



УДК 369.06

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

*І.М.Падалка, студентка 3 курсу факультету економіки та менеджменту
Науковий керівник – Г.М. Македон, асистент кафедри аграрної економіки
ВП НУБіП України «Ніжинський агротехнічний інститут»*

У статті здійснено аналіз сучасного стану вітчизняного ринку добровільного страхування, визначено основні проблеми даної галузі в сучасних умовах та виокремлено найбільш оптимальні напрямки її подальшого розвитку та удосконалення системи добровільного страхування на найближчу перспективу.

Ключові слова: добровільне медичне страхування, охорона здоров'я, застрахована особа, страховик, страхувальник.

Постановка проблеми. Медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я, а саме з відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням, придбанням медикаментів, лікуванням у стаціонарі, отриманням стоматологічних послуг, проведенням профілактичних та оздоровчих заходів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Зокрема, у науковій та фаховій літературі з цього питання значну увагу приділено саме особливостям, функціям, тенденціям та закономірностям розвитку даного виду страхування. Так, цим питанням присвячували роботи такі вітчизняні науковці, як Богуславський Є.І., Рудень В.В., Кісельов Є.М., Черешнюк Г.С., Капшук О.Г., Пилипчук В.Л., Пащенко В.М. та інші.

Мета дослідження є вивчення проблем медичного страхування в Україні та визначення перспектив його удосконалення.

Виклад основного матеріалу. З метою сприяння розвитку відкритого та доступного ринку медичного страхування в Україні в березні 1999 р. було створено Асоціацію «Українське медичне страхове бюро». Членами цієї Асоціації є 28 страхових компаній України та інші юридичні особи, які представляють 12 областей України, АР Крим та м. Київ.

За даними опитувань, що проводяться в Україні, доля громадян, застрахованих в системі добровільного медичного страхування, серед дорослого населення (16 років і старше) склала 4,5% в жовтні 2011 року і 4,7% в листопаді 2012 року. Для багатьох застрахованих страхувальниками виступають працедавці. Доля індивідуальних клієнтів за власною ініціативою, по оцінках більшості страхових компаній, поки незначна. На ринку медичного страхування зростає концентрація страхових платежів в руках найбільших страхових компаній. Основними клієнтами по даному виду страхування залишаються корпорації, для них це інструмент мотивації співробітників.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах: загальності, державності, некомерційності. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення. [1]

Виклад основного матеріалу. З метою сприяння розвитку відкритого та доступного ринку медичного страхування в Україні в березні 1999 р. було створено Асоціацію «Українське медичне страхове бюро». Членами цієї Асоціації є 28 страхових компаній України та інші юридичні особи, які представляють 12 областей України, АР Крим та м. Київ.



**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні тенденції соціально-економічного розвитку агропромислового
виробництва України в контексті інтеграції у світову економіку»**

За даними опитувань, що проводяться в Україні, доля громадян, застрахованих в системі добровільного медичного страхування, серед дорослого населення (16 років і старше) склала 4,5% в жовтні 2011 року і 4,7% в листопаді 2012 року. Для багатьох застрахованих страхувальниками виступають працедавці. Доля індивідуальних клієнтів за власною ініціативою, по оцінках більшості страхових компаній, поки незначна. На ринку медичного страхування зростає концентрація страхових платежів в руках найбільших страхових компаній. Основними клієнтами по даному виду страхування залишаються корпорації, для них це інструмент мотивації співробітників.

Обов'язкове медичне страхування базується на таких принципах: загальності, державності, некомерційності. Держава забезпечує сталість системи обов'язкового медичного страхування і є безпосереднім страхувальником для непрацюючої частини населення (наприклад, пенсіонерів). Некомерційний характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування і не може бути засобом збагачення. [1]

За умовами обов'язкового медичного страхування роботодавці мають відрахувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може створюватись і за рахунок внесків, які отримуються із заробітної плати працюючих. Частина кожної зі сторін залежить від конкретних економічних умов проведення такого страхування та вартості медичного обслуговування. Із коштів створеного страхового фонду відбувається відшкодування необхідного мінімального рівня витрат на лікування застрахованих працівників у разі їхньої непрацездатності через втрату здоров'я.

В основу проведення обов'язкового медичного страхування закладаються програми обов'язкового медичного обслуговування. Ці програми визначають обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги населенню. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, гарантованих кожному громадянину, який має право ними користуватися.

Головне призначення страхової медичної організації в системі обов'язкового медичного страхування полягає в тому, щоб при оплаті рахунків медичних установ контролювати якість наданих медичних послуг і їх відповідність медико-економічним стандартам. [1]

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної установи надавати застрахованому контингенту медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні строки (у межах програми обов'язкового медичного страхування). У договорі встановлюються обсяг лікувально-діагностичної допомоги і нормативи відшкодування витрат.

Розрахунки з медичними установами здійснюються страховими організаціями за фактично надану застрахованим медичну допомогу чи послугу. Це забезпечує контроль за якістю медичної допомоги та використанням коштів, дає можливість створити економічні стимули для поліпшення обслуговування застрахованих громадян у медичних закладах.

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.



Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовольняє першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування.

Проект закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» можна віднести до основних законодавчих актів, що створюють основу для розвитку охорони здоров'я; його введення справлятиме значний вплив на добробут населення і громадське здоров'я. [4]

Обов'язкове медичне страхування має такі переваги, як цільовий характер, незалежність коштів від держави та відокремленість від інших державних коштів. Обсяг відрахувань на обов'язкове медичне страхування не має прямого впливу на обсяг медичних послуг, що надаються. Проте обов'язкове медичне страхування має певні недоліки: можливість ухиляння платників від відрахувань, підвищення вартості робочої сили і пов'язане із цим зниження конкурентоспроможності економіки держави, залежність від темпів економічного розвитку, необхідність створення відповідних регуляторних органів, а також недостатня економічна база, оскільки як правило, відрахування здійснюються тільки з фонду заробітної плати, не зачіпаючи інші джерела: інвестиції, тощо.

За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я. Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню. [2]

Існує ціла низка проблем, які затримують розвиток медичного страхування в Україні. Серед них можна виділити відсутність системи підготовки спеціалістів, неотримання лікарями належних зарплат та премій, відмова страховиків під будь-яким приводом оплатити лікування страхувальника, відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування, різні погляди чиновників, страховиків та медиків на моделі медичного страхування, недостатньо інформоване населення щодо переваг і недоліків медстрахування. Вирішення всіх цих проблем потребує часу, фінансових ресурсів, відповідних фахівців.

Головна роль у розв'язанні вище перелічених проблем відводиться державі. Важливим питанням залишається узгодження політики, направленої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування. Держава повинна подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медстрахування. Держава має розробити систему підготовки відповідних фахівців, запланувати у бюджеті витрати на підвищення зарплати медпрацівникам. Страхові компанії в свою чергу можуть докласти зусиль у інформуванні населення про медичне страхування. Разом з усіма проблемами Україна має багато можливостей та перспектив щодо розвитку системи медичного страхування. Це територіальне розміщення, яке дозволяє обмінятися досвідом з європейськими країнами та з країнами колишнього СРСР, кількість населення, яка потребує якісного медичного обслуговування, наявність кваліфікованого медперсоналу та фахівців у галузі фармацевтики, мікробіології, та багато інших можливостей. [3]

Висновки та перспективи подальших досліджень. На даному етапі системи охорони здоров'я необхідні радикальні зміни в підготовці та забезпеченні кадрами страхових компаній. Збільшення розміру страхових платежів потребує додаткового залучення в страхову індустрію висококваліфікованих спеціалістів (менеджерів, фінансистів, юристів, програмістів, експертів, брокерів, актуаріїв), які добре знають теорію та передові технології страхування. Реформація системи медичного обслуговування в Україні з подальшим переходом до обов'язкового страхування громадян – шлях, який зможе розв'язати більшість проблем медичної галузі держави.



**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні тенденції соціально-економічного розвитку агропромислового
виробництва України в контексті інтеграції у світову економіку»**

Список літератури:

1. Богуславський Є.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / Є.І. Богуславський, Ю.С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля: право та економіка. – 2008. – №4. – С.83-86
2. Капшук О.Г. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / О.Г. Капшук, А.П. Ситник, В.М. Пащенко // Фінансові послуги. – 2007. – №2. – С.17-21.
3. Кісельов Є.М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є.М. Кісельов, С.В. Бурлаєнко, І.Г. Кірпа // Фінансові послуги. – 2009. – №1. – С.24-27.
4. <http://www.forinsurer.com>. – Електронний журнал про страхування.

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ**

*И.Н. Падалка, студентка 3 курса факультета экономики и менеджмента
Научный руководитель – Г.Н. Македон, ассистент кафедры аграрной экономики
ОП НУБиП Украины «Нежинский агротехнический институт»*

В статье осуществлен анализ современного состояния отечественного рынка добровольного страхования, определены основные проблемы данной отрасли в современных условиях и выделены наиболее оптимальные направления дальнейшего развития и совершенствования системы добровольного страхования на ближайшую перспективу.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, здравоохранение, застрахованное лицо, страховщик, страхователь.

**PROSPECTS OF HEALTH
INSURANCE IN UKRAINE**

*Inna M. Padalka, 3-rd year student of the faculty of economics and management
Supervisor – Halyna M. Makedon, assistant department of agricultural economics
SS of NULES of Ukraine «Nizhyn Agrotechnical Institute»*

This paper analyzes the current state of national voluntary insurance market, the main problems of the industry in the present conditions and singles out the most appropriate direction for its further development and improvement of voluntary insurance in the near future.

Keywords: voluntary health insurance, health care, the insured, the insurer, the insured.