досліджуваних об'єктів у динаміці; постійно відкрито проводити широку дискусію з питань рейтингування для встановлення узгодженості думок експертів, керівників страхових компаній, представників Нацкомфінпослуг, інших заінтересованих осіб.

Список використаної літератури

1. Курельчук М.В. Напрямки покращення рейтингових оцінок у страхуванні / М.В. Курельчук // Молодий вчений. – 2015. – № 12 (27).

2. Олійник В.М. Методологічні засади забезпечення фінансової стійкості страхових компаній [Текст]: автореф. дис. ... д. екон. наук : 08.00.08 / В.М. Олійник; Укр. акад. банк. справи. – Суми, 2015. – 36 с.

3. Ормоцадзе М. Рейтинг страхових компаній-2015 / Ормоцадзе М., Шпитко Є., Бутенко О. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://forbes.net.ua/ua/business/1398567-rejting-strahovih-kompanij-2015.

4. Стрілець Є. Рейтингове оцінювання ефективності діяльності страхових компаній / Стрілець Є. // Збірник наукових праць «Ефективність державного управління». – 2014. – Вип. 40.

УДК 338.2.336.5:364.3

Ю.П. Гришан,

к.е.н., доцент,

директор ПрАТ «Страхова група «Іллічівська»

МОДЕЛЬ ОМС: ПАРТНЕРСТВО ДЕРЖАВИ Й СТРАХОВОГО РИНКУ

У цей час на українському ринку медичного страхування відбуваються значні зміни: розширюються послуги, розробляються нові програми страхування тощо. У наш час добровільне медичне страхування (ДМС) може стати прообразом для створення моделі обов'язкового медичного страхування (ОМС), базою для економічного, організаційного й соціального моделювання.

Водночас, система охорони здоров'я країни зазнає спад, який пов'язаний з недостатнім фінансуванням, матеріальним зношуванням, дорожнечею лікарських засобів, валютною нестабільністю. Система охорони здоров'я вимагає реформування: економічного, матеріального й кадрового.

У такій ситуації страхова медицина може стати партнером. Перехід системи охорони здоров'я на принципи медичного страхування дозволить державі виконати триєдине завдання: компенсації (оплати медичних послуг), захисту (створення психологічного комфорту й почуття захищеності) і стабілізації (узгодження інтересів держави, працівників і роботодавців).

Досвід, придбаний автором у період роботи у Фонді державного майна України й страховому бізнесі, дозволив розробити й презентувати модель обов'язкового медичного страхування в Україні й, розробити методику її імплементації у наше законодавство. Цьому передувала робота над створенням в 2005 році масштабного проекту по добровільному страхуванню 50 тис. співробітників Маріупольського металургійного комбінату ім. Ілліча. Для реалізації проекту була створена агентська мережа, проведена професійна підготовка й навчання; укладені індивідуальні договори зі співробітниками комбінату. Вони могли обрати одну із чотирьох програм страхування, яка захищала їх від ризиків, пов'язаних зі здоров'ям. Досвідом створення системи страхування на комбінаті зацікавилися. Стали надходити запити на розробку концепцій або законопроектів по ОМС.

В 2008 році, у рамках такого урядового запиту, комітетом ЛСОУ з питань медичного страхування, керівником, якого був автор, було підготовлено технічне завдання для групи, яка із січня по квітень 2008 р. розробила концепцію моделі із графічним і текстовим описами. Її захист відбувся у квітні, модель була в цілому схвалена. Вона об'єднала саму ідею страхування й реформи охорони здоров'я. Це була ринкова модель побудови ОМС на базі елементів солідарної моделі соціального страхування.

Аналіз інших, наданих для розгляду моделей демонстрував наступне:

– вони не відрізняються концептуально, й вони не оригінальні, а розроблювачі не розуміють солідарну модель соціального страхування. Проте

все частіше згадують модель Німеччини. Водночас замовчується факт того, що й Німеччині не вистачило коштів у системі ОМС. Уряд змушений був провести реформування податкової системи, збільшивши податкове навантаження як роботодавців, так і громадян. Збільшилось фінансове навантаження на фонд оплати праці. Не можна забувати й про те, що основними суб'єктами були лікарняні каси. На жаль, у нас вони не мають достатнього практичного досвіду функціонування. Виходячи зі сказаного ця модель ніяким образом не вирішує фінансові потреби галузі охорони здоров'я, на які сьогодні вказують експерти профільного міністерства. Таку модель не можна, навіть фактично неможливо імплементувати в Україні із цілого ряду причин.

– усі кошти консолідувалися у єдиного суб'єкта, який може називатися фондом обов'язкового страхування, або фондом медичного страхування або державною страховою компанією.

Це той самий суб'єкт, який відповідає за збір коштів і керування ними й надалі виступає як головний замовник страхової послуги. На жаль, якщо говорити про експертні відмінності в моделях, то їх практично немає в тих, поданих законопроектах. Більш того, створення Фонду або державної страхової компанії буде супроводжуватися організацією розгалуженої регіональної структури й розподілом на райони, міста тощо. Для цього будуть потрібні офіси, кадри, програмне забезпечення, навчання фахівців тому, що в принципі знають тільки страховики, які займаються всерйоз страхуванням, мають великі обсяги, свої асистанси.

При побудові запропонованої автором моделі був вивчений світовий досвід фінансування галузі охорони здоров'я. Результатом стала модель, запропонована Комітету Верховної Ради України з питань соціальної політики, зайнятості й пенсійного забезпечення.

В її основу покладено впровадження ринкової системи, яка має на увазі наявність замовника й постачальника послуг, які працюють заради самого клієнта. Тобто оплата послуг здійснюється замовником по вже підписаному акту, тобто по факту наданих послуг із обумовленою якістю. Це основне, що повинно бути створено до того часу, поки будь-яка модель ОМС не почне

функціонувати. Безумовно поки лікувальні установи не стануть самостійними конкурентоспроможними суб'єктами з усіма необхідними атрибутами, будь-яка модель ОМС не буде реалізована.

У цій моделі повинна забезпечуватися така система контролю якості, яка створена й працює в програмах добровільного медичного страхування в страхових компаніях.

Першочерговим завданням повинне стати створення конкурентного середовища лікувальних установ. Вони мають стати відкритими суб'єктами у середовищі, з відкритою інформацією про якість лікування, рівень професіоналізму фахівців, досягнення, кількість клієнтів. Виникають усі правові механізми захисту застрахованих, як такі, що діють у приватному медичному страхуванні.

Дана модель, припускає комбінацію державного й приватного страхування й має три рівні становлення.

Перший рівень – життязберігаючий: мінімальний, що забезпечує збереження життя. Держава визначає можливі обсяги бюджетного фінансування на поточний рік і проголошує можливість їх гарантування на цьому рівні.

Наступний – здоров'язберігаючий: каталог послуг (кількості й обсягу медичних послуг), гарантований державою й затверджений урядом у рамках програм ОМС. Або, з огляду страхових дефініцій це програма покриття, яка щорічно гарантується державою, каталог якої може забезпечити ті суб'єкти, які будуть реалізовувати функцію замовника.

Забезпечити роботу такої ринкової моделі повинні приватні страхові компанії, які мають достатні обсяги ДМС, досвід роботи, створення й роботи власних асистансів, і договори про співробітництво з медичними установами у всіх регіонах. І найголовніше: у моделі немає консолідованого страхового фонду, який буде завжди вабити корупціонерів і викликати бажання призначити своїх людей на керування таким фондом. Основним суб'єктом керування повинен бути самостійний напівдержавний орган – агентство, наділений правами по реалізації реформ в охороні здоров'я, побудови всієї

системи ОМС, включаючи процессінговий центр, відповідальний за облік і контроль руху всіх коштів. Зрозуміло, що це агентство перебуває під контролем держави й недержавних організацій.

Третій рівень – добровільний (добровільного медичного страхування), який забезпечує високотехнологічні й наукомісткі методи медичного обслуговування. Це додатковий рівень якості й забезпечення понад гарантований державою.

В основі програми лежать амбулаторно-поліклінічна, невідкладна, стаціонарна допомога й медикаментозне забезпечення. Крім того, страховий внесок безумовно підлягає щорічному перерахунку на основі актуарних методик, які дадуть можливість прорахувати обсяги гарантованого забезпечення по другому рівню.

Каталог надання послуг не статичний і залежить від рівня ВВП і стану економіки. Рівень гарантованого забезпечення може рости, що дозволить поступово нам наблизиться до загальноєвропейського рівня медичного обслуговування.

УДК 368.5

Г.О. Гудзь,
аспірант кафедри страхування та ризик-менеджменту,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

СУТНІСТЬ ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ ЯК ОБ'ЄКТА НАДАННЯ СТРАХОВИХ ПОСЛУГ У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ

Генетична модифікація, також відома як генна інженерія або технологія рекомбінантної ДНК, вперше була застосована в 1970 році. Термін «генна інженерія» спочатку визначався будь-якою операцією з широкого спектру методів модифікації або маніпуляції з мікроорганізмами через процеси спадковості та відтворення. Таким чином, термін охоплює як штучний відбір і