках теорії ігор страхові компанії та банки (x_1) діятимуть так, щоб мінімізувати свій максимальний програш (непридбання полісів ДМС українськими клієнтами), а споживачі (x_2) – навпаки, бажатимуть максимізувати свій мінімальний виграш (отримання максимально можливої кількості оплачуваних страховими компаніями медичних послуг), а отже, стратегія x_1 вважатиметься міні-

Таблиця 3. Вхідні дані для проведення регресійного аналізу

Рік	x_1	x_1^2	x_1^3	x_1^4	x_1^5	x_2	x_2^2	x_2^3	x_2^4	x_2^5	y
1995	209 377.6	4.38E+10	9.18E+15	1.92E+21	4.02E+26	12 721.94	1.62E+08	2.06E+12	2.62E+16	3.33E+20	0.32
1996	248 866.1	6.19E+10	1.54E+16	3.84E+21	9.55E+26	16 019.5	2.57E+08	4.11E+12	6.59E+16	1.05E+21	0.04
1997	295 802.2	8.75E+10	2.59E+16	7.66E+21	2.26E+27	20 171.8	4.07E+08	8.21E+12	1.66E+17	3.34E+21	0.42
1998	351 590.3	1.24E+11	4.35E+16	1.53E+22	5.37E+27	25 400.39	6.45E+08	1.64E+13	4.16E+17	1.06E+22	0.78
1999	417 900.1	1.75E+11	7.3E+16	3.05E+22	1.27E+28	31 984.24	1.02E+09	3.27E+13	1.05E+18	3.35E+22	0.68
2000	496 715.8	2.47E+11	1.23E+17	6.09E+22	3.02E+28	40 274.65	1.62E+09	6.53E+13	2.63E+18	1.06E+23	0.46
2001	590 396.2	3.49E+11	2.06E+17	1.21E+23	7.17E+28	50 713.95	2.57E+09	1.3E+14	6.61E+18	3.35E+23	0.37
2002	701 744.6	4.92E+11	3.46E+17	2.43E+23	1.7E+29	63 859.15	4.08E+09	2.6E+14	1.66E+19	1.06E+24	0.52
2003	834 093.3	6.96E+11	5.8E+17	4.84E+23	4.04E+29	80 411.62	6.47E+09	5.2E+14	4.18E+19	3.36E+24	0.67
2004	991 402.9	9.83E+11	9.74E+17	9.66E+23	9.58E+29	10 1254.5	1.03E+10	1.04E+15	1.05E+20	1.06E+25	0.58
2005	1 178 381	1.39E+12	1.64E+18	1.93E+24	2.27E+30	127 500	1.63E+10	2.07E+15	2.64E+20	3.37E+25	0.37
2006	1 447 650	2.1E+12	3.03E+18	4.39E+24	6.36E+30	181 200	3.28E+10	5.95E+15	1.08E+21	1.95E+26	0.25
2007	1 994 305	3.98E+12	7.93E+18	1.58E+25	3.15E+31	224 000	5.02E+10	1.12E+16	2.52E+21	5.64E+26	0.04
2008	2 379 604	5.66E+12	1.35E+19	3.21E+25	7.63E+31	318 200	1.01E+11	3.22E+16	1.03E+22	3.26E+27	0.06
2009	2 831 962	8.02E+12	2.27E+19	6.43E+25	1.82E+32	362 100	1.31E+11	4.75E+16	1.72E+22	6.23E+27	1.00
2010	3 450 911	1.19E+13	4.11E+19	1.42E+26	4.89E+32	404 700	1.64E+11	6.63E+16	2.68E+22	1.09E+28	0.88
2011	4 993 293	2.49E+13	1.24E+20	6.22E+26	3.1E+33	368 200	1.36E+11	4.99E+16	1.84E+22	6.77E+27	0.52
2012	3 949 431	1.56E+13	6.16E+19	2.43E+26	9.61E+32	640 000	4.1E+11	2.62E+17	1.68E+23	1.07E+29	0.00

Примітка. x_1 – значення ринкового потенціалу ринку ДМС, x_2 – значення збутового потенціалу ринку ДМС; y – значення інтегрального показника ефективності функціонування ринку охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 4. Платіжна матриця (скорочений варіант)

$x_1 \backslash x_2$	10 000	20 000	30 000	40 000	...	420 000	430 000	440 000	450 000	...	700 000
200 000	0.289394	0.256212	0.650306	0.920136							
300 000		0.461676	0.067582	0.202248							
400 000		0.950948	0.556854	0.287024							
500 000			0.864954	0.595124							
600 000				0.763682							
...											
3 700 000						0.400068					
3 800 000						0.352752	0.590494				
3 900 000							0.145649	0.853964			
4 000 000							0.835354	0.164259			
4 100 000								0.444131	0.602366		
...											
5 000 000											

максною, а стратегія x_2 – максиміною. У загальному вигляді це можна подати так:

$$x_{1opt} = \min_j (\max_i x_{ij}), \quad (5.1)$$

$$x_{2opt} = \max_j (\min_i x_{ij}). \quad (5.2)$$

Отже, нами було визначено, що оптимальне значення збутового потенціалу знаходиться в інтервалі 420–440 млн. грн., а оптимальне значення збутового – в інтервалі 3.7–4.1 млрд. грн., а тому, можна стверджувати, що ємність ринку ДМС становить 0.42–4.1 млрд. грн.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведені розрахунки свідчать про наявність в Україні потенціалу для зростання ринку ДМС щонайменше утричі (у 2012 році премії за ДМС становили 1.28 млрд. грн., а потенціал ринку – 4.1 млрд. грн.). Інтерес до продуктів добровільного медичного страхування з боку українських споживачів зростає з кожним роком, тоді як у країнах Європи вже декілька років існує стабільний попит на продукти ДМС. Цікаво, що європейці купують поліси ДМС з метою розширення спектра медичних послуг, які вони отримують у рамках обов'язкового медичного страхування (мається на увазі включення стоматології, можливість вибору медичного провайдера, право на VIP-палату тощо).

Участь банків у реалізації продуктів із добровільного медичного страхування може позитивно впливати не лише на власне страхові компанії чи банки, для яких ДМС є одним із джерел надходження коштів або ж конкурентною перевагою (йдеться

про включення полісів ДМС до до-рогих банківських карткових продуктів), а й на українську систему охорони здоров'я в цілому. Популяризація страхового продукту ДМС дасть змогу збільшити вливання грошових коштів у галузь, що, в свою чергу, позитивно вплине на значення основних показників стану ринку (досліджено, що коефіцієнт кореляції між сукупними витратами на медицину та середньою тривалістю життя населення в ряді країн досягає значення 0.95 – у Великобританії, США та Нідерландах).

До того ж витрати банків на реалізацію продуктів ДМС через власну збутову мережу, швидше за все, будуть мінімальними – мова йтиме про вартість рекламної кампанії щодо просування продуктів ДМС наявним клієнтам.

Література

1. *Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects. The case of Central and Eastern Europe. ASSPRO CEE 2007 Project report.* – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://cordis.europa.eu/publication/rcn/15758_en.html – Title from the screen.

2. *Heijink, R. Validity and Comparability of Out-of-pocket Health Expenditure from Household Surveys: A review of the literature and current survey instruments / R. Heijink, K. Xu, P. Saksena and D. Evans // World Health Organization Discussion Paper.* – 2011. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_01-ooop_errors.pdf. – Title from the screen.

3. *Kumar, M. Bancassurance: A SWOT Analysis. Insurance Professional.* – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://www.einsuranceprofessional.com/artbuzz.html>. – Title from the screen.

4. *Schoenmaker, D. Post-Crisis Reversal in Banking and Insurance Integration: An Empirical Survey // Economic Papers 496.* – 2013. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp496_en.pdf. – Title from the screen.

5. *Thomson, S. Private health insurance in the European Union / S.Thomson, E.Mossialos.* – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ec.europa.eu/soci-al/BlobServlet?docId=4217&langId=en>. – Title from the screen.

6. *Багмет К. В. Особливості продуктової політики у сфері банківсько-страхової взаємодії / К.В.Багмет, О.Г.Кузьменко // 4Р маркетингу страхових компаній: монографія; кер. авт. кол. д. е. н., проф. О.В.Козьменко.* – Суми: Університетська книга. – 2014. – С. 150–158.

7. *Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А.В.Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку.* – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2011. – С. 357–364.

8. *Петухова И. В. Прогнозирование емкости рынка отдельных групп товаров и услуг / И.В.Петухова, Н.В.Петухова // Маркетинг в России и за рубежом.* – № 5. – 2000. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cfin.ru/press/marketing/2000-5/08.shtml>. – Назва з екрана.

9. *Примак Т. О. Маркетинг: Навч. посіб.* – К.: МАУП. – 2004. – 228 с.

10. *Страхование юридических лиц / Официальный сайт СК "Альфа-Гарант".* – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://alfagarant.com/son-tent/view/60/77/lang_ru. – Назва з екрана.