

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ВАДИМА ГЕТЬМАНА»**

СТЕЦІЮК ТЕТЯНА ІВАНІВНА

УДК 364.32:346.6

**МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ТА ЙОГО РОЛЬ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ
СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ГРОМАДЯН**

08.00.08 – гроші, фінанси і кредит

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Київ – 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на кафедрі страхування ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» Міністерства освіти та науки України.

Науковий керівник:

кандидат економічних наук, професор

Гаманкова Ольга Олексіївна,

ДВНЗ «Київський національний економічний

університет імені Вадима Гетьмана»,

професор кафедри страхування

Офіційні опоненти:

доктор економічних наук, професор

Мних Микола Володимирович,

Академія муніципального управління

Міністерства освіти і науки України,

проректор, директор інституту підвищення

кваліфікації кадрів;

кандидат економічних наук

Смоленюк Руслан Петрович,

ПВНЗ «Хмельницький економічний університет»,

проректор з наукової роботи

Захист відбудеться 13 лютого 2009 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.006.04 у ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» за адресою: 03680, м. Київ, проспект Перемоги, 54/1, ауд. 203.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» за адресою: 03113, м. Київ, вул. Дегтярівська, 49–г, ауд. 601.

Автореферат розісланий 12 січня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат економічних наук, професор

А .М. Поддєрьогін

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми дослідження. Реформування економіки України в умовах становлення ринкових відносин потребує відповідних змін у системі соціального захисту населення. Перш за все це стосується охорони здоров'я громадян.

Існуюча в Україні система охорони здоров'я, побудована переважно на бюджетних засадах, продемонструвала свою неефективність. Дефіцит фінансових ресурсів наклав суттєві обмеження на розвиток інфраструктури медичної галузі, рівень та якість медичної допомоги.

Право людини на охорону здоров'я, згідно зі ст. 11 Європейської соціальної хартії, зобов'язує Україну, як і інші держави, створити відповідні умови для його реалізації. Це стає можливим лише на основі перебудови системи охорони здоров'я та пошуку нових джерел її фінансування. Досвід розвинених країн світу доводить, що досягнення цієї мети можливе шляхом запровадження страхової медицини. Страхова медицина виступає реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не спроможне забезпечити конституційне право громадян на отримання безоплатного медичного обслуговування. Розвиток медичного страхування є об'єктивною потребою, яка продиктована необхідністю забезпечити надходження коштів до галузі охорони здоров'я.

Вирішення проблем переведення галузі охорони здоров'я на страхові засади потребує подальшого дослідження сутності і ролі медичного страхування в умовах трансформаційної економіки; визначення його місця в системі соціального захисту; поглиблення обґрунтування основних принципів його побудови і функціонування; опрацювання методичних та організаційних засад медичного страхування, які б відповідали новим економічним реаліям.

В Україні основні проблеми теорії та практики страхування (у т.ч. медичного страхування) в умовах ринкової економіки досліджували вчені Т. Артюх, К. Воблий, В. Базилевич, К. Базилевич, О. Гаманкова, М. Мних, С. Горянська, О. Губар, В. Єрмілов, О. Залетов, С. Осадець, Т. Ротова, В. Рудень, С. Срібний, Р. Смоленюк, Я. Шумелда, В. Нонко, Н. Нагайчук, С. Юрій та інші. Серед зарубіжних науковців необхідно назвати Н. Адамчука, А. Аткінсона, Е. Берковіца, О. Гвозденка, Е. Кагаловську, К. Блека, Р. Болла, В. Глейзера, П. Коха, В. Крістофоліні, Е. Коломіна, А. Миронова, Л. Рейтмана, Т. Федорову, С. Ханта, В. Шахова та інших фахівців.

Відаючи належне дослідженням вчених у цій сфері, слід зауважити, що у вітчизняній фінансово-економічній літературі бракує ґрунтовних досліджень, які стосуються комплексних проблем медичного страхування і наукових розробок, орієнтованих на практичне застосування та узагальнення нагромадженого досвіду. При цьому є очевидним, що наукові доробки зарубіжних вчених не можуть бути адекватно реалізовані на вітчизняному підґрунті, оскільки базуються на засадах, які не повною мірою відповідають умовам української економіки.

Необхідність подальшого дослідження теоретичних основ медичного страхування, його становлення в Україні, опрацювання науково обґрунтованих концептуальних засад загальнообов'язкового державного медичного страхування обумовило вибір теми дисертаційного дослідження та його структуру.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана як складова комплексної науково-дослідної роботи кафедри страхування ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» за темою «Система страхового захисту в умовах розбудови соціально орієнтованої економіки» (реєстраційний номер 0106U004360). Особистий внесок автора полягає у дослідженні передумов виникнення і законодавчо-правової бази розвитку медичного страхування в Україні, розробці низки пропозицій теоретичного й практичного характеру щодо запровадження в Україні загальнообов'язкового державного медичного страхування та взаємодоповнення послуг з медичного страхування, здійснюваного на соціальних та комерційних засадах.

Мета і завдання дослідження. Мета дисертаційної роботи полягає в дослідженні теоретичних засад медичного страхування та розробці практичних рекомендацій щодо підвищення його ролі в забезпеченні соціального захисту громадян. Відповідно до поставленої мети визначено коло основних завдань, спрямованих на її досягнення:

- вивчити та узагальнити теоретичні підходи до визначення економічної сутності медичного страхування, передумов його виникнення та принципів здійснення в ринкових умовах;
- з'ясувати місце медичного страхування у системі соціального захисту громадян;
- узагальнити зарубіжний досвід організації медичного страхування з метою його практичного використання в Україні;
- дослідити фінансові основи побудови системи охорони здоров'я на страхових засадах;
- обґрунтувати концептуальні основи впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування (далі ОМС);
- дослідити сучасний стан добровільного медичного страхування (далі ДМС) в Україні та визначити тенденції його розвитку;
- розкрити особливості та взаємозв'язок окремих видів медичного страхування, які пропонуються громадянам на добровільних засадах;
- виявити роль попереджувальних заходів у зміцненні фінансового підґрунтя добровільного медичного страхування.

Об'єктом дослідження є медичне страхування в Україні.

Предметом дослідження є економічні відносини, що виникають між суб'єктами медичного страхування у процесі надання страхових послуг.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є діалектичний метод

пізнання. Для формування теоретичних положень і висновків був використаний абстрактно-логічний метод і метод спостереження. Для аналізу стану фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, дослідження розвитку медичного страхування в Україні використано структурний метод, метод порівняння, аналізу і синтезу, історичний та логічний підхід, графічні методи і прийоми. Для визначення величини витрат страховика на здійснення попереджувальних заходів – фінансовий аналіз та економіко-математичне моделювання. Для оброблення статистичної інформації використовувалася сучасна комп'ютерна техніка.

Інформаційною базою дослідження слугувала спеціальна економічна література, законодавчі і нормативні акти з питань медичного страхування і з питань охорони здоров'я, матеріали Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг, статистичні дані інформаційно-аналітичних видань, періодичної преси, звітні дані окремих страхових компаній.

Наукова новизна одержаних результатів. Основні результати, які визначають наукову новизну дисертаційного дослідження, полягають у наступному:

вперше:

- здійснено дослідження медичного страхування як комплексної системи, котра об'єднує обов'язкове соціальне медичне страхування та медичне страхування, що провадиться страховими компаніями на комерційній основі. Це створює передумови для практичної розбудови системи охорони здоров'я в Україні на страхових засадах;

удосконалено:

- обґрунтування концептуальних засад обов'язкового медичного страхування в Україні щодо поєднання економічних інтересів його учасників. Лише на основі узгодження економічних інтересів суб'єктів медичного страхування можна досягти ефективного функціонування цієї системи;

- визначення медичного страхування як системи економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних з втратою здоров'я. Дане визначення дозволило об'єднати в понятті «медичне страхування» економічні відносини, пов'язані з обов'язковим медичним страхуванням (у системі соціального страхування) та економічні відносини з добровільного медичного страхування (комерційне страхування);

набуло подальшого розвитку:

- узагальнення зарубіжної практики медичного страхування стосовно його фінансового та організаційного забезпечення. Це дозволило оцінити можливості щодо адаптації зарубіжної практики медичного страхування з урахуванням національних особливостей при побудові системи медичного страхування в Україні;

- обґрунтування відмови від фінансування системи охорони здоров'я на переважно

бюджетних засадах; визначено економічну необхідність та доцільність багатоканального фінансування галузі з переважанням страхових механізмів, що дозволить поліпшити фінансове становище вітчизняної галузі охорони здоров'я;

- тлумачення ринку медичного страхування як економічних відносин, котрі виникають щодо надання послуг з медичного страхування між суб'єктами медичного страхування, за яких у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється узгодження та реалізація їхніх економічних інтересів;

- обґрунтування необхідності формування резерву превентивних заходів при проведенні добровільного медичного страхування за допомогою розробки економіко-математичної моделі, що дає підстави стверджувати про доцільність введення в структуру страхового тарифу з добровільного медичного страхування обов'язкового елементу «витрати на превентивні заходи». Проведення превентивних заходів дозволяє поліпшити показники збитковості медичного страхування для страхових компаній, отже – знизити ціну такого страхування і зробити його більш доступним для широких верств населення.

Практичне значення одержаних результатів. Обґрунтовані в дисертації положення, висновки та пропозиції поглиблюють теоретичні основи страхування, а також мають практичну значимість щодо реалізації завдань, пов'язаних із розвитком медичного страхування в Україні.

Висновки і пропозиції щодо механізму запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні (в частині зміни фінансування системи охорони здоров'я, залучення позабюджетних джерел фінансування, запровадження бюджетно-страхової медицини) враховані Міністерством економіки України при доопрацюванні законодавчих і нормативних актів (довідка № 53–18/405 від 13.06.08).

Одержані автором результати дослідження ринку добровільного медичного страхування дозволили розробити і впровадити у практику діяльності ТДВ СК «Професійне страхування» регіональні програми добровільного медичного страхування, що враховують рівень платоспроможності потенційних споживачів послуг з медичного страхування та якісні характеристики їхнього здоров'я (довідка № 15 від 05.06.08).

Пропозиції автора щодо розширення добровільного медичного страхування з урахуванням тенденцій сучасного соціально-економічного розвитку застосовані ЗАТ СК «Українська брокерська страхова група» при формуванні стратегії компанії, зокрема за такими напрямками як підвищення привабливості страхових продуктів через включення до переліку певних «бонусних послуг»; формування клієнтського портфелю; фінансування запобіжних заходів з метою зменшення кількості страхових випадків (довідка № 124 від 03.06.08). Матеріали дисертаційного дослідження використовуються у навчальному процесі при викладанні навчальних дисциплін «Соціальне страхування», «Страхування», «Страхові послуги» на кафедрі страхування ДВНЗ

«Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» (довідка від 10.06.08).

Апробація результатів дисертації. Основні положення дослідження доповідалися та обговорювалися на науково-практичних конференціях, зокрема: II Міжнародній науково-практичній конференції «Формування конкурентоспроможного страхового ринку України в умовах глобалізації» (м. Київ, КНУ імені Тараса Шевченка, 2006 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період» (м. Хмельницький, Хмельницький інститут бізнесу, 2004 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Трансформаційні процеси соціально-економічної системи в Україні» (м. Острого, Національний університет «Острозька академія», 2004 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 8 наукових праць загальним обсягом 2,25 друк. арк., з них 4 статті – у наукових фахових виданнях – 1,27 д.а. та 4 статті – в інших виданнях – 0,98 д.а.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 119 найменувань на 9 сторінках. Загальний обсяг дисертації становить 183 сторінки комп'ютерного тексту який включає 24 таблиці на 13 сторінках та 12 рисунків на 9 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

У **вступі** обґрунтовано актуальність теми дисертаційного дослідження, сформульовано його мету і завдання, визначено об'єкт, предмет і методи дослідження, висвітлено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів.

У **розділі 1 «Сутність медичного страхування та його значення»** на основі опрацювання, критичного оцінювання та узагальнення наукового доробку вітчизняних і зарубіжних вчених за темою дисертації досліджено теоретичні питання, які стосуються сутності та значення медичного страхування, його місця у системі соціального захисту громадян; передумов виникнення та розвитку медичного страхування; характеристики суб'єктів медичного страхування.

Проведене в дисертації дослідження дає автору право стверджувати, що в ринкових умовах, коли держава перекладає окремі свої функції безпосередньо на людину, медичне страхування є важливою формою соціального захисту громадян, суттєво впливаючи на їх добробут та рівень матеріального забезпечення. Сучасна модель соціального захисту населення у переважній більшості держав складається з таких елементів як державна соціальна допомога, державні соціальні гарантії та пільги, державні соціальні послуги, державне соціальне страхування, приватне страхування. Медичне страхування у цій моделі займає вагоме місце, поєднуючи

інтереси держави та інтереси великої кількості громадян.

У роботі проаналізовано різноманітні підходи до трактування медичного страхування вітчизняними та зарубіжними ученими і на цій основі зроблено висновок, що в переважній більшості дане поняття розглядається у дещо звуженому значенні, що не сприяє розкриттю сутності медичного страхування. Дослідження дозволяє автору визначити медичне страхування як систему економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних з втратою здоров'я. Ця система об'єднує економічні відносини, які впливають з обов'язкового медичного страхування (у системі соціального страхування), і відносини з добровільного медичного страхування (комерційне страхування).

Нами з'ясовано, що між соціальним і комерційним медичним страхуванням існують певні розбіжності, які полягають у наступному: соціальне медичне страхування здійснюється виключно у обов'язковій формі, відповідно до вимог певних законодавчих актів, які визначають порядок і умови його проведення; забезпечує страховий захист громадян від соціальних ризиків і призначене саме для цього; комерційне медичне страхування здебільшого здійснюється на добровільних засадах і являє собою результат узгодження позицій страховика і страхувальника щодо страхового захисту; покриває не тільки соціальні ризики, сфера його застосування значно ширша. Проте неможливо заперечувати той факт, що поряд з розбіжностями між соціальним і комерційним медичним страхуванням є багато спільного: однакова економічна природа, близькість за принципами своєї побудови, а отже вони є конгруентними.

Результати дослідження показали, що українська держава вже мала певний досвід з організації медичного страхування в минулому. На теренах України воно здійснювалося ще у XIX ст. у обов'язковій формі. Джерелом фінансування медичного страхування були фонди соціального страхування. Їх кошти формувалися із внесків роботодавців та внесків робітників. Особливістю допомоги, що надавалась, був її комплексний характер, що включав матеріально-грошову компенсацію втраченого заробітку та лікування. Автором запропоновано використати історичний досвід медичного страхування на сучасному етапі.

Нами виявлено, що організація системи охорони здоров'я в Україні частково базується на принципах, сформованих ще за часів радянської доби, отже, не враховує нових економічних реалій щодо надання медичних послуг. У дисертації аргументовано, що пошук нових шляхів фінансування системи охорони здоров'я є першочерговим завданням як для держави, так і для суспільства в цілому. Альтернативою є перехід від системи бюджетного фінансування охорони здоров'я до нової, більш досконалої бюджетно-страхової моделі охорони здоров'я – системи страхової медицини, яка вирішує питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Складний та багаторівневий механізм взаємовідносин між суб'єктами медичного страхування в Україні унаочнює опрацьована автором схема (рис. 1).

Рис. 1. Взаємовідносини між суб'єктами медичного страхування

Під час дослідження взаємовідносин між суб'єктами медичного страхування було виявлено, що практичне застосування медичного страхування слід розглядати з погляду корисності для його суб'єктів та врахування їхніх економічних інтересів. Так, для застрахованих осіб існування медичного страхування компенсує недостатнє державне фінансування галузі охорони здоров'я, фінансову недоступність для більшості населення платних медичних послуг; для страховиків медичне страхування розширює зону діяльності, а отже і збільшення доходів; для медичних закладів медичне страхування виступає додатковим джерелом надходження коштів; для держави – зменшує навантаження на бюджет і забезпечує покращення стану здоров'я певної частини населення.

У розділі 2 «Обов'язкове медичне страхування та перспективи його впровадження в Україні» досліджено фінансові основи побудови ефективної системи охорони здоров'я на страхових засадах; розкрито особливості медичного страхування в країнах Європи; обґрунтовані концептуальні засади впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування, доведено об'єктивну необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування.

З метою виявлення сучасних тенденцій ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я нами узагальнено основні джерела надходжень коштів, які представлено трьома видами: державний сектор, приватний сектор, міжнародні програми допомоги. До основних тенденцій фінансування належать дефіцит коштів бюджетної системи, розширення інших каналів надходження, де переважають кошти населення та підприємницьких структур.

Проведений автором аналіз показав, що в Україні на сьогодні використовуються практично всі можливі джерела фінансування охорони здоров'я, однак чіткої їх системи не сформовано. Вона потребує свого опрацювання для комплексного використання всіх джерел і оптимізації їх структури. Така система, закріплена законодавчо, має забезпечити сучасний ефективний розвиток галузі охорони здоров'я. Це зумовлює необхідність докладного дослідження існуючих в світовій практиці та прийнятих для України методів фінансування медичної допомоги.

Засади організації фінансового забезпечення охорони здоров'я викладені в Конституції України (ст. 49), де наголошується, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм і є безоплатною у державних та комунальних закладах. Наявність такого конституційного права у громадян має отримати відповідний механізм реалізації. Створити його

означатиме вдосконалити державну систему фінансування медичної допомоги; забезпечити право громадян на безоплатну медичну допомогу, що можливе за умови прийняття і реалізації в Україні Закону «Про обов'язкове медичне страхування».

Превалюючим джерелом фінансування охорони здоров'я є кошти державного та місцевих бюджетів, які розподіляються централізовано відповідно до наявних потужностей закладів охорони здоров'я без врахування обсягу та якості наданих послуг. У діючій системі охорони здоров'я пацієнт розглядається як фактор витрат та стаття видатків. Загальний обсяг фінансування охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів досяг у 2007 році 36 млрд. грн., проте низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту України (рис. 2) свідчить про недостатність такого фінансування. Ця частка за останні п'ять років коливається у межах 3 відсотків, що є нижче від аналогічних середньосвітових витрат на медико-санітарну допомогу в порівнянні до світового валового внутрішнього продукту (далі ВВП) майже у 3 рази.

Рис. 2. Витрати на охорону здоров'я в Україні у відсотках до ВВП у 2003–2007 рр.*

* дані Міністерства охорони здоров'я

В Україні система охорони здоров'я не відповідає ринковим вимогам та об'єктивно потребує реформування. Йдеться про створення економічно обґрунтованої і соціально спрямованої моделі функціонування охорони здоров'я – бюджетно-страхової моделі, яка б органічно поєднувала державний і приватний сектори медицини, ґрунтувалася на принципах обов'язковості, солідарності, доступності та фінансовій самостійності. Суть даної моделі полягає в тому, що вона передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок коштів бюджетної системи, обов'язкових страхових внесків та добровільного медичного страхування. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі ВООЗ), ефективне фінансування охорони здоров'я може бути досягнуто за рахунок чотирьох основних джерел: перших двох – державних (обов'язкове медичне страхування і фінансування із загальнодержавних фондів); двох інших – приватних (плата за медичні послуги та добровільне медичне страхування). Така практика фінансування охоплює практично всі країни західноєвропейського регіону.

В роботі проаналізовано джерела фінансування охорони здоров'я в ряді країн Європи та виділено три основні моделі фінансування. Перша передбачає бюджетне фінансування системи

охорони здоров'я. Друга включає як бюджетне, так і позабюджетне фінансування. За третьою моделлю охорона здоров'я фінансується переважно з позабюджетних коштів. У процесі дослідження переваг та недоліків цих моделей та можливості їх застосування в Україні нами обґрунтовано, що найбільш пристосованою до реалій вітчизняного сьогодення є друга модель, заснована як на бюджетному, так і позабюджетному фінансуванні охорони здоров'я (бюджетно-страхова модель організації охорони здоров'я).

У роботі наголошується, що фінансування охорони здоров'я, має здійснюватись за рахунок декількох джерел: коштів бюджетної системи, фондів обов'язкового та добровільного медичного страхування, добровільних внесків громадян, благодійництва, проте за державою зберігається основна роль. Держава має гарантувати фінансування соціальних програм, профілактику та лікування соціально небезпечних захворювань, надання медичної допомоги вагітним жінкам і новонародженим тощо. Внески в системі обов'язкового медичного страхування використовуватимуться на первинну лікувально-профілактичну допомогу та певний рівень (базовий пакет) спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги. Деякі медичні послуги будуть доступні тільки в системі добровільного медичного страхування або за безпосередню оплату. Тоді система фінансування стане прозорою і зрозумілою.

Враховуючи особливості соціально-економічного досвіду та ступінь економічного розвитку України, нами опрацьована схема бюджетно-страхової моделі організації охорони здоров'я, яка може бути задіяна в нашій країні (рис. 3).

Рис. 3. Бюджетно-страхова модель організації охорони здоров'я

Бюджетно-страхова модель характеризується взаємообумовленістю джерел фінансування та обсягом надання медико-санітарної допомоги. При цьому страхові внески не розчиняються у загальному бюджеті, а спрямовуються безпосередньо на потреби охорони здоров'я і забезпечують платникам гарантований обсяг якісної медичної допомоги. Ця модель передбачає відхід від залишкового методу фінансування ресурсів галузі, поєднання бюджетних і позабюджетних коштів, гармонійний розвиток закладів охорони здоров'я різних форм власності. Медичні заклади стають самостійними суб'єктами господарювання. Їхнє фінансування здійснюватиметься на підставі конкретно виконаної роботи певного обсягу і якості, що передбачено умовами договору.

Як доводить досвід країн з розвиненою економікою, залежно від джерел фінансування доцільно використовувати три основні рівні надання медичної допомоги:

- перший рівень (мінімальний) – забезпечення встановлених гарантій всім категоріям населення за рахунок коштів бюджетної системи;
- другий рівень (основний) – надання медичної допомоги в межах встановлених програм із

загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (далі ЗДСМС);

– третій рівень – отримання медичної допомоги за програмами добровільного медичного страхування. Відповідно до програм повинен встановлюватись розмір страхового внеску, який має визначатися виходячи із обсягу програми та структури медичної допомоги.

Реформування системи охорони здоров'я є нагальною потребою. Прийняття в Україні Закону «Про обов'язкове медичне страхування» має стати чинником, який прискорить трансформаційні процеси у цій галузі.

У розділі 3 «Добровільне медичне страхування та напрями його розвитку в Україні» визначено сутність і значення добровільного медичного страхування; проаналізовані макроекономічні показники його розвитку; дана характеристика окремих видів добровільного медичного страхування; обґрунтовані шляхи зміцнення фінансового підґрунтя добровільного медичного страхування.

Узагальнення теоретичних основ добровільного медичного страхування дало нам змогу зробити висновки, що воно є підгалуззю особистого страхування та виступає важливим ринковим компонентом і доповненням до системи соціального захисту громадян, гарантованої державою.

У дисертації досліджено сутність і характерні риси ринку добровільного медичного страхування в Україні. Проаналізовані різноманітні підходи щодо трактування ринку добровільного медичного страхування. Ринок добровільного медичного страхування визначено як економічні відносини між суб'єктами медичного страхування, котрі виникають щодо надання та набуття послуг з медичного страхування, за яких у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється узгодження та реалізація їх економічних інтересів.

Виявлено, що в Україні сформувалась певна структура ринку добровільного медичного страхування. Даний ринок можна розглядати як багаторівневу структуру зі складним механізмом взаємозалежних зв'язків між усіма його суб'єктами. Саме на страховому ринку відбувається суспільне визнання якості та встановлення ціни страхової послуги, саме тут взаємодіють продавець та покупець, урівноважуються, збалансовуються попит і пропозиція.

За результатами аналізу автором визначено, що розвиток добровільного медичного страхування, як і розвиток страхового ринку в цілому, відбувається в Україні нерівномірно. До негативних тенденцій, з якими стикаються страхові компанії, котрі здійснюють добровільне медичне страхування, належать: несприятлива економічна ситуація, жорстка конкуренція, високий рівень безробіття, низький рівень платоспроможності населення, недосконалі законодавчі акти, неузгодженість економічних інтересів суб'єктів страхового ринку, захоплення компаніями значної частки ринку, яка не відповідає рівню платоспроможності та фахової компетентності, низький професіоналізм кадрів тощо.

На основі проведеної нами роботи виявлено, що нормативно-правова база добровільного

медичного страхування в Україні перебуває у стадії становлення і не охоплює усього розмаїття відносин, які виникають у процесі здійснення добровільного медичного страхування.

Добровільне медичне страхування можна вважати повноцінним сегментом національного страхового ринку, і ми маємо всі підстави стверджувати, що його становлення відбулось. Хоча динаміка його розвитку є дещо суперечливою (табл. 1), проте частка добровільного медичного страхування в загальній структурі страхових премій характеризується стабільністю.

Таблиця 1

**Частка добровільного медичного страхування в загальному обсязі
страхових премій та страхових виплат в Україні за період 2004–2007 рр.**

№ п/п	Показники	Роки			
		2004	2005	2006	2007
1	Страхові премії, млн. грн., усього, у т. ч.:	4442,1	6218,5	7350,5	10217,5
2	Добровільне медичне страхування, млн. грн.	189,8	254,0	353,2	452,8
3	Частка добровільного медичного страхування, % (р.2/р.1х100)	4,27	4,08	4,80	4,43
4	Страхові виплати, млн. грн., усього, у т.ч.:	543,1	1336,5	2053,4	3550,6
5	Добровільне медичне страхування, млн. грн.	133,8	170,0	226,7	352,0
6	Частка добровільного медичного страхування, % (р.5/р.2х100)	24,60	12,70	11,04	9,91
7	Рівень виплат, млн. грн., усього, (р.4/р.1х100)	12,22	21,49	27,93	34,75
8	Рівень виплат з добровільного медичного страхування, млн. грн., (р.5/р.2х100)	70,49	66,92	64,18	77,73

Примітка. Розраховано автором за даними Держфінпослуг.

Відповідно до українського страхового законодавства медичне страхування охоплює три ліцензовані види страхування: безперервне страхування здоров'я, страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат осіб, що виїждять за кордон. Структуру добровільного медичного страхування за зазначеними видами відображає табл. 2.

Таблиця 2

Склад та структура добровільного медичного страхування в Україні за окремими видами в 2004–2007 рр.

Показники	Роки							
	2004		2005		2006		2007	
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%
Страхові премії за ДМС, всього в т.ч.:	308,9	100,0	403,8	100,0	434,5	100,0	511,1	100,0
Безперервне страхування здоров'я	213,1	69,0	290,3	71,9	320,8	73,8	385,1	75,3
Страхування здоров'я на випадок хвороби	76,7	24,8	89,3	22,1	85,7	19,7	90,6	17,7
Страхування медичних витрат	19,2	6,2	24,2	6,0	28,0	6,4	35,4	6,9

Примітка. Розраховано автором за даними Держфінпослуг.

В процесі аналізу нами виявлено, що розвиток добровільного медичного страхування значною мірою обумовлюється показниками розвитку окремих видів медичного страхування. В українському законодавстві відсутнє тлумачення змісту кожного з цих видів страхування та розбіжностей між ними і порядку здійснення. Тому в страхових компаній склалась своя практика їх проведення. Конкуренція на страховому ринку є основним фактором його модернізації за такими напрямками як тісне прив'язування страхових продуктів до безпосередніх потреб клієнтів, включення до складу програм супутніх послуг (наприклад, відвідування тренажерного залу, басейну), розширення переліку хвороб, що покриваються страховим захистом (лікування туберкульозу, цукрового діабету) тощо.

Проведене нами дослідження показало, що послуги з добровільного медичного страхування є достатньо вартісними при показниках рівня виплат за цим страхуванням, які набагато перевищують показники рівня виплат у цілому по ринку та мають сталу тенденцію до зростання (див. табл. 1).

Пріоритетним напрямом зниження цін на ці послуги і стабілізації тенденцій щодо рівня виплат є, на думку автора, фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зменшення страхових випадків.

Оскільки законодавством в Україні не передбачене формування страховими компаніями резерву превентивних заходів, то, як наслідок, законодавчо обмежується використання потенціалу

превентивної функції страхування як засобу впливу на ризики з метою зменшення ймовірності їхнього прояву. Відповідно, відкидається можливість використання коштів резерву превентивних заходів для інвестування в суспільну безпеку. Особливо це актуально за умови дефіциту бюджетних коштів для фінансування профілактичних заходів з охорони здоров'я населення – зниження ризику захворюваності, підвищення рівня здоров'я населення, скорочення кількості страхових випадків тощо.

У структуру страхових тарифів з медичного страхування доцільно ввести обов'язковий елемент «витрати на проведення превентивних заходів», які передбачатимуть фінансування послідовного і регулярного медичного обстеження вразливих верств населення з метою виявлення і своєчасного лікування різних захворювань, а також в цілях профілактики загострення хронічних захворювань та ускладнень, що дозволить, в свою чергу, знизити рівень захворюваності та смертності, а отже – підвищити соціальну ефективність добровільного медичного страхування.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні теоретичних засад медичного страхування та практичних рекомендацій щодо підвищення ролі медичного страхування в забезпеченні соціального захисту громадян. У результаті проведеного дослідження стало можливим сформулювати такі висновки та пропозиції, які розкривають результати виконання поставлених завдань дослідження:

1. У результаті дослідження економічної сутності медичного страхування та передумов його виникнення виявлено, що об'єктивна потреба у ньому обумовлена існуванням множини ризиків, при настанні яких може бути завдана шкода майновим інтересам громадян, через втрату здоров'я та працездатності внаслідок хвороби. Страховий захист здоров'я громадян від таких ризиків забезпечується як через систему загальнодержавного обов'язкового соціального страхування, так і за допомогою страхування, здійснюваного страховими компаніями на комерційних засадах. Економічна необхідність медичного страхування зумовлена потребами фінансування медицини як галузі соціальних послуг. Значення медичного страхування в системі соціального захисту громадян полягає у забезпеченні та відновленні здоров'я і працездатності членів суспільства. Воно доповнює гарантії, надані в рамках державного забезпечення, до максимально можливих у сучасних умовах стандартів.

2. На підставі аналізу існуючих поглядів на медичне страхування автором запропоновано визначення медичного страхування як системи економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту

майнових інтересів громадян, пов'язаних з втратою здоров'я. Дане визначення дозволило об'єднати в понятті «медичне страхування» економічні відносини, пов'язані з обов'язковим медичним страхуванням (у системі соціального страхування) та економічні відносини з добровільного медичного страхування (комерційне страхування). Це важливо з огляду на необхідність визначення медичного страхування як комплексної системи.

3. Проведене дослідження свідчить, що організація системи охорони здоров'я в Україні частково базується на принципах, сформованих ще за радянської доби, отже, не враховує наявність нових економічних реалій щодо надання медичних послуг. Наведені нами статистичні дані та аналітична інформація дають підставу стверджувати, що нинішня система охорони здоров'я не відповідає сучасним вимогам, що свідчить про об'єктивну потребу реформування галузі. Охорона здоров'я України потребує нової економічно вмотивованої і соціально спрямованої моделі функціонування; яка має ґрунтуватися на принципах солідарності, обов'язковості та доступності. Виходячи з викладеного вище, нами обґрунтовано економічну доцільність побудови розширеної системи медичного страхування в Україні, яка б поєднувала бюджетне та позабюджетне фінансування охорони здоров'я.

4. Відповідно до оцінки сучасних методів та форм фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я нами виявлено таку тенденцію фінансування, як стабільний рівень дефіциту бюджетних коштів. Державні видатки на охорону здоров'я за останні роки залишаються на досить низькому рівні та не відповідають мінімальним стандартам ВООЗ. Доведено, що пошук нових шляхів фінансування системи охорони здоров'я на загальнодержавному рівні є першочерговим завданням як для держави, так і для суспільства загалом.

5. Узагальнення міжнародного досвіду фінансового забезпечення різних моделей охорони здоров'я дало підставу стверджувати, що найбільш ефективною щодо формування та використання фінансових ресурсів, так і щодо інтеграції та взаємоузгодження інтересів всіх учасників, а отже, рівня якості медичної допомоги, є система, заснована на принципах медичного страхування, модель якого опрацьована автором. Система страхової медицини вирішує питання гарантованості та доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

6. Дослідженням виявлено, що однією із перспективних і цивілізованих форм забезпечення соціальних потреб громадян у сфері охорони здоров'я є добровільне медичне страхування, котре відіграє суттєву роль у соціально-економічному розвитку країни і, окрім ефективного вирішення проблем забезпечення якісною медичною допомогою населення та фінансування системи охорони здоров'я, сприяє зміцненню матеріально-технічної бази медичних закладів. Це дає підстави автору стверджувати про необхідність залучення страхових компаній до системи обов'язкового медичного страхування.

7. У добровільному медичному страхуванні об'єднані різні його види, які можуть реалізуватися через множину програм медичного страхування, умови здійснення яких передбачають повну або часткову компенсацію витрат страхувальників, пов'язаних з отриманням медичної допомоги, а окремі його види – і компенсацію втрати доходів у зв'язку з хворобою чи стійкою непрацездатністю. Автор пропонує уніфікувати та законодавчо унормувати умови ліцензованих видів добровільного медичного страхування з метою досягнення їх прозорості і зрозумілості для громадян.

8. Практика здійснення добровільного медичного страхування не містить економічних стимулів для її суб'єктів: для страхувальників мета у добровільному медичному страхуванні полягає у збереженні і покращенні свого здоров'я; для лікувально-профілактичної установи – наданні якісних медичних послуг. З урахуванням цього запропоновано застосувати механізм стимулювання суб'єктів медичного страхування через розроблення та впровадження нових варіантів медичного страхування, які стимулюватимуть страхувальників підвищувати якісні характеристики свого здоров'я, не створювати свідомого ризику для об'єкта страхового захисту.

9. У результаті дослідження було з'ясовано, що два чинники: висока вартість страхових послуг з медичного страхування та стабільна тенденція зростання рівня виплат за добровільним медичним страхуванням негативно впливають на розвиток добровільного медичного страхування в Україні і потребують постійного моніторингу. У зв'язку з цим автором пропонується удосконалити методичні підходи щодо здійснення превентивних заходів при проведенні такого страхування, вважаючи пріоритетним напрямом розвитку добровільного медичного страхування фінансування страховиком профілактичних заходів, що є практичною реалізацією превентивної функції страхування.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1. Стецюк Т. І. Необхідність та значення медичного страхування осіб, що виїждять за кордон / Т. І. Стецюк // Фінанси, облік і аудит : зб. наук. праць. –К. : КНЕУ, 2005. – Вип. 5. – С. 145–149. – 0,24 д. а.
2. Стецюк Т. І. Страхування професійної відповідальності лікаря / Т. І. Стецюк // Фінанси, облік і аудит : зб. наук. праць. – К. : КНЕУ, 2007. – Вип. 10. – С. 161–166. – 0,39д. а.
3. Стецюк Т. І. Сутність медичного страхування та його місце у системі соціального захисту громадян / Т. І. Стецюк // Фінанси, облік і аудит : зб. наук. праць. –К. : КНЕУ, 2008. – Вип.

11. – С. 142–148. – 0,41 д. а.

4. Стецюк Т. І. Медичне страхування в Україні: проблеми і перспективи розвитку / Т. І. Стецюк // Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Серія «Економіка» 81–82/2006. – С. 117–118. – 0,17 д. а.

В інших виданнях:

5. Стецюк Т. І. Історичний досвід побудови вітчизняної медицини на страхових засадах / Т. І. Стецюк // Проблеми трансформації соціально-економічної системи в Україні : зб. наук. праць за матеріалами наук.-практ. конф. : Острозька академія. Серія «Економіка» 2004 р. – Острог, 2004. – С. 383–391. – 0,43 д. а.

6. Стецюк Т. І. Зарубіжний досвід організації страхової медицини та можливості його застосування в Україні / Т. І. Стецюк // Стан і проблеми трансформації фінансів та економіки регіонів у перехідний період : зб. наук. праць другої Міжнар. наук.-практ. конф. 22–23 квітня 2004 р. : Хмельницький інститут бізнесу. – Хмельницький, 2004. – С. 195–200. – 0,29 д. а.

7. Стецюк Т. І. Особливості поточного контролю знань студентів при викладанні дисципліни «Страхові послуги» (на прикладі заняття) за темою «Медичне страхування» / Т. І. Стецюк // Методичні та практичні аспекти застосування та розвитку системи контролю знань в університеті : зб. мат. наук.- метод. конф. 26 січня – 3 лютого 2004 р. – К. : КНЕУ, 2004. – С. 347–348. –

0,13 д. а.

8. Стецюк Т. І. Перспектива розвитку обов'язального медичного страхування в Україні / В. Д. Нонко, Т. І. Стецюк // Всеукраїнський аналітичний журнал «Фінансові послуги». – 2003. – № 4. – С. 45–48. Особистий внесок автора: «Система ОМС, в отличие от бюджетного финансирования обеспечит оплату медицинской помощи за конкретно оказанные услуги» С. 48–49. – 0,13 д. а.

АНОТАЦІЯ

Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.08 – гроші, фінанси і кредит. – ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», Київ, 2009.

Дисертація присвячена дослідженню процесів формування медичного страхування та його ролі у забезпеченні соціального захисту громадян України в умовах ринкової трансформації економіки. Проаналізовані напрями вдосконалення взаємовідносин суб'єктів медичного

страхування.

Розглянуто сутність медичного страхування та його значення. На основі узагальнення існуючих наукових поглядів дані авторські визначення медичному страхуванню і ринку медичного страхування.

Систематизовані і охарактеризовані етапи становлення медичного страхування в Україні. Узагальнено зарубіжний досвід медичного страхування, визначені проблеми його розвитку в умовах глобалізації світової економіки.

Досліджено фінансові основи побудови системи охорони здоров'я, обґрунтована відмова від фінансування системи охорони здоров'я на переважно бюджетних засадах.

Визначені шляхи вдосконалення галузі охорони здоров'я за допомогою запровадження бюджетно-страхової медицини. Здійснено дослідження медичного страхування як комплексної системи, яка об'єднує загальнообов'язкове державне соціальне страхування та медичне страхування на комерційних засадах.

Дисертація містить науково обґрунтовані пропозиції щодо покращення фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: медичне страхування; обов'язкове державне медичне страхування, добровільне медичне страхування, суб'єкти медичного страхування, соціальний захист, страхова медицина, резерв превентивних заходів.

АННОТАЦИЯ

Стецюк Т. И. Медицинское страхование и его роль в обеспечении социальной защиты граждан. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.08 – деньги, финансы и кредит. – ГВУЗ «Киевский национальный экономический университет имени Вадима Гетьмана», Киев, 2009.

Диссертация посвящена исследованию процессов формирования медицинского страхования и его роли в обеспечении социальной защиты граждан Украины в условиях рыночной экономики. Исследованы направления совершенствования взаимоотношений субъектов медицинского страхования.

Систематизированы и охарактеризованы этапы становления медицинского страхования в Украине. Обобщен зарубежный опыт медицинского страхования, определены проблемы и перспективы развития медицинского страхования в Украине.

На примере опыта стран с развитой рыночной экономикой исследованы основные аспекты формирования финансовой основы медицинского страхования. Из этого следует, что организация

медицинского страхования в наибольшей степени соответствует условиям рыночной экономики и имеет преимущества перед государственной и частной формами финансового обеспечения отрасли. Децентрализованный характер формирования финансовых ресурсов, адресный и целевой характер выплат, обеспечение равных прав получения медицинской помощи, непосредственное участие в формировании фондов и отсутствие монополизма.

В диссертации определены особенности добровольного медицинского страхования, проведен анализ других форм предоставления медицинских услуг населению, определены их негативные и позитивные стороны.

Практика проведения добровольного медицинского страхования показала, что оно не содержит экономических стимулов для его субъектов: для страхователей сохранять и улучшать свое здоровье, для лечебно-профилактических организаций – предоставлять механизм стимулирования субъектов добровольного медицинского страхования путем разработки новых программ и видов добровольного медицинского страхования.

В работе исследованы финансовые основы построения системы здравоохранения, обоснован отказ от финансирования системы здравоохранения преимущественно на бюджетных основах. Определены пути совершенствования отрасли здравоохранения посредством введения бюджетно-страховой медицины.

Проведено исследование медицинского страхования как комплексной системы, которая объединяет общеобязательное государственное социальное страхование и медицинское страхование на коммерческой основе.

Нами установлено, что между государственным и коммерческим медицинским страхованием существуют определенные различия которые состоят в следующем: государственное медицинское страхование осуществляется исключительно в обязательной форме, в соответствии с требованиями определенных законодательных актов которые определяют порядок и условия его проведения; обеспечивает страховую защиту граждан от социальных рисков и предназначается именно для него; коммерческое медицинское страхование в основном осуществляется на добровольных основах и являет собой результат согласованных позиций субъектов медицинского страхования по отношению к страховой защите; покрывает не только социальные риски, сфера его применения намного шире.

С учетом особенностей экономического опыта и уровня экономического развития Украины предложена соответствующая модель организации здравоохранения. Данная модель предусматривает отказ от остаточного метода финансирования отрасли, объединение бюджетных и внебюджетных средств.

В зависимости от источников финансирования выделены три основных уровня медицинской помощи: первый уровень (минимальный) – за счет средств бюджета; второй

уровень (основной) – предоставление медицинской помощи на основании программ общеобязательного государственного социального медицинского страхования; третий уровень предусматривает оказание медицинской помощи на основе программ добровольного медицинского страхования.

Изучение особенностей зарубежного опыта организации добровольного медицинского страхования позволило разработать и предложить ряд направлений, реализация которых будет способствовать его более успешному и быстрому развитию на отечественном страховом рынке.

Реформирование системы здравоохранения является первостепенной необходимостью. Принятие закона «О общеобязательном государственном медицинском страховании» должно стать фактором который ускорит трансформационные процессы в этой отрасли.

Ключевые слова: медицинское страхование, общеобязательное государственное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, субъекты медицинского страхования, социальная защита, страховая медицина, резерв превентивных мероприятий.

ANNOTATION

Stetsyuk T. I. Medical insurance and its role in the system of people social protection. – Manuscript.

The dissertation for obtaining a candidate degree in economies in speciality 08.00.08 – money circulation, finance and crediting. – SHEE. Kyiv national economic university named after Vadym Hetman, Kyiv, 2009.

The most important ideas and results of the dissertation research refer to: theoretical approach determination of insurance appearance prerequisite to and its principles and economic concept in market conditions; its role in the system of people social protection; the analyses of foreign medical insurance experience with the purpose of introducing it in Ukraine; the research of financial basics of effective health protection system construction on the insurance basis; conceptual framework of introducing compulsory medical insurance in Ukraine; the research of macroeconomic aspect of medical insurance functioning in Ukraine; the research of the interrelationship of particular kinds of medical insurance proposed to citizens on voluntary basis; the role of preventative methods in enhancing financial basis of voluntary medical insurance by creating preventative methods reserve.

Firstly: the research of medical insurance as a complex of the system combining universal compulsory state medical insurance with medical insurance on commercial basis was performed.

The dissertation covers scientifically substantiated proposals regarding conceptual basics of introducing compulsory medical insurance in Ukraine.

Key words: medical insurance, universal compulsory state medical insurance, voluntary medical

insurance, subjects of medical insurance, social protection, insurance basics, reserve of preventative methods.