

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра фінансів

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Медичне страхування у фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населення»

Студента 2 курсу, 6 групи,
спеціальності 072
«Фінанси, банківська справа та страхування»
спеціалізації «Страхування»

Нетреба
Анна
Василівна

Науковий керівник
доктор економічних наук,
професор кафедри фінансів

Волосович
Світлана
Василівна

Гарант освітньої програми
завідувач кафедри фінансів,
заслужений діяч науки і техніки України
д.е.н., професор

Волосович
Світлана
Василівна

Київ 2018

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.....	6
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ НАСЕЛЕННЯ	6
1.1 Економічна природа медичного страхування.....	6
1.2 Зарубіжний досвід медичного страхування.....	12
РОЗДІЛ 2.....	17
СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ.....	17
2.1 Особливості фінансового забезпечення соціальних гарантій населення в Україні.....	17
2.2 Проблеми функціонування медичного страхування в Україні.....	23
РОЗДІЛ 3.....	35
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	35
3.1 Перспективи розвитку медичного страхування в Україні.....	35
3.2 Соціально-економічні чинники впливу на розвиток медичного страхування в Україні.....	45
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53
ДОДАТКИ.....	60

ВСТУП

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю в державі є людина, її життя та здоров'я. При цьому кожна людина має природне невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я. На сучасному етапі суспільно-економічного розвитку суспільства однією з найважливіших функцій є необхідність забезпечення громадянам належного рівня охорони здоров'я. Неefективність використання бюджетних коштів на фінансування медичного обслуговування населення в контексті обов'язкового медичного страхування потребує прийняття невідкладних рішень, спрямованих на реформування всієї системи. Функціонування одночасно двох видів страхування: обов'язкового та добровільного не сприяє ефективному вирішенню проблеми. Тому визначення перспективних напрямів розвитку медичного страхування в Україні, заснованих на використанні комплексного підходу під час практичної реалізації добровільного та обов'язкового медичного страхування, є актуальним завданням. Фінансове забезпечення є одним із основних чинників, що впливає на розвиток охорони здоров'я й соціально-економічну результативність галузі.

У рамках реформування української економіки питання медичного забезпечення вітчизняних громадян є одними з найбільш актуальних і обговорюваних. Важливість медичного забезпечення полягає в соціальній, економічній і моральній відповідальності держави перед громадянами, оскільки здоров'я нації є базовою умовою економічного розвитку країни і соціального благополуччя суспільства. В умовах ринкових відносин медичне страхування є найважливішою складовою частиною системи охорони здоров'я, покликаної усувати або пом'якшувати вплив ряду непередбачених обставин, які виникають в житті людини і негативно відбиваються на його здоров'я, шляхом повного або часткового відновлення працездатності. На даний момент в Україні медичне страхування користується низьким попитом та є малодоступним для населення. Тому важливим на цьому етапі є якнайповніше визначення сутності

та розвитку медичного страхування, що сприятиме розширенню кола користувачів послуг медичного страхування, зростанню попиту на цьому ринку та ефективному його розвитку.

Суть та важливість соціального захисту населення досліджували представники різних наукових шкіл та течій, зокрема такі, як Ф. Кене, Дж. С. Мілль, В. Петті, Д. Рікардо, А. Сміт, Ф. фон Візер, А. Маршалл, Т. Веблен, В. Мітчелла, Дж. Гелбрейта, Л. Ерхард, Г. Браун, Дж. Вейт-Вілсона та інші. Вагомий внесок у дослідженні цього питання зробили праці таких вітчизняних вчених, як: В. Базилевич, С. Буковинський, О. Василик, О. Кириленко, В. Новікова, С. Осадця, Т. Ротова та інші.

Об'єкт дослідження - медичне страхування в Україні.

Предметом дослідження є сукупність економічних відносин з приводу функціонування медичного страхування у фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населення.

Мета роботи полягає в розгляді та вивченні особливостей фінансового забезпечення медичного страхування, як форма захисту у сфері охорони здоров'я населення та невід'ємний елемент системи соціальних гарантій населення.

Для реалізації поставленої мети в роботі сформульовано та вирішено наступні завдання:

- дослідити економічну природу та сутність медичного страхування;
- дослідити зарубіжний досвід організації медичного страхування з метою його практичного використання в Україні;
- охарактеризувати особливості фінансового забезпечення соціальних гарантій населення;
- проаналізувати функціонування медичного страхування в Україні;
- визначити перспективи розвитку ринку медичного страхування;
- виявити соціально-економічні чинники впливу на розвиток медичного страхування в Україні.

Методи дослідження. Дослідження проводилось з використанням

економічного, порівняльного і спостереження методів аналізу та синтезу джерел інформації. При аналізі фактичних даних використовувались аналітичні, статистичні та графічні методи.

Наукова новизна. Проведене дослідження фінансового забезпечення медичного страхування як складової фінансового забезпечення соціальних гарантій населення та обґрунтування необхідності подальшого вдосконалення системи медичного страхування.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативні акти, статистичні матеріали, звітні дані діяльності страхових компаній в Україні, підручники, навчальні посібники, наукові монографії, статті, періодичні видання та ресурси мережі Інтернет.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, загального висновку, списку використаних джерел, додатків та містить 57 сторінку, 3 додатків, 71 використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Економічна природа медичного страхування

Одним з головних завдань державної політики є забезпечення якісного державного управління всіма сферами суспільного життя у державі, де кожна людина відчувала б себе комфортно й упевнено. І це не можливо досягти без ефективної соціальної політики. Питання соціального захисту населення та суспільного добробуту досліджували ще вчені давніх цивілізацій Греції, Китаю, Середнього Сходу, які наголошували на необхідності забезпечення державою піклування про вразливі верстви суспільства та соціальної стабільності, що впливає на безпеку держави. Далі суть та важливість соціального захисту населення досліджували представники різних наукових шкіл та течій, зокрема такі, як Ф. Кене, Дж. С. Мілль, В. Петті, Д. Рікардо, А. Сміт, Т. Мор, Ф. фон Візер, А. Маршалл, Т. Веблен, В. Мітчелла, Дж. Гелбрейта, Л. Ерхард, Ф. фон Хайєка, Г. Браун, Дж. Вейт-Вілсон, Ф. Нойман, В. Базилевич, С. Буковинський, О. Василик, О. Кириленко, В. Новікова, С. Осадця, Т. Ротова та інші.

З розвитком науково-технічного прогресу піднімалося питання стосовно існування соціальної допомоги з боку держави. Виникає два підходи щодо визначення необхідності її застосування - радикальний (Т. Мальтус, Д. Рікардо), згідно з яким повністю заперечувалася необхідність соціальних допомог; та поміркований (С. Сісмонді, Дж. С. Мілль, В. Петті), представники якого допускали обмежене регулювання оплати праці та існування окремих форм соціальної допомоги. Поширення соціалістичних ідей на фоні первісного нагромадження капіталу, посилювало майнове розшарування суспільства. Соціалісти закликали до пошуку нових форм організації суспільного устрою, базованого на відсутності приватної власності та усуненні соціальної

нерівності. Представники неокласичної школи (А. Пігу, А. Маршалл, Ф. фон Візер) говорили за те, що держава має забезпечити громадянам зростання якості життя шляхом випереджаючого зростання мінімальної заробітної плати та створення належних умов для задоволення їх першочергових потреб. Новий виток розвитку теорії та практики соціальних гарантій припадає на період кінця XIX – початку XX століття у зв'язку з розвитком концепції «держави загального добробуту», або «соціальної держави». У ці роки запроваджується система соціальної допомоги та формується відповідна організаційна структура їх надання, реалізуються програми безкоштовної освіти та лікування.

В соціально-економічному аспекті соціальні гарантії трактуються по-різному. О. Василик визначає соціальні гарантії як законодавчо закріплені права на рівень життя, необхідний для підтримання здоров'я, власного добробуту та добробуту сім'ї і на соціальне забезпечення в разі втрати засобів до існування з незалежних від людини обставин. Соціально-економічні гарантії, на думку О. Василика, є об'єктивною необхідністю для будь-якої держави, змістом і доцільністю її існування, що виступає мірилом рівня її цивілізованості [13, с. 284].

Розглядаючи категорію «державні соціальні стандарти», деякі дослідники вживають термін «мінімальні соціальні стандарти». Наприклад, О. Максимчук, ототожнюючи поняття «соціальних стандартів» і «соціальних гарантій», зазначає, що мінімальна заробітна плата та мінімальна пенсія одночасно можуть розглядатися і як мінімальний соціальний стандарт, і як мінімально гарантований рівень доходу (мінімальна соціальна гарантія) [22, с. 53]. Згідно із Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» №2017-III від 10.06.2018 р. державні соціальні гарантії - це встановлені законами мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, розміри інших видів соціальних виплат, встановлені законами та іншими нормативно-правовими актами, які забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму [5].

Соціальні гарантії правомірно розглядати як важіль досягнення

соціальної безпеки населення. Направляючи власні фінансові ресурси на їх забезпечення відповідно до економічних можливостей та суспільних очікувань, держава гарантує кожному громадянину певний рівень задоволення його матеріальних і нематеріальних потреб, тобто певний рівень соціальної безпеки. Важлива умова досягнення стану соціальної безпеки населення є створення діючих механізмів для їх забезпечення. При цьому важливим є як законодавче закріплення прав на задоволення громадянами власних соціальних інтересів, так і наявність відповідного їх фінансового та організаційного забезпечення. Цей аспект необхідно враховувати при визначенні змісту соціальної безпеки.

Мета діяльності держави - це забезпечення добробуту її населення і в основному за рахунок створення системи соціальних гарантій. Соціальні гарантії є важливою умовою економічної та соціальної стабільності будь-якої країни. За останні роки в засобах масової інформації все частіше говориться про необхідність запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні. Поняття «медичне страхування» не є законодавчо визначеним і виступає предметом дискусій різних авторів.

Відповідно до Закону України «Про страхування» від 27.09.2018 р №85/96-ВР визначено, що медичне є добровільним і обов'язковим видом страхування, хоча не визначено його суті та механізмів реалізації [4]. Страхування ж визначено як «вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) і доходів від розміщення коштів цих фондів» [4]. Згідно із Законом України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 20.01.2018 р. №16/98-ВР визначає медичне страхування як вид загальнообов'язкового державного соціального страхування, що являє собою «систему прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту, що включає

матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, ... та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків роботодавцями, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом». Згідно з цим законом медичне страхування передбачає такі види послуг: діагностику та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів і виробів медичного призначення; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання; профілактичні та освітні заходи. Однак закон від 02.08.2016р. №4981-2 зазначає: «Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством» [3]. У найновішому представленому на громадське обговорення проекті Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 02.08.2016р. №4981-2, не знаходимо визначення поняття медичного страхування взагалі. Вказано лише, що загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою частиною системи загальнообов'язкового державного соціального страхування і формою соціального забезпечення населення у сфері охорони здоров'я [3].

Медичне страхування розглядається з різних позицій залежно від мети дослідження низкою вчених з різних галузей науки. За природою, суттю та формами прояву медичне страхування належить до складних категорій і явищ. Зовнішньо воно виглядає як рух грошових коштів, який здійснюється під впливом цивільно-правових договірних відносин або обов'язкових відносин під впливом законів, встановлених державою. Медичне страхування є одним із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку.

Різні науковці по різному підходять до трактування поняття медичного страхування. На думку В. Базилевича, медичне страхування – форма захисту інтересів населення у випадку втрати здоров'я з будь-якої причини [7]. Осадець С. під медичним страхуванням розумів вид особистого страхування, пов'язаний з компенсацією витратків громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги та інших витрат, які спрямовані на підтримку їх здоров'я [45]. Інші автори вважають, що «медичне страхування належить до особистого страхування, здійснюється у разі розладу здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком» [71, с. 141]. Савенко А. акцентує увагу на тому, що медичне страхування є частиною соціального страхування, яке полягає в тому, що держава гарантує рівні можливості для громадян щодо одержання медичної й фармацевтичної допомоги [56]. Схожої думки притримується Миронов А. та відзначає, що «медичне страхування — це форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Медичне страхування являє собою страхування на випадок втрати здоров'я за будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою чи нещасним випадком. Воно забезпечується заходами щодо формування особливих страхових фондів, призначених для фінансування медичної допомоги в межах страхових програм» [41]. Розповсюдженим є визначення, що медичне страхування – це форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини» [69]. Стеценка В. вважає, що «медичне страхування - сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини із приводу захисту майнових інтересів фізичних осіб при одержанні медичної допомоги у випадку настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються зі страхових внесків» [60, с. 601].

Можна зробити висновок, що ці поняття мають між собою спільні риси, а саме:

- ризикова природа існування кожної окремої людини та суспільства в цілому, пов'язана зі станом здоров'я;
- спосіб організації та форма реалізації відносин між страховиком і страхувальником;
- захист майнових інтересів і прав громадян;
- платний і компенсаційний характер відносин;
- рівні як для страховика так і для самого страхувальника можливості одержання економічних вигід;
- одним з основних принципів функціонування виступає саме принцип перерозподілу ресурсів.

Отже, медичне страхування – це тип страхування від ризику витрат, пов'язаних із отриманням медичної допомоги. У більшості країн є формою соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини [69, с. 462].

Мета медичного страхування полягає у наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів. У більш конкретному розумінні мета медичного страхування зводиться до його основних завдань, які варто поділити на соціальні та економічні. До економічних завдань медичного страхування можна віднести наступне, а саме: фінансування охорони здоров'я, поліпшення її матеріальної бази, захист доходів громадян та їх сімей, перерозподіл коштів, що йдуть на оплату медичних послуг, між різними групами населення, забезпечення рівності медичних установ з різною формою власності (державної, муніципальної, приватної) та конкурентні взаємовідносини між ними, підвищення економічної зацікавленості та відповідальності медичних установ і медпрацівників за кінцевий результат своєї діяльності. Соціальними завданнями медичного страхування являється наступне: охорона здоров'я населення, забезпечення відтворення населення, сприяння розвитку сфери

медичного обслуговування, удосконалення ринку медичних послуг, підвищення економічної зацікавленості самого населення у збереженні здоров'я, забезпечення правового захисту населення.

Таким чином, медичне страхування – це елемент соціального страхування та важливого виду соціальних гарантій. Медичне страхування – це невід'ємна складова ринкової економіки та засобу реалізації принципів ринку в галузі охорони здоров'я. Питання фінансового забезпечення соціальних гарантій завжди були актуальними. В Україні розрахунковий обсяг видатків бюджету на соціальний захист та соціальне забезпечення визначається виходячи з обсягів ресурсів бюджету на цю мету, фінансового нормативу бюджетної забезпеченості та утримувачів соціальних послуг окремо за кожним видом таких видатків. Основним джерелом фінансового забезпечення соціальних гарантій залишаються ресурси держави. Також набувають популярності інші джерела фінансування соціальних гарантій, а саме: фінансові ресурси господарських товариств, кошти благодійних організацій та спонсорів, страхування та ін.

1.2 Зарубіжний досвід медичного страхування

На сучасному етапі розвитку майже в усіх країнах світу проводиться активна соціальна політика, одним з найважливіших компонентів якої є охорона здоров'я. У розвинених країнах організація системи охорони здоров'я здійснюється з урахуванням інтересів усіх соціальних верств населення, для неї характерним є надзвичайна різноманітність форм, оскільки кожна з них характеризується особливими умовами еволюції охорони здоров'я, перебуваючи під постійним впливом політичних, економічних і культурних факторів. У багатьох державах уже тривалий час сформувалася ефективна система взаємодоповнюючого соціального захисту, який містить у собі як державне соціальне забезпечення так і групове й індивідуальне страхування. Важливе місце в даній системі займає забезпечення можливості одержати

необхідну, своєчасну, кваліфіковану, якісну й доступну медичну допомогу.

Рівень і значення системи страхового захисту населення визначаються факторами особистого характеру, системними змінами економіко – політичного плану, природно географічними й культурно-історичними особливостями держави. У період загострення економічних проблем і соціальної напруги необхідність її розширення й удосконалення стає найбільш значимою й актуальною [60]. Відповідно до рекомендацій, виданих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВОЗ), якщо держава прагне побудувати ефективну систему охорони здоров'я – витрати на медицину повинні становити не менш ніж 5% ВВП країни. Інакше, сфера медичного обслуговування не в змозі на високому рівні виконувати свої функції [46].

У всіх розвинених країнах і більшості країн, які розвиваються в останні десятиліття спостерігається чітка тенденція до збільшення витрат на охорону здоров'я. Кожна з країн по різному забезпечує фінансове надання послуг охорони здоров'я, але серед них є основні моделі:

- фінансування медичної допомоги та забезпечення діяльності медичних установ здійснюється через відповідні фонди, до яких сплачуються обов'язкові страхові внески;
- надання медичних послуг відбувається за рахунок власних коштів пацієнта;
- держава покриває витрати на надання медичної допомоги та функціонування медичних установ.

Перша модель - це страхова система охорони здоров'я, яка фінансується в основному за рахунок коштів страхових фондів. Ця модель ефективно використовується у таких країнах як Німеччина, Франція, Швеція, Японія, Австрія, Бельгія та інших. У свою чергу ця модель має три основні варіанти організації страхових систем охорони здоров'я:

- існування центральної страхової організації, яка відповідає за страхування усіх громадян;
- базовий на територіальних страхових організаціях, які орієнтовані на місцеві потреби;

- поєднання територіальних та професійних страхових організацій.

Кожен з цих варіантів має свої переваги та недоліки. Перевагами першого варіанту є простота управління, низькі адміністративні видатки, а недоліками – обмеження, щодо залучення місцевих ресурсів та недостатньо оперативне реагування на потреби населення. Основною перевагою другого варіанту є врахування соціально-демографічної ситуації, що сприяє ефективному розподілу коштів, наприклад фінансування спеціальних заходів для підтримки економічно слабких регіонів та соціально незахищених груп населення. Третій варіант характеризується тим, що у кожній галузі чи групі підприємств утворюються свої страхові фонди, але законодавством визначені базові умови страхових програм. Таким чином центральне місце у цій моделі, у фінансовому забезпеченні охорони здоров'я належить обов'язковому медичному страхуванню. Медичне страхування – це один із видів особистого страхування, на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок нагромаджених коштів та фінансування профілактичних заходів. Наприклад у Німеччині, медичне страхування здійснюється через особливі громадські організації - лікарняні каси. З лікарняних кас надходить оплата медичних послуг, наданих застрахованим, вони ж оплачують лікарняні листки і, крім того, повинні займатися просвітительською і профілактичною роботою серед населення. Існує система лікарняних кас різного типу. Норма платежів по страхуванню щорічно для всіх лікарняних кас встановлюється в однаковому розмірі.

Друга модель – це приватна система охорони здоров'я, у якій основним джерелом фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств. Представником цієї моделі є США. У країні існує розгалужена мережа приватних закладів охорони здоров'я, у яких медичне обслуговування надають або за пряму плату або за рахунок коштів приватних страхових фондів. Участь держави мінімальна та обмежена у цій системі, в основному спрямована на підтримку незахищених верств населення. Перевагами цієї моделі є висока якість медичного обслуговування, швидкі темпи модернізації медичної техніки

й обладнання, широкий вибір послуг, висока кваліфікація медичного персоналу та ін. В умовах такої системи зростає розуміння населення, щодо значення здорового способу життя, що дає можливість знизити рівень захворюваності і тим самим зменшити витрати на охорону здоров'я. Недоліками цієї системи є високі витрати, а саме: адміністративні, витрати, які пов'язані з впровадженням нових технологій та обладнання та ін. Також недоліком цієї системи є наявність населення, яка не охоплена системою страхування та низька доступність малозабезпечених верств населення до медичних послуг. Близько 15% населення не мають доступу до медичного страхування: це мало-забезпечені, безробітні, безпритульні та члени сімей працівників підприємств, що не забезпечуються системою медичного страхування. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені робітники промисловості, державні службовці, члени профспілок, робітники, які працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

У третій моделі, зокрема, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії, домінує державна система фінансування. Перевагами цієї моделі є те, що медична допомога, яку надає мережа закладів охорони здоров'я, які перебувають у державній чи муніципальній власності, доступна для населення і гарантована законодавством. Також паралельно існують приватні медичні заклади, де за окрему плату можна отримати медичне обслуговування. Перевагами цієї моделі є те, що така система дає змогу стримувати зростання вартості лікування, порівнюючи з іншими країнами, де медичні послуги оплачують на основі обов'язкового чи добровільного медичного страхування. Така система охорони здоров'я є більш гуманною і соціально справедливою формою організації та фінансування медичного обслуговування населення. Прикладом такої моделі є система фінансового забезпечення охорони здоров'я Великобританії, де використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великим рівнем централізації управління. Провідна роль у наданні населенню медичних послуг

належить Національній системі охорони здоров'я, на яку припадає 85% загального обсягу відповідних суспільних видатків. Решта витрат на медицину покривається за рахунок приватних джерел. При цьому спостерігається процес заміщення прямої оплати послуг страхуванням, яке набуває все більшого поширення. Добровільним медичним страхуванням в Англії займаються різні страхові компанії та провідну роль серед них відіграє страхова асоціація "БУПА", що у результаті об'єднання невеликих страхових організацій. Головний принцип діяльності приватних страхових компаній - це доповнення державної системи охорони здоров'я. Це означає, що об'єктом страхування являються тільки ті ризики, які не бере на себе Національна система охорони здоров'я. Враховуючи високий рівень розвитку Національної системи охорони здоров'я.

Запозичення зарубіжного досвіду щодо організації та проведення діяльності в сфері страхування повинно стати ефективним засобом з вирішення проблем даного інституту, що існують на сучасному етапі його розвитку, вдосконалення та реформування. При цьому, як слушно було підмічено, сліпе запозичення зарубіжного досвіду дає недостатній ефект, створює часом законодавчі суперечності, призводить до виникнення прогалин у регулюванні того чи іншого виду правовідносин, істотно знижує рівень ефективності державного управління в цілому. Як показує практика, враховуючи це застереження, важливим і необхідним, поряд із запозиченням зарубіжного досвіду, є врахування національних традицій та тенденцій.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ЯК СКЛАДОВОЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ГАРАНТІЙ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Особливості фінансового забезпечення соціальних гарантій населення в Україні

Забезпечення добробуту населення - це головна мета діяльності будь-якої держави та здійснюється це за рахунок створення системи соціальних гарантій. Соціальні гарантії є важливою складовою економічної та соціальної стабільності країни. Їх варто розглядати як важіль досягнення соціальної безпеки населення, а здійснюється це наступним чином: держава гарантує кожному громадянину певний рівень задоволення його матеріальних і нематеріальних потреб, тобто певний рівень соціальної безпеки, направляючи власні фінансові ресурси на їх забезпечення відповідно до економічних можливостей та суспільних очікувань.

Згідно із Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III розділу IV «Фінансове забезпечення надання державних соціальних гарантій» здійснюється за рахунок бюджетів усіх рівнів, коштів підприємств, установ і організацій та соціальних фондів на засадах адресності та цільового використання [2]. Державні соціальні гарантії є основою для розрахунку видатків на соціальні цілі та формування на їх основі бюджетів усіх рівнів. Головною метою соціальної політики в Україні на нинішньому етапі є призупинення спаду життєвого рівня населення та зменшення тягара кризи для найменш захищених його верств. Соціальна допомога повинна мати не всеохоплюючий, а вибіркового, адресний характер. Держава має гарантувати мінімум соціальних і матеріальних благ через такі механізми:

- встановлення фінансового забезпечення на державному рівні мінімальних соціальних гарантій (мінімальної заробітної плати, пенсій за віком, стипендій тощо);
- здійснення у зв'язку з ціновою лібералізацією превентивних соціальних заходів, адресного вибіркового надання соціальної допомоги та компенсаційних виплат;
- захист купівельної спроможності малозабезпечених громадян через щомісячний перегляд середньодушового сукупного доходу, що дає право на допомогу, та цільової грошової допомоги відповідно до зміни індексу цін.

Розрахунки і обґрунтування до показників видатків на соціальні цілі у проектах бюджетів здійснюється на підставі державних соціальних стандартів, визначених відповідно до законодавства. Розробка та виконання бюджетів здійснюється на основі пріоритетності фінансування видатків для забезпечення надання державних соціальних гарантій.

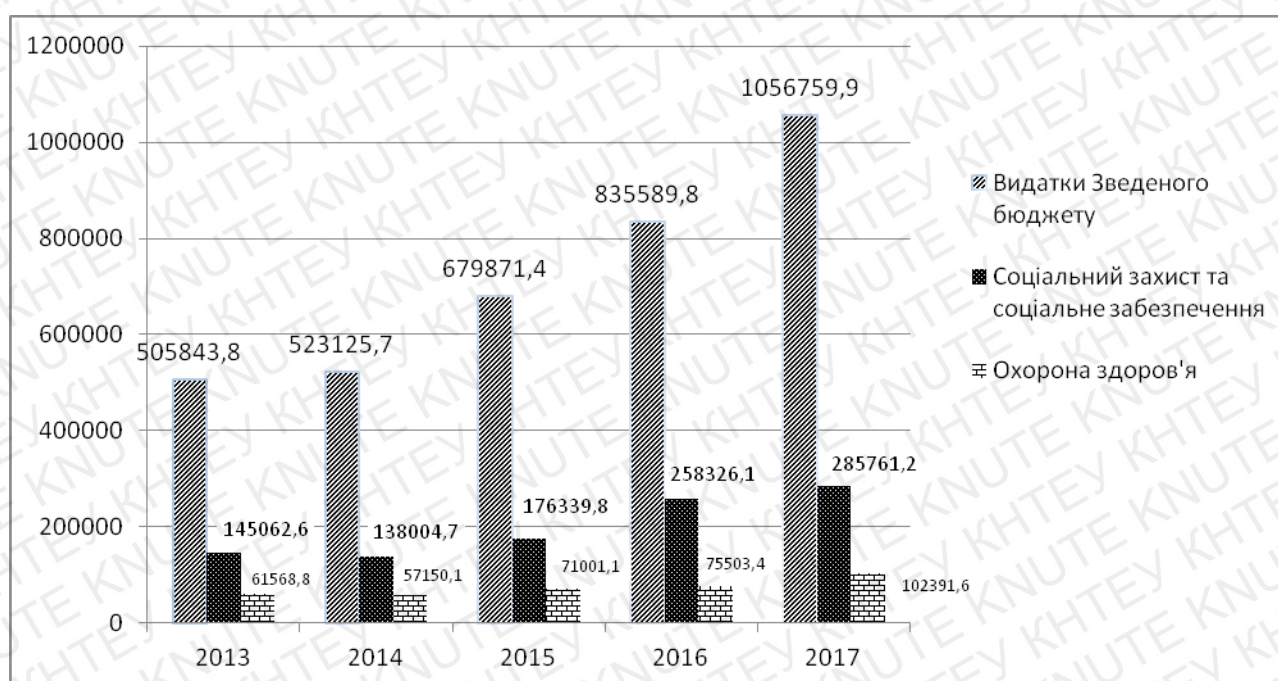


Рис. 2.1 Динаміка видатків Зведеного бюджету України на соціальний захист та соціальне забезпечення, охорону здоров'я протягом 2013-2017 рр.

Видатки зведеного бюджету України у 2017 р. становили 1 056 759,9 млн. грн., що на 26,47% більше порівняно з 2016 р. та на 96,99% більше порівняно з 2013 р. На соціальний захист та соціальне забезпечення у 2017 р. було виділено 285 761,19 млн. грн., що становить 27,04% від загальних витрат зведеного бюджету 2017 р. та на 10,62% більше порівняно з 2016 р. У 2016 р. на соціальний захист та соціальне забезпечення було виділено 258 326,14 млн. грн., що становить 30,92% від загальних витрат зведеного бюджету 2016 р. та на 46,49% більше порівняно з 2015 р. У 2015 р. було виділено 176 339,84 млн. грн., що на 27,78% більше порівняно з 2014 р. та становить 25,94% від витрат зведеного бюджету 2015р. На соціальних захист у 2014 р. було виділено 138 004,68 млн. грн., що становить 26,38% від загальних витрат зведеного бюджету та менше на 4,87% порівняно з 2013 р. У 2013 р. на соціальних захист виділено 28,68% від витрат зведеного бюджету, а саме 145 062,6 млн. грн., що на 13,62% менше порівняно з 2012 р.

Питання фінансового забезпечення соціальних гарантій завжди були актуальними. В Україні розрахунковий обсяг видатків бюджету на соціальний захист та соціальне забезпечення визначається виходячи з обсягів ресурсів бюджету на цю мету, фінансового нормативу бюджетної забезпеченості та утримувачів соціальних послуг окремо за кожним видом таких видатків. Фінансове забезпечення соціальних гарантій передбачає використання багатьох джерел фінансування, але основним залишається ресурси держави. З кожним роком набувають популярності такі джерела фінансування соціальних гарантій, а саме: фінансові ресурси господарських товариств, кошти благодійних організацій та спонсорів, страхування та ін. Державний коштів не вистачає для задоволення соціальних потреб населення, тому для створення надійного механізму фінансування соціальних гарантій важливим є використання позабюджетних коштів. По – перше, це кошти господарських структур. Підприємство за рахунок своїх доходів формує соціальну інфраструктуру, що дає змогу максимально задовольнити матеріальні й духовні потреби його працівників. В Україні багато підприємств як мало, середнього та великого

бізнесу укладають договори на обслуговування персоналу зі страховими компаніями. Сподіваємося, що надалі обсяги фінансових ресурсів підприємств, що спрямовуються на соціальні потреби, зростатимуть і тим самим частково зніматимуть навантаження на місцеві й державний бюджети. Наступним джерелом фінансування соціальних гарантій є спонсорство та меценатство. Їх можна трактувати як некомерційну діяльність організацій і деяких осіб, спрямовану на задоволення потреб суспільства в соціальних гарантіях. Теоретично меценатство та спонсорство можна визначити як форму інвестування у соціальну сферу. Станом на 1 січня 2018 р. було зареєстровано 17 726 благодійних організацій. Їх кошти використовуються на різні соціальні потреби — програми державного значення, надання стипендій, різні спортивні змагання (Олімпійські ігри) та ін. Іншим джерелом фінансового забезпечення соціальних послуг є страхування — пенсійне, медичне, а також у разі безробіття та від нещасного випадку на виробництві. Страхування розраховане на все зайняте населення держави, оскільки саме воно бере участь у створенні страхових фондів. Медичне страхування забезпечує право працюючих громадян і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування, матеріальне забезпечення у разі захворювання та в інших випадках. Питання медичного забезпечення населення є одними з найбільш актуальних і обговорюваних на сьогоднішній день, оскільки здоров'я нації є головною умовою розвитку країни та благополуччя суспільства.

В Україні, як і в інших країнах, традиційно надання медичних послуг населенню оплачується державою. Альтернативою є система обов'язкового та добровільного медичного страхування. На сьогоднішній день, медичне страхування у нашій країні користується низьким попитом. На нашу думку, це у свою чергу, має спонукати органи державної влади та місцевого самоврядування до заходів, які сприятимуть розширенню кола користувачів послуг медичного страхування, зростанню попиту на цьому ринку та ефективному його розвитку.

В Україні на охорону здоров'я у 2017 р. було виділено 102 391,55 млн. грн., що становить 9,69% від загальних витрат зведеного бюджету 2017 р. та на 35,61% більше порівняно з 2016 р. та на 66,30% більше порівняно з 2013 р. У 2016 р. на охорону здоров'я було виділено 75 503,44 млн. грн., що становить 9,04% від загальних витрат зведеного бюджету 2016 р. та на 6,35% більше порівняно з 2015 р. У 2015 р. було виділено 71 001,12 млн. грн., що на 24,24% більше порівняно з 2014 р. та становить 10,44% від витрат зведеного бюджету 2015 р. На охорону здоров'я у 2014 р. виділено 57 150,07 млн. грн., що на 7,18% менше порівняно з 2013 р. та становить 10,92% від витрат зведеного бюджету 2014 р. У 2013 р. виділено 61568,80 мл. грн. на охорону здоров'я, що становить 12,17% від витрат зведеного бюджету 2013 р. та на 5,33% більше порівняно з 2012 р.

Як свідчать дані, протягом останніх п'яти років витрати домашніх господарств на охорону здоров'я збільшилися на 122,70% та у 2017 р. становить 109 104 млн. грн., що складає 5,7% від загальних витрат домашніх господарств. Рівень здоров'я жителів України лишається практично незмінним: порівняно із 2013 роком дослідження не фіксують ані покращення, ані статистично значимого погіршення у тому, як жителі України оцінюють стан власного здоров'я. За останні п'ять років збільшується кількість осіб, які при потребі не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя і в основному із-за причини занадто високої вартості або відсутності медичного спеціаліста потрібного профілю. Варто зазначити, що за досліджуваний період темп приросту витрат домашніх господарств на охорону здоров'я перевищує витрати зведеного бюджету на охорону здоров'я у два рази. Попри конституційну гарантію державного фінансування сфери охорони здоров'я, в Україні сумарне фінансування майже наполовину забезпечується за рахунок недержавної частки фінансування, що формується за рахунок інвестицій, благодійних внесків, особистих витрат населення. Більшість платять за лікування в кишеню лікареві чи у вигляді так званого «благодійного внеску» (насправді – обов'язкового).

Отже, перебудова економіки охорони здоров'я – це важливий захід для виходу системи охорони здоров'я України з кризи. Вона має починатися з укріплення фінансової бази галузі, зі змінами схеми фінансування, що передбачає перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, за участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами медичного страхування населення. При цьому головним і визначальним повинно стати поєднання бюджетного фінансування та комерційного медичного страхування.

Гостра необхідність побудови ефективної стратегії розвитку охорони здоров'я не залишає навіть сумнівів, її можна успішно втілити через використання системного підходу – поліпшення доступності і якості медичної допомоги, профілактику захворювань, активне сприяння формуванню здоровішого способу життя. Одним із механізмів вирішення цього питання є впровадження системи медичного страхування. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного забезпечення свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного забезпечення, такою є система медичного страхування або страхування здоров'я. У зарубіжній та вітчизняній економічній літературі немає єдиного загальноприйнятого підходу до визначення сутності медичного страхування. При цьому, їх погляди щодо сфери поширення медичного страхування доцільно об'єднати у дві основні концепції: соціального та комерційного страхування. Прихильники першої концепції вважають, що медичне страхування є формою соціального захисту населення або складовою соціального страхування [42]. Соціальне медичне страхування у системі соціального захисту трактується як складова частина державного соціального страхування, що забезпечує всім громадянам можливість отримання медичної й лікарської допомоги, яка надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі та за умов відповідно до програм обов'язкового страхування.

При аналізуванні системи охорони здоров'я потрібно звернути увагу насамперед на те, що у цій системі існують дві основні проблеми –

недостатність фінансових коштів і низька якість медичного забезпечення. Оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна держава має визначити власні пріоритетні, керуючись політичною системою, традиціями, економічним станом та іншими параметрами.

Отже, завданням держави є побудова системи соціального захисту, яка змогла б досить швидко і якісно підвищити рівень життя соціально неблагополучних груп населення, не завдаючи погіршенню водночас стримуючого впливу на розвиток економіки.

2.2 Проблеми функціонування медичного страхування в Україні

В умовах хронічного дефіциту фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я, надзвичайно великої актуальності набуває питання пошуку ефективних принципів і джерел фінансового забезпечення медичного страхування. Перед Україною постає завдання щодо проведення комплексної реформи механізму фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, як його найважливішого елемента. Це ставить перед органами державного управління складне завдання щодо задіяння більш дієвих та ефективних джерел фінансового забезпечення медичного страхування.

Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що протягом останніх двох десятиліть за показниками стану здоров'я Україна посідає одне з найнижчих місць серед країн Європи: близько 1/3 громадян страждають від серцево-судинних захворювань, понад 1 млн. українців – від онкологічних захворювань і діабету. Україна є «лідером» за показниками захворюваності на ВІЛ і туберкульоз, а смертність у країні в 2,3 рази вища, ніж у країнах – членах Європейського Союзу. При цьому смертність від серцево-судинних захворювань становить близько 64% у структурі загальної смертності, а від онкологічних захворювань – 13%, тобто майже 80% щорічних втрат населення країни [46]. Подібний стан у сфері охорони здоров'я

визначається багатьма несприятливими соціальними та економічними чинниками: складною ситуацією у економіці та екології, низьким рівнем добробуту, значним поширенням шкідливих звичок і відсутністю в суспільстві цінностей здорового способу життя, а також, не в останню чергу, низькою якістю медичного обслуговування та нерівністю громадян щодо доступності та якості медичних послуг. При цьому однією із головних причин недоступності та низької якості послуг охорони здоров'я є застаріла, неефективна модель фінансування охорони здоров'я.

Розглядаючи сучасний механізм фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні загалом, і, зокрема, медичного страхування, неможливо оминати той факт, що стаття 49 Конституції гарантує права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування та сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуючу мережу таких закладів не може бути скорочено [1]. Проте, в сучасних умовах, громадяни України фактично не можуть безоплатно отримувати медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі та із якістю. Тому постає завдання щодо проведення комплексної реформи всього механізму охорони здоров'я, включаючи його основний елемент – медичне страхування. Медичне страхування є можливим способом забезпечення громадян медичними послугами – система обов'язкового та добровільного медичного страхування. При аналізі системи медичного страхування в Україні потрібно звернути увагу на те, що у системі охорони здоров'я України існують дві основні проблеми: по-перше, недостатність фінансових коштів та низька якість медичного забезпечення. Оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни є джерела фінансування, кожна держава має визначити власні пріоритетні, керуючись політичною системою, традиціями, економічним станом та іншими параметрами.

На сьогодні основною проблемою системи охорони здоров'я та медичного страхування є незбалансованість заявлених державних гарантій медичної допомоги та обсягів їхнього фінансового забезпечення. Незважаючи на щорічне збільшення коштів, що надходять у систему охорони здоров'я населення існує помітний дефіцит фінансування територіальних програм державних гарантій безкоштовного надання медичної допомоги населенню [34, с. 103]. Водночас вагомими проблемами низького рівня розвитку медичного страхування в Україні є такі:

- неефективна структура та брак територіальної єдності системи обов'язкового медичного страхування;
- паралельне функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування;
- відсутність чіткого розмежування платних і безкоштовних медичних послуг у вітчизняній законодавчій базі;
- скорочення обсягу державного фінансування системи охорони здоров'я;
- неефективність використання виділених державних фінансових ресурсів.

Вибираючи лікувальний заклад, більшість споживачів орієнтується на якість медичних послуг, застосування новітніх технологій у процесі діагностики та лікуванні захворювань. Це є інструментом окремих страхових компаній для підвищення рівня якості надання медичних послуг та конкурентоспроможності компанії на ринку медичного страхування. Державна система охорони здоров'я в Україні побудована на основі командно-адміністративної моделі управління, згідно з якою головною метою є забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, а медичну допомогу надають безкоштовно. Проте в Україні установи охорони здоров'я працюють в умовах обмежених ресурсів. У приватній системі охорони здоров'я медичні організації користуються високим ступенем економічної свободи. Ключове значення тут має якість – при високій якості послуг та меншій вартості пацієнти віддають перевагу саме таким установам [65, с. 119].

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити застрахованій особі гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до лікувально-профілактичної установи за послугою, яка надається згідно з обраною програмою. Зараз поліси ДМС є актуальними для середнього та великого бізнесу, але вони також можуть передбачати часткову участь застрахованої особи у сплаті страхового платежу. У свою чергу, страхові компанії, які пропонують поліси ДМС, несуть відповідальність за якісне врегулювання кожного страхового випадку, гарантуючи застрахованій особі повноцінну діагностику, коректний діагноз та лікування.

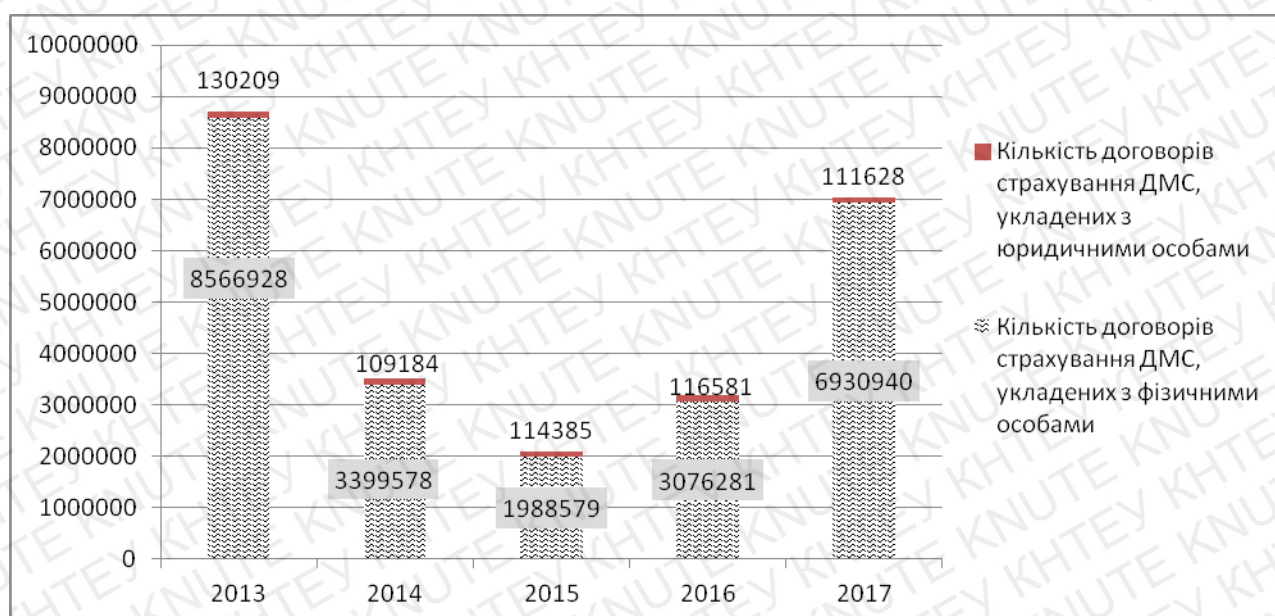


Рис. 2.2 Динаміка укладених договорів страхування ДМС з фізичними та юридичними особами в Україні протягом 2013 -2017 рр. [49].

Зробивши аналіз показників сучасного стану розвитку медичного страхування в Україні, то варто відзначити, що воно знаходиться на початковій стадії свого розвитку. У 2017 р. страховими компаніями України було укладено 7 042 568 договорів ДМС, з яких 96% припадає на договори укладені з фізичними особами, а в 2013 р. було укладено 8 697 137 договорів добровільного медичного страхування, що на 19% більше порівняно з 2017 р. Частка ДМС від

загальної кількості договорів страхування у 2017 р. склала 3,83%, що на 113,46% більше порівняно з 2016 р. та на 20,02% менше порівняно з 2013 р. Як зображено на рис. 2.2, у період 2013 - 2016 р. спостерігався спад на страховому ринку України, у тому числі на ринку ДМС, причиною якого є соціально-економічна ситуація в нашій країні.

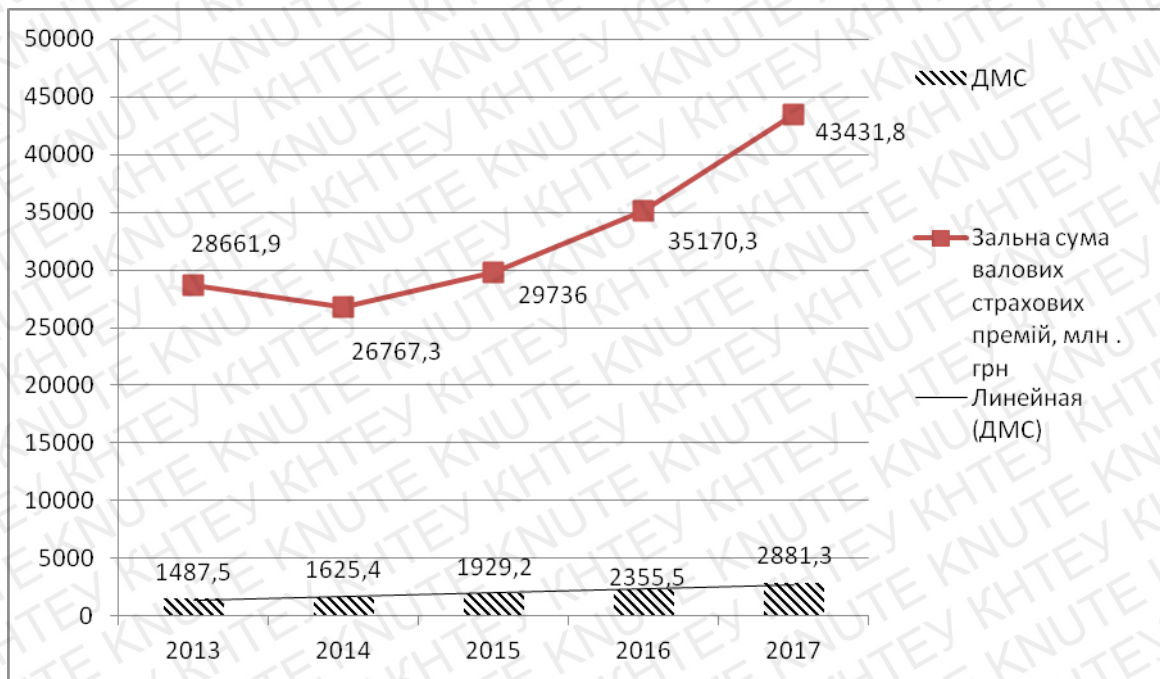


Рис. 2.3 Динаміка зібраних страхових премій в Україні 2013 – 2017 рр., млн. грн. [49].

Валові страхові премії, зібрані на страховому ринку України за період з 2013 по 2017 рр. збільшилися на 14769,9 млн. грн., що у відсотковому виразі становить 51,53% і за підсумками останнього звітного року склали 43431,8 млн. грн., а на 1 півріччя 2018 р. цей показник складає 23425,8 млн. грн. У свою чергу валові страхові премії за медичним страхуванням за аналогічний період збільшилися на 1393,8 млн. грн., що у відсотковому виразі становить 93,70% та склали у 2017 р. 2881,3 млн. грн., що становить 6,63% від загальної кількості валових страхових премій. Протягом 2013 – 2017 рр. валові страхові премії ДМС збільшуються в середньому на 18,10% за рік та на 1 півріччя 2018 р. становить 1617,6 млн. грн., що складає 6,91% від загальної кількості валових

страхових премій. Тобто ринок медичного страхування показав відносно кращу динаміку розвитку у порівнянні зі середніми показниками вітчизняного страхового ринку.

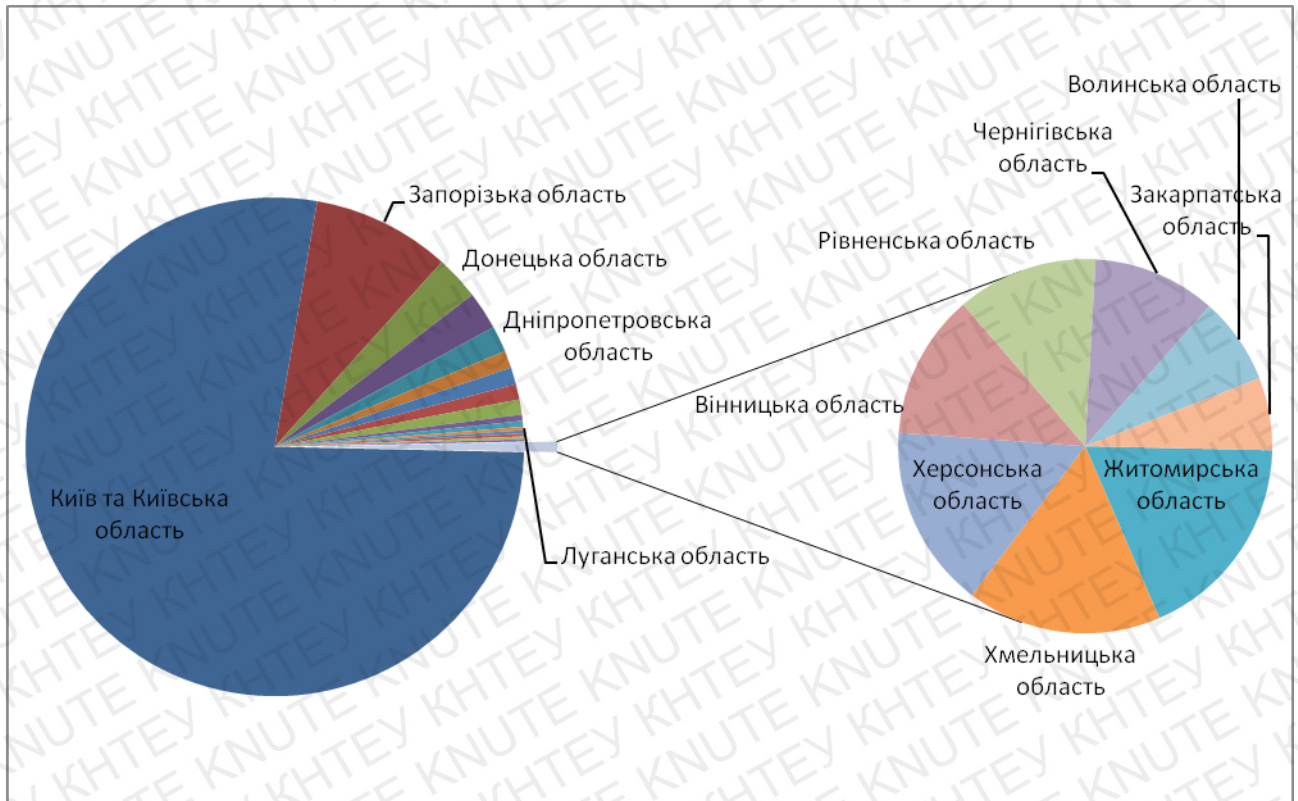


Рис. 2.4 Надходження страхових премій з медичного страхування по областях України в 2017 р. [49].

У 2017 р. сума страхових премій по добровільному медичному страхуванню зібраних у Києві та Київській області, Запорізькій та Донецькій областях склали 90% від загальної кількості, а в найменше страхових премій зібрано у Закарпатській, Волинській, Чернігівській, Рівненській, Вінницькій та Херсонській областях. Загалом по областях України спостерігається тенденція до зростання сум зібраних страхових премій по даному виду страхування, наприклад, у Хмельницькій та Житомирській областях кількість страхових премій за останні три роки збільшилася у 81 раз та 13 разів відповідно, з , але в Луганській області спостерігається скорочення страхових премій по даному виду в 2 рази.

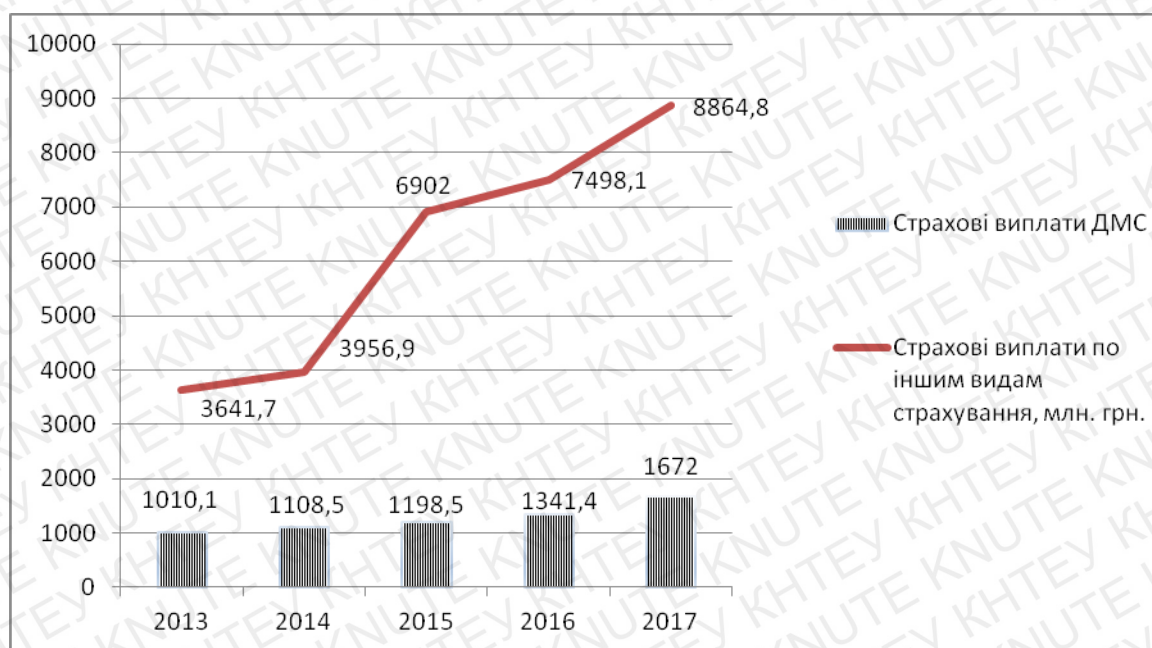


Рис. 2.4 Динаміка страхових виплат в Україні 2013 – 2017 р., млн. грн.

[31]

Важливим напрямом дослідження є аналіз показників страхового ринку на основі коефіцієнта виплат. Валові страхові виплати по всіх видах страхування за період 2013 р. по 2017 р. збільшилися на 5885 млн. грн. Частка страхових виплат медичного страхування у загальній кількості страхових відшкодувань за досліджуваний період скоротилася з 21,71% у 2013 р. до 15,87% у 2017 р. Станом на кінець 2017 р. страхові виплати по медичному страхуванню становлять 1672 млн. грн., що на 24,65% більше порівняно з 2016 р. та на 65,53% більше порівняно з 2013 р. За досліджуваний період даний показник збільшувався поступово, як і збільшення валових страхових премій по даному виду страхування. Рівень виплат по медичному страхуванню за 2013 - 2017 р. коливається від 56,95% до 68,20%.

Протягом досліджуваного періоду лідерами на ринку добровільного медичного страхування є наступні страхові компанії, а саме: ПРОВІДНА, НЕФТЕГАЗСТРАХ та UNIQA. ТОП-10 страхових компаній по добровільному медичному страхуванню складають приблизно 60% зібраних страхових премій. Для дослідження ми взяли дані чотирьох страхових компаній: ПРОВІДНА, НЕФТЕГАЗСТРАХ, УНІКА, ВУСО. Перші три компанії протягом 2013 –

2017р. входили у ТОП-10 страхових компаній за даним видом страхування по версії інтернет-журнала про страхування, четверта компанія показала позитивні результати своєї діяльності та позиціонує себе на ринку, як лідер «онлайн страхування». Протягом 2013 – 2017 рр. кількість страхових премій по даним компанія збільшилася. У середньому приріст страхових премій страхової компанії ПРОВІДНА за досліджуваний період становив 27%, та вдалим роком для компанії став 2015 р., коли страхові премії по даному виду страхування збільшилися на 52,05%, а за п'ять років збільшилися на 161,19%. Останні роки спостерігається зменшення кількості страхових премій по медичному страхуванні у страховій компанії НЕФТЕГАЗСТРАХ. У 2015 р. порівняно з 2014 р. страхова компанія отримала на 36,38% менше страхових премій. Страхова компанія УНІКА за п'ять років збільшила кількість страхових платежів на 203,33%, найуспішнішим для компанії був 2014 р., сума страхових премій збільшилася на 52,20%. У 2017 р. страхова компанія ВУСО збільшила суму страхових премій по медичному страхуванні на 53,11% порівняно з 2016 р. та протягом п'яти років даний показник збільшився на 208,85%.

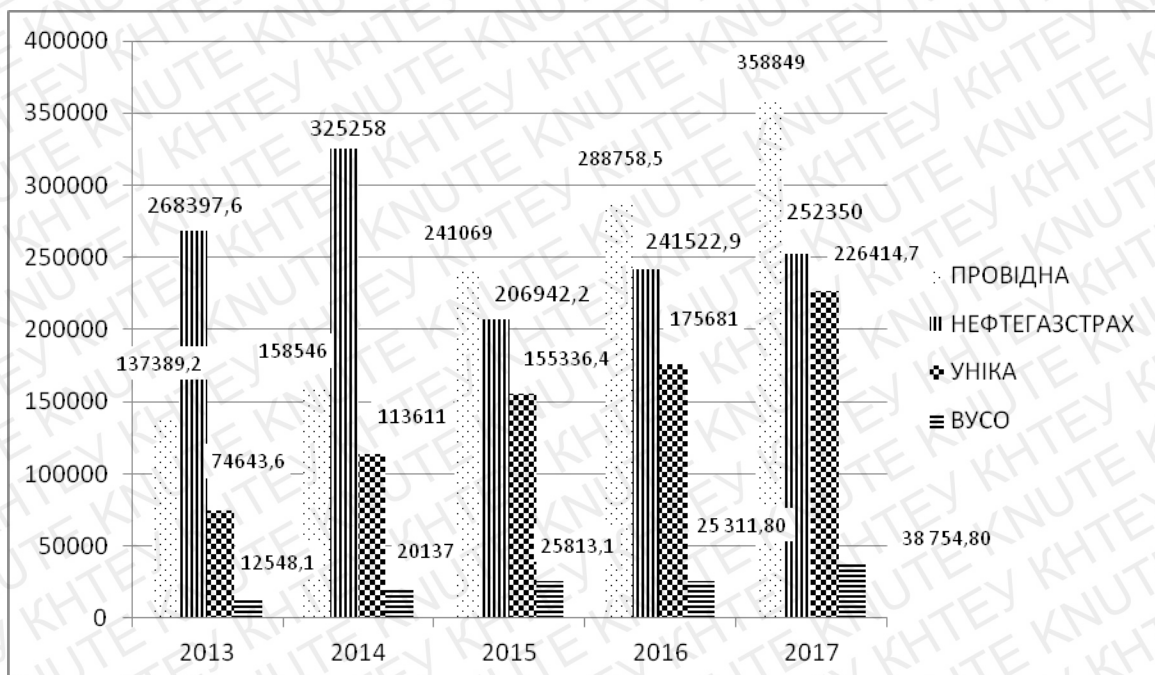


Рис. 2.5 Страхові премії, зібрані окремими страховими компаніями протягом 2013 – 2017 рр., тис.грн. [31]

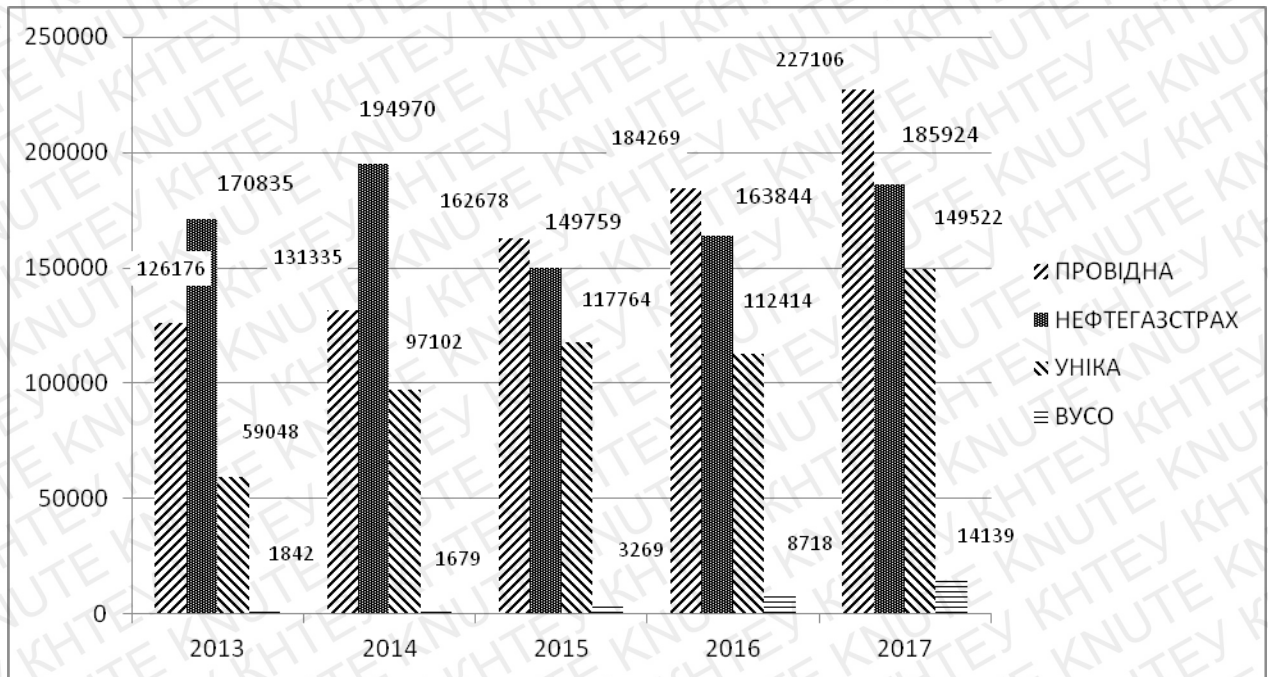


Рис. 2.6 Страхові виплати окремим страхових компаній за 2013 – 2017 рр, тис. грн. [31]

Наведені дані свідчать, що ДМС належить до класичних видів страхування з яскраво вираженою соціальною спрямованістю. Це підтверджується й аналізом рівня виплат, який демонструють за підсумками 2017 р. страхові компанії – лідери цього ринку. Переважна більшість страховиків, які входять до ТОП-10 за обсягами страхових премій, мають за ДМС доволі високий рівень виплат, що коливається від 61,94% (СК "Українська страхова група") до 73,68% (СК "НЕФТЕГАЗСТРАХ"). Виняток становлять лише дві компанії з групи ТОП-10: СК "КРЕМІНЬ», яка продемонструвала рівень виплат 4,79 % і СК "PZU УКРАЇНА" – 43,80%. Високий рівень виплат страхових компаній свідчить про високий ризиковий характер медичного страхування. Також даний показник впливає на довіру споживачів до страхових компаній, які існують на ринку.

Протягом 2017 р. страхові виплати з медичного страхування склали 1672 млн., що на 24,65% більше порівняно з 2016 р. З підвищенням страхових премій підвищуються і ціни на медичні послуги, а отже зростають страхові виплати. За 2013 – 2017 рр. кількість страхових виплат помітніше змінилася у страхової

компанії ВУСО – збільшилася на 667,49%, що прямо пропорційно пов'язано зі збільшенням страхових премій по медичному страхуванні. На другому місці страхова компанія УНІКА та кількість страхових відшкодувань у 2017 р. порівняно з 2013 р. збільшилася на 153,22%. Страхова компанія ПРОВІДНА збільшила суму своїх відшкодувань у 2017 р. порівняно з 2013 р. на 79,99%, а страхова компанія НЕФЕГАЗСТРАХ – на 8,83%.

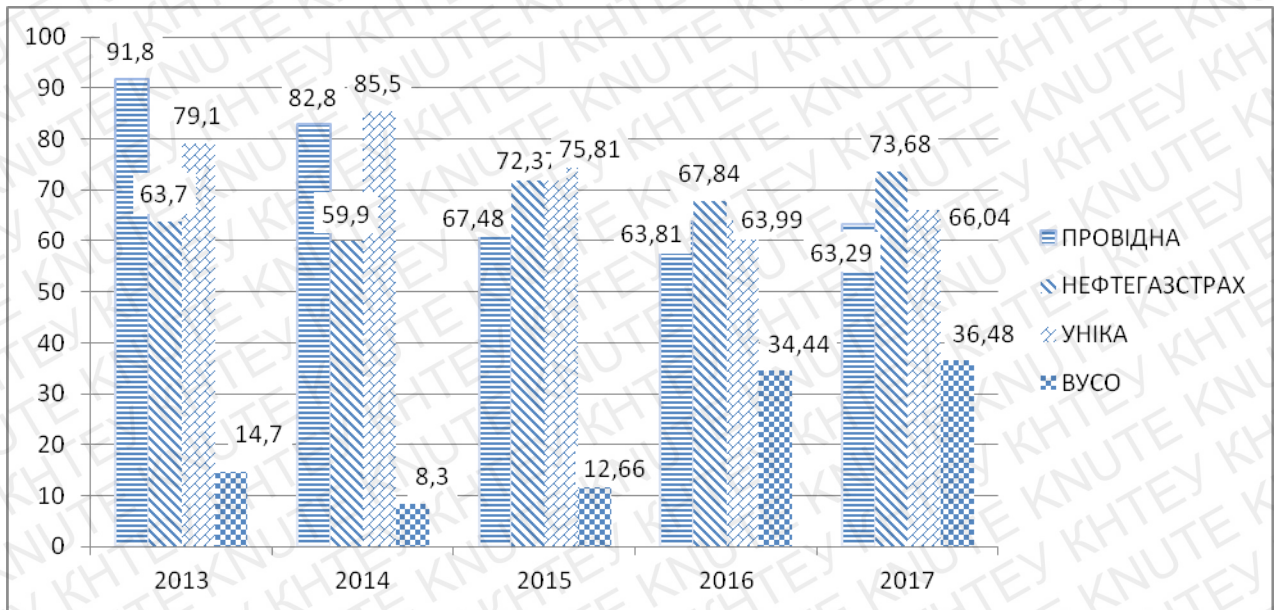


Рис. 2.7 Рівень виплат деяких страхових компаній протягом 2013 – 2017 рр., % [31]

Специфіка страхування як виду підприємницької діяльності пов'язана з тим, що чим більші надходження за певним видом страхування має страхова компанія, тим більшою є й вірогідність відповідного зростання страхових виплат, оскільки пропорційно з надходженнями зростають страхові зобов'язання. Тим менш, у більшості страхових компанії існує тенденція до збільшення у портфелях високоризикових видів страхування, у тому числі ДМС. Зважаючи на зростання рівня виплат за даними договорами, в першу чергу у зв'язку з девальвацією гривні, страховикам необхідно враховувати цей чинник при прийнятті тарифної політики. Також збільшилась кількість звернень застрахованих осіб до лікувально-профілактичних закладів, які

бажають максимально використати страхові ліміти та отримати медичні послуги, що вимагає від страховиків оперативного контролю за частотою звернень страхувальників.

Серед причин високого рівня збитковості добровільного медичного страхування можна назвати зростання кількості звернень клієнтів за медичною допомогою як наслідок погіршення якості здоров'я та старіння населення, вибагливість клієнтів, недосконалість служб андеррайтингу, використання економічно необґрунтованих тарифів, незадовільну організацію роботи з урегулювання збитків, низьку клієнтоорієнтованість державних лікувально-профілактичних установ, завищені витрати на ведення справи, в т.ч. комісійні винагороди страхових посередників – продавців послуг з ДМС.

З метою активізації роботи як в галузі охорони здоров'я так і в сфері медичного страхування, Міністерством охорони здоров'я була розроблена та прийнята до реалізації «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр.» [48]. Відповідно до цієї стратегії передбачено, що під час першої фази реформи охорони здоров'я не рекомендується вдаватися до збору коштів (наприклад, запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування). Однак створення сприятливих умов для розвитку медичного страхування у довгостроковій перспективі є обов'язковим. Із цією метою важливим є перенесення внесків роботодавців на медичне страхування з графі оподаткованого прибутку до графі витрат. З часом надходження, отримані від медичного страхування, повинні покращити фінансову ситуацію в системі охорони здоров'я та полегшити навантаження на бюджет [48].

Протягом кількох перших років, коли необхідно зосередитися на реформуванні принципів і механізмів розподілу ресурсів у наслідок реалізації стратегії, рекомендується суттєво не змінювати джерела фінансування. Протягом цього періоду варто підготувати розрахунки для двох пакетів послуг, які можуть фінансуватися за рахунок державних коштів – «Універсальний не страховий пакет» та «Державний страховий пакет». Перший включатиме ряд

послуг, які фінансуються державою незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Другий пакет має забезпечити ширше медичне страхування для вразливих верств населення у рамках наявних ресурсів. Однак, на думку Козьменко С.М. та Охріменко І.О. головна проблема, яка стримує прийняття кінцевого варіанту закону, полягає у не сформованості цілісного комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування вітчизняної галузі охорони здоров'я на засадах обов'язкового медичного страхування [34].

Підсумовуючи, відзначимо, що ринок добровільного медичного страхування в Україні має перспективи розвитку: питома вага ДМС на ринку страхових послуг має тенденцію до зростання; страховики, які надають послуги з ДМС стають все більше конкурентними; підвищується інтерес населення до даного виду страхування. Закордонний досвід у галузі медичного страхування підтверджує ефективність змішаної моделі медичного страхування. Розроблена Урядом концепція реформи охорони здоров'я змінить систему фінансування медицини і надасть поштовх розвитку ДМС.

Для зростання тривалості ділових відносин з клієнтами першочерговим для страхових компаній має стати удосконалення супроводження страхових договорів, а саме: сервісу медичного асистансу (контроль звернень на гарячу лінію або онлайн-сервіс за терміном очікування на відповідь оператора контакт-центру, кількості не прийнятих дзвінків, технічних збоїв, тощо); оцінка та оперативне реагування на частоту звернень страхувальників, не тільки згідно рахунків медичних закладів, а й за рахунок побудови власної моделі прогнозованої поведінки клієнтів; розширення співпраці із сучасними клініками та незалежними експертами; здатність страховика пропонувати застрахованій особі деякі рішення по ризикам, які не оплачуються роботодавцем, на добровільних засадах у зручній формі.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Перспективи розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування - це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів. З соціально-економічної точки зору медичне страхування є однією з найважливіших складових національних систем охорони здоров'я. Медичне страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров'ю та життю людини. Медичне страхування як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я представляє собою гарантії забезпечення медичною допомогою за будь яких обставин, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком. До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу. У більшості країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. Це пояснюється насамперед тим, що в сучасних умовах зростає обсяг загроз здоров'ю громадян:

- глобалізаційні процеси пошвидшили міграцію населення, що поширює невластиві цілим регіонам інфекційні захворювання;
- надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, породжують цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;

- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії та ін. посилюють потребу в медичній допомозі;
- продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що породжує додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння і т. ін.

Медичне страхування поділяється за формами на обов'язкове медичне страхування (ОМС) і добровільне медичне страхування (ДМС). Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування. Воно має особливе значення, оскільки воно є всеохопним, всезагальним. Це надзвичайно важливо у зв'язку з тим, що будь-яка людина живе в соціумі, і як жива істота, має право на отримання допомоги у разі втрати здоров'я, незважаючи на те, чи може вона оплатити цю допомогу. Але в такий спосіб суспільство не може забезпечити надання допомоги у разі захворювання, лікування якого вимагає надто великих затрат; надання висококомфортних умов лікування й та ін.

Добровільне медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я:

- відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;
- придбанням медикаментів;
- лікуванням у стаціонарі;
- отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням;
- проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо [18].

Популярність добровільного медичного страхування в Україні з кожним роком зростає, про це свідчить ріст як кількості укладених договорів, так і сум страхових платежів. Кожна страхова компанія прагне принести в страховий бізнес щось своє, що вигідно вирізнятиме її серед конкурентів. Незважаючи на те, що медичне страхування вже перестало бути ексклюзивною послугою, поліси добровільного медичного страхування, як і раніше, залишаються досить

дорогим задоволенням. Програми, які пропонують страхові компанії з ДМС, можна поділити на чотири основні категорії: поліклінічне обслуговування, у тому числі аптечне, стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної швидкої медичної допомоги, стоматологія.

Для подальшого поширення добровільного медичного страхування в Україні необхідно реформувати систему охорони здоров'я. Це можна зробити двома шляхами. Перший полягає в удосконаленні існуючої системи, а другий – впровадження страхової медицини, шляхом поєднання обов'язкового й добровільного медичного страхування. Розвиток недержавної системи охорони здоров'я, наприклад, що діє в США, в Україні неможливий. Це визначене, насамперед, низкою платоспроможністю й менталітетом громадян. Саме тому для України, оптимальним є перехід від системи охорони здоров'я з державним фінансуванням до системи, яка базується на соціальному медичному страхуванні, як зробили переважна більшість країн Центральної й Східної Європи, СНД, і в даний момент вони перебувають на різних етапах реформування фінансового забезпечення галузі.

Основною рекомендацією є термінове впровадження обов'язкового медичного страхування, а добровільне медичне страхування розглядати як джерело фінансування додаткових медичних послуг, так як диференціація джерел фінансування системи охорони здоров'я мінімізує вплив соціальних ризиків. Також необхідно переглянути існуючу систему фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, популяризувати добровільне медичне страхування серед населення, запровадити державне фінансування мінімального рівня медичного обслуговування, а також за рахунок здійснення фінансової підтримки в сімейних колах. Запропонована система фінансування системи медичного страхування передбачає комплексне й адресне досягнення економічного й соціального ефекту для всіх суб'єктів сфери охорони здоров'я.

Проект закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 02.08.2016 р. № 4981-2 можна віднести до основних законодавчих актів, що створюють основу для розвитку охорони здоров'я, його

введення справлятиме значний вплив на добробут населення і громадське здоров'я. Із запровадженням медичного страхування в нашій країні пов'язано надто багато сподівань, тому проект цього закону викликає багато суперечок серед фахівців та медичної громадськості. Попри деякі очевидні переваги та недоліки згаданого проекту, можна сказати, що запровадження медичного страхування невиправдано затягується [27].

Зараз розвиток системи охорони здоров'я в Україні відбувається в умовах внутрішніх протиріч соціально-економічного розвитку держави. Галузь потерпає від непослідовної соціально-економічної політики, нерівних умов для ведення медичної практики різними суб'єктами господарювання та несприятливого інвестиційного клімату в галузі охорони здоров'я. На сьогодні Україна перебуває на стадії впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Згідно проведених економічних розрахунків обов'язкове медичне страхування дасть додатково до бюджетної частини фінансування 7,54 млрд. грн. у рік. Незважаючи на помітні переваги, його введення в Україні гальмується немає однорідного підходу до законопроекту про обов'язкове медичне страхування [29]. Система охорони здоров'я України знаходиться на небезпечно низькому рівні. Експерти вбачають причину її незадовільного стану в недостатньому фінансуванні галузі, в недосконалості законодавства, застарілій моделі медичної освіти. Фінансування з державного бюджету щорічно збільшується, але це не впливає на зниження негативних тенденцій у стані здоров'я населення. У країні продовжується свідомо утримуватись неефективна і неієздатна система охорони здоров'я, яка не задовольняє ні хворих, ні медиків [32]. В Україні з бюджету на охорону здоров'я виділяється щороку до 3,5-4,5% ВВП. Якщо приплюсувати до них гроші від населення, яке воно дає лікарям, то за рік набігає 7,5% ВВП, що дорівнює витратам провідних країн світу. Але такі суми, на жаль, не ефективно використовуються в країні, що в кінцевому результаті відбивається на її громадянах.

Існує ціла низка проблем, які стримують розвиток медичного страхування в Україні. Серед них можна виділити: відсутність системи підготовки спеціалістів, низький рівень зарплат та надходжень премій, безвідповідальність страховиків перед страхувальниками, відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування, недостатню інформованість населення щодо переваг і недоліків медичного страхування. Основною проблемою, що постає у сфері медичного обслуговування є невідповідність існуючим потребам обсягів коштів, що спрямовуються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції, розвитку тіньової економіки. Діюча система медичного забезпечення в Україні перебуває в глибокій фінансовій кризі, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, низькою часткою видатків на охорону здоров'я по відношенню до ВВП [39].

За рівнем розвитку охорони здоров'я можна судити про стан цивілізованості країни. Здоров'я громадян є найвищим благом для суспільства. Сучасні соціально-економічні (фінансові) реалії нашого життя вимагають урізноманітнення джерел фінансування галузі охорони здоров'я. Тому здійснювати ефективну реформу системи охорони здоров'я неможливо без єдиної політичної волі та розуміння мети і шляхів реформування як органів центральної законодавчої і виконавчої влади, так і органів місцевого самоврядування. Для забезпечення підтримки реформи суспільством, громадянами, заради яких функціонує галузь охорони здоров'я, обов'язково треба підвищувати рівень громадської обізнаності. Першим кроком у реформі є необхідність створення на рівні міст і районів центрів первинної медичної допомоги з повним адміністративним, фінансовим і функціональним розмежуванням їх діяльності від вторинного рівня. Вдосконалення системи первинної медико-санітарної допомоги та її розвиток на засадах сімейної медицини, перш за все, забезпечення доступу населення не тільки міст, але й сіл та селищ, до кваліфікованої та сучасної медичної допомоги, а також концентрацію уваги на заходах профілактики хвороб на рівні сімейного лікаря.

Існуюча система державних трансфертів до рівня села, селища та міста не дозволяє забезпечити якісну медичну допомогу на всіх рівнях через розпорошення наявних ресурсів. Тому необхідно здійснити консолідацію коштів, що виділяються на первинну медичну допомогу, на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного підпорядкування.

Крім вирішення зазначені вище проблем, вдосконалення первинної медичної допомоги вимагає:

- подальшого розвитку всіх дозволених законодавством організаційно-правових форм діяльності лікарів загальної практики/сімейних лікарів;
- створення такого принципово нового для України типу медичних закладів як центр первинної медичної допомоги;
- запровадження нових механізмів фінансування діяльності сімейних лікарів;
- прискорення підготовки необхідної кількості лікарів сімейної медицини за програмами, що враховують кращий світовий досвід та подальшу перекваліфікацію лікарів-терапевтів та лікарів-педіатрів за спеціальністю "лікар загальної практики/сімейний лікар" [27].

Принциповою особливістю обов'язкового медичного соціального страхування є узгодження обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами системи. На сьогодні в державі існує декілька підходів щодо запровадження системи обов'язкового медичного страхування:

- з можливим залученням страхових компаній;
- шляхом об'єднання соціального медичного страхування та загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності;
- запровадження медичного страхування як окремого виду соціального страхування з відповідною системою управління на тристоронній основі сторонами соціального партнерства.

Вирішення всіх цих проблем потребує часу, фінансових ресурсів, відповідних фахівців. Держава повинна подбати про наявність відповідного

законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування. Страхові компанії в свою чергу можуть докласти зусиль у інформуванні населення про медичне страхування. Разом з усіма проблемами Україна має багато можливостей та перспектив щодо розвитку системи медичного страхування.

Отже, перед реформуванням системи охорони здоров'я спочатку потрібно провести комплексну підготовку, яка буде включати: підвищення страхової культури населення в сфері надання медичних послуг; корекцію окремих положень податкового законодавства з метою впровадження стимулів для медичного страхування; радикальні зміни в підготовці й забезпеченні кадрами страхових компаній; поліпшення рівня житлового забезпечення (за рахунок уже існуючих урядових програм і розвитку механізму взаємодії іпотечного ринку, страхового й банківського секторів) і якості житлових послуг; стимулювання вітчизняних виробників, яке допоможе поліпшити як рівень зарплати так і зайнятості населення, що й приведе до втілення потужного вітчизняного потенціалу (наприклад, сільськогосподарський сектор) і до відповідних позитивних соціально-економічних зрушень; розвиток співробітництва з міжнародними організаціями з метою запозичення діючого досвіду в сфері реформування фінансування охорони здоров'я, що в майбутньому дозволить залучити з їхньою допомогою додаткові засоби для досягнення поставленої мети, однак даний напрямок буде вимагати від України максимальної прозорості й контролю з боку інвесторів.

На даний час, одним із основних завдань уряду є проведення реформи системи охорони здоров'я та виведення української медицини на європейський рівень. Головна мета – поліпшення якості медичних послуг, підвищення заробітних плат медичним працівникам, запровадження страхової медицини та збільшення автономії лікарень та забезпечити всім громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та перебудувати систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт. Початком реформування є запровадження сімейної медицини європейського зразка на базі існуючої первинної ланки

української системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, тощо). Також уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні, яка розкриває основні засади для зміни фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я людини [30].

Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні – пацієнтів і держави разом – відповідає середньому показнику в багатьох країнах Європи. Однак, на відміну від європейців, більше половини всього бюджету системи охорони здоров'я становлять внески пацієнтів, які ті роблять, витрачаючи власні кошти. Медичне обслуговування є безоплатним, але в реальному житті платним. Більшість українців платять за лікування в кишеню лікареві чи у вигляді так званого «благодійного внеску» (насправді – обов'язкового). Крім того, кошти, що є в системі, використовують неефективно. Попри те, що українці роблять внесок на медицину щороку у розмірі близько 3 млрд грн через податки, 640 тисяч українських сімей зазнають фінансової катастрофи внаслідок хвороби через необхідність самостійно оплачувати вартісне лікування.

Реформа системи охорони здоров'я, передбачає наступні зміни:

1. Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги – держава бере на себе зобов'язання щодо фінансування медичних послуг, які будуть передбачені у державному гарантованому пакеті медичної допомоги (програмі медичних гарантій) та включатимуть широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів. Вартість цих послуг буде повністю «покрита» через систему державного солідарного медичного страхування, а перелік їх щороку складатиме Уряд і затверджуватиме Верховна Рада, виходячи з потреб населення в медичному обслуговуванні, пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та обсягу доступних коштів у Державному бюджеті. Послуги екстреної, первинної, вторинної, третинної та паліативної допомоги будуть фінансовані державою в межах програми медичних гарантій. Самостійно пацієнтам

доведеться сплачувати за такі послуги, як неекстрена стоматологія, звернення до лікаря без направлення, естетичну медицину тощо.

2. Єдиний національний закупник медичних послуг – передбачається створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Це центральний орган виконавчої влади, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом Державного бюджету в межах програми медичних гарантій). Таким чином, пацієнт отримуватиме послуги, а платитиме за них медичному закладу держава. Вартість послуг визначатиметься на основі єдиних національних базових тарифів та вимог до якості.

3. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» - держава не виділятиме гроші згідно з кошторисом на утримання закладу, а медичний заклад отримуватиме оплату за фактично надану ним медичну допомогу пацієнтові. Передбачають, що протягом 2018 – 2019 рр., паралельно існуватиме також можливість фінансування первинної медичної ланки через механізм медичної субвенції. До 2020 р. всі заклади усіх рівнів надання медичної допомоги мають перейти на нову систему фінансування шляхом укладання договорів із Національною службою здоров'я України.

4. Автономізація постачальників медичної допомоги - відносини між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – Національною службою здоров'я України (замовником послуг) регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату. У межах зазначених договорів Національна служба здоров'я України діятиме в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг.

5. Запровадження системи e-Health – планується переведення медичної документації в електронний вигляд. Це розвантажить лікарів, дозволить їм більш якісно та оперативно надавати медичні послуги пацієнтам та унеможливить ситуацію втрати медичних даних пацієнтів. Також це дозволить

збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах, більш точно розраховувати тарифи та контролювати якість медичної допомоги.

Програма «Доступні ліки» - передбачає отримання препаратів безкоштовно або з незначною доплатою. Для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми. У квітні 2017 р. Уряд запустив програму «Доступні ліки» для пацієнтів, які страждають на серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму. У 2017 р. Уряд виділив на програму «Доступні ліки» 700 млн грн., а в 2018 р. програма буде розширена: вона «покриватиме» більшу кількість препаратів за ширшим переліком медичних станів. Прозора та ефективна закупівля ліків – передбачає створення національної централізованої організації, яка здійснюватиме закупівлі у сфері охорони здоров'я. Метою створення закупівельної організації є організація сучасної зручної системи, спрямованої на формування конкурентного середовища в Україні. Вона гарантуватиме проведення прозорих закупівель на національному та міжнародному рівнях, досягнення розумних цін, усунення корупційних ризиків, а відтак – забезпечить більше людей якісними та ефективними лікарськими засобами. Ця система дозволить уникнути махінацій при проведенні тендерів та усуне фармацевтичних лобістів від впливу на розподіл державних коштів. Таким чином, за ту саму суму виділених державних коштів закуповуватимуть більшу кількість якісних ліків.

Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я - передбачає збереження повноважень органів місцевого самоврядування у цьому секторі та створення можливостей для їх повноцінного виконання. За новою моделлю, з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи, а також на запровадження місцевих програм.

Реалізація даної реформи передбачається у два етапи – ухвалення правових та інституційних основ для нової системи охорони здоров'я та

введення в дію державний гарантований пакет медичної допомоги на всіх рівнях. Планується, що до 2020 р. завершиться поступовий перехід на договірні відносини між медичними закладами або лікарями-ФОПами та Національною службою здоров'я України.

3.2 Соціально-економічні чинники впливу на розвиток медичного страхування в Україні

У Концепції розвитку страхового ринку України до 2018 р. зазначено, що в сучасній економіці через страхування реалізується державна політика соціально-економічного захисту населення, а також формуються значні інвестиційні ресурси. Розвиток страхового ринку медицини і використання його в інтересах сталого розвитку національної економіки в умовах її інтеграції у світове економічне господарство та посилення процесів глобалізації є важливим компонентом національної безпеки. Дослідження тенденцій розвитку страхового ринку медицини України вказує на те, що нині страхування належить до групи найбільш рентабельних та найбільш динамічних галузей національної економіки, а страховий ринок є важливим сегментом фінансового ринку, що впливає на всі соціально-економічні процеси в державі.

Міжнародний досвід показує, що у розвинених країнах відношення до страхового ринку медицини визначається як до стратегічного сектору економіки, який підвищує інвестиційний потенціал і сприяє збільшенню багатства нації. Загальна сума інвестицій, якими керують страхові компанії Європи, США та Японії, сягає 4 трлн дол. США.

Нині тенденції розвитку страхового ринку України вказують на те, що впродовж останніх років страхова медична справа розвивається швидкими темпами, що перетворило її на одну з найбільш динамічних і стабільно працюючих сфер національної економіки. Медичне страхування — це одна з галузей економіки, в якій за останні роки спостерігається зростання основних показників. За роки незалежності в Україні в основному створено законодавчу

та нормативну базу страхування. Це дало можливість розбудувати страховий ринок на засадах конкуренції, що сприяє підвищенню якості надання страхових послуг. У той же час розвиток страхового медичного ринку стримує слабкий розвиток та недосконалість таких соціально важливих видів страхування, як пенсійне й медичне страхування. Негативний вплив на розвиток страхового ринку медицини в Україні здійснюють:

- відсутність економічної стабільності, сталого зростання виробництва, неплатоспроможність населення та дефіцит фінансових ресурсів;
- значна взаємна заборгованість, накопичення неплатежів і збитковість більшості підприємств;
- неповна та фрагментарна законодавча база, відсутність державних преференцій на страховому ринку, неефективний контроль з боку держави, прояви монополізму;
- високий рівень інфляції унаслідок чого здійснення довгострокових (накопичувальних) видів страхування в національній валюті є неможливим;
- слабкий розвиток фондового ринку, що не дає змоги використовувати цінні папери як категорію активів для захищеного розміщення страхових резервів;
- відсутність вторинного ринку страхових послуг, механізмів ефективної взаємодії банківського та страхового сектору економіки, низький рівень розвитку допоміжної інфраструктури страхового ринку;
- неналежний рівень інформації про стан і можливості страхового ринку, довіри населення до страхування.

Ринок медичного страхування України має великий потенціал розвитку. Таким чином, в Україні необхідно підвищити роль і значення страхування як механізму надання гарантій підприємницької діяльності та соціального захисту населення. До факторів, які впливають на розвиток медичного страхування можна віднести: недосконалу нормативно-правову базу, нестабільність політичної ситуації, низький попит фізичних і юридичних осіб на страхові послуги, високі тарифи та низький асортимент страхових послуг, незбалансована структура фінансового ринку, низький рівень капіталізації

страховиків, недостатня ефективність стратегічного менеджменту страхових компаній.

Негативні чинники, які уповільнюють розвиток медичного страхування в Україні можна згрупувати наступним чином:

- економічний (низький платоспроможний попит на страхові послуги; незначні обсяги та недосконалість структури капіталу страхових компаній; відсутність інвестиційних інструментів);
- організаційно-правові (відсутність державної політики у сфері страхових послуг; недосконала законодавчо-нормативна база; надмірна кількість законодавчо визначених видів обов'язкового страхування, не підкріплених фінансово);
- функціональні (низька прибутковість певних видів страхування; порівняно низька конкурентоздатність страхових компаній у порівнянні з комерційними банками у ході залучення вільних коштів; відсутність середньота довгострокового планування; низька кваліфікація кадрів; порушення чинного законодавства; зростання шахрайства);
- інформаційно-аналітичні (неможливість впровадження сучасних інформаційних технологій; відсутність якісної статистичної інформації; недосконалість фінансової звітності; відсутність у банків даних про несумлінних страхувальників; низький рівень реклами; непрозорість даних)
- соціально-психологічні (відсутність довіри громадян та суб'єктів господарювання до страхових компаній).

При дослідженні медичного страхування в Україні слід виявити залежність між страховими преміями по медичному страхуванню та ВВП. Цю залежність будемо досліджувати за допомогою кореляційно-регресійного аналізу. Динаміка надходжень страхових платежів по добровільному медичному страхуванню свідчить про поступове їх зростання протягом 2013-2017 рр. Найбільший темп приросту страхових надходжень по даному виду страхування спостерігається у 2017 р. і становить 22,32%. Розрахунковий лінійник коефіцієнт кореляції (0,965) свідчить про наявність сильного прямого

зв'язку між рівнем реального ВВП та обсягом страхових премій по медичному страхуванні. Коефіцієнт детермінації ($D = 0,930$) показує, що зміна обсягу страхових премій по медичному страхуванні пояснюється зміною рівня реального ВВП.

Ми бачимо, що сьогодні в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування, а саме: незавершеність процесу створення нормативної бази щодо медичного страхування; відсутність у населення позитивного досвіду взаємовідносин із страховими компаніями; відсутність механізмів заохочення роботодавців щодо медичного страхування працівників і членів їхніх сімей; обмеженість можливостей запровадження медичного страхування за рахунок коштів громадян внаслідок низького рівня доходів населення, а також механізму фінансової підтримки за рахунок державного і місцевих бюджетів; незначна кількість страхових організацій, що мають досвід впровадження медичного страхування.

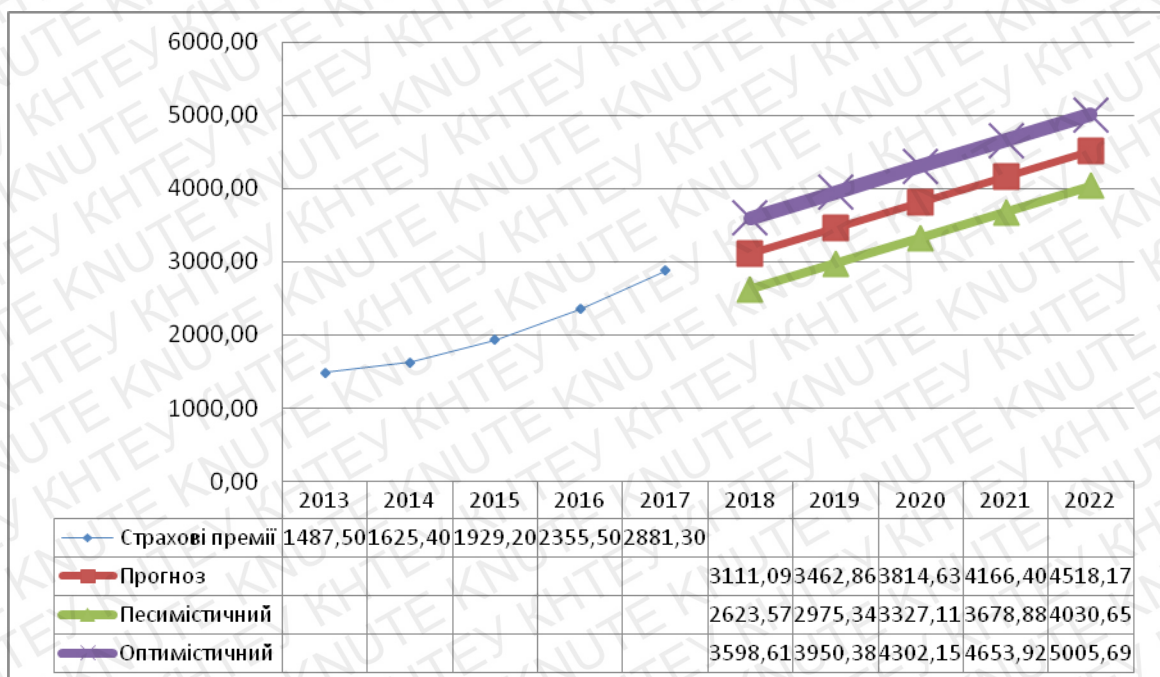


Рис. 3.1 Прогноз динаміки страхових премій медичного страхування в Україні на 2018 – 2022 рр.

Проаналізувавши надходження страхових платежів по медичному страхуванню 2013 – 2017 рр., на рис. 3.1 наводимо прогноз динаміки надходжень страхових платежів по даному виду страхування. За оптимістичним кількість прогнозом страхові премій по медичному страхуванню протягом наступних п'яти років збільшиться на 73,73%, а за песимістичним – на 39,89%.

Отже, чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування, можуть бути усунені спільними зусиллями державних органів, страхових організацій, медичної громадськості та суспільства загалом. Досі в Україні немає цілісного правового акту, який би врегулював правові та соціально-економічні проблеми медичного страхування, що негативно впливає на стан медичного обслуговування населення, веде до занепаду матеріально-технічної бази медичних закладів тощо. Головною причиною затримки запровадження медичного страхування є відсутність цілеспрямованої та скоординованої політики з боку законодавчої та виконавчої гілок державної влади, працівників медичних закладів та учасників страхового ринку. Саме поетапне впровадження страхової медицини може стати основою для подолання кризи у медичній галузі і забезпечити формування адаптованої до ринкової економіки принципово нової правової, соціально-економічної, фінансової та організаційної системи взаємин між надавачами та споживачами медичних послуг, яка має бути побудована на взаємній відповідальності сторін, системі підтримки, зокрема фінансової, та контролю з боку органів державної влади, місцевого самоврядування і страховиків.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Соціальні гарантії правомірно розглядати як важіль досягнення соціальної безпеки населення. Направляючи власні фінансові ресурси на їх забезпечення відповідно до економічних можливостей та суспільних очікувань, держава гарантує кожному громадянину певний рівень задоволення його матеріальних і нематеріальних потреб, тобто певний рівень соціальної безпеки. Важлива умова досягнення стану соціальної безпеки населення є створення діючих механізмів для їх забезпечення. Однією з перспективних і цивілізованих форм забезпечення соціальних потреб громадян, а саме у сфері охорони здоров'я, є медичне страхування, яке 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. Медичне страхування – це елемент соціального страхування та важливого виду соціальних гарантій населення.

Запозичення зарубіжного досвіду щодо організації та проведення діяльності в сфері страхування повинно стати ефективним засобом з вирішення проблем даного інституту, що існують на сучасному етапі його розвитку, вдосконалення та реформування. При цьому, варто пам'ятати, що сліпе запозичення зарубіжного досвіду дає недостатній ефект, створює часом законодавчі суперечності, призводить до виникнення прогалин у регулюванні того чи іншого виду правовідносин, істотно знижує рівень ефективності державного управління в цілому. Як показує практика, враховуючи це застереження, важливим і необхідним, поряд із запозиченням зарубіжного досвіду, є врахування національних традицій та тенденцій.

В Україні розрахунковий обсяг видатків бюджету на соціальний захист та соціальне забезпечення визначається виходячи з обсягів ресурсів бюджету на цю мету, фінансового нормативу бюджетної забезпеченості та утримувачів

соціальних послуг окремо за кожним видом таких видатків. Розробка та виконання бюджетів здійснюється на основі пріоритетності фінансування видатків для забезпечення надання державних соціальних гарантій. Основним джерелом фінансового забезпечення соціальних гарантій залишаються ресурси держави. На соціальний захист та соціальне забезпечення у 2017 р. було виділено 285 761,19 млн. грн., що становить 27,04% від загальних витрат зведеного бюджету 2017 р. та на 10,62% більше порівняно з 2016 р. та на 97% більше порівняно з 2013 р. В Україні на охорону здоров'я у 2017 р. було виділено 102 391,55 млн. грн., що становить 9,69% від загальних витрат зведеного бюджету 2017 р. та на 35,61% більше порівняно з 2016 р. та на 66,30% більше порівняно з 2013 р. При аналізуванні системи охорони здоров'я потрібно звернути увагу насамперед на те, що у цій системі існують дві основні проблеми – недостатність фінансових коштів і низька якість медичного забезпечення. Також набувають популярності інші джерела фінансування соціальних гарантій, а саме: фінансові ресурси господарських товариств, кошти благодійних організацій та спонсорів, страхування та ін.

Зробивши аналіз показників сучасного стану ринку медичного страхування в Україні, то варто відзначити, що воно знаходиться на початковій стадії свого розвитку. Валові страхові премії за медичним страхуванням протягом 2013 – 2017 рр. збільшилися на 1393,8 млн. грн., що у відсотковому виразі становить 93,70% та склали у 2017 р. 2881,3 млн. грн., що становить 6,63% від загальної кількості валових страхових премій. У 2017 р. сума страхових премій по добровільному медичному страхуванні зібраних у Києві та Київській області, Запорізькій та Донецькій областях склали 90% від загальної кількості, а в найменше страхових премій зібрано у Закарпатській, Волинській, Чернігівській, Рівненській, Вінницькій та Херсонській областях. Варто зазначити, що ринок добровільного медичного страхування в Україні має перспективи розвитку: питома вага медичного страхування на ринку страхових послуг має тенденцію до зростання; страховики, які надають послуги з

медичного страхування стають все більше конкурентними; підвищується інтерес населення до даного виду страхування.

Для подальшого поширення медичного страхування в Україні необхідно реформувати систему охорони здоров'я. Це можна зробити двома шляхами. Перший полягає в удосконаленні існуючої системи, а другий – впровадження страхової медицини, шляхом поєднання обов'язкового й добровільного медичного страхування. Основною рекомендацією є впровадження обов'язкового медичного страхування, а добровільне медичне страхування розглядати як джерело фінансування додаткових медичних послуг. Також необхідно переглянути існуючу систему фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні, популяризувати добровільне медичне страхування серед населення, запровадити державне фінансування мінімального рівня медичного обслуговування. Запропонована система фінансування системи медичного страхування передбачає комплексне й адресне досягнення економічного й соціального ефекту для всіх суб'єктів сфери охорони здоров'я. Реалізація реформи передбачається у два етапи – ухвалення правових та інституційних основ для нової системи охорони здоров'я та введення в дію державний гарантований пакет медичної допомоги на всіх рівнях. Планується, що до 2020 року завершиться поступовий перехід на договірні відносини між медичними закладами або лікарями-ФОПами та Національною службою здоров'я України.

Сьогодні в Україні існує ряд економічних, правових і соціальних чинників, вплив яких стримує розвиток медичного страхування, а саме: недосконала нормативно-правова база, нестабільність політичної ситуації, низький попит фізичних і юридичних осіб на страхові послуги, високі тарифи та низький асортимент страхових послуг, недостатня ефективність стратегічного менеджменту страхових компаній та інші. Зазначені причини мають тимчасовий характер і можуть бути усунені спільними зусиллями державних органів, страхових організацій, медичної громадськості та суспільства загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 30.09.2016. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Про державні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 № 2017-Ш. Дата оновлення: 10.06.2018. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>.
3. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: проект закону: станом на 01.01.2016 р.: відповідає офіц. тексту. Київ: Парлам. вид-во, 2015. 38 с.
4. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-вр. Дата оновлення: 27.09.2018. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>.
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10. 2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 30.01.2018 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
6. Баєва О. В. Використання європейського досвіду із запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Соціально-гуманітарний вісник. 2018. № 22. С. 41-42.
7. Базилевич В.Д. Страхування: навч. посіб. Київ: Знання, 2008. 1019 с.
8. Бас-Юрчишин М. А. Маркетингова діяльність на регіональному ринку медичного страхування у контексті формування страхової моделі фінансування охорони здоров'я. Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. 2015. №4. С. 70-74.
9. Безтелесна Л. І. Децентралізація як процес удосконалення фінансового забезпечення реалізації соціальних гарантій держави. Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економічні науки. 2016. №2. С. 12-19.

10. Бідний В. Г., Орлова Н. М. Медичне страхування: навч. посіб. Київ: Задруга, 2000. 134 с.
11. Бойко О. О., Хижинська Г. Є. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. №27(2). С. 93-97.
12. Вареник В. М., Макоtkіна О. В. Удосконалення послуги медичного страхування в Україні: рейтинг компаній та нові продукти Європейський вектор економічного розвитку. 2017. № 1. С. 5-12.
13. Василик О.Д., Павлюк К. В. Державні фінанси: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2003. 608 с.
14. Васильчак С. В. Регіональна політика розвитку ринків медичного страхування. Формування ринкових відносин в Україні. 2016. № 5. С. 79-82.
15. Вахович І. М. До питання формування регіонального ринку медичного страхування. Економічний форум. 2016. № 3. С. 82-86.
16. Вознюк О. В. Оптимізація системи фінансового забезпечення соціальних гарантій громадян. Економічний вісник Національного гірничого університету. 2016. № 3. С. 46-54.
17. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. Финансовые услуги. 2017. № 1. С. 35-39.
18. Вороненка Ю. В., Радиш Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку. Український медичний часопис. 2016. № 5. С. 5-10.
19. Временко Л. В., Матвейко Т. Г. Перспективи розвитку добровільного медичного страхування. Молодий вчений. - 2016. № 12.1. С. 685-689.
20. Герус Ю. В. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення медичного страхування і можливості його застосування в Україні. Бізнес Інформ. 2015. № 4. С. 224-232.

21. Герус Ю. В. Принципи та джерела фінансового забезпечення медичного страхування в Україні. Наукові записки Національного університету "Острозька академія". 2015. № 28. С. 84-90.
22. Горелова Н. А. Политика доходов и качество жизни населения: учеб.пособ. СПб.: Питер, 2003. 653 с.
23. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. № 9. С. 24-28.
24. Демецька О. Обов'язкове медичне страхування: від ілюзій до прагматизму. Фармацевт Практик. 2017. № 11. С. 4-6.
25. Демченко О. П. Прагматика фінансового забезпечення медичного страхування в Україні. Молодий вчений. 2016. № 10. С. 363-368.
26. Зайчук С. Якість послуг добровільного медичного страхування. Вісник Київського національного торговельно-економічного університету. 2015. № 1. С. 79-88.
27. Залетов О. Об'єктивна необхідність і суть обов'язкового медичного страхування. Страхова справа. 2014. № 3. С 82-85.
28. Замкова Н., Гнидюк І. Квестія запровадження медичного страхування в Україні. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2018. № 3. С. 88-100.
29. Захватихата П. Перспективи розвитку страхового ринку в Україні: проблемні питання. Підприємництво, господарство і право. 2016. № 2. С. 42-45.
30. Зачосова Н. В. Соціальне забезпечення населення як елемент регулювання фінансової безпеки держави: вітчизняні реалії та досвід ЄС. Вісник Одеського національного університету. Серія : Економіка. 2017. №22 (10). С. 162-165.
31. Інтернет-журнал зі страхування. URL: <http://forinsurer.com>.
32. Карамішев Д. В., Демченко А. С. Результати соціологічного опитування керівників фармацевтичної галузі та провізорів щодо перетворення у системі охорони здоров'я. Український медичний часопис. 2017. № 3. С 131-136.

33. Касьянова Н. В., Нестрига А. С., Серета Д. І. До проблеми медичного страхування в Україні. Проблеми системного підходу в економіці. 2017. № 3. С. 114-119.
34. Козьменко С.М., Охріменко І.О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. Молодий вчений. 2016. № 10 (37). С. 363-368
35. Колесов О. С., Березюк С. В. Соціальні та споживчі стандарти та гарантії в Україні: сучасні структурно-динамічні характеристики. Бізнес Інформ. 2017. № 4. С. 223-228
36. Костенко Т. А., Стоколук В. В., Заволока Л. О. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. Молодий вчений. 2018. № 5(2). С. 721-725.
37. Кривцова М. Система державних соціальних стандартів та гарантій в Україні: вплив на доходи населення та шляхи вдосконалення. Науковий вісник [Одеського національного економічного університету]. 2016. № 6. С. 108-131.
38. Кучер Г. В. Державні видатки на соціальний захист крізь призму економічного розвитку. Економічний вісник університету. 2016. № 30(1). С. 236-245.
39. Лівак П. Перспективи впровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. Підприємництво, господарство і право. 2015. № 1. С. 62-66.
40. Маслик Р. О. Аналіз фінансового співвідношення державних соціальних стандартів та гарантій в Україні. Економічний вісник університету. 2015. № 27(1). С. 203-208.
41. Миронов А. А., Тарано А. М. Медичне страхування: навч. посіб. Москва: Наука, 1994. С. 312.
42. Мних М. В. Медичне страхування як механізм надання гарантій соціального захисту населення України. Економіка. Фінанси. Право. 2015. № 1(1). С. 25-29.

43. Нікітчина О. В. Мікрострахування як підґрунтя для розвитку добровільного медичного страхування в Україні. Вісник [Київського інституту бізнесу та технологій]. 2016. № 1. С. 68-74.
44. Ніколаєнко С. М. Маркетингові дослідження ринку добровільного медичного страхування. Економіка. Управління. Інновації. Серія: Економічні науки. 2016. № 3.
45. Осадець С.С. Страхування: навч.посіб. Київ: Вид-во КНЕУ, 2002.599с.
46. Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я URL: <http://www.who.int>.
47. Офіційний сайт Ліги страхових організацій України. URL: <http://uainsur.com/massmedia/50385/>
48. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/pro-ministerstvo>.
49. Офіційний сайт Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <http://www.dfp.gov.ua/>.
50. Офіційний сайт Урядового порталу. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua>
51. Павлюк К. В., Степанова Е.В. Медичне страхування як форма фінансування медичних послуг. Наука й економіка. 2014. № 3. С. 162-171.
52. Панфілова Г. Л., Харченко Д. С., Сокурєнко І. А. Оцінка проблем впровадження обов'язкового та ефективності функціонування добровільного медичного страхування в реаліях системної кризи в Україні. Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. 2016. № 4. С. 52-60.
53. Пилипенко С. Поняття та особливості договору добровільного медичного страхування. Підприємництво, господарство і право. 2016. № 2. С. 24-28.
54. Пономарьова О. Б., Проценко К. В., Стовбун А. О. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Молодий вчений. 2016. № 5. С. 141-145.

55. Попович І. В. Сучасний стан фінансування розвитку медичного страхування у страхових компаніях. Інноваційна економіка. 2015. № 1. С. 186-193.

56. Савенко А.Ю., Паламарчук А.О. Введення бюджетно-страхової системи фінансування обов'язкового медичного страхування в Україні як один із шляхів реформування української системи охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету, Серія Економічні науки. 2010. №1(2). С. 156-160.

57. Сардинець І. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: навч. посіб. Тернопіль: Лілея, 2002. 152 с.

58. Скворцова С. Я. Альтернативні джерела фінансового забезпечення соціальних гарантій населення. Формування ринкових відносин в Україні. 2017. № 3. С. 78-84.

59. Солдатенко О. Історія становлення медичного страхування як одного із джерел фінансування охорони здоров'я. Право України. 2010. №6. С. 233-239.

60. Стеценко В. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти). Форум права. 2009. №3. С. 597-602.

61. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування як крок до вирішення багатьох проблем української медицини: правові засади. Публічне право. 2016. № 3. С. 48-53.

62. Тимошенко І. В. Особливості медичного страхування на некомерційній основі: міжнародний аспект. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2018. № 18(3). С. 77-81.

63. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент, 2017. № 23(2). С. 76-80.

64. Федорович І.М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Економіка та сучасний менеджмент : теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку: збірник тез наукових робіт учасників

Всеукраїнської науково-практичної конференції. Одеса: ГО «Центр економічних досліджень та розвитку», 2017. С. 101-105.

65. Ходаківська В.П., Котвіцька А.А., Коробова Є.С. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні. Запорозький медичний журнал, 2012. № 5. С. 116-119.

66. Чернов С. І., Вороніна О. О. Оцінка стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні. Соціальна економіка. 2016. № 2. С. 80-85.

67. Чумаченко І. Л. Аналіз системи медичного страхування в Україні. Молодий вчений. 2017. № 10. С. 1096-1100.

68. Шевчук Ю. В. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні: фінансовий аспект. Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Економічні науки. 2017. № 27(3). С. 94-97.

69. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування: навч. посіб. Київ: Кондор, 2004. 462 с.

70. Яворська М. Роль добровільного медичного страхування в національній системі охорони здоров'я та забезпечення соціального захисту громадян. Финансовые услуги. 2016. № 5. С. 21-23.

71. Яворська Т. В. Страхові послуги : навч. посібник. Київ: Знання, 2008. 350 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Стан здоров'я населення протягом 2013 - 2017 рр.

Кількість населення – усього (тис. осіб)	
у т.ч. оцінили стан свого здоров'я як (%):	
добрий	
задовільний	
поганий	
Кількість осіб, які повідомили, що хворіли за останні 12 місяців (тис.)	
Із загальної кількості осіб, які повідомили, що за останні 12 місяців вони лікувались у лікарні, частка осіб (%), які брали з собою до лікарні:	
медикаменти	
постільну білизну	
їжу	
не брали нічого з перерахованого	
Кількість осіб, які повідомили, що зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців – усього (тис.)	
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя (тис.)	
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя (тис.)	
Кількість домогосподарств (тис.), у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг:	
придбати ліки	
придбати медичне приладдя	
відвідати лікаря	
відвідати стоматолога	
зробити протезування	
провести медичні обстеження	
отримати лікувальні процедури	
отримати лікування у стаціонарі	
Витрати домашніх господарств на охорону здоров'я, млн.грн	
Частка витрат домашніх господарств на охорону здоров'я від загальних витрат, %	
Частка витрат домашніх господарств на охорону здоров'я, яка направлена на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, "подяку"), %	

Додаток Б

Ключові показники діяльності страхових компаній в Україні

	Показник	Рік			
		2013	2014	2015	2016
1	Валові страхові премії всього, млн грн, у т.ч	28661,9	26767,3	29736	35170,3
1.2	медичне страхування, млн грн	1487,5	1625,4	1929,2	2355,5
1.3	частка медичного страхування, %	5,19	6,07	6,49	6,70
2	Страхові виплати всього, млн. грн, у т.ч.	4651,8	5065,4	8100,5	8839,5
2.1	медичне страхування, млн грн	1010,1	1108,5	1198,5	1341,4
2.2	частка медичного страхування, %	21,71	21,88	14,80	15,18
3	Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя), млн грн, у т.ч	22521,9	20772	22627	26769,8
3.1	частка медичного страхування, %	6,60	7,82	8,53	8,80
4.	Страхові виплати з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн, у т.ч.	4502,6	4826,2	7608,9	8421,2
4.1	частка медичного страхування, %	22,43	22,97	15,75	15,93

Додаток В

Показники діяльності страхових компаній ПРОВІДКА,
НЕФТЕГАЗСТРАХ, УНІКА, ВУСО

	ПРОВІДНА	НЕФТЕГАЗСТРАХ	УНІКА	ВУСО
2013				
Премії, тис.грн	137389,20	268397,60	74643,60	12548,10
Приріст страхових платежів	8,85	17,77	-34,91	27,36
Виплати, тис.грн.	126175,70	170834,50	59047,70	1842,30
Рівень виплат, %	91,80	63,70	79,10	14,70
2014				
Премії, тис.грн	158546,00	325258,00	113611,00	20137
Приріст страхових платежів	15,40	21,19	52,20	60,48
Виплати, тис.грн.	131335,00	194970,00	97102,00	1679,00
Рівень виплат, %	82,80	59,90	85,50	8,3
2015				
Премії, тис.грн	241069,00	206942,20	155336,40	25813,1
Приріст страхових платежів	52,05	-36,38	36,73	28,19
Виплати, тис.грн.	162677,80	149758,60	117763,50	3269
Рівень виплат, %	67,48	72,37	75,81	12,66
2016				
Премії, тис.грн	288758,50	241522,90	175681,00	25 311,80
Приріст страхових платежів	19,78	16,71	13,10	-1,94
Виплати, тис.грн.	184268,90	163844,10	112413,70	8 717,70
Рівень виплат, %	63,81	67,84	63,99	34,44
2017				
Премії, тис.грн	358849,00	252350,00	226414,70	38 754,80
Приріст страхових платежів	24,27	4,48	28,88	53,11
Виплати, тис.грн.	227106,40	185923,70	149522,00	14 139,40
Рівень виплат, %	63,29	73,68	66,04	36,48
1 півріччя 2018 р.				
Премії, тис.грн	228844,00	124353,30	194854,40	21 495,90
Приріст страхових платежів	6,56	-0,75	77,59	38,94
Виплати, тис.грн.	123221,40	89056,00	105525,00	9 619,90
Рівень виплат, %	53,85	71,62	54,16	44,75

Додаток Г

Розрахунок прямолінійної форми залежності між реальним валовим внутрішнім продуктом, Y та страховими преміями по ДМС, X1

№	Рік	Реальний ВВП, млн. грн.	Страхові премії по ДМС, млн. грн.	$X1^2$	$Y * X1$	$Y(X1)$	Ys
1	2013	1410609	1487,5	2212656,25	2098280888	1272913	1737200
2	2014	1365123	1625,4	2641925,16	2218870924	1385580	1737200
3	2015	1430290	1929,2	3721812,64	2759315468	1633790	1737200
4	2016	2034430	2355,5	5548380,25	4792099865	1982084	1737200
5	2017	2445587	2881,3	8301889,69	7046469823	2411672	1737200
Всього		8686039	10278,9	22426663,99	18915036968	8686039	8686039