

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Розвиток системи медичного страхування в Україні

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Баранов П. В.

(прізвище та ініціали)

Керівник Сергійчук С. І.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Фатєєв М.В.

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ОПП «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртишева І.О.

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ

Баранов Петро Володимирович

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я по батькові)

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Розвиток системи медичного страхування в Україні

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Головного управління статистики України

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні і методичні основи медичного страхування; провести дослідження системи страхування в рамках медичної реформи в Україні; розробити шляхи удосконалення системи медичного страхування в Україні

5. Перелік графічного матеріалу: класифікація медичного страхування; видатки держбюджету на охорону здоров'я в Україні; порівняльна динаміка валових та чистих страхових виплат в Україні; основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу; схема взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування; основні етапи впровадження державної підтримки в добровільному медичному страхуванні.

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	Мозговий А. М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

**КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи**

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	
7	Розробка теоретичного розділу	
8	Розробка аналітичного розділу	
9	Розробка проектного розділу	
10	Розробка четвертого розділу	
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	
13	Розробка проекту автореферату роботи	
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	
18	Захист роботи перед ДЕК	

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Баранов П. В. "Розвиток системи медичного страхування в Україні"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів удосконалення системи медичного страхування в Україні. У роботі досліджено теоретичні і методичні основи страхової медицини та медичного страхування, як в Україні, так й зарубіжний досвід. Досліджено систему страхування в рамках медичної реформи в Україні, у тому числі проведено аналіз реалізації медичної реформи та проведена оцінка добровільного та обов'язкового видів страхування. Запропоновано науково-методичні підходи щодо впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні шляхом застосування розроблених етапів реалізації медичного страхування як єдиного комплексу. Обґрунтовано напрями реалізації реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України шляхом застосування розробленої схеми взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування та впровадження державної підтримки в добровільному медичному страхуванні.

Ключові слова: страхова медицина, медичне страхування, добровільне й обов'язкове страхування, медична реформа, охорона здоров'я.

АННОТАЦИЯ

Баранов П. В. "Развитие системы медицинского страхования в Украине"

Дипломная работа на получение квалификации магистра по менеджменту. Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2020.

Магистерская работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов совершенствования системы медицинского страхования в Украине. В рамках проведенного исследования было выявлено отсутствие прозрачного, тщательно проработанного законодательства по вопросам функционирования добровольного медицинского страхования, соответствующего государственного контроля за протеканием процесса медицинского страхования, недоверие населения к частным страховым фирмам и негосударственным социальным фондам приводят к снижению эффективности защиты населения от болезней.

В работе исследованы теоретические и методические основы страховой медицины и медицинского страхования, как в Украине, так и зарубежный опыт. Исследована система страхования в рамках медицинской реформы в Украине, в том числе проведен анализ реализации медицинской реформы и проведена оценка добровольного и обязательного видов страхования. Международные эксперты подчеркивают, что ключевой причиной успешного внедрения обязательного медицинского страхования в Украине устойчивые политические обязательства и качественные межведомственные отношения между Кабинетом Министров, Министерством здравоохранения, Национальной службой здоровья Украины и Министерством финансов. Но, в то же время, для достижения постоянства реформ страховой медицины важно обеспечить распределение ответственности за ее проведение между основными заинтересованными сторонами – государственной и местной властью, поставщиками медицинских услуг и населением.

Предложено научно-методические подходы по внедрению зарубежного опыта медицинского страхования в Украине путем применения разработанных этапов реализации медицинского страхования как единого комплекса. Обоснованы направления реализации реформы системы страхования в сфере здравоохранения Украины путем применения разработанной схемы взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования и внедрение государственной поддержки в добровольном медицинском страховании.

Ключевые слова: страховая медицина, медицинское страхование, добровольное и обязательное страхование, медицинская реформа, здравоохранение.

ANNOTATION

Baranov P.V. "Development of the health insurance system in Ukraine"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving the health insurance system in Ukraine. The paper investigates the theoretical and methodological foundations of insurance medicine and health insurance, both in Ukraine and abroad. The insurance system within the framework of medical reform in Ukraine has been studied, including the analysis of the implementation of medical reform and the assessment of voluntary and compulsory types of insurance. Scientific and methodological approaches to the introduction of foreign experience of health insurance in Ukraine by applying the developed stages of implementation of health insurance as a single complex are proposed. The directions of realization of the reform of the insurance system in the sphere of health care of Ukraine by application of the developed scheme of interaction of subjects of the market of voluntary medical insurance and introduction of the state support in voluntary medical insurance are substantiated.

Keywords: insurance medicine, health insurance, voluntary and compulsory insurance, medical reform, health care.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	12
1.1. Сутність страхової медицини та медичного страхування	12
1.2. Системи і форми медичного страхування	16
1.3. Дослідження зарубіжного досвіду медичного страхування	23
Висновок до першого розділу	29
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ СТРАХУВАННЯ В РАМКАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ	30
2.1. Аналіз реалізації медичної реформи в Україні	30
2.2. Оцінка добровільного та обов'язкового видів страхування в Україні	33
2.3. Дослідження перспектив розвитку медичного страхування в Україні	38
Висновки до другого розділу	41
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	42
3.1. Впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні	42
3.2. Впровадження реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України	51
3.3. Протидія страховому шахрайству на страховому ринку України	57
Висновок до третього розділу	63
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	64
4.1. Основні відомості про охорону праці	64
4.2. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в приміщенні кабінету керівника закладу охорони здоров'я	67
4.3. Розрахунок системи штучного освітлення в виробничому приміщенні консалтингової фірми	75
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81

ВСТУП

Актуальність теми. Як засвідчує аналіз історії та сучасного становлення інституту страхування, воно є обов'язковим елементом кожної економічної і соціальної системи суспільства. Без розвинутої системи страхування економіка успішно функціонувати не може. Створення сприятливих умов для розвитку страхування в Україні потребує проведення глибоких теоретичних досліджень та надання наукових рекомендацій, які можуть стати важливим чинником ефективного функціонування національного страхового ринку. Дослідження механізму використання потужного потенціалу страхування у ринковій економіці дозволить повніше використовувати його в умовах України.

Проблемам страхової медицини та медичного страхування присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Азрапкіна К. Ф., Бетлій О., Бідник Н. Б., Білик О. І., Болдова А. А., Борисюк О.В., Гречківська Н., Заволока Л. О., Іртищева І.О., Рябець Д.М., Сергійчук С.І., Смірнова О. М. та ін. Та попри значний доробок науковців у сфері медичного страхування, залишаються актуальними питання удосконалення системи добровільного медичного страхування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Метою дослідження є розкриття основних теоретичних аспектів добровільного медичного страхування, визначення головних проблеми, що стримують ефективний розвиток медичного страхування в Україні, розгляд системних заходів розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні та вивчення умов для забезпечення ефективного ринку страхових послуг.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні задачі:

– досліджено сутність страхової медицини та медичного страхування;

- розглянуто системи і форми медичного страхування;
- досліджено зарубіжний досвід медичного страхування;
- проведено аналіз реалізації медичної реформи в Україні;
- досліджено перспективи розвитку медичного страхування в Україні;
- проведено дослідження інвестиційної привабливості суб'єктів корпоративного управління;
- запропоновано впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні;
- запропоновано впровадження реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України;
- розроблено рекомендації щодо протидії страховому шахрайству на страховому ринку України.

Об'єктом дослідження є процес розвитку системи медичного страхування та страхової медицини в Україні.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку системи медичного страхування та страхової медицини в Україні.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. Здійснення дослідження роботи спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні сутності страхової медицини та медичного страхування; метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу реалізації медичної реформи в Україні; метод факторного аналізу – під час дослідження перспектив розвитку

медичного страхування в Україні; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення систем і форм медичного страхування.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– науково-методичні підходи щодо впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні шляхом застосування розроблених етапів реалізації медичного страхування як єдиного комплексу;

набули подальшого розвитку:

– обґрунтування напрямів реалізації реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України шляхом застосування розробленої схема взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування та впровадження державної підтримки в добровільному медичному страхуванні.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні системи медичного страхування в Україні. Найбільшу практичну цінність мають схеми етапів реалізації медичного страхування як єдиного комплексу та взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано

самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку системи медичного страхування в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 83 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (39 найменування), 7 таблиць, 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Сутність страхової медицини та медичного страхування

Страхова медицина – це досить широке поняття, яке охоплює підготовку медичних кадрів, надання медичної допомоги, фінансування наукової діяльності, а також витрати на розвиток матеріально – технічної бази медичних закладів. Американська академія страхової медицини трактує страхову медицину, як напрямок медичної спеціалізації, в межах якої лікар виконує оцінку ризиків щодо життя, здоров'я та інвалідності індивідуумів в контексті медичного страхування. Страхова медицина забезпечує захист інтересів населення в сфері охорони здоров'я завдяки медичному страхуванню, яке полягає в наданні гарантій оплати медичної допомоги при виникненні страхового випадку за рахунок накопичених страховиком коштів.

Страхова медицина базується на таких принципах:

- забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх та малозабезпечених верств населення.
- гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу.
- обов'язковість внесків як громадян, так і юридичних осіб [4, с. 233].

Елементом страхової медицини є медичне страхування. І різні науковці по різному підходять до трактування цього поняття, а саме:

С. Юрій відзначає: «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» [5, с. 462].

І. Сардинець: «медичне страхування – це різновид соціального страхування при захворюваннях, коли лікування оплачується з приватних, громадських або державних коштів» [6, с. 152].

В. Бідний: «медичне страхування – вид соціального страхування населення, що забезпечує оплату медичного обслуговування застрахованим

страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового медичного страхування» [7, с. 134].

А. Миронов: «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» [8, с. 312].

Можна сказати, що більшість авторів вважає, медичне страхування – формою соціального захисту. Треба розрізняти такі поняття, як «соціальний захист» та «соціальне страхування». Поняття «соціальне страхування» за змістом вужче ніж поняття «соціальний захист». Характеризуючи класи й види страхування, соціальне страхування розглядають як складовий елемент особистого страхування поряд з такими видами страхування, як страхування життя, страхування від нещасних випадків, медичне страхування [9, с. 26]. Термін «соціальний захист» трактується, як система розподільних відносин, у процесі яких за рахунок частини національного доходу утворюються та використовуються суспільні фонди грошових ресурсів для матеріального забезпечення та обслуговування окремих категорій громадян [5, с. 353].

Сутність медичного страхування – при виникненні страхового випадку страховик гарантує оплату медичної допомоги, за рахунок накопичених страхувальниками коштів. Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг, при виникненні страхового випадку (порушення здоров'я), за наявності договору зі страховою медичною організацією (страховиком). Остання несе витрати з оплати випадку надання медичної допомоги (ризик), з моменту сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду. Забезпечує право громадян які працюють, і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування та матеріальне забезпечення, у випадку захворювання та в інших випадках.

Метою медичного страхування є:

- захист здоров'я і працездатності співробітників підприємства;
- зниження фінансових проблем роботодавця і співробітників, пов'язаних з організацією і наданням медичної допомоги;
- скорочення кількості днів непрацездатності співробітників за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання;
- додатковий стимул для співробітників до збереження робочого місця і підвищення якості роботи.

Задачі медичного страхування:

- охорона здоров'я населення;
- забезпечення відтворення населення;
- розвиток сфери медичного обслуговування;
- фінансування системи охорони здоров'я, поліпшення її матеріальної бази;
- перерозподіл коштів, що йдуть на оплату медичних послуг між різними групами населення.

Об'єктом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям і здоров'ям громадян, а його метою – забезпечення застрахованим особам при виникненні страхового випадку права на отримання медичної допомоги за рахунок нагромаджених коштів та фінансування профілактичних заходів.

Суб'єкти медичного страхування:

- страховики, страхувальники;
- застраховані особи;
- медичні заклади.

Страховими ризиками в медичному страхуванні є захворювання застрахованого, а страховими випадками – його звернення в медичну установу і надання застрахованому лікувальних послуг.

Доцільність медичного страхування:

– програми медичного страхування дозволяють підприємству делегувати безпосередньо страховій компанії реалізацію цілого ряду питань, які стосуються соціального захисту своїх робітників, що пов'язані з їх захворюваннями та нещасними випадками. Подібна «спеціалізація» питань організації виробничих та соціальних процесів на підприємстві приводить до мінімального відволікання керівництва на їх рішення, при повному контролі та впливу безпосередньо на реалізацію даних питань через механізм страхування.

– соціальний аспект, який також можна враховувати, полягає в тому, що медичне страхування сприймається робітниками як додаткове соціальне благо та перевага роботи на конкретному підприємстві.

Переваги щодо отримання медичного страхування:

– забезпечення більшої доступності, якості і повноти щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, що є ефективнішою формою порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я;

– у разі порушення лікувально-профілактичним закладом стандартів медичних послуг страхова компанія може частково або повністю не оплачувати вартість таких послуг;

– з медичною установою за фактом надання застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг) повністю або частково (в залежності від умов договору медичного страхування) розраховується страхова компанія;

– оформлення лікарняних листів і довідок, виклик лікаря додому, амбулаторне обслуговування, аналізи;

– виклик невідкладної швидкої допомоги, направлення пацієнта в спеціалізовані медичні установи;

– стоматологічні послуги належної якості.

Основна мета добровільного медичного страхування – гарантувати громадянам (застрахованим особам), при виникненні страхового випадку,

оплату вартості медичної допомоги (медичних послуг), за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних медичних послуг.

1.2. Системи і форми медичного страхування

В основу класифікації можна покласти багато ознак, які детально представлені на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Класифікація медичного страхування

Бюджетна система набула найбільшого розвитку в СРСР. За такої системи фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок податкових

надходжень до бюджету. Соціальна система фінансування охорони здоров'я спирається на цільові внески працівників, підприємств, а також на державних субсидіях. В соціальній системі переважають внески підприємств і характерна дана система для країн Західної Європи. Приватна система характерна для США. Але в чистому вигляді жодна система не існує, зазвичай це поєднання декількох, з вище згаданих.

Більш детально варто розглянути форми медичного страхування – обов'язкове та добровільне медичне страхування.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) – форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування. Цей вид медичного страхування здійснюється за порядком, передбаченим законодавством країни відповідно до базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом.

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування в обсягах до відповідних програм.

Програми обов'язкового медичного страхування здійснюються державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою. Тарифи на страхування встановлюються за єдиною методикою, затвердженою державою. Система контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг визначається державними органами.

Обов'язкове медичне страхування має риси соціального страхування, оскільки порядок його здійснення визначається державним законодавством. Обов'язкове медичне страхування реалізується відповідно до державних програм, що обумовлюють гарантований обсяг та умови надання медичної допомоги населенню і здійснення необхідних профілактичних заходів, та координується державними структурами. ОМС перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації

страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки стабільності надходжень коштів.

Обов'язкове медичне страхування базується на чотирьох принципах: загальність, державність, некомерційність, обов'язковість. Принцип державності передбачає, що кошти обов'язкового медичного страхування є власністю держави, адже держава виступає страховиком для непрацюючого та незахищеного населення, а також передбачається контроль з боку держави за збором та перерозподілом коштів фондів обов'язкового медичного страхування. Держава має гарантувати стійкість цієї системи, а також виконання зобов'язань перед застрахованими громадянами. Також обов'язкове медичне страхування має будуватися на принципі некомерційності, а весь прибуток від операцій з обов'язкового медичного страхування спрямовується на збільшення резервів. Принцип загальності передбачає, що кожен громадянин країни, має право на отримання медичних послуг, які включені до програми обов'язкового медичного страхування. А принцип обов'язковості буде зобов'язувати юридичних осіб та органи місцевої влади здійснювати відрахування до цих фондів.

Суб'єктами ОМС є страхувальники, застраховані особи, фонди обов'язкового медичного страхування, страховики і лікувально-профілактичні установи.

Страхувальниками при ОМС для працюючого населення виступають юридичні особи (підприємства, установи, організації), а для непрацюючого – держава. Обов'язкове медичне страхування проводиться на основі двох програм – базової і територіальної.

Базова програма у відповідності до законодавчих актів опрацьовується Міністерством охорони здоров'я і затверджується на рівні держави. Вона охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг для кожного громадянина.

На основі базової програми органи державного управління розробляють і затверджують територіальні програми ОМС. Ними передбачаються мінімальні обсяги медичної допомоги, гарантовані державою, та розрахунки їх вартості.

Обсяг та умови надання медичної допомоги, що передбачаються територіальними програмами, не можуть бути меншими від встановлених у базовій програмі.

Медичні заклади, що залучені до програм ОМС, несуть економічну та юридичну відповідальність перед страхувальниками за надання медичних послуг, передбачених договором страхування, щодо обсягу і якості.

Система ОМС зобов'язує страхувальників укласти відповідні договори, згідно з якими вони мають право на одержання медичних послуг.

При укладанні договору страховик видає страхувальникові страховий договір, а застрахованому – страховий поліс, який має силу договору.

У договорі ОМС визначається, що страхова організація бере на себе зобов'язання з оплати медичних та інших послуг, наданих застрахованим. У свою чергу, страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові внески, розмір, строки і порядок внесення яких обумовлені в договорі.

Страховий поліс ОМС є гарантом соціального захисту громадян. Застраховані особи мають право на отримання медичної допомоги, вільний вибір медичної установи і лікаря, висунення претензій страховику, страховій медичній організації, у тому числі і на матеріальну компенсацію завданої шкоди здоро-в'ю.

ОМС охоплює практично все населення і задовольняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування, що доповнює обов'язкове [10, ст. 139-159].

Добровільне медичне страхування (ДМС) – самостійний або додатковий вид медичного страхування в країнах, у яких запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Зміст добровільних страхових програм визначається станом галузі охорони здоров'я в країні та пов'язаний з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми мають узгоджуватися з територіальними органами управління охороною здоров'я. В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими за вибором застрахованих осіб включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Правила добровільного страхування визначаються страховими організаціями. Програма добровільного страхування визначається договором страховика та страхувальника, в якому встановлюються:

- тарифи на страхування;
- системи контролю за якістю надання медичних послуг.

На відміну від обов'язкового страхування, прибутки від добровільного медичного страхування страхова компанія може використовувати для будь-якої комерційної та некомерційної діяльності.

Добровільне медичне страхування є важливим ринковим компонентом та ефективним доповненням до системи соціального забезпечення, в т. ч. обов'язкового загальнодержавного медичного страхування.

Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

- страхувальники – окремі дієздатні громадяни, підприємства, що представляють інтереси громадян, а також благодійні організації та фонди;
- страховики – страхові компанії, що мають ліцензії на здійснення цього виду страхування;
- медичні заклади, що надають допомогу на засоби медичного страхування і мають ліцензію на здійснення лікувально-профілактичної діяльності, передбачену Програмою ДМС;

- аптеки – фармацевтичні установи, що забезпечують застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, необхідними для надання медичної допомоги, передбаченої договором ДМС;

- асистуючі компанії, які є посередниками між страховиком, медичним закладом та аптекою. Вони організують надання застрахованій особі медичної допомоги за Програмою ДМС.

Страхові фонди добровільного медичного страхування утворюються за рахунок добровільних страхових внесків:

- підприємств та організацій;
- різних груп населення;
- окремих громадян.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним.

За індивідуального страхування страхувальниками, як правило, є окремі громадяни, які уклали договір зі страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів.

За колективного страхування страхувальником, як правило, є підприємство, установа, яка укладає договір зі страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Страхові організації укладають угоди з профілактично-лікувальними закладами (незалежно від форм власності) про надання ними медичної допомоги застрахованим за певну плату, яку зобов'язується гарантувати страховик.

Страховий поліс із добровільного медичного страхування обумовлює обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо. Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості та поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

- ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;
- поліпшення умов утримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;
- надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;
- подовження тривалості після лікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;
- діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;
- розвиток системи сімейного лікаря;
- страхування виплат з тимчасової непрацездатності, вагітності, пологів та материнства на пільгових умовах за строками і розмірами грошових виплат;
- участь у цільовому фінансуванні технічного переозброєння й нового будівництва лікувально-профілактичних установ, підприємств з виробництва медичного устаткування, ліків з правом першочергового отримання послуг або продукції (протези, ліки, діагностика і т. ін.) цих підприємств та організацій.

Страховим ризиком за ДМС є певна подія, що має випадковий але вірогідний характер, на випадок якої здійснюється страхування.

Страховими ризиками за ДМС є:

- хвороба застрахованої особи;
- ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- смерть застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування в медичному закладі [11].

Добровільне медичне страхування має свої особливості, власне, які і визначають його місце на ринку страхових послуг. По-перше ДМС це одна із форм особистого страхування, яке є досить важливим ринковим компонентом, що доповнює системи обов'язкового загальнодержавного медичного страхування і соціального забезпечення. ДМС обирається за бажанням

страхувальника і на пряму залежить від рівня його доходів. ДМС ґрунтується на принципі страхової солідарності, зміст якої полягає в тому, що застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та обсягах, що визначаються страховим договором згідно зі сплаченим страховим платежем. Перевищення вартості медичних послуг над внесками страхувальника є можливим, оскільки частина застрахованих, які внесли премії до страхової компанії, не потрапляють у страхову ситуацію і не користуються послугами медичних закладів.

Таким чином, медичне страхування є самостійною системою товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, що впроваджується з метою поліпшення медичного обслуговування населення.

Запровадження системи медичного страхування в Україні – це відповідальний крок, який спричинить повну реорганізацію всієї галузі, а саме: зумовить перехід до:

- нових форм організації та управління системою охорони здоров'я;
- системи багатоканального фінансування;
- оплати праці за виконану роботу;
- амбулаторно-поліклінічного пріоритету в наданні медичної допомоги;
- вільного вибору пацієнтом лікувального закладу та лікуючого лікаря.

Для впровадження системи страхової медицини необхідні принципово нові організації, які мають виконувати посередницькі організаційні й управлінські функції й спеціально підготовлені кадри.

Для успішного реформування галузі на шляху впровадження системи страхової медицини доцільно враховувати досвід країн Східної та Центральної Європи, які в недалекому минулому мали подібну до України модель організації та фінансування охорони здоров'я.

1.3. Дослідження зарубіжного досвіду медичного страхування

Протягом останніх десятиліть функціонування світової економіки характеризуються уповільненням темпів економічного зростання і збільшенням частоти глобальних криз, які негативно відбиваються на країнах, які не встигли

прийняти профілактичні заходи. Це, перш за все, позначається на потенціалі сфери охорони здоров'я, яка піддається найбільш істотним впливам несприятливих факторів. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я в більшості країн є внески на обов'язкове медичне страхування (ОМС), що відраховуються на паритетній основі роботодавцями та найманими працівниками. Дефіцит фондів обов'язкового і приватного медичного страхування покривається за рахунок державних кредитів (наприклад, в Бельгії).

На фінансування охорони здоров'я направляються також кошти, що надходять від добровільного медичного страхування (ДМС) за рахунок роботодавців або за рахунок власних коштів громадян. Найбільшого поширення ДМС отримало в таких європейських країнах, як Німеччина і Нідерланди.

У багатьох державах оплата медичних послуг та медикаментів може також здійснюватися за рахунок власних коштів пацієнтів. Це обумовлено тим, що медичне страхування не завжди покриває всі витрати на надання медичної допомоги. Структура особистих витрат пацієнтів на співфінансування охорони здоров'я не носить однорідного характеру. Так, досить висока їх частка в таких країнах, як Італія і Греція, що пояснюється превалюванням індивідуальних доплат громадян на придбання ліків і оплату медичних послуг, а в Німеччині, Франції та Бельгії основна частина витрат акумулюється у фондах страхових медичних компаній, що надають послуги в рамках ДМС. Це обумовлено розвиненим ринком ДМС, численністю конкуруючих між собою приватних страхових компаній, а також стабільністю фінансового ринку, що дає можливість страховим медичним компаніям здійснювати успішну інвестиційну діяльність.

У сучасних умовах все моделі охорони здоров'я можна умовно розділити на три типи (табл. 1.1).

1. Бюджетна (державна).
2. Страхова (соціально-страхова).

3. Приватна (недержавна, або ринкова).

Таблиця 1.1

Характеристика моделей охорони здоров'я

Модель	Бюджетна	Страхова	Приватна
Характеристика	Фінансована (до 90%) з бюджетних джерел. Ця модель характеризується високою роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється з держбюджету, за рахунок податків з підприємств і населення. Ринку відведена другорядна роль, як правило, під контролем держави.	Ця модель фінансована за рахунок цільових внесків підприємців, найманих працівників і субсидій держави. Дана модель спирається на принципи змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг з розвиненою системою державного регулювання і соціальних гарантій, доступності медичної допомоги для всіх верств населення.	У даній моделі медична допомога надається в основному на платній основі, за рахунок споживача медичних послуг.
Джерела фінансування	Державний бюджет	Обов'язкове медичне страхування – 60% Добровільне медичне страхування – 10% Державний бюджет – 15% Особисті кошти – 15%.	Приватне страхування – 40% Особисті кошти – 20%. Програми для літніх і малозабезпечених – 40%.
Країни	Англія, Данія, Ірландія, Португалія, Іспанія.	Франція, Бельгія, Австрія, Японія та Німеччина.	США, Ізраїль, Південна Корея.

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашко-Бевериджа, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування служать податкові надходження. Медичні послуги для всього населення надаються на безкоштовній основі. Приватне страхування і соцплатежі грають доповнюючу роль.

Основний канал фінансування даної моделі – державний бюджет. Держава грає одночасно роль покупця і провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% і вище) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється високим ступенем централізації. Велика частина медичних послуг надається державними ЛПУ (лікувально-профілактичними установами) і приватними лікарями, але ринку, як правило, відведена другорядна роль [38, с. 18].

Англійська система охорони здоров'я є типовою бюджетною моделлю. Вона являє собою систему державного фінансування охорони здоров'я з високою централізацією фондів і обмеженою роллю місцевого фінансування. Її ключовий принцип – забезпечення доступності медичних послуг для всього населення країни. Фінансування охорони здоров'я в Англії здійснюється з коштів державного бюджету і частково – за рахунок частини соціального податку, який сплачують працівники і роботодавці.

Незважаючи на позитивні якості, характерні для бюджетної моделі, слід зазначити її недоліки, що зумовлюють зниження якості наданої медичної допомоги, ускладнення контролю за діяльністю медичних установ з боку пацієнтів. Монополія в охороні здоров'я сприяє виникненню витратного механізму у витрачанні коштів платників податків без істотного поліпшення якісних характеристик здоров'я населення. Водночас монополізація в галузі стає причиною зростання дефіциту медичних послуг, зокрема тривалого очікування надання окремих видів медичної допомоги (наприклад, поліклінічної). Останній фактор може також бути індикатором недофінансування галузі.

В основі страхової моделі охорони здоров'я лежить принцип солідарності, який передбачає існування страхових фондів, керованих на паритетних засадах найманими працівниками і роботодавцями. Ці фонди акумулюють соціальні відрахування від заробітної плати для здійснення страхових виплат.

Медичне страхування в страховій моделі є обов'язковим для всіх найманих працівників. У більшості європейських країн обов'язковим медичним страхуванням охоплено практично все населення. Так, в Люксембурзі лише 1-3% населення залишаються незастрахованими, до яких відносяться переважно багаті мешканці. У Німеччині значна частина працюючих охоплена ОМС, і тільки їх невелика частина в законодавчому порядку виключена з неї (особи з високими доходами). Є групи населення, які можуть вибирати між державним і приватним медичним страхуванням. У Нідерландах передбачено

поділ застрахованого населення на підставі розміру доходів: особи з низькими доходами включаються в систему ОМС, а особи з високими доходами – в систему приватного медичного страхування [30, с. 111].

У страховій моделі охорони здоров'я величина страхових внесків, які відраховуються до страхових фондів, розраховується на основі розміру заробітної плати і доходів. У більшості країн ЄС страхові внески розподіляються на паритетній основі: одна їх частина сплачується роботодавцем, а інша – найманим працівником. Оплата страхових внесків може здійснюватися в різних пропорціях. Так, якщо для Німеччини, Бельгії, Люксембургу це співвідношення є рівним для працівників і роботодавців, то у Франції більшу частину витрат у фінансуванні страхових фондів беруть на себе роботодавці. У деяких випадках фінансування охорони здоров'я доповнюється з державного бюджету, однак, на відміну від бюджетної моделі, в моделі страхової охорони здоров'я така практика застосовується тільки у випадках дефіциту страхових фондів.

Серйозним недоліком страхової моделі є те, що вона залежить від демографічної ситуації в країні. На сьогоднішній день саме демографічні зміни в структурі населення розвинених європейських країн – старіння населення і падіння народжуваності – стають основними причинами кризи сучасних систем страхової медицини.

Для приватної моделі охорони здоров'я характерно надання медичних послуг переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування і особистих коштів громадян. Єдина система державного медичного страхування відсутня. Ринок відіграє ключову роль в задоволенні потреб в медичних послугах. Держава бере на себе тільки ті зобов'язання, які не задовольняються ринком і покриває медичне обслуговування соціально вразливих категорій громадян – безробітних, малозабезпечених і пенсіонерів.

При цьому ринок медичних послуг і приватного медичного страхування відіграють домінуючу роль, а роль держави обмежена. Велика частина медичних послуг надається приватними ЛПУ і сімейними лікарями. Завдяки

приватним страховикам рівень конкуренції на ринку медичних послуг дуже високий, що позитивно позначається на їх якості, але тільки для матеріально забезпеченої частини населення.

Висновок до першого розділу

З наведеного вище можна зробити наступні висновки. У світовій практиці існує три основні моделі охорони здоров'я, що розрізняються за способами фінансування. Історично і донині жодна з моделей не існує в чистому вигляді. Як правило, системи охорони здоров'я носять змішаний характер, з включенням елементів приватної медицини і переважанням того чи іншого способу фінансування.

Забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх та малозабезпечених верств населення, а також гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу є одним із ключових принципів страхової медицини. І саме на цих принципах має будуватися нова система охорони здоров'я в Україні, на основі обов'язкового державного страхування.

Зараз в Україні функціонує державна система фінансування сфери охорони здоров'я, яка б мала гарантувати громадянам безкоштовне отримання якісної медичної допомоги, але нажаль на практиці це не так. Насамперед це пов'язано із дефіцитом фінансових ресурсів та неефективною системою перерозподілу коштів. Сфера добровільного медичного страхування розвивається доволі швидкими темпами, проте добровільне медичне страхуванням не є вирішенням даної проблеми, оскільки дозволити собі страхові поліси на даний момент можуть лише заможні люди.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ СТРАХУВАННЯ В РАМКАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз реалізації медичної реформи в Україні

В Україні медична реформа розпочалась у 2018 році з первинного рівня медичної допомоги - сімейних лікарів. Змінено фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги та створено Національну службу охорони здоров'я (НСЗ), яка укладе контракти із закладами охорони здоров'я та придбає у них послуги охорони здоров'я [12].

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я запропонувало встановити видатки державного бюджету на охорону здоров'я на рівні 95,8 млрд. грн, що на 10% більше, ніж у 2018 році. Видатки державного бюджету на 2018 та 2019 роки на рис. 2.1.

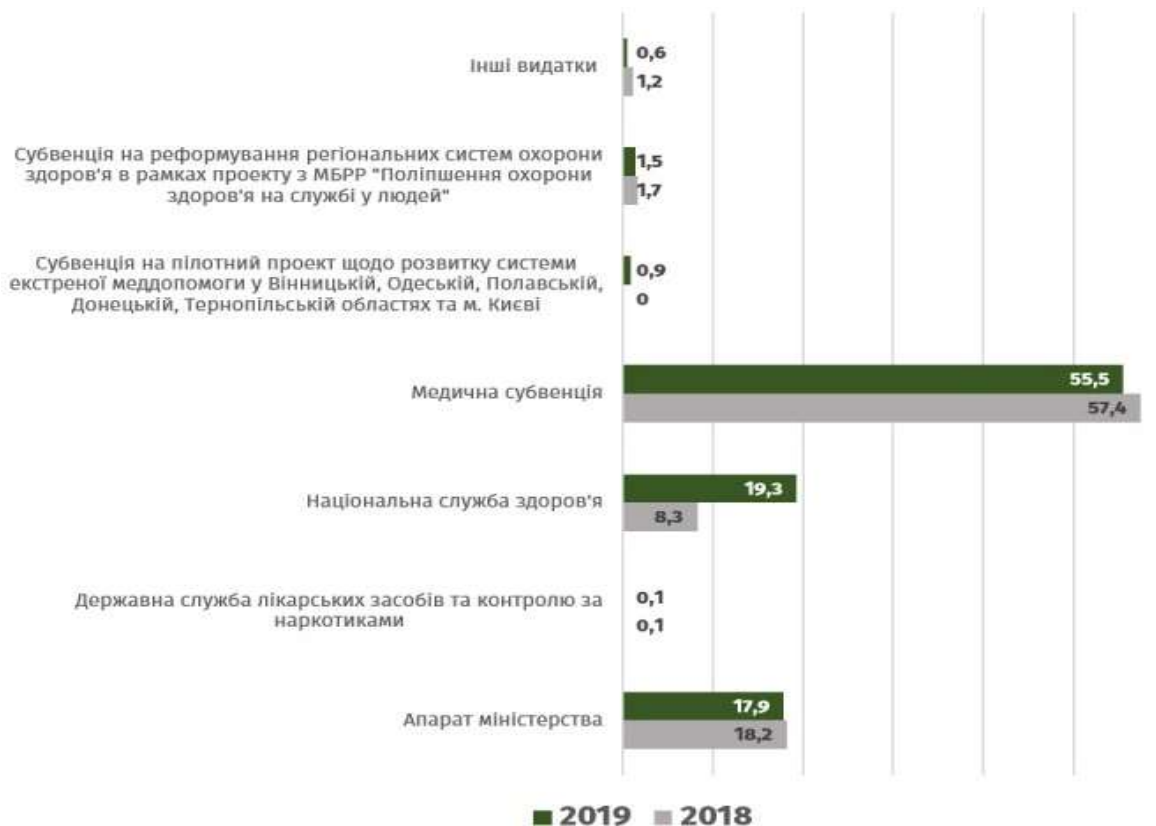


Рис. 2.1. Видатки держбюджету на охорону здоров'я в Україні, млрд. грн

Міністерство фінансів України повідомило про витрати на охорону здоров'я в 2020 році, які мають збільшитися на 9,8 млрд. грн. Порівняно з 2019

роком і досяг 108 млрд. Грн. грн. У Міністерстві охорони здоров'я запевнили, що з квітня 2020 року розпочнеться медична реформа на вторинному та третинному рівнях охорони здоров'я.

Якщо пацієнт відвідує спеціаліста без сімейного лікаря, ці послуги оплачуватиме реєстр за певними тарифами.

Згідно з офіційними даними НСЗУ, відношення населення до кількості поданих в Україні декларацій показано на рис. 2.2.

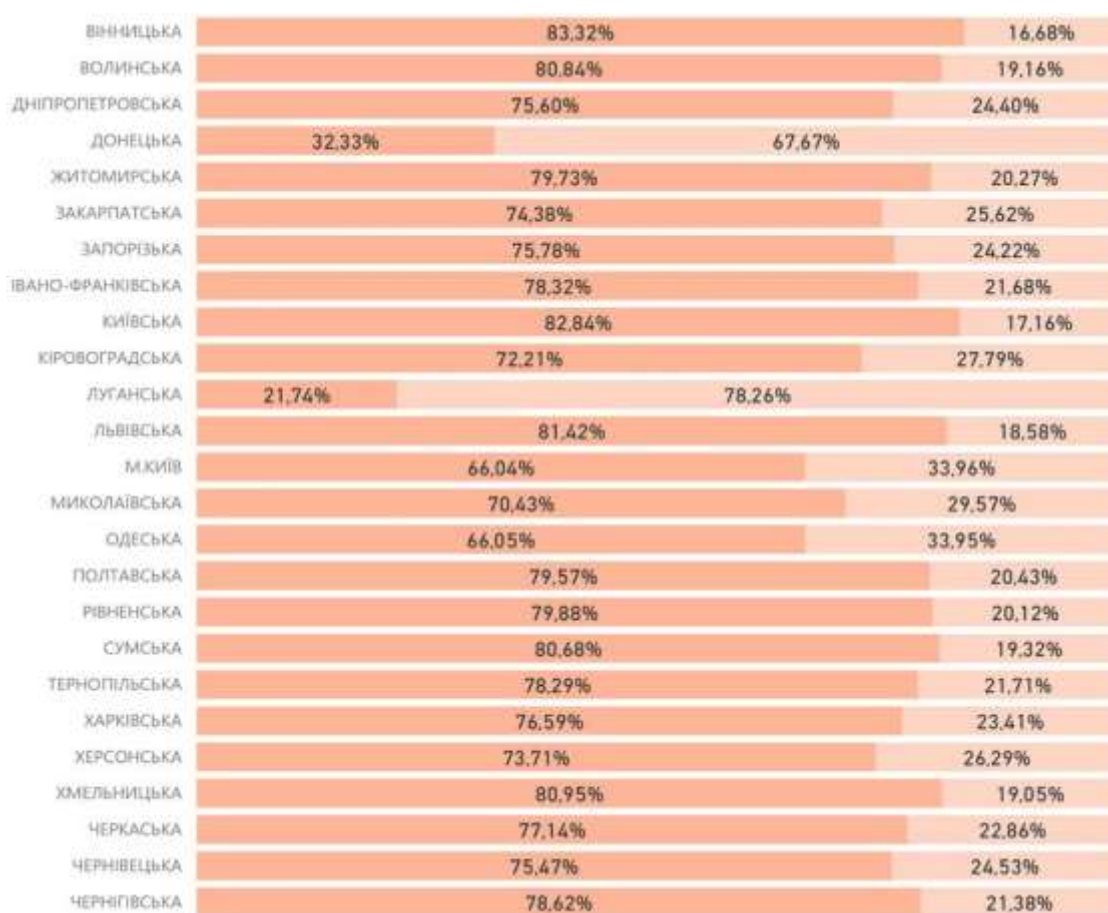


Рис. 2.2. Співвідношення населення і кількості поданих декларацій у 4 кварталі 2019 року

Однак Національна служба охорони здоров'я вже уклала (станом на жовтень 2018 р.) Угоди з 623 громадськими, приватними та медичними працівниками, які надають первинну медичну допомогу. Відповідно, вперше українці можуть вільно обирати лікаря в медичному закладі, незалежно від форми власності, Національна служба охорони здоров'я може на рівних умовах

платити за гарантований пакет первинної медичної допомоги всім установам, які стали партнерами Служби. Протягом перших чотирьох місяців роботи Нацслужби платні послуги платили у фіксованих розмірах у медичних закладах у розмірі 1,6 млрд. грн.

Розподіл поданих декларацій за статтю в Україні показано на рис. 2.3.

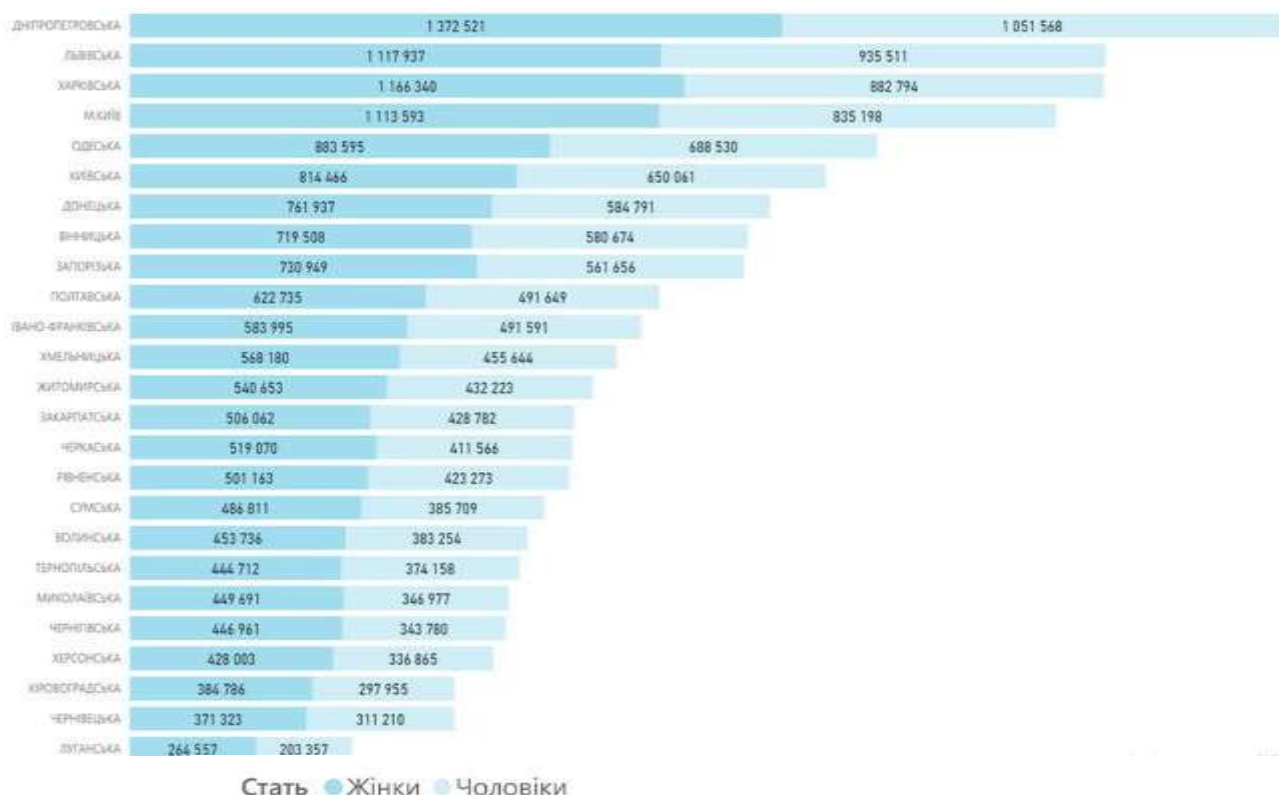


Рис. 2.3. Розподіл поданих декларацій в Україні за статтю по областях

Водночас Програма гарантій здоров'я 2020 визначає пріоритетні напрямки, для яких спеціалізовані установи отримуватимуть вищі тарифи від НСЗУ. Але для цього лікарні повинні відповідати чітким вимогам. Завдання місцевих органів влади, зокрема Міністерства охорони здоров'я, - визначити послуги, які потрібні суспільству, та інвестувати в ті, які можуть їх надати. На початок 2020 року майже 85 відсотків спеціалізованих закладів охорони здоров'я в Україні були готові до автономії. Інші прискорили отримання державних коштів з 2-го кварталу 2020 року. Водночас 78% установ завершили автономію. Найбільша кількість таких закладів - 98,5% у Вінниці, 97,3% у Полтаві та 94,8% у Харківській області [12].

З квітня 2020 року медичні заклади цих рівнів будуть фінансуватись за угодами, укладеними з Національною службою охорони здоров'я України, а обсяг фінансування буде змінюватися залежно від обсягу наданої медичної допомоги.

Зарубіжний досвід країн із розвиненими системами охорони здоров'я доводить, що вітчизняний сектор охорони здоров'я може ефективно та якісно функціонувати лише за наявності системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Крім того, проаналізувавши характеристики та тенденції розвитку систем охорони здоров'я в різних країнах, оптимальною формулою витрат на охорону здоров'я буде, де щонайменше 70 відсотків витрат покриватимуться податками та внесками до фонду обов'язкового медичного страхування, решта 30 відсотків покриватиметься за рахунок приватного фінансування та прямих державних платежів [34, с. 140].

2.2. Оцінка добровільного та обов'язкового видів страхування в Україні

Основні закономірності функціонування ринку добровільного страхування України можна побачити після ретельного аналізу показників сектору для найбільш поширених видів страхування. Незважаючи на значну кількість компаній на страховому ринку, найнижчий показник основної частки страхових внесків за п'ять років спостерігається у 2018 р. Із СК «non – Life» становить 33,3%, а зі СК «Life» 39,8%.

Відповідно до ст. 6 та 7 Закону України «Про страхування» ризикове особисте страхування здійснюється як у добровільній, так і в обов'язковій формі, проте переважає добровільне страхування здоров'я та праці (табл. 2.1).

Згідно з даними, наведеними в таблиці 2.1, ринок добровільного особистого страхування в 2018 році зріс на 50% порівняно з 2014 роком. У 2015 році ми бачимо, що відсоток ESSP 15,9 у 2016 році зменшується на 16,5, а в 2017 році знову збільшується на 15,1. Ринок обов'язкового особистого

страхування подвоївся лише з точки зору чистих виплат, але EPRS залишається низьким (до 5 відсотків).

Таблиця 2.1

Динаміка ринку добровільного та обов'язкового особистого страхування в Україні за 2014-2018 рр., млн. грн.

Рік	Добровільне страхування				Обов'язкове страхування				Всього ЧСП	% ЧСП у загальних ЧСП
	ВСП*	ЧСП*	ЧСВ*	РЧСВ, %	ВСП	ЧСП	ЧСВ	РЧСВ, %		
2014	2791,8	2670,7	1113,0	41,7	396,9	353,8	8,3	2,4	3024,5	14,9
2015	3627,1	3082,0	1251,9	40,6	388,0	341,7	18,8	5,5	3423,7	15,9
2016	3229,0	2767,7	1355,4	49,0	319,4	299,5	4,9	1,6	3067,2	16,5
2017	3225,0	3039,7	1487,4	48,9	359,7	339,7	15,7	4,6	3379,4	15,1
2018	4212,2	3969,1	1715,6	43,2	415,4	378,5	17,9	4,7	4347,6	16,4
Темп приросту 2018/ 2014, %	50,9	48,6	54,1	х	4,7	7,0	115,7	х	43,7	х

* ВСП – валові страхові премії

ЧСП – чисті страхові премії

ЧСВ – чисті страхові виплати

РЧСВ – рівень чистих страхових виплат в чистій страховій премії

Структура ринку добровільного особистого страхування на основі валових страхових виплат показала, що половину ринку складає медичне страхування (постійне медичне страхування) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Структура ринку добровільного особистого страхування в Україні за 2014-2018 рр., %

Рік	Види добровільного особистого страхування			
	Страхування від нещасних випадків	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	Страхування здоров'я на випадок хвороби	Страхування медичних витрат
2014	29,6	47,4	11,4	11,6
2015	39,5	41,0	10,3	9,2
2016	29,8	50,3	9,5	10,3
2017	16,6	59,8	8,4	15,2
2018	19,9	55,9	6,9	17,3

Відповідно до табл. 2.2 частка страхування від нещасних випадків (з 29,6% у 2014 році до 19,9% у 2018 році) та медичного страхування (з 11,4% у 2014 році до 6,9% у 2018 році) суттєво скоротилася на ринку добровільного особистого страхування. З іншого боку, охоплення медичним страхуванням зросло (з 11,6% у 2014 році до 17,3% у 2018 році), що можна пояснити вимогою візового кодексу ЄС щодо страхування подорожей. Але через безвізовий режим між Україною та ЄС дію візового кодексу ЄС було призупинено з середини 2017 року, і очікується, що частка цього виду страхування зменшиться у 2019 році

Високий рівень валових та чистих страхових виплат спостерігається для медичного страхування - 58,6% та 63,2% відповідно, для добровільного особистого страхування - 41,3% та 45,1%, для недержавного обов'язкового страхування - 34,7% та 35,2 відсотків відповідно (47,1 відсотка та 47,2 відсотка відповідно) [4].

Таким чином, протягом досліджуваного періоду розвивається ринок страхування від нещасних випадків. Про це свідчать показники валової та чистої страхових премій. Обсяг страхових премій зріс на 51%, у 2016 році - на 23%, у 2017 році. 73% (1431,3 млн. грн.) Валові премії були вищими, ніж у попередньому 2016 році. Це було перше підвищення премій. У 2018 році ця позитивна тенденція незначно знизилась на 33 відсотки через складну фінансово-економічну ситуацію в країні в цілому.

Чистий страховий внесок за 2014 рік склав 18244,4 млн. грн., що становить 71,0% валових премій, у 2015 році - 80,5%, у 2016 році - 81,8%. Чистий страховий внесок за 2017 рік склав 27 492,9 млн. грн., що становить 71,0% від валових премій, і це свідчить про те, що відсотки однакові в 2014 і 2017 роках. Чисті страхові премії за 2018 рік склали 33 188,9 млн. грн., Що становить 71,4% від валових премій, і з 2017 року збільшився лише на 0,4%.

Збільшення чистої страхової премії протягом 2014-2018 рр. відбулися для більшості видів страхування, зокрема завдяки значному збільшенню доходів від виплат за автострахування, страхування життя, майнове страхування, медичне

страхування тощо. Однак зниження чистої страхової премії у 2018 році спостерігалось для страхування фінансових ризиків у розмірі 9,1. Проаналізувавши досліджувані роки, можна розрахувати формулу зростання, і в 2014 році зниження чистого страхового внеску спостерігалось у більшості видів страхування, крім медичного страхування (+8,0) та авіаційного страхування (+18,9).

Валові страхові внески, отримані страховиками за страхування та перестраховування ризиків від страховиків та перестраховувальників, за 2014 рік склали 24804,4 млн. грн., Де 35,6 відсотка надійшли від фізичних осіб та 64,4 відсотка від юридичних осіб. У 2015 році валові страхові внески становили 26 107, у 2016 - 30 709,8, у 2017 - 38 745,1, а у 2018 - 46 468,4. Тобто валові страхові внески щороку збільшуються.

Порівняльний розвиток валового та чистого страхових внесків добровільними страховими компаніями в Україні у 2014-2018 рр. представлений на рис. 2.4.

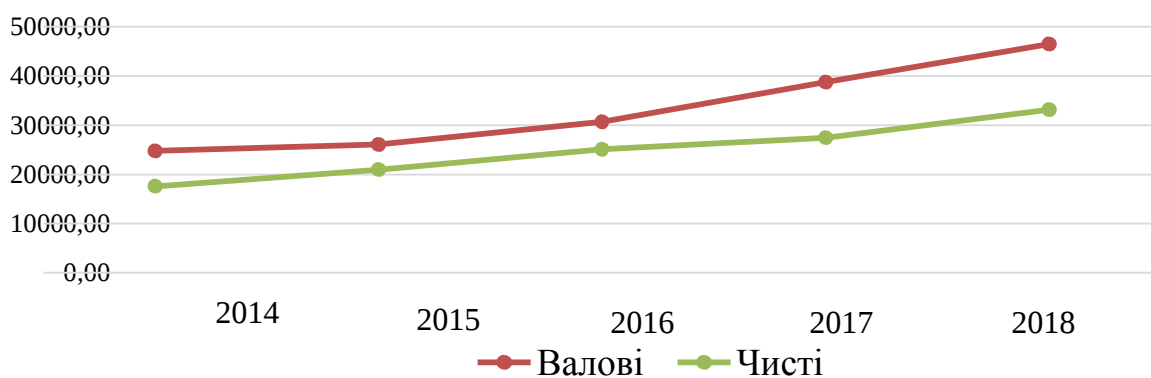


Рис. 2.4. Порівняльна динаміка валових та чистих страхових премій з добровільних видів страхування в Україні протягом 2014-2018 рр.

Найбільший страховий внесок припадає на страхування автомобілів, найменший - на страхування кредитних та фінансових ризиків. За оцінками, чисті страхові премії збільшуються майже у всіх видах страхування, крім страхування кредитів (-22,7) та страхування фінансових ризиків (-70,1), оскільки ці два види страхування демонструють зниження чистого страхового внеску. За оцінками, найвищий відсоток майнового страхування становить 442

відсотки. Можна також зазначити, що кількість страхових виплат порівняно з преміями значно нижча. В абсолютному відхиленні чисті страхові внески зросли на 2 120,4 млн. грн. у 2018 р. порівняно з 2017 р., а валові страхові внески зросли на 2 270,6 млн. грн. Однак, якщо проаналізувати таблицю, можна зробити висновок, що загальна сума валових та чистих страхових виплат протягом 2014-2018 рр. збільшується щороку (рис. 2.5).

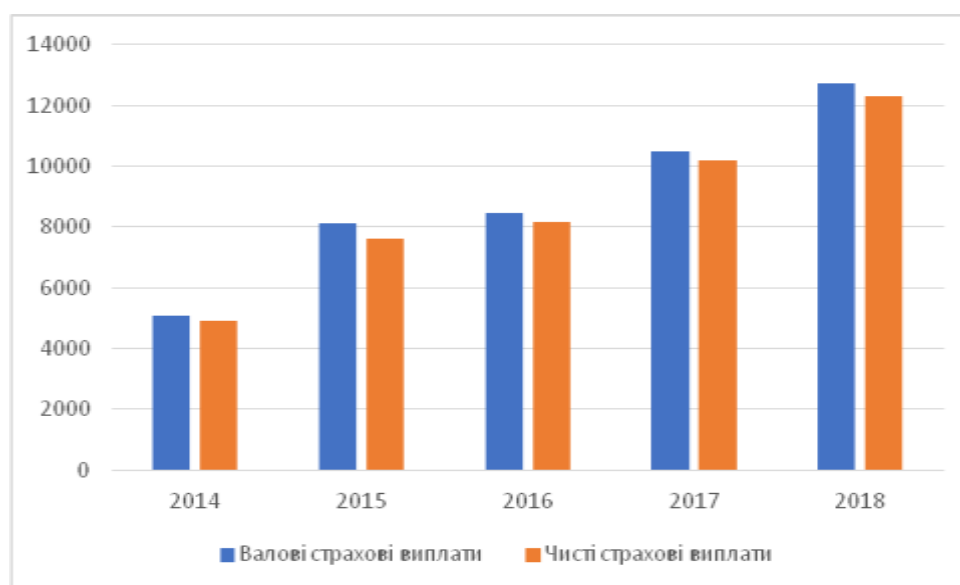


Рис. 2.5. Порівняльна динаміка валових та чистих страхових виплат в Україні протягом 2014-2018рр., млн. грн.

Проаналізувавши ринок добровільного страхування в Україні, можна зробити висновок, що кількість страхових компаній з кожним роком поступово зменшується. Існують різні фактори, які сприяли зменшенню кількості страховиків, такі як низька якість активів, зменшення кількості застрахованих осіб, нестабільна внутрішня політика та той факт, що більшість страхових компаній не платили страхові гроші. Це вплинуло на кількість страхових компаній, які були змушені закритися.

Основними факторами, що впливають на функціонування ринку добровільного страхування в Україні, є: продовження воєнного конфлікту в країні; обмеження платоспроможного попиту кінцевих споживачів послуг через зменшення доходів населення та суб'єктів господарювання; Девальвація

національної валюти; втрата депозитів фізичних осіб-страховиків внаслідок ліквідації значної кількості банківських установ; зменшення ліквідності фондового ринку тощо. Однак аналіз ринку добровільного страхування показує, що страховики отримують більше грошей у вигляді премій, ніж платять за певний вид страхування [3]. Для поліпшення ситуації вітчизняним страховикам необхідно вчитися на іноземному страховому досвіді та змінювати власні моделі діяльності, зокрема: вдосконалювати механізм державного регулювання діяльності страхових компаній; Пристосувати страхове законодавство до світових стандартів; запровадити новітні страхові технології та новітні стандарти якості послуг у цій галузі тощо.

2.3. Дослідження перспектив розвитку медичного страхування в Україні

Медичне страхування є важливою складовою ефективного функціонування системи охорони здоров'я та формою захисту від ризиків для здоров'я та життя. На сьогоднішній день цей вид страхування є реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не має конституційного права громадян отримувати безкоштовну медичну допомогу.

В даний час в Україні діє недосконала система медичної допомоги, яка також перебуває у кризовому стані. Неадекватність цієї системи відображається у відсутності фінансування, що призводить до низького рівня медичного обслуговування населення. Цьому процесу передують нерівномірний розподіл ресурсів та низьке співвідношення витрат на охорону здоров'я до ВВП. Таким чином, саме державне медичне страхування може стати основним джерелом відшкодування витрат на систему охорони здоров'я.

Сучасний стан охорони здоров'я в Україні вкрай незадовільний. Його фінансування вимагає значного вдосконалення, оскільки воно, як правило, здійснюється за залишковим принципом і не створює передумов для надання якісної медичної допомоги на необхідних рівнях, особливо для соціально незахищених верств населення.

Фінансова підтримка медичного сектору в Україні становить 3 відсотки ВВП. У той же час відомо, що за коефіцієнтом менше 5 відсотків ВВП сектор охорони здоров'я насправді неієздатний. Невелику частину витрат на охорону здоров'я покриває добровільне медичне страхування (ДМС), а іншу - неформальні платежі від населення [10, с. 24].

Незважаючи на соціальну важливість та соціальну важливість охорони здоров'я, система медичного страхування в Україні в даний час недостатньо розвинена.

Аналіз стану та проблем розвитку ринку медичного страхування в Україні показує, що необхідні подальші зусилля для пошуку шляхів оптимізації вартості послуг добровільного медичного страхування, які б збалансували інтереси страховиків та застрахованих осіб та сприяли б розвиток цього соціально значущого та необхідного для нашої країни сегменту страхового ринку. Основною проблемою в секторі охорони здоров'я є недостатність ресурсів, виділених на цей сектор з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції та розвитку тіньової економіки, оскільки змушує пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у порядку, передбаченому законодавством України.

Перш за все, в Україні необхідно створити міцну законодавчу базу, яка включатиме всі аспекти та затверджуватиме офіційно медичне страхування. Слід також мати на увазі, що серед існуючих страхових компаній зростає конкуренція, що дасть змогу знизити ціну добровільного медичного страхування та поліпшити якість медичного обслуговування. Можна також зазначити, що ринок добровільного медичного страхування в Україні має перспективи для розвитку: частка добровільного медичного страхування на страховому ринку має тенденцію до збільшення; Страховики, які надають послуги добровільного медичного страхування, стають все більш конкурентоспроможними; інтерес громадськості до цього виду страхування зростає. Зарубіжний досвід у галузі медичного страхування підтверджує ефективність змішаної моделі медичного страхування. Враховуючи

вищевикладене, ми пропонуємо здійснити ряд організаційних заходів з боку страховиків із застосуванням інструментів реінжинірингу бізнесу - процесів, які дозволять швидко реагувати на зміни у зовнішньому середовищі.

На наш погляд, для збільшення тривалості ділових відносин з клієнтами першочерговим завданням є вдосконалення обслуговування страхових договорів, а саме служби фельдшера (контроль дзвінків на гарячу лінію або онлайн-послугу відповідно до періоду очікування оператор контакт-центру, кількість небажаних дзвінків, технічні несправності тощо); оцінка та швидка реакція на частоту контактів страхувальника не тільки за рахунками медичних установ, але й шляхом побудови власної моделі прогнозованої поведінки клієнта; посилення співпраці з сучасними клініками та незалежними експертами; здатність страховика пропонувати страхувальнику певні рішення щодо ризику, які не оплачуються роботодавцем, на добровільних засадах у зручній формі; Удосконалити внутрішню комунікацію та побудувати модель особистого обслуговування клієнтів, яка зменшить внутрішні взаємовідносини між окремими групами працівників страхової компанії та процесуальні умови, розвине гнучку корпоративну культуру страхової компанії, вдосконалення навичок персоналу та впровадження CRM-систем. Сучасна система медичної допомоги в Україні переживає глибоку організаційну, структурну та фінансову кризу, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у цій системі, низьким рівнем розвитку первинної медико-санітарної допомоги та низьким співвідношенням витрат на охорону здоров'я до ВВП [2].

Ми вважаємо, що одним із способів забезпечення відповідної організації охорони здоров'я, яка забезпечує право кожного громадянина на отримання медичної допомоги, є розробка системи медичного страхування, яка може вирішити численні питання гарантування доступу до медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів для охорони здоров'я [4].

Таким чином, система охорони здоров'я, яка зараз існує в Україні, потребує негайного реформування. Чітка реалізація «Національної стратегії

реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років» дозволить запровадити ефективну систему соціального медичного страхування та підняти національну систему охорони здоров'я на новий рівень. Проводячи реформи в галузі охорони здоров'я та запроваджуючи соціальне медичне страхування, можна спиратися на досвід зарубіжних країн, зокрема Грузії, і після п'яти років повного перезапуску системи охорони здоров'я досягла позитивного результату для своїх пацієнтів.

Висновки до другого розділу

Міжнародні експерти наголошують, що ключовою причиною успішного запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування є сильна політична прихильність та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів та Міністерством охорони здоров'я, Національною службою охорони здоров'я України та Міністерством фінансів. У той же час, для того, щоб забезпечити постійність реформ медичного страхування, важливо забезпечити розподіл відповідальності за їх виконання між основними зацікавленими сторонами - державними та місцевими органами влади, постачальниками медичних послуг та населенням.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Впровадження зарубіжного досвіду медичного страхування в Україні

Відомо, що охорона здоров'я найбільше страждає від фінансово-економічної нестабільності, оскільки вона все ще недофінансована. Його фінансування вимагає значного вдосконалення, оскільки воно зазвичай здійснюється за рахунок залишкового фінансування галузі. Це призвело до відсталої матеріальної бази, низького рівня медичного обслуговування, дефіциту ліків і, як результат, стан здоров'я населення в Україні є незадовільним. Економічна криза в Україні призвела до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. Наприклад, у рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я національних систем охорони здоров'я Україна посіла 79 із 191 світу у світі, а за витратами на охорону здоров'я на одного жителя Україна посіла 111-місце серед 191 країни світу та восьме місце серед Країни СНД (не тільки Балтія та Білорусь, а й Молдова).

Незважаючи на конституційну гарантію безкоштовної медичної допомоги, фактично значна частина медичних послуг оплачується, пацієнти оплачують ліки та витратні матеріали, необхідні для лікування, і мають економічні витрати на харчування, постільну білизну та навіть плату за годування. Основною проблемою в галузі охорони здоров'я є недостатність ресурсів, виділених для цього сектору з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції та тіньової економіки, змушуючи пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у порядку, встановленому законодавством України.

Одним з найбільш життєздатних позабюджетних джерел фінансування є медичне страхування. Водночас основними проблемами низького рівня розвитку медичного страхування в Україні є: неефективна структура та

відсутність територіальної єдності системи загальнообов'язкового медичного страхування; Паралельне функціонування системи обов'язкового та добровільного медичного страхування; відсутність чіткого розмежування платних та безкоштовних медичних послуг у національній законодавчій базі; скорочення державного фінансування системи охорони здоров'я; Неефективне використання виділених державних фінансових ресурсів.

У 2016 році тривалість життя в Україні становила 71,3 року, що є досить низьким рівнем порівняно із середньоєвропейським. Україна входить до числа 36 країн з катастрофічними особистими видатками на охорону здоров'я громадян (понад 25% доходу домогосподарств). Основні витрати закладів охорони здоров'я спрямовуються на заробітну плату (71-74 відсотки від загальної кількості). Тому залишається дуже мало місця для фактичного надання послуг: лікування пацієнтів, придбання ліків та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів. Щорічні витрати на ліки у закладах охорони здоров'я складають лише 5-6 відсотків від загальних витрат [4]. Слід зазначити, що на сьогодні у світі існує три основні моделі медичного страхування:

- 1) державна модель - система «одного платника», яка успішно функціонує у Франції;
- 2) Модель «керованої конкуренції» у Швейцарії;
- 3) Модель повністю приватної страхової медицини (США).

Багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування демонструє високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та медичного страхування. На сьогодні визначено три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, загальнообов'язкове та добровільне медичне страхування та змішане. Слід зазначити, що ці поодинокі види практично відсутні в будь-якій державі, але в деяких державах вони є домінуючими. Наприклад, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії переважає система державного фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Японія, Нідерланди та Швеція, домінує загальнообов'язкове медичне страхування, тоді як у США перевагу має змішана форма фінансування

охорони здоров'я, де близько 90% американців використовують приватні страхові компанії. Німеччина - одна з перших країн, яка запровадила медичне страхування. Німецька система медичного страхування бере свій початок з 1881 року. Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких сегментів охорони здоров'я), а лише створює умови для того, щоб необхідні кошти були створені працівниками та роботодавцями та контролювати всю систему медичного страхування. У Німеччині діє децентралізована система медичного страхування. Близько 1200 страхових фондів (страхових фондів) відповідають за цю програму на основі професійних принципів (шахтарі, фермери, моряки тощо), територіальних принципів та каси. Місцеві страхові бюро приймають на себе страхове покриття для тих категорій, які не покриваються страхуванням підприємств. Усі три типи коштів покриваються державним медичним страхуванням.

Основна функція уряду щодо медичного страхування полягає у забезпеченні відповідності діяльності страхових бюро закону, зокрема забезпечення виконання програм страхування. У зв'язку з цим держава робить медичне страхування обов'язковим і визначає його основні умови - основні страхові внески, схему фінансування та організацію охорони здоров'я, а також бере участь у встановленні цін на медичні послуги; Покладає значні обов'язки на недержавні органи - страхові компанії та медичні асоціації - в адмініструванні системи з правом представляти інтереси застрахованих та медичних працівників. У Франції медичне страхування було введено в 1910 р. Спочатку у формі фондів взаємодопомоги, а з 1928 р. Ці фонди були перетворені на страхові компанії.

Зараз у Франції існує єдина ієрархія страхових фондів і вертикальна система медичного страхування: потужна страхова організація, Національна страхова організація (Національний фонд страхування працівників) під наглядом Міністерства соціального забезпечення та праці, на яке припадає 78 осіб. відсотків населення, існує 129 місцевих відділень, кожна з яких відповідає

за страхування в регіоні і не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але, як правило, підкоряються адміністративному контролю з боку центру.

У США діє система медичного страхування, що базується на поєднанні центрального страхового фонду та мережі місцевих незалежних страховиків. Кошти накопичуються у центральному фонді, не мають адміністративних функцій, а потім розподіляються страховими організаціями на основі законодавчо затвердженого способу оплати. Ця система діє в США в рамках програм «Medicer» та «Medikate». На ці системи припадає понад 20 відсотків населення, на професійне страхування припадає 58 відсотків населення, а на добровільне медичне страхування поза робочим місцем - 2 відсотки. Близько 15 відсотків населення не мають доступу до медичного страхування і є бідними, безробітними, бездомними та членами сімей робітників на підприємствах без медичного страхування. Працевлаштування не гарантує медичного страхування.

Найширше медичне страхування охоплює працівників галузі, державних службовців, членів профспілок, штатних працівників. Втрата роботи автоматично призводить до втрати медичного страхування. Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане з роботою. Економіка охорони здоров'я США є парадоксальним поєднанням вад та надлишків. США витрачають 11,5% свого валового прибутку на охорону здоров'я - більше, ніж будь-яка інша країна світу, і в той же час понад 15% американського населення не має фінансового захисту від високих витрат на медичне обслуговування через їх відсутність полісів медичного страхування.

Дві програми Medicare та Medicaid у США не можна вважати повноцінною системою державного медичного страхування, оскільки вони не використовують страховий принцип у процесі формування (вони отримують гранти безпосередньо з федерального бюджету США). Державна система охорони здоров'я в Україні базується на командно-адміністративній моделі (система Семашка), згідно з якою основною метою є забезпечення рівного

доступу населення до медичних послуг та надання медичної допомоги безкоштовно. Однак в Україні медичні заклади працюють з обмеженими ресурсами. У приватній системі охорони здоров'я організації охорони здоров'я користуються високим ступенем економічної свободи. Головне - якість - при високій якості послуг та меншій вартості пацієнти віддають перевагу саме цим закладам. Для подолання кризового періоду в українській системі охорони здоров'я доцільно не лише змінити механізм її фінансування, а й реформувати всю систему. Маючи на увазі необхідність системного підходу до реформування, ми вважаємо за доцільну модернізувати механізм медичного страхування за допомогою поєднання добровільного та обов'язкового медичного страхування. Тому доцільно в Україні розглянути можливості впровадження інтегрованої схеми, яка включає різні елементи двох систем. Слід також зазначити, що принцип особистої відповідальності населення, виражений у загальній компенсації ризиків, слід враховувати при розробці національної системи охорони здоров'я. Громадяни можуть бути як застраховані, так і застраховані, сплачуючи частину страхових внесків за свій рахунок, що дає можливість поєднувати обов'язкове та добровільне медичне страхування. Сьогодні людина, яка бажає отримати медичну допомогу за добровільним медичним страхуванням, платить двічі за ту саму послугу, спочатку за обов'язковим медичним страхуванням (оплачується або державою, або роботодавцем), потім на добровільних засадах (оплачується роботодавцем або страхувальником сам). Тому доцільно визначити основну програму загальнообов'язкового медичного страхування шляхом встановлення зрозумілого переліку медичних послуг, що надаються громадянам безкоштовно, щоб уникнути такого дублювання (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Основні етапи реалізації медичного страхування як єдиного комплексу

№	Етап реалізації	Сутність
1	Оптимізація тарифів	Оптимізація ставок медичного страхування на основі поточних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність страхових випадків
2	Оптимальна величина страхових внесків	Обґрунтування оптимальних премій для непрацюючого населення, пенсіонерів та дітей
3	Розробка нових методів відшкодування	Впровадження більш прогресивних методів відшкодування для медичних організацій
4	Мотивування населення	Мотивація населення до здійснення моніторингових заходів
5	Встановлення податкових пільг	Податкові пільги в системі розвитку медичного страхування як для страховиків, так і для застрахованих осіб з метою укладання довгострокових контрактів
6	Гнучкі страхові тарифи	Підвищення ставок страхування для громадян, які бажають скористатися широкою системою медичного страхування, та звільнення від внесків для осіб, які вже придбали поліс добровільного медичного страхування
7	Стандарти лікування	Розробка нормативних актів та єдиних стандартів лікування та надання медичних послуг, що визначають обов'язки як медичних організацій, так і медичного персоналу

Держава повинна бути зацікавлена у залученні приватної медицини через добровільне медичне страхування в інтегровану схему фінансування надання медичних послуг населенню. Сучасна державна соціальна політика повинна бути встановлена не лише для реалізації програм та концепцій, а й для залучення ділового середовища та населення до вирішення соціальних проблем. На ринку медичного страхування зараз є деякі проблеми з функціонуванням обов'язкового та добровільного медичного страхування, і процес їх об'єднання був значно ускладнений.

Більшість країн погоджуються з тим, що громадяни не повинні платити безпосередньо за лікування, коли вони хворі. Медична допомога при

необхідності повинна бути безкоштовною. Так формується система медичного страхування, або загальнообов'язкового державного соціального страхування, або добровільного медичного страхування, або їх поєднання.

Дивним є той факт, що існує так багато альтернатив між «повним державним контролем» (принцип обов'язкового медичного страхування застосовується, наприклад, у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах) та «добровільним медичним страхуванням» (В Ізраїлі та Швеції, добровільне медичне страхування є переважним та обов'язковим лише для певних професій). В Україні бракує ефективної системи охорони здоров'я. Крім того, добровільне медичне страхування залишається недостатньо розвиненим.

Впровадження універсального медичного страхування як частини виплат заробітної плати за соціальне страхування є предметом дискусій протягом багатьох років. Цей підхід підтримується як Міністерством охорони здоров'я, так і Лігою страхових організацій. Хоча їх концепції різняться, обидві установи підтримують спроби запровадження універсального медичного страхування протягом наступних кількох років. Економічне становище нашої країни ще не дозволяє такій державній системі зробити доступними всі наші ліки. Це питання майбутнього. І це буде вирішено цілісно із запровадженням реформ у галузі охорони здоров'я. Тому експерти розглядають реформування системи охорони здоров'я країни як необхідний комплекс державних, соціальних та медичних заходів, спрямованих на розвиток здоров'я країни.

Розробка ефективної стратегії реформування регіональних систем охорони здоров'я можлива лише за умови врахування проблем громадського здоров'я. Німецька консультативна група при уряді України пропонує кілька кроків щодо реформування системи охорони здоров'я. Перш за все, існує потреба у окремій політиці охорони здоров'я, регулювання, виконання бюджету та управління закладами охорони здоров'я. Слід створити Громадський фонд охорони здоров'я, який повинен відповідати за розподіл бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, компенсацію закладам охорони здоров'я за надані медичні послуги та перевірку проведеного лікування.

Компенсаційні виплати повинні здійснюватися відповідно до фактичного лікування та наданих послуг. Крім того, управління закладами охорони здоров'я потрібно комерціалізувати. Німецькі фахівці стверджують, що Україна повинна розвивати добровільне медичне страхування як доповнення до сучасної системи охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків. Таке додаткове приватне страхування може зіграти значну роль у багатоканальному фінансуванні системи охорони здоров'я, яке складається з податкових витрат та приватного медичного страхування. Після значного зниження соціальних виплат до 25-30 відсотків, запровадження єдиної ставки медичного страхування стане додатковим джерелом фінансування.

З початку 1990-х. ХХ проти деяких форм добровільного медичного страхування почали виникати в Україні. Усі страхові компанії почали надавати медичне страхування в різних розмірах. В останні роки спонтанно виникло добровільне некомерційне страхування - так звані лікарняні фонди. Але за відносно невеликого поширення добровільного медичного страхування переважає комерційна форма. На думку багатьох експертів, соціально-економічна ситуація в країні, дисбаланс, нестабільність та постійне падіння промислового виробництва створюють багато проблем при впровадженні медичного страхування. Загальний обсяг ринку страхування ризиків в Україні не буде суттєво зменшений за рахунок девальвації гривень через валютну складову, головним чином в автострахованні (запасні частини) та медицині.

Добровільне медичне страхування - це чесний та простий спосіб отримати якісну медичну допомогу. Його переваги вже стали очевидними для тисяч наших громадян. Єдиний ринок, який зростає, - це медичне страхування, люди не припиняють лікування і хочуть звернутися до приватних клінік. Страховики підняли ціни на добровільне медичне страхування на 25%, але на ринку ми спостерігаємо зменшення бюджетів корпоративних клієнтів та зменшення кількості застрахованих. Тим не менше, ринок добровільного медичного страхування у 2018 році покаже зростання на 25-30% через інфляцію. Навіть при високій вартості медичного страхування та фінансовому

результаті, близькому до нуля, страховики все одно зацікавляються цим. Придбання полісу добровільного медичного страхування означає можливість спланувати свої медичні витрати за рік наперед. Усі випадки медичної допомоги несе страхова компанія. Концепція добровільного медичного страхування передбачає лише якісну медичну допомогу. Медичні експерти страхових компаній пильно стежать за наданням медичних послуг установами, з якими вони мають договірні зобов'язання. Зараз придбання полісу добровільного медичного страхування означає отримання доступу до широкого кола медичних закладів по всій Україні, включаючи комерційні, відомчі та спеціалізовані. Медичні координатори страхових компаній при необхідності направляють пацієнта до закладу, який найбільш ефективно вирішить проблему. Ця група лідерів добровільного медичного страхування має портфель 23 відсотки. Незважаючи на відсутність податкових преференцій, лідерство забезпечують конкурентні програми добровільного корпоративного медичного страхування, спрямовані на забезпечення соціального забезпечення працівників промислового, комерційного та фінансового секторів. Ринок добровільного медичного страхування в Україні має високий потенціал зростання. Сьогодні рівень добровільного медичного страхування в Україні становить 2-3 відсотки. Однак 95 відсотків добровільного медичного страхування складають договори корпоративного страхування. Зараз медичне страхування все більше стає частиною соціального пакету роботодавця, і ця тенденція обнадійлива. Поступ ринку добровільного медичного страхування підтверджується тим фактом, що навіть у кризові роки цей сегмент ріс із щорічними показниками 10-15 відсотків, і такі ж темпи зростання очікуються і в наступному році [13, с.69].

Розвиток ринкових відносин в Україні сприяв розвитку ринку медичного страхування. Сьогодні в Україні діє лише добровільна форма медичного страхування, що дозволило сформувати певну ринкову структуру добровільного медичного страхування. Цей ринок можна уявити як багаторівневу систему зі складним механізмом взаємопов'язаних зв'язків між

усіма структурними підрозділами, зокрема органами державного страхового нагляду (Національні страхові служби), недержавними страховими асоціаціями (Асоціація «Українське бюро медичного страхування», LSOU), страхові компанії, страхові посередники, медичні установи, асистенти та споживачі. Добровільне медичне страхування - один із сегментів страхового ринку, який найбільш активно розвивається в Україні.

В останні роки частка добровільного медичного страхування на страховому ринку в Україні неухильно зростала. На збільшення страхових премій суттєво вплинуло подорожчання ліків через зміни курсу валют. Однак позитивним є збільшення кількості контрактів на всі види страхування, що свідчить про те, що громадяни та корпоративний сектор усвідомлюють необхідність придбання полісів медичного страхування. Населення країни поступово починає усвідомлювати, що медичне страхування - це єдиний вихід з економічної та соціальної кризи в Україні. Однак основною проблемою, яка в кінцевому підсумку виключає прийняття законопроекту, є відсутність цілісного та всебічного підходу до реформування поточного механізму фінансування охорони здоров'я. У свою чергу, держава може фінансувати лише певні стратегічні програми, тоді як інші види покриття повинні покриватися страхуванням. Тому необхідно чітко визначити, які предмети підлягають державній безпеці, а які - страхуванню.

3.2. Впровадження реформи системи страхування у сфері охорони здоров'я України

Реформа медичного сектору, яка зараз проводиться в Україні, спрямована на вирішення багатьох проблем системи охорони здоров'я. Неадекватна первинна медична допомога призвела до збільшення вартості лікування, оскільки багато пацієнтів повинні бути госпіталізовані, що є дорожчим. Відсутність фінансування сектору унеможливила впровадження інновацій та модернізацію застарілого медичного обладнання. Медичні послуги, що надаються закладом охорони здоров'я, оплачуються з державного бюджету в

рамках програми гарантування охорони здоров'я. Окреме фінансування передбачається для реалізації певних програм, медико-соціальних оцінок та заходів щодо боротьби з епідеміями. Платні медичні послуги, що не входять в рамки програми гарантування здоров'я, не повинні перевищувати 20 відсотків від загальної кількості наданих послуг.

Трансформація системи охорони здоров'я почала реформувати фінансування первинної медико-санітарної допомоги. У 2018 році була запроваджена бюджетна програма

«Надання первинної медичної допомоги населенню», покликаний надати населенню комплексну допомогу, включаючи діагностику та лікування, направлення до спеціалізованої медичної допомоги, профілактичні заходи.

Водночас доступ до медичних послуг в Україні зараз зменшується. Ця проблема особливо гостра у сільській місцевості: недостатнє забезпечення медичних закладів необхідним медичним обладнанням, ліками та транспортом, а також нестача персоналу унеможлиблює надання якісних медичних послуг, своєчасну та кваліфіковану медичну допомогу. За результатами статистичного аналізу, проведеного Міністерством регіонального розвитку на початку 2019 року, центральним водопостачанням забезпечено 12500 фельдшерсько-акушерських пунктів та 4000 медичних помічників. Частка диспансерів з центральним водопостачанням становила 28 відсотків та 18 відсотків із санітарно-технічними приміщеннями. Місцеві державні адміністрації повинні взяти на себе роль фінансування та контролю якості придбаного обладнання та обладнання та процесу оснащення медичних закладів. Затримка у вирішенні проблем низької якості медичного обслуговування у сільській місцевості та зменшення кількості медичних закладів та аптек призвели до погіршення стану здоров'я сільського населення.

Щоб уникнути ризику погіршення якості медичного обслуговування населення, необхідно розробити основні принципи та практичні механізми залучення медичних працівників у сільській місцевості та затвердити Державну програму, яка дозволить запровадити стимулювання медичних працівників на

національному рівні. Набір у сільську місцевість можливий шляхом надання безкоштовного житла, транспорту, Інтернету та надбавки до основної заробітної плати. Такі стимули регулюються Законом про поліпшення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

Важливо було також підготувати медичний персонал. Окрім підготовки молодих спеціалістів та виконання державних замовлень у вищих навчальних закладах, велику увагу слід приділяти перепідготовці медичних працівників з урахуванням особливостей нового функціонування системи охорони здоров'я.

Іншим інструментом стимулювання розвитку медичного страхування у сільській місцевості може бути створення «страхових груп» для сільських жителів. Очевидно, вони згруповані за окремими договорами страхування. Отже, ризики для страхової компанії знижуються, а отже і вартість такого полісу для кожної людини.

Реалізація заходів, запропонованих реформою, вимагає значних ресурсів. Тому необхідно перейти до нового зразка взаємодії між учасниками добровільної медичної допомоги (рис. 3.1).

Він передбачає відшкодування державою частини страхової премії для бідних. Це відбувається наступним чином: страхова компанія, яка хоче взяти участь у добровільному медичному страхуванні, звертається до Національної страхової служби, яка здійснює обов'язкові перевірки та включає страхову компанію до списку компаній, з якими може бути укладено таке страхування. Застраховані особи звертаються до органів соціального захисту для участі у програмах добровільного медичного страхування. У свою чергу ці органи оцінюють платоспроможність застрахованих осіб та їх доходи, подаючи запит до територіальних органів Державної фіскальної служби.

За результатами звернень та перевірок органи соціального захисту складають перелік застрахованих осіб, які можуть бути включені до програми часткового (або повного) відшкодування. Копії списку передаються до Національного статистичного управління, місцевої влади.



Рис. 3.1. Схема взаємодії суб'єктів ринку добровільного медичного страхування

Варто зазначити, що більш жорсткі вимоги до страхових компаній, які здійснюють добровільне медичне страхування, можуть призвести до стабілізації страхового ринку шляхом виведення певних страховиків, які не зможуть задовольнити нові вимоги через неможливість забезпечення відповідний рівень капіталізації. Критерії відбору страховиків - учасників програми добровільного медичного страхування визначають страховика як надійного партнера державної програми.

Крім того, для стабілізації та виходу зі страхового ринку для ряду ненадійних страховиків пропонується, щоб до страхових компаній, які беруть участь у програмі добровільного медичного страхування, пред'являлися більш жорсткі вимоги щодо капіталу страховика, який буде відповідати концепція

Платоспроможності II та (Директива ЄС 2009/138 / ЄС від 25.11.2009), яка дозволить сконцентрувати на ринку лише надійних платоспроможних учасників та, в свою чергу, підвищити рівень довіри громадян до страхової установи. Питання державної компенсації частини премії певним категоріям громадян вимагає значної уваги та ретельного вивчення. Введення такої норми сприятиме збільшенню добровільного медичного страхування та сприятиме розвитку страхового ринку.

Важливим завданням держави є підвищення обізнаності, щоб переконати громадян, які не підтримують реформи або навіть активно протистояти їм з будь-якої причини, про потенційні вигоди від їх здійснення. Супротив громадськості до інновацій може бути результатом збалансованого аналізу пропонованих змін, а також результатом емоційного, чисто інтуїтивного негативного ставлення до цілком нового, ставлення.

Для того, щоб забезпечити ефективне впровадження запропонованих змін, необхідно провести комунікаційну кампанію щодо запровадження програми державної допомоги у добровільне медичне страхування. Він повинен мати систематизований медіа-план, певні критерії, за якими можна оцінити його ефективність, та відповідні канали комунікації відповідно до цільових груп. Усі структурні елементи кампанії (конкретні засоби комунікації) повинні мати спільне повідомлення, бути впізнаваними та однаково документованими. Інформаційно-просвітницька кампанія повинна складатися з набору окремих елементів, заходів (повідомлень), які здійснюються у певній послідовності, доповнюючи реалізацію кампанії.

На наш погляд, в результаті таких зусиль щодо запровадження державної програми допомоги у добровільному медичному страхуванні громадяни повинні бути поінформовані про механізм такої допомоги та їх права на отримання державної компенсації; Зрозуміти переваги участі в державній програмі; розвивати довіру до страхових компаній, з якими може бути укладено добровільне медичне страхування, і бути впевненими в їх платоспроможності; Щоб усвідомлювати, що вони беруть безпосередню участь у програмі.

Система медичного страхування реформується поетапно (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Основні етапи впровадження державної підтримки в добровільному медичному страхуванні

Введення державної допомоги для компенсації частини добровільної премії медичного страхування для певної категорії осіб потребуватиме затвердження відповідного підзаконного законодавства, зокрема рішення Кабінету Міністрів та положень Національної страхової служби, що передбачає

чіткий механізм визначення переліку та характеристик ліцензування страхових компаній, які працюватимуть у галузі медичного страхування, Вимоги до осіб, які мають право на отримання державної компенсації, разом із затвердженням зразків документів для подання відповідної заяви та положень щодо інші питання; визначення переліку медичних послуг; що буде частиною стандартного полісу добровільного медичного страхування.

Таким чином, вдосконалення реформи системи охорони здоров'я загалом та добровільного медичного страхування, включаючи наступне: Кодифікація законодавства про систему охорони здоров'я; Запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування; розробка державної програми залучення медичних працівників до роботи в сільській місцевості; та підготовка та перепідготовка медичного персоналу; Розвиток медичної інфраструктури у сільській місцевості; посилення захисту персональних даних пацієнтів та медичного персоналу; перехід до описаної вище схеми співпраці між суб'єктами добровільного медичного страхування.

3.3. Протидія страховому шахрайству на страховому ринку України

Найчастіше правопорушення вчиняються у сфері автомобільного страхування, особистого та медичного страхування, страхування подорожей, а іноді і страхування від нещасних випадків. В основному це сегменти страхування, де збитки величезні, а страховики не в змозі контролювати весь процес документування та експертизи, тому їм доводиться звертатися за допомогою.

Основною причиною вчинення страхового шахрайства є фінансові інтереси страхової компанії або інших зацікавлених осіб, тобто страховиків, страхових посередників, перестрахових компаній тощо. Для вирішення цієї проблеми необхідно створити цілісну систему протидії та ефективні методи протидії шахрайству на страховому ринку України. Обрана проблема в даний час актуальна для практики захисту страхових компаній від дій шахраїв, для вітчизняної теорії та захисту страхового ринку в цілому.

Щоб з'ясувати, хто має потенціал для здійснення шахрайських дій, спочатку розглянемо всіх учасників страхового ринку України.

Страховий ринок - може розглядатися як загальна сума: страховиків, які здійснюють страховий процес; страхові посередники, які беруть участь у страхуванні; страховики як покупці страхових послуг; професійні оцінювачі ризиків та збитків; страхові органи.

Вищезазначені суб'єкти страхового ринку взаємодіють між собою. Вони також можуть брати участь у шахрайських діях, залежно від їхніх намірів, повноважень та змов.

Розглянемо деякі найпоширеніші підстави для страхового шахрайства:

- бажання скористатися цією максимальною компенсацією;
- повне або часткове призначення страхових внесків застрахованим особам для отримання додаткового прибутку (працівниками страхової компанії);
- жалість до себе, коли відшкодування є формою моральної компенсації за життєві невдачі;
- вигода, коли компенсація є єдиним джерелом доходу;
- прагнення повернути гроші, витрачені на страхові внески;
- можливість не здійснювати страхові виплати та перекладати відповідальність на страхувальника.

Після аналізу найпоширеніших шляхів страхового шахрайства слід ввести методи запобігання шахрайству, як показано на рис. 3.3.

Розглянувши цей рисунок, можна відзначити, що самі страхові компанії зобов'язані створювати спеціальні підрозділи у власних приміщеннях. Ці підрозділи повинні посилити контроль за продажем страхових продуктів, перевірку потенційних страховиків на предмет можливого шахрайства, особливо щодо надання страховику неправильної інформації щодо предмета страхування. Але також важливо не ускладнювати умови страхування страхувальника, оскільки страхова компанія може втратити потенційних клієнтів.

Стратегічні прийоми	• Створення служб розслідування страхових випадків; • Створення груп оперативного виїзду на місце страхового випадку; • Створення груп спеціального розслідування та експертиз; • Постійне підвищення кваліфікації працівників компанії; • Проведення спільних проектів з дорожньо-транспортною службою міліцією та прокуратурою.
Тактичні прийоми	На стадії укладання договору: • Перевірка страхувальників; • Перевірка та огляд майна; • Моніторинг історії страхувальника; • Заповнення спеціальних анкет та попереджень. На стадії розслідування страхових випадків: • Повноцінне розслідування всіх обставин страхового випадку; • Використання спеціальних методів дослідження; • Дослідження мотивації страхувальника та потерпілого.

Рис. 3.3. Прийоми попередження шахрайства

Боротьба зі страховими шахрайствами має як економічний, так і соціальний характер, тому дії щодо зменшення виявлення цих процесів та протидії їм повинні здійснюватися комплексно, тобто на міжнародному рівні, на державному рівні, на рівень кожної окремої страхової компанії, див. рис. 3.4.

Міжнародна асоціація страхових наглядачів діє в рамках спеціального підкомітету IAIS (Підкомітет зі страхових шахрайств) для спільної боротьби зі страховими шахрайствами на міжнародному рівні, готує звіти та опитування з метою запобігання та виявлення страхових шахрайств.

Міжнародна асоціація страхових наглядачів (IAIS) була заснована в 1994 році, представляючи регулятори та наглядові органи страхового ринку з більш ніж 200 юрисдикцій приблизно в 140 країнах, де членство є добровільним. Основні завдання IAIS див. на рис. 3.5.



Рис. 3.4. Організація протидії страховому шахрайству в Україні

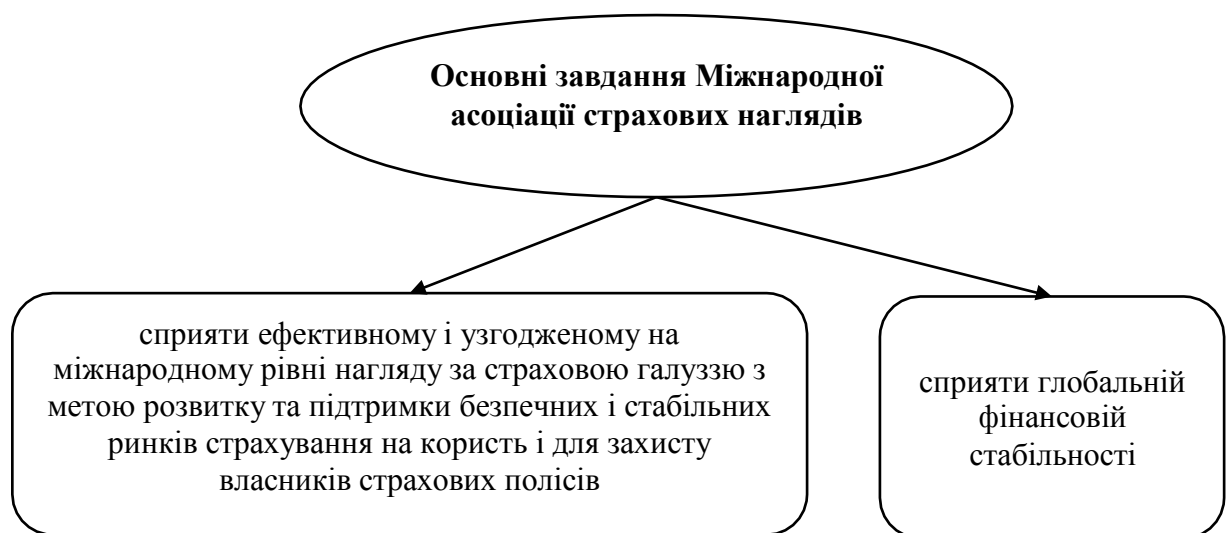


Рис. 3.5. Основні завдання IAIS

Проаналізувавши страховий ринок, ми бачимо, що кожен четвертий поліс добровільного медичного страхування, кожен десятий поліс страхування від нещасних випадків є хибними. Ситуація зі страховим шахрайством погіршується.

Експерти оцінюють рівень страхового шахрайства щодо окремих продуктів таким:

- 25% – добровільне медичне страхування,
- 23% – КАСКО,
- 18% – ОСАГО,
- 16% – відповідальність,
- 14% – страхування туристів,
- 12% – майно,
- 10% – нещасний випадок.

Сума страхових виплат на страховому ринку України становить до 7 млрд. Євро. Грн. на рік, а сума страхових виплат, якої можна було б уникнути, якби вони були більш відомими, становить 21 відсоток, або близько 1,5 млрд. грн.

Розглянемо в табл. 3.2 кроки, вжиті страховими компаніями для протидії страховим шахрайствам. Страхове шахрайство має певні характеристики залежно від стадії втручання.

Проаналізувавши сучасний стан страхового ринку України, можна зазначити, що Україна перебуває на переході між другою та третьою стадіями. Оскільки страхове шахрайство зростає, і шахрайство майже завжди залишається безкарним.

Відсутність кваліфікованих спеціалістів сьогодні є одним з головних факторів страхового шахрайства в Україні. Вони можуть ефективно боротися з наслідками шахрайських дій, не знаючи іноземного досвіду боротьби з ними. Розглянувши найпоширеніші форми страхового шахрайства, можна вказати заходи, які повинні вжити страховики для продажу страхових полісів [2, с. 140].

Таблиця 3.2

Етапи протидії страхових компаній зі страховим шахрайством

Етапи	Характеристика
Перший	Кількість страхових випадків невелика і суттєво не збільшується. Для подолання наслідків страхових злочинів страховики часто обирають вищі страхові тарифи, особливо страхування від ризиків. Водночас у кримінальних структурах зростає інтерес до страхування.
Другий	Він характеризується тим, що кількість страхових випадків помітно і помітно зростає. Страхові компанії вдаються до певних захисних заходів, але страхові злочинці в основному залишаються безкарними, оскільки кримінальні справи майже не порушуються. Інформації про страхові правопорушення дуже мало, але вона з'являється частіше.
Третій	Збільшується кількість страхових правопорушень. Зі страховими шахрайствами все частіше стикається більше людей. Починають виникати організовані злочинні групи, що спеціалізуються на цих злочинах. У зв'язку з цим страховики ініціюють взаємну співпрацю, обмін інформацією, ведення спільних реєстрів та баз даних. На цьому етапі створюються групи для вивчення, класифікації та боротьби зі страховими правопорушеннями.
Четвертий	Страхові правопорушення суттєво впливають на фінансовий стан страховиків. Злочинці виходять за межі однієї держави і часто діють як частина транснаціональних груп. Корупція серед страхових компаній, поліцейських, медичного персоналу та митників зростає.

У галузі медичного страхування:

- провести медичний огляд застрахованих осіб з метою укладення договору страхування;
- посилити державний моніторинг видачі документів, що засвідчують інвалідність людини.

Не ускладнюючи страхових умов для застрахованих осіб, страхові компанії повинні вживати заходів для посилення контролю за продажем страхових полісів, перевіряти потенційних страховиків на предмет можливого

шахрайства, а саме надання страховику неправильної інформації на рахунок суб'єкта страхування [7, с. 670].

Отже, боротьба зі страховими шахрайствами є як економічною, так і соціальною. В Україні з кожним днем у страховій сфері стає все більше випадків злочинів. Заходи щодо виявлення та протидії страховим шахрайствам повинні здійснюватися комплексно на міжнародному, державному та страхових рівнях.

Злочинність, включаючи страхове шахрайство, не може бути повністю розкрита, але необхідно вжити заходів для протидії та боротьби з нею. Необхідно сформувати цілісну систему протидії та ефективні методи протидії шахрайству на страховому ринку України.

Висновок до третього розділу

Міжнародні експерти наголошують, що ключовою причиною успішного запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування є сильна політична прихильність та якісні міжвідомчі відносини між Кабінетом Міністрів та Міністерством охорони здоров'я, Національною службою охорони здоров'я України та Міністерством фінансів. У той же час, для того, щоб забезпечити постійність реформ медичного страхування, важливо забезпечити розподіл відповідальності за їх виконання між основними зацікавленими сторонами - державними та місцевими органами влади, постачальниками медичних послуг та населенням.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Основні відомості про охорону праці

Громадяни України мають право на охорону праці свого життя і здоров'я в процесі трудової діяльності. Це право визначається і реалізується основними положеннями Закону України "Про охорону праці". Він захищає за допомогою відповідних органів державної влади відносини між власником підприємства, чи установи організації (чи уповноваженим їм органом) і працівником з питань безпеки, гігієни праці і виробничого середовища і встановлює одиничний порядок організації охорони праці в Україні. Законодавство про охорону праці складається з цього Закону, Кодексу законів про працю й інші нормативні акти.

Охорона праці – це система законодавчих актів, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів і засобів, що забезпечують здоров'я і працездатність людини в процесі праці відповідно до ДСТ 12.002-080. Безпека праці – стан умов праці, при якому виключений вплив на працюючих небезпечного і шкідливого виробничого факторів.

Усунення впливу шкідливих небезпечних виробничих факторів, створення здорової повітряної атмосфери в робочій зоні є важливою задачею поряд з рішенням основних питань виробництва.

Закон України "Про охорону праці" від 14 жовтня 1992 року визначає основні положення по реалізації конституційного права громадян на охорону їхнього життя і здоров'я в процесі трудової діяльності, регулює відносини між власниками підприємств, установ і організацій.

Завдання охорони праці – забезпечення безпечних, нешкідливих і сприятливих умов праці через вирішення багатьох складних завдань. Вирішальне значення в розв'язанні цих завдань має науково-технічний прогрес. Використання досягнень науки та техніки сприяє підвищенню рівня безпеки праці, культури та організації виробництва, дозволяє полегшити працю, підсилити її привабливість.

Поліпшенню умов праці сприяє:

- збереження і зміцнення здоров'я трудящих;
- скорочення виробничого травматизму;
- скорочення професійної і виробничої захворюваності;
- тривала підтримка працездатності людини на високому рівні, її якнайшвидше відновлення;
- підвищення кваліфікації кадрів.

Рівень безпеки людини з розвитком цивілізації постійно зростає. Розвиток науки та техніки, в цілому збільшуючи безпеку життєдіяльності людини, призвів до появи цілого ряду нових проблем.

Науковий аналіз виробничих травм доводить, що вони виникають головним чином внаслідок втрати міцності та надійності робочої техніки, небезпечного стану системи "людина – машина – середовище" та ряду технічних факторів. До технічних факторів відносять насамперед надійність техніки (конструктивні недоліки, технологічні та експлуатаційні порушення, руйнування деталей машин під дією корозії та корозійного розтріскування), організацією управління охороною праці (документація, правові норми, стандарти безпеки праці, методи навчання тощо), санітарно-гігієнічні умови в приміщеннях та на робочих місцях (шкідливі речовини в робочій зоні, виробниче освітлення, шум, вібрація, іонізуюче, електромагнітне, ультрафіолетове, лазерне випромінювання тощо).

Для вирішення цієї проблематики використовують досягнення науки і техніки, які прямо чи опосередковано забезпечують охорону праці, а також соціологію, право та економіку, технічну естетику, ергономіку, інженерну та соціальну психологію. Ці дисципліни входять в комплекс наук, які вивчають людину в процесі трудової діяльності.

Сучасне виробництво вимагає, щоб охорона праці базувалася на науково-технічній основі. Останнім рокам характерне широке впровадження у виробництво напівавтоматичних та автоматичних машин, безпечних технологічних процесів з програмним керуванням. Енергетичні функції людини в системі "людина – машина" значно спрощуються. Вони полегшують працю

робітників, роблять її комфортною. Роль людини зводиться до керування та контролю за роботою машин і ходом технологічних процесів.

Тому зрозуміла велика роль охорони праці у сучасних умовах, як суспільний чинник, оскільки, якими б вагомими не були трудові здобутки, вони не можуть компенсувати людині втраченого здоров'я, а тим більше життя – те і інше дається лише один раз. Необхідно пам'ятати, що через нещасні випадки та аварії гинуть на виробництві не просто робітники та службовці, на підготовку яких держава витратила значні кошти, а перш за все люди – годувальники сімей, батьки та матері дітей.

Окрім соціального, охорона праці має, безперечно, важливе економічне значення – це і висока продуктивність праці, зниження витрат на оплату в лікарнях, компенсацій за важкі та шкідливі умови праці тощо.

Впродовж багатовікової історії людства проблеми здоров'я та безпеки праці завжди посідали чільне місце в соціальному та економічному житті суспільства і були пов'язані з розвитком суспільного буття. Цілком зрозуміло, що вивченню питань охорони праці приділялась серйозна увага. Вчені, інженери, лікарі, психологи, представники інших наук та фахів вивчали проблеми створення безпечних та нешкідливих умов та засобів праці. Адже саме за таких обставин людина здатна працювати високопродуктивно, створювати необхідний матеріальний потенціал суспільства, добробут усіх громадян. Тому історично склалось, що охорона праці як галузь науки виникла на перетині соціально – правових, технічних і медичних наук, науки про людину. Головними об'єктами її досліджень є людина в процесі праці, виробниче середовище, організація праці та виробництва. На підставі цих досліджень розробляються заходи та засоби, спрямовані на збереження здоров'я та працездатності людини в процесі праці.

4.2. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в приміщенні кабінету керівника закладу охорони здоров'я

Людина випробовує вплив виробничих факторів. Ці фактори можуть робити на людину сприятливий і несприятливий вплив. Відповідно до ДСТ 12.0.002-080 несприятливі виробничі фактори можуть бути небезпечними (їхній вплив на працюючого у визначених умовах приведе до травми чи іншому раптовому різкому погіршенню здоров'я) і шкідливими (їхній вплив у визначених умовах приведе до захворювання чи зниження працездатності). Шкідливий виробничий фактор у залежності від рівня і тривалості впливу може стати небезпечним. Класифікація небезпечних і шкідливих факторів визначений ДСТ 12.0.003-74.

Експлуатація ЕОМ супроводжується утворенням ряду шкідливих і небезпечних факторів психофізичного і санітарно-гігієнічного характеру.

Працівники підприємства, праця яких пов'язана з роботою на ЕОМ, піддаються під час роботи впливу наступних шкідливих і небезпечних факторів:

1. Психофізичних: фізичні (статистичні) і нервово-психологічні навантаження, монотонність праці.

2. Санітарно-гігієнічних: підвищення рівня шуму, статичне електричне, електромагнітне випромінювання, підвищення напруг електричних і магнітних полів, недостатня освітленість робочого місця, або підвищена яскравість світла.

Санітарними нормами і правилами встановлені наступні припустимі значення рівня шуму 50 Дб, граничне допустиме напруження електростатичного поля чи на робочому місці при тривалості впливу на людину до однієї години складає 60кв/м.

Інтенсивність повітряних неіонізуючих електромагнітних полів на обслуговуючий персонал залежить від потужності джерела випромінювання, режиму роботи, конструктивних особливостей випромінюючих пристроїв, розташування робочого місця й ефективності захисних заходів.

Гранична припустима напруженість електричної складової електромагнітного поля складає 10 в/м.

Тривалість впливу неіонізуючого електромагнітного випромінювання на організм людини з інтенсивністю, що перевищує гігієнічні нормативи, приводить до функціональних змін з боку нервової, серцево-судинної й інших систем організму. [13; 256]

Травматизм і профзахворювання. Травма – зовнішнє ушкодження організму людини, що відбулося в результаті дії небезпечного виробничого фактору.

Професійне захворювання – захворювання, при якому відбувається внутрішня зміна в організмі людини в результаті дії шкідливого виробничого фактору.

Нещасні випадки підрозділяються:

- легкі;
- середні;
- групові;
- з інвалідним ісходом;
- зі смертельним ісходом.

Професійні захворювання підрозділяються:

- хронічні;
- раптові.

Сукупність виробничих травм називається травматизмом.

Проведені американськими вченими дослідження показують, що перемінні магнітні полюси частотою 60 Гц можуть викликати очні захворювання, злоякісні пухлини, зниження імунного статусу організму. [13; 88-92]

Фізичні перевантаження найчастіше торкаються зорової чи системи кістково-м'язову систему (плечові суглоби, шия, верхня частина спини), що спричиняє остеохондроз.

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з якимось особливим психічним чи стресом емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходів до запобігання надмірного дискомфорту і стомлення.

У більшості користувачів ЕОМ виникає кістково-м'язовий дискомфорт через статичну напругу м'язів, незручної пози чи часто повторюваних одноманітних рухів. З метою зменшення імовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів, раціональна організація роботи.

Максимальний час роботи тієї чи іншої людини на комп'ютері варіюється, але не повинен перевищувати двох годин підряд. При роботі за комп'ютером варто розташуватися на відстані витягнутої руки від екрана. Сусідні монітори повинні знаходитися від працюючого на відстані не менш 2м.

Основним джерелом ергономічних проблем, пов'язаних з охороною здоров'я людей, які використовують у своїй роботі персональні комп'ютери, є дисплеї з електронопроміневими трубками. Вони являють собою джерела найбільш шкідливих випромінювань, що несприятливо впливають на здоров'я операторів.

Існує два типи випромінювань, що виникають при роботі монітора: електростатичне та електромагнітне. Перше виникає в результаті опромінення екрана потоком заряджених часток. Неприємності, викликані їм, пов'язані з пилом, що накопичується на електростатично-заряджених екранах, що діють на користувача під час його роботи за дисплеєм. Результати медичних досліджень показують, що такий електризований пил може викликати запалення шкіри.

Людині, імовірно, уже ніколи не вдасться цілком уникнути пагубного впливу передових технологій, але можна звести його до мінімуму. Більшість проблем вирішується при правильній організації робочого місця, дотриманні правил техніки безпеки і розумному розподілі робочого часу.

Вимоги до мікроклімату. Мікрокліматичні параметри впливають на функціональну діяльність людини, його самопочуття і здоров'я і на надійність роботи засобів обчислювальної техніки. Особливо великий вплив на мікроклімат роблять джерела теплоти, що знаходяться в приміщенні. Основними джерелами теплоти є: ЕОМ, прилади висвітлення, обслуговуючий персонал. Середня величина тепловиділення складає 310 Вт/м^2 . Питома величина тепловиділення від приладів висвітлення складає $35 - 60 \text{ Вт/м}^2$. Кількість теплоти від обслуговуючого персоналу невелика. Вона залежить від числа працюючих у приміщенні та інтенсивності роботи, виконуваної людиною.

Крім того, на сумарні тепловиділення впливають зовнішні джерела надходжень теплоти. До них відносять теплоту, що надходить через вікна від сонячної радіації, приплив теплоти через непрозорі огорожувальні конструкції.

На організм людини і роботу комп'ютерів впливає відносна вологість повітря. При вологості повітря до 40% стає тендітна основа магнітної стрічки, підвищується знос магнічних голівок, виходить з ладу ізоляція проводів, а також виникає статична електрика при русі носіїв інформації в ЕОМ. При відносній вологості повітря більш 75-80% знижується опір ізоляції, змінюються робочі характеристики елементів ЕОМ, зростає інтенсивність відмовлень елементів ЕОМ. Швидкість руху повітря також впливає на функціональну діяльність людини і роботу високошвидкісних пристроїв печатки.

З метою створення нормативних умов для операторів ЕОМ встановлені норми мікроклімату (ДСТ 12.1.005-88). Ці норми встановлюють оптимальні і припустимі значення температури, відносній вологості і швидкості руху повітря в дисплейних приміщеннях з обліком надлишку явної теплоти, ваги виконуваної роботи і сезонів року.

Під оптимальними мікрокліматичними параметрами прийнято розуміти такі, котрі при тривалому і систематичному впливі на людину забезпечують збереження нормального функціонального і теплового стану організму без

напруги реакції терморегуляції, створюють відчуття теплового комфорту і є передумовою високого рівня працездатності.

Припустимі мікрокліматі параметри можуть викликати минущі і швидко нормалізуючи зміни функціонального і теплового стану організму і напруги реакцій терморегуляції, що не виходять за межі фізіологічних пристосувальних можливостей, не створюють порушень стану здоров'я, але викликають дискомфортні відчуття, погіршення самопочуття і зниження працездатності.

Вимоги до електробезпеки. Електроустановки, до яких відноситься практично все устаткування ЕОМ, представляють для людини велику потенційну небезпеку, тому що в процесі експлуатації або проведення профілактичних робіт людина може торкнутися частини, що знаходяться під напругою. Специфічна небезпека електроустановок: струмоведучі провідники, корпуси стійок ЕОМ і іншого устаткування, які опинилися під напругою в результаті ушкодження (пробою) ізоляції, не подають яких-небудь сигналів, що попереджали б людину про небезпеку. Реакція людини на електричний струм виникає лише при протіканні остатнього через тіло людини.

Експериментальні дослідження, показали, що людина починає відчувати дратівну дію перемінного струму промислової частоти силою 0,6...1,5 мА і постійного струму 5..7 мА. Ці струми не представляють серйозної небезпеки для діяльності організму людини, тому що при такій силі струмі можливе самостійне звільнення людини від контакту зі струмоведучими частинами, припустиме його тривале протікання через тіло людини.

У тих випадках, коли дратівна дія струму стає настільки сильною, що людина не в змозі звільнитися від контакту, виникає небезпека тривалого протікання струму через тіло людини. Тривалий вплив таких струмів може привести до утруднення і порушення подиху. Для перемінного струму промислової частоти сила струму, що не відпускає, знаходиться в межах 6...20 мА і більш. Постійний струм не викликає ефекту, що не відпускає, а приводить к сильним болючим відчуттям, сила такого струму 15...80 мА і більше.

При протіканні струму в декілька сотих часток Амперів виникає небезпека порушення роботи серця. Може виникнути фібриляція серця, тобто безладні, некоординовані скорочення волокон серцевого м'яза, при цьому в серці не стане гнати кров по судинах, відбувається зупинка кровообігу, після чого впливає повна зупинка серця. Як показують експериментальні дослідження, граничні фібриляційні струми залежать від маси організму, тривалості протікання струму і його шляхів. Розглянуті реакції організму на дії електричного струму дозволили встановити три рівні припустимих струмів (ДСТ 12.1.038-82).

Перший рівень – невідчутний струм, що не викликає порушень діяльності організму і допускається для тривалого (не більш 10 хв. у добу) протікання через тіло людини при обслуговуванні електроустаткуванням. Для перемінного струму частотою 50 Гц він складає 0,3 мА, для постійного – 1 мА.

Другий рівень – струм, що відпускає. Дія такого струму на людину припустимо, якщо тривалість його протікання не перевищує 30 с. Сила струму, що відпускає: для перемінного струму – 6 мА, для постійного – 15 мА.

Третій рівень – фібриляційний струм, що діє короткочасно до 1 с. Сила струму: для перемінного струму – 50 мА, для постійного – 200 мА.

Наведемо характеристику найбільш поширених шляхів струму в тілі людини.

Таблиця 4.1

Характеристика найбільш поширених шляхів струму в тілі людини

Шлях струму	Частота виникнення даного шляху струму, %	Частка потерпілих, котрі втрачали свідомість протягом дії струму, %	Значення струму, що проходить через серце, % від загального струму, що проходить через тіло
Рука – рука	40	83	3,3
Права рука – ноги	20	87	6,7
Ліва рука – ноги	17	80	3,7
Нога – нога	6	15	0,4
Голова – ноги	5	88	6,8
Голова – руки	4	92	7,0
Інші	8	65	-

За цією таблицею можна оцінити за відотною кількістю випадків втрати свідомості протягом дії струму. Небезпеку струму можна оцінити також за значенням струму, що проходить через серце: чим більший цей струм, тим небезпечніша петля.

На даному підприємстві випадків ураження струмом не було.

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, які здійснюються за допомогою наступних мір: доступ до роботи, нагляд під час роботи, відключення під час ремонту, вивішування попереджувальних плакатів і знаків безпеки, перевірка відсутності напруги, накладення заземлення.

При дотику до кожного з елементів ЕОМ можуть виникнути розрядні струми статичної електрики. Такі розряди не представляють небезпеки для людини, однак можуть привести до виходу з ладу ЕОМ. Для зниження величин виникаючих зарядів у дисплейних залах застосовують покриття технологічних підлог з одношарового ПВХ антистатичного лінолеуму марки АСІ. Ще одним методом захисту є нейтралізація статичної електрики іонізованим газом. Можна також застосувати загальне і місцеве зволоження повітря.

Вимоги до освітлення. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високу працездатність, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці. Про важливість питання освітлення для дисплейних залів говорить той факт, що основний обсяг інформації (близько 90%) оператор одержує по зоровому каналу.

Найменша освітленість робочих поверхонь у виробничих приміщеннях регламентується СНіП II-4-79 і визначається, в основному, характеристикою зорової роботи (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Норми штучного та природного освітлення виробничих приміщень (витяг з
"Будівельних норм та правил" – СНіП II-4-79)

Характеристика зорової роботи	Найменший розмір об'єкта розпізнавання, мм	Розряди зорової роботи	Штучне освітлення		Природне освітлення		Суміщене освітлення			
			Освітленість		КПО, %					
			при комбінованому освітленні	при загальному освітленні	при верхньому чи комбінованому освітленні	при боковому освітленні	при верхньому чи комбінованому освітленні	при боковому освітленні		
Високої точності	0,3 – 0,5	III	2000 – 400	500 – 200	5	2	3	1,2		
Середньої точності	0,5 – 1,0	IV	7750 – 300	300 – 150	4	1,5	2,4	0,9		
Малої точності	1,0 – 5,0	V	300 – 200	200 – 100	3	1	1,8	0,6		
Загальне спостереження за ходом виробничого процесу	-	VIII	–	75 – 30	1	0,3	0,7	0,2		

В СНіП II-4-79 вісім розрядів зорової роботи, із яких перших шість характеризуються розмірами об'єкту розпізнавання. Для I – розрядів, які окрім того мають ще й чотири під розряди (а, б, в, г), нормовані значення залежать не тільки від найменшого розряду об'єкта розпізнавання, але і від контрасту об'єкта з фоном та характеристики фону. Найбільша нормована освітленість складає 5000 лк (розряд Ia), а найменша – 30 лк (розряд VIIIв).

Освітленість, що рекомендується, для роботи з екраном дисплея складає 200 лк, а при роботі з екраном у сполученні з роботою над документами – 400

лк. Рекомендовані яскравості в полі зору операторів повинні лежати в межах 1:5 – 1:10.

З метою зменшення сонячної інсоляції світлопробоми влаштовують з північною, північно-східною або північно-західною орієнтацією. Монітори розташовують подалі від вікон і таким чином, щоб вікна знаходились збоку.

Якщо екран дисплея розташований до вікна, необхідні спеціальні пристрої, що екранують, (світлорозсіюючі штори, регульовані жалюзі, сонцезахисна плівка з металізованим покриттям).

Для штучного освітлення дисплейних приміщень краще використовувати люмінесцентні лампи, тому що в них висока світлова віддача (до 75 лм/Вт і більш), тривалий термін служби (до 10000 годин), мала яскравість світної поверхні, близький до природного спектральний склад випромінюваного світла, що забезпечує гарну передачу кольору.

Найбільш прийнятними для приміщень, у яких працюють економісти, є люмінесцентні лампи ЛБ (білого світла) і ЛТБ (тепло-білого світла) потужність 20,40,80 Вт.

4.3. Розрахунок системи штучного освітлення в виробничому приміщенні консалтингової фірми

До сучасного виробничого освітлення пред'являються високі вимоги як гігієнічного, так і техніко-економічного характеру. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високий рівень працездатності, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці.

Для створення сприятливих умов зорової роботи, які б виключали швидку втомлюваність очей, виникнення професійних захворювань, нещасних випадків і сприяли підвищенню продуктивності праці та якості продукції, виробниче освітлення повинно відповідати наступним вимогам:

- відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;

- створювати на робочій поверхні освітленість, що відповідає характеру зорової роботи і не є нижчою за встановлені норми;
- не повинно чинити засліплюючої дії як від самих джерел освітлення, так і від інших предметів, що знаходяться в полі зору;
- забезпечити достатню рівномірність та постійність рівня освітленості у виробничих приміщеннях, щоб уникнути частоті переадаптації органів зору;
- не створювати небезпечних та шкідливих виробничих факторів;
- довговічність, економічність, електро – і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

У тих випадках, коли одного природного освітлення в приміщенні недостатньо, встановлюють спільне освітлення. При цьому додаткове штучне освітлення застосовують не тільки в темний, але й у світлий час доби.

По конструктивному виконанню штучне освітлення може бути загальним і місцевим. При загальному освітленні всі робочі місця одержують освітлення від загальної освітлюваної установки. Комбіноване освітлення поряд із загальним включає місцеве освітлення, яке зосереджує світловий потік безпосередньо на робочих місцях. Застосування тільки місцевого освітлення неприпустимо, тому що виникає необхідність частоті адаптації зору, створюються глибокі і різкі тіні й інші несприятливі фактори.

Для штучного освітлення приміщень використовують люмінесцентні лампи, у яких висока світова віддача і тривалий термін служби, разом з тим необхідно враховувати недоліки: висока пульсація світлового потоку, необхідність застосування спеціальної пускорегулюючої апаратури, складність їхньої утилізації через наявність у лампах парів ртуті. Сьогодні на ринку систем штучного освітлення з'явилися нові схеми люмінесцентних ламп із підвищеною частотою мерехтіння. Однак широке просування даного сектора утруднено в зв'язку з непоінформованістю про даний вид товару і необхідності заміни старого устаткування, що несе підвищені витрати. Освітлення нової системи починають застосовувати при капітальному ремонті приміщень і при повній заміні старого устаткування.

Норми освітленості побудовані на основі класифікації зорових робіт з визначених кількісних ознак. Ведучою ознакою, що визначає розряд роботи, є розмір деталей, що розрізняються. У свою чергу розряди поділяють на чотири підрозряди в залежності від тла і контрасту між деталями і тілом.

На стадії проектування основною задачею світлотехнічних розрахунків є визначення необхідної площі світопроємів при природному освітленні і потрібні потужності освітлюваної установки – при штучному.

Дані для розрахунку:

1. Визначення типу джерела висвітлення – люмінесцентні лампи.
2. Система освітлення – загальна.
3. Вибір типу світильника – ЛД.
4. Розмір приміщення:
 - а) Довжина А – 24м.
 - б) Ширина Б – 10м.
 - в) Висота Н – 4м.
 - г) Висота робочої поверхні $h_p = 1,2$ м.

Мінімальне освітлення лампи $E_{min} - 100$ лк.

Коефіцієнт відображення стелі $P_n - 70\%$, стін $P_c - 50\%$, робочої поверхні $P_p - 30\%$.

Напруга мережі – 220В.

1. Розраховуємо відстань від стелі до робочої поверхні за формулою:

$$H_o = H - h_p = 4 - 1,2 = 2,8\text{м.}$$

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

$$h_c = 0,2 * H_o = 0,2 * 2,8 = 0,6\text{м.}$$

3. Розраховуємо висоту підвішування світильника над освітлюваною поверхнею за формулою:

$$h = H_o - h_c = 2,8 - 0,6 = 2,2\text{м.}$$

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

$$H_n = h_p + h = 2,2 + 1,2 = 3,4\text{м.}$$

Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення $L/h = 1,5$, тоді відстань між центром світильника буде $L = 1,5 * h$

$$L = 1,5 * 2,2 = 3,3\text{м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = 240 / 10,9 = 22 \text{ (світильників)}$$

Знаходимо i -індекс приміщення:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = (24 * 10) / (2,2 * (24 + 10)) = 3,2$$

при $i=3,2$, $P_n - 70\%$, $P_c - 50\%$, $P_p - 30\%$, для світильника типу

ЛД коефіцієнт використання світового потоку $\eta = 0,73$.

Визначаємо світовий потік однієї лампи:

$$\Phi = \frac{E_{\min} * S * K_z * Z}{N_\eta}, \text{ де } K_z = 1,3; Z = 1,1 \text{ для люмінесцентних ламп}$$

$$\Phi = (100 * 240 * 1,3 * 1,1) / (22 * 0,73) = 2136 \text{ лм.}$$

де $K_z = 1,3$ за таблицею 5 (з методичних вказівок Тубольцев А. М.).

За знайденим світовим потоком вибираємо лампу потужністю 200Вт, що має світовий потік 2136лм, найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість дорівнює:

$$E_\phi = E_{\min} * (\Phi_\lambda / \Phi_p) = 100 * (2090 / 2136) = 97,8 \text{ лк.}$$

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

$$P_z = P_\lambda * N = 150 * 22 = 3300 \text{ Вт} = 3,3 \text{ кВт. [24; 81]}$$

Отже, з усього вищерозглянутого можна зробити висновок, що на людину здійснюють вплив наступні фактори: дія комп'ютерів, мікрокліматичні параметри, небезпечна дія електроустановок, освітленість, шум.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення розвитку системи медичного страхування в Україні. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. У всьому світі існує три основні моделі охорони здоров'я, які відрізняються за формами фінансування. Історично на сьогоднішній день жодна з моделей не існує в чистому вигляді. Системи охорони здоров'я, як правило, змішані, включаючи приватну медицину та перевагу тієї чи іншої форми фінансування.

2. Дослідження показало, що немає прозорого, детального законодавства щодо функціонування добровільного медичного страхування, яке відповідає державному нагляду за процесом медичного страхування, недовіра громадськості до приватних страхових компаній та недержавних соціальних фондів знизилася ефективність захисту від хвороб. Водночас світовий досвід показав, що зменшення фінансової спроможності держави фінансувати медичні програми повинно супроводжуватися розвитком приватного медичного страхування. Водночас нестабільні реальні доходи населення, відсутність ефективного механізму визначення їх вартості відповідно до економічного становища країни, зменшує можливість залучення неурядових страхових організацій до вільних коштів населення.

3. Запропонована модель передбачає відшкодування державою частини добровільної премії за медичне страхування для груп із низьким рівнем доходу. Передбачається уповноважити Національну службу страхування проводити необхідні перевірки та встановлювати перелік компаній, з якими можуть укладатися договори добровільного медичного страхування. Застраховані особи звертаються до органів соціального захисту для участі у програмах добровільного медичного страхування. Органи соціального захисту населення оцінюють платоспроможність застрахованих осіб та їх доходи шляхом подання запиту до територіальних органів Державної фіскальної служби. За

результатами звернень та перевірок органи соціального захисту складають перелік застрахованих осіб, які можуть бути включені до програми часткового (або повного) відшкодування. Копії цього списку передаються Національному статистичному управлінню, місцевим органам влади та страховикам.

4. Механізм взаємодії повинен бути запроваджений поетапно: на першому етапі розробляються вимоги до ліцензування для страхових компаній, категорій осіб, які матимуть право на державну компенсацію, а також зміст стандартного медичного полісу, зусилля щодо підвищення обізнаності робляться для підвищення обізнаності громадськості про добровільне медичне страхування; другий – прийняття необхідних нормативно-правових актів, що визначають основи державної підтримки добровільного медичного страхування; третя - ліцензування страхових компаній, які беруть участь у програмі державної підтримки; і встановлюється реєстр; складається реєстр осіб, які мають право на державне відшкодування частини страхової премії; розраховується значення стандартного медичного полісу; Субвенція на реалізацію програми затверджується у Державному бюджеті України та її розподілі; Державна підтримка добровільного медичного страхування та компенсація частини страхової премії запроваджуються на останньому та завершальному етапі.

5. Боротьба зі страховими шахрайствами є як економічною, так і соціальною. В Україні з кожним днем у страховій сфері стає все більше випадків злочинів. Заходи щодо виявлення та протидії страховим шахрайствам повинні здійснюватися комплексно на міжнародному, державному та страхових рівнях. Злочинність, включаючи страхове шахрайство, не може бути повністю розкрита, але необхідно вжити заходів для протидії та боротьби з нею. Необхідно сформувати цілісну систему протидії та ефективні методи протидії шахрайству на страховому ринку України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ; зі змін. і доп. від 09.04.2015 № 28 . ст.237. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
2. Про внесення змін до Податкового кодексу України: щодо стимулювання добровільного медичного страхування: Пояснювальна записка № 4164а від 25.06.2014 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=51468
3. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 р. № 86/98 – ВР; зі змінами і доповненнями від 20.12.2016 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.
4. Азрапкіна К. Ф. Основні засади формування загальнообов'язкового державного медичного страхування в Україні / К. Ф. Азрапкіна, К. Ю. Молчанова // Наукове товариство Івана Кушніра. – 2012. – Режим доступу: <http://nauka.kushnir.mk.ua/?p=34047>
5. Архипов, А. П. Управление страховым бизнесом: учеб. пос. М. : Магистр, 2018. 317 с.
6. Базилевич В. Д. Страхування: Практикум: Навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. Рекомендовано МОН. К., 2011. – 607 с.
7. Безугла В. О., Постіл І.І., Шаповал Л.П. Страхування : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2008. 582 с.
8. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. 2014. К.: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс». 2014. 52 с.
9. Бетлій О. Чи Вирішить обов'язкове медичне страхування проблеми системи охорони здоров'я. [Електронний ресурс].– Режим доступу : <http://voxukraine.org/2015/03/20/problemu-systemy-ohorony-zdorovia/>.
10. Бідник Н. Б. Медичне страхування в Україні / Н. Б. Бідник // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та

підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2013. – № 767. – С. 263–269. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VNULPM_2013_767_39

11. Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні / О. І. Білик, С. А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2013. – № 767. – С. 270–276. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VNULPM_2013_767_40

12. Болдова А. А. Особливості медичного страхування в Україні / А. А. Болдова, В. Ю. Мойко // Збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України. – 2012. – № 2. – С. 33–39. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprnudps_2012_2_5

13. Борисюк О.В. Імплементация зарубіжних моделей соціального страхування до вітчизняних реалій. Молодий вчений. 2017. № 4. С. 5-8.

14. В Україні на страхове шахрайство припадає 21% або 1,5 млрд. грн. валових виплат. URL: <http://sk-ridna.com.ua/home/1021--21-15-.html>. (дата звернення: 09.10.2020)

15. Василишин Р.Д., Економічні основи страхування. Суми: Довкілля, 2017. 412 с.

16. Волошина А.П. Перспективи розвитку українського ринку перестрахування, К.: Знання, 2017. 44с.

17. Гречківська Н. Медичне обслуговування працюючих в країнах Європейського Союзу. Медична наука та практика: виклики і сьогодення. 2017. С. 77–82.

18. Заволока Л. О., Задорожна В. В. Впровадження та гармонізація європейських стандартів в системі українського страхування / Л. О. Заволока, В. В. Задорожна // Економіка Фінанси Право: щомісячний інформаційно – аналітичний журнал. – 2015. – № 4/1. – С. 35–38.

19. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua/ua/Informatsiia-pro-stan-i-rozvytok-strakhovoho-rynku-Ukrainy.html>

20. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).

21. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)

22. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).

23. Кисільова І. Ю. Оцінка фінансової надійності страховика. Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. 2014. № 2/5. С. 139-143.

24. Кнейслер О.В., Шупа Л.З. Вектор розвитку медичного страхування у контексті сучасної медичної реформи в Україні. URL: <http://sf.tneu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1077/1082>.

25. Консолідовані звітні дані по страховому ринку України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dfp.gov.ua/734.html>

26. Кропельницька С., Гринів Л., Гринів Н. Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціальнополітичного становища України на шляху до євроінтеграції. Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. 2014. Вип. 10. С. 180–190.

27. Мельник О. І., Кульбачна Л. А., Жулім М. С. Аналіз сучасного стану страхового ринку в Україні. Modern Economics. 2018. № 7. С. 107-113.

28. Міжнародна асоціація страхових наглядів. URL: https://stud.com.ua/33501/finansi/mizhnarodna_asotsiatsiya_strahovih_naglyadiv.
(дата звернення: 09.10.2020)

29. Міщенко Д., Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. Економічний простір. 2016. №106. С. 168-177.

30. Міщук І., Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. Підприємництво, господарство і право. 2019. № 2. С. 110–114.

31. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua>.

32. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>.

33. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

34. Приказюк Н.В., Березіна С.Б., Романченко М.І. Перспективи запровадження обов'язкового медичного страхування на шляху реформування галузі охорони здоров'я України. Науковий вісник Міжнародного Гуманітарного Університету, Серія: Економіка і менеджмент. № 21. 2016. С. 138–142.

35. Проблема страхового шахрайства в Україні. URL: forinsurer.com/public/02/12/17/165%204. (дата звернення: 09.01.2020)

36. Реформа системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>.

37. Смірнова О. М. Проблематика розвитку добровільного медичного страхування: податкова складова [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Evu/2012_19_1/Smirnova.

38. Череп В. Практичний іноземний досвід медичного страхування. Сталий розвиток економіки. 2013. № 2(19). С. 17–23.

39. Шірінян Л. В. Економіко – правовий аналіз діяльності страховиків на страховому ринку України. Наукові праці НДФІ. 2013. № 4(65). С. 106-116