

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МІСЬКОГО
ГОСПОДАРСТВА ІМЕНІ О.М. БЕКЕТОВА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ВОРОНІНА ОЛЕНА ОЛЕГІВНА

УДК 332.1: 368.9.06-043.86

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ
РЕГІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

Спеціальність 08.00.05 – розвиток продуктивних сил
і регіональна економіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.О. Вороніна

Науковий керівник Чернов Сергій Іванович, доктор наук з державного
управління, доцент

Харків – 2018

АНОТАЦІЯ

Вороніна О. О. Організаційно-економічні засади розвитку регіональної системи медичного страхування. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.05 – розвиток продуктивних сил і регіональна економіка. – Харківський національний університет міського господарства імені О.М. Бекетова. – Харків, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню наукового завдання – удосконаленню теоретико-методичних положень і обґрунтуванню науково-практичних рекомендацій щодо формування регіональної системи медичного страхування. Узагальнено сутність категорії «страхування». Різноманітність підходів до формування системи медичного страхування зумовило необхідність визначення сутності медичного страхування, під яким, на думку автора, слід розуміти систему стосунків між страховиком і страхувальником, яка передбачає обов'язки страховика у здійсненні страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат на отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку, за допомогою якої формуються та витрачаються кошти страхових фондів для матеріального забезпечення осіб, які потребують медичної допомоги у разі виникнення страхового випадку та фінансування профілактичних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я.

Обґрунтовано особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України з використанням закордонного досвіду. Визначено, що не зважаючи на певні досягнення страхової діяльності, у галузі ДМС український ринок медичного страхування не має достатнього рівня розвитку, який би відповідав стандартам провідних країн світу. На рівні регіонів ДМС розвивається дуже повільно. Впровадження системи ОМС, як частини соціальних нарахувань на заробітну плату підтримується на рівні Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Але, на жаль, є деякі речі, які стримують впровадження цієї системи в Україні, а саме, відсутність: відповідної нормативної бази; відповідних медичних стандартів; фінансових стимулів для лікарів та медичних працівників; договірної форми стосунків між платником та постачальником послуг, а

також недостатність навичок і вмінь, які мають сьогодні працівники системи охорони здоров'я. Перелічені вище проблеми характеризують систему медичного страхування як непрозору та перешкоджають входу на вітчизняний ринок іноземних страхових компаній.

Розглянуто моделі фінансування охорони здоров'я та системи фінансування охорони здоров'я у провідних країнах світу: Сполучених Штатах Америки, Канаді, Німеччині, Франції, Великій Британії, Нідерландах та Японії, який довів, що використання закордонного досвіду, особливо у країнах Європи є для України значним прикладом для формування сучасної власної системи, як ДМС так і ОМС за рахунок різних джерел фінансування. Світовий досвід фінансування та організації системи охорони здоров'я вказує на необхідність нового, комплексного соціально та економічно обґрунтованого підходу до формування системи медичного страхування в Україні та її регіонах.

Проаналізовано рівень соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України, проведено оцінку стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування на регіональному рівні, діяльності страхових компаній (СК) та чинників впливу на розвиток медичного страхування у Харківському регіоні.

Розроблено методичний підхід до вимірювання та оцінювання рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення в регіонах України, оснований на апріорному ранжуванні кожного з показників соціального захисту населення, де у якості «показника» автором були обрані регіони України. Проведений аналіз показав нерівномірність між регіонами України у сфері соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення. Це свідчить про диспропорції, що існують сьогодні, в організації та фінансуванні систем соціального захисту та охорони здоров'я. Удосконалено аналітичне забезпечення оцінки діяльності страхових компаній на прикладі Харківського регіону з використанням запропонованого методу інтегрованого аналізу відносних показників роботи страхових компаній, який базується на статистичній обробці якісних

характеристик – відношення страхових премій та виплат добровільного медичного страхування (ДМС) до кількості договорів.

Автор зазначає, що Харківський регіон є регіоном зі специфічним соціальним та культурним рівнем розвитку, має розгалужену інфраструктуру охорони здоров'я та потужний потенціал розвитку медичної галузі. Для більш повного уявлення про діяльність страхових компаній Харківського регіону у сфері медичного страхування, визначення напрямів розвитку цієї сфери та прогнозування рівня розвитку на перспективу, автор здійснив SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища їх функціонування, виявив найбільш реальні можливості та загрози. У роботі виокремлено зовнішні та внутрішні чинники впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні з метою обґрунтування напрямів підвищення ефективності регіональної системи медичного страхування.

Визначено напрями удосконалення діяльності регіональної системи медичного страхування, проведено оцінку перспектив розвитку медичного страхування на регіональному рівні, розроблено модель розвитку добровільного медичного страхування у регіоні та удосконалено систему медичного страхування на прикладі Харківського регіону.

Автор зазначає що сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я України є недостатнім, тому надання медичної допомоги не проводиться у необхідних для населення обсягах. Особливо від цього страждають соціально незахищені версти населення. Тому, підвищення доступності медичної допомоги для всіх верст населення та поліпшення стану здоров'я громадян є головною метою політики держави у сфері охорони здоров'я. Регіональні системи ДМС тільки починають розвиватися. Сьогодні вони перебувають лише на стадії інституціонального становлення. Взагалі, ДМС за охопленням населення та розмірами зібраних страхових премій, у більшості регіонів, становить незначну частку валових регіональних продуктів, а потенціал регіональних ринків не використовується максимально.

Відзначено, що ефективність роботи СК у сфері ДМС значною мірою залежить від мережі клінік, у яких обслуговуються їх клієнти. Незначна

кількість медичних закладів із високотехнологічним обладнанням та кваліфікованим персоналом є бар'єром конкуренції та підвищення якості медичних послуг. Регіональні системи ДМС не можуть розвиватися без належного забезпечення медичними закладами. З іншого боку, ефективний розвиток регіональних систем ДМС дає можливість підвищити рівень та якість життя населення, умови їх праці та відпочинку, позитивно впливати на економічне зростання в цілому, тобто вирішувати ряд соціальних та економічних завдань. Автор, розглядаючи вплив ДМС на соціальний та економічний розвиток регіону, запропонував виділити пряму і опосередковану форми такого впливу.

Для оцінки перспектив розвитку медичного страхування була розроблено економіко-математична модель розвитку ДМС у регіоні на основі експертних оцінок за зовнішніми та внутрішніми чинниками впливу на розвиток регіональної системи ДМС. Щоб провести ефективне оцінювання було відокремлено зовнішні чинники (національного рівня) та внутрішні чинники (регіонального рівня) впливу на розвиток ДМС.

На основі розробленої економіко-математичної моделі зроблено висновок, що серед зовнішніх показників чинників впливу експертами названі найвпливовішими наступні: «Рівень якості життя населення», «Рівень доходів населення країни», «Рівень фінансування системи охорони здоров'я». Найменший вплив серед зовнішніх показників мають «Рівень національного доходу країни», «Рівень безробіття населення», «Стабільність податкової системи». Серед внутрішніх показників чинників впливу експертами названі найвпливовішими наступні: «Недосконале ціноутворення страхових послуг у регіоні», «Неефективна регіональна фінансова стратегія страхових компаній у галузі ДМС», «Рівень доходів населення у регіоні» та «Рівень зайнятості населення у регіоні». Найменший вплив серед внутрішніх показників мають «Демографічна ситуація у регіоні», «Інвестиції у регіон», «Вузька спеціалізація страхових компаній у регіоні». Проведення експертної оцінки щодо розвитку ДМС у Харківському регіоні, враховуючи його певні особливості, удосконалення що існує сьогодні системи медичного страхування повинно проводитися за трьома основними напрямками: підвищення рівня

якості життя населення у регіоні та рівня його доходів для можливості користуватися медичними послугами; удосконалення ціноутворення страхових послуг у галузі ДМС та підвищення ефективності фінансової регіональної стратегії СК у галузі ДМС; підвищення рівня зайнятості населення у регіоні.

Зазначено, що сьогодні у розбудові комплексної системи медичного страхування головним і визначальним чинником повинно стати поєднання державного та приватного фінансування медичного страхування, поділеного на чотири рівні: базовий, основний, сервісний та суспільно-солідарний. Зроблено висновок, що удосконалення регіональної системи медичного страхування повинно спиратися на фінансування страховими компаніями профілактичних заходів, спрямованих на зменшення страхових випадків. У рамках розвитку системи ДМС у Харківському регіоні доцільно було б створити таку систему медичного страхування, яка б працювала на вирішення питань щодо впровадження ОМС та розвитку системи ДМС у регіоні.

Ключові слова: регіональна система, добровільне медичне страхування, розвиток, населення, страхові компанії, страховий ринок, чинники впливу, соціальний захист, охорона здоров'я

ANNOTATION

Voronina O. O. – Organizational and economic principles of the development of regional health insurance system. – Manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Economics, specialty 08.00.05 - Development of Productive Forces and Regional Economics. - O.M. Beketov National University of Municipal Economy in Kharkiv, 2018.

The dissertation is devoted to the solution of the scientific problem - to improve the theoretical and methodological foundations and to substantiate scientific and practical recommendations regarding the improvement of the regional system of health insurance. The essence of the category "insurance" is generalized. The variety of approaches to the formation of the health insurance system has necessitated the definition of the essence of health insurance, which,

according to the author, should be understood as the system of relations between the insurer and the insured, which includes the insurer's obligations to ensure insurance payments in the amount of partial or full compensation for medical expenses in an insured event, by means of which money resources of insurance funds are formed and spent for the material provision of persons in need of medical assistance in an insured event and the financing of preventive measures aimed at maintaining health.

The peculiarities of the formation of the domestic market of medical insurance in the regions of Ukraine are grounded taking into account the foreign experience. It has been determined that despite the certain achievements of insurance activity, in the field of voluntary health insurance (VHI) the Ukrainian market of health insurance does not have a sufficient level of development that would meet the standards of the leading world countries. At the regional level, VHI develops very weakly. Implementation of the VHI as a part of social wage is maintained at the level of the Ministry of Health and the League of Insurance Organizations. But, unfortunately, there are some things that hold back the implementation of this system in Ukraine: lack of appropriate regulatory framework; lack of appropriate medical standards; lack of financial incentives for physicians and healthcare workers; lack of skills and abilities of health workers today; the absence of a contractual relationship between the payer and the service provider. The above problems characterize the system of medical insurance as non-transparent and prevent entry into the domestic market of foreign insurance companies.

The models of financing health care and health financing systems in the leading countries of the world have been considered: the United States of America, Canada, Germany, France, the United Kingdom, the Netherlands and Japan, which proved that the use of foreign experience, especially in Europe, is a significant example for the formation of a modern own system in Ukraine, both Voluntary and Obligatory Health Insurance at the expense of various sources of financing. World experience of financing and organization of the health care system indicates the need for a new, integrated, socially and economically sound approach to the formation of a health insurance system in Ukraine and its regions.

The level of social protection and provision of health care in the regions of Ukraine has been analyzed, the state of health care and the level of medical insurance at the regional level, the activity of insurance companies (IC) and the factors influencing the development of health insurance in the Kharkiv region have been assessed.

The methodical approach to measuring and assessing the level of social protection and ensuring public health in the regions of Ukraine has been developed, it is based on the a priori ranking of each indicator of social protection of the population, where the regions were selected as the "indicator" by the author. The analysis showed unevenness among the regions of Ukraine in the field of social protection and ensuring public health. This testifies to the existing imbalances in the organization and financing of social protection and health systems. The analytical support for assessing the performance of insurance companies by example of the Kharkiv region has been improved, using the proposed method of integrated analysis of relative performance indicators of insurance companies, based on the statistical processing of qualitative characteristics - the ratio of insurance premiums and payments of voluntary health insurance (VHI) to the number of contracts.

The author notes that the Kharkiv region is a region with a specific social and cultural level of development, it has an extensive health infrastructure and a powerful potential for development of the medical sector. For a more complete understanding of the activities of the insurance companies of the Kharkiv region in the field of health insurance, defining the directions of development of this area and forecasting the level of development for the future, the author conducted a SWOT analysis of the external and internal environment of their functioning, and identified the most realistic opportunities and threats. The paper identifies external and internal factors of influence on the development of VHI in the Kharkiv region in order to justify the directions of increasing the efficiency of the regional health insurance system.

The factors for improving of the regional health insurance system have been determined, the estimation of the prospects for the development of health insurance at the regional level has been conducted, the model of the development of

voluntary medical insurance in the region has been developed and the health insurance system on the example of the Kharkiv region has been improved.

The author notes that the current state of financing the health care system of Ukraine is insufficient, therefore the provision of medical care for the population is not carried out at the sufficient level. Socially unprotected sections of the population are particularly suffering. Therefore, the strategic goal of state policy in the field of health care is to improve the health of citizens, to increase the availability of medical care for all segments of the population. Regional VHI systems are only beginning to develop. Today, they are only at an institutional stage. In general, the VHI with the coverage of the population and the size of the collected insurance premiums, in most regions, represents a small proportion of gross regional products, and the potential of regional markets is not used to the maximum.

It has been noted that the effectiveness of the IC in the field of VHI depends to a large extent on the network of clinics in which their clients are serviced. A small number of medical facilities with high-tech equipment and qualified personnel is a barrier to competition and better quality of medical services. Regional systems of VHI can not develop without proper provision of medical facilities. The level of effectiveness affects the solving of a number of social and economic tasks, such as rapid economic growth, rising living standards, reducing inflation, improving working conditions and so on. Considering the influence of VHI on the socio-economic development of the region, the author identified the direct and indirect forms of such influence.

To assess the prospects for the development of health insurance, an economic and mathematical model for the development of VHI in the region has been developed. It is based on expert assessments of external and internal factors influencing the development of the regional system of VHI. For effective evaluation, external factors (national level) and internal factors (regional level) of influence on the development of VHI have been singled out.

On the basis of the developed economic-mathematical model, the experts have concluded that among the most influential external indicators of the factors are the following: "The level of quality of life of the population", "The level of

income of the population of the country", "The level of financing of the health care system". The least influential external indicators are "Level of national income of the country", "Unemployment rate of the population", "Stability of the tax system". Among the internal indicators of the factors of influence, the most influential are the following: "Incomplete pricing of insurance services in the region", "Inefficient regional financial strategy of insurance companies in the area of VHI", "The level of population incomes in the region" and "The employment rate of the population in the region". The least influential among the domestic indicators are "Demographic situation in the region", "Investments in the region", "The narrow specialization of insurance companies in the region." The expert assessment of the development of VHI in the Kharkiv region, taking into account its specific features, should improve the existing system of health insurance in three main directions: improving the quality of life and the level of income of the population in the region for the possibility to use medical services; improving the pricing of insurance services in the field of VHI and increasing the effectiveness of the financial regional strategy of IC in the field of VHI; raising the level of employment in the region.

It has been noted that today, for building a comprehensive system of health insurance, the main and determining factor should be the combination of public and private health insurance financing, divided into four levels: basic, substantive, service and socially solidarity. It has been concluded that the improvement of the regional health insurance system should be based on the insurance company's financing of preventive measures aimed at reducing insurance risk. Within the framework of the development of the OHI system in the Kharkiv region, it would be advisable to create a system of health insurance that would work on issues related to the implementation of OHI and the development of the VHI systems in the region.

Key words: regional system, voluntary health insurance, development, population, insurance companies, insurance market, factors of influence, social protection, health care

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Вороніна О. О. Історичний досвід та особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в Україні // Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Економічні науки. 2015. Вип. 15. С. 81–84.

2. Вороніна О. О., Чернов С. І. Оцінка стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні // Соціальна економіка. 2016. № 2. С. 80–85. (*Особисто автор проаналізував рівень медичного страхування у Харківському регіоні*).

3. Вороніна О. О. Оцінка перспектив розвитку медичного страхування у регіоні // Ефективна економіка : електронне наукове фахове видання. 2016. № 9. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?n=9&y=2016> (дата звернення: 21.01.2018).

4. Вороніна О. О. Теоретичні аспекти розвитку медичного страхування в регіонах України // Моделювання регіональної економіки. 2016. № 1 (27). С. 171–177.

Праці у наукових періодичних виданнях інших держав або у виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз

5. Вороніна О. О. Удосконалення системи медичного страхування Харківського регіону // Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. 2016. Вип. 43, ч. 2. С. 82–88.

6. Вороніна О. О. Аналіз рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Економіка. 2017. Вип 4. С. 23–29.

Опубліковані праці апробаційного характеру

7. Митькова Е. О. (Вороніна О. О.) Формирование страховой модели финансирования здравоохранения // Теория и практика экономики и предпринимательства: материалы VI Междунар. научн.-практ. конф. (м. Алушта, 4 – 6 травня 2009 р.). Алушта, 2009. С. 116.

8. Митькова Е. О. (Вороніна О. О.) Медицинское страхование как один из источников финансирования здравоохранения // Концептуальні засади та вектори розвитку фінансової діяльності суб'єктів господарювання в сучасній

економіці України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 2 лютого 2009 р.). Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2009. С. 89–92.

9. Митькова Е. О. (Вороніна О. О.) Социально-экономические последствия внедрения системы страховой медицины // Економічний розвиток України в сучасному просторі та часі: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листопада – 1 грудня 2010 р.). Харків, 2010. С. 295–299.

10. Митькова Е. О. (Вороніна О. О.) Формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования в Украине // Формування конкурентоспроможного середовища для досягнення світових параметрів факторіальних і результативних показників виробництва: матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Тернопіль, 24 – 25 червня 2010 р.) Тернопіль, 2010. С. 152–155.

11. Вороніна О. О. Медичне страхування як засіб вирішення проблем фінансування охорони здоров'я України та її регіонів // Наука та інновації як основні шляхи вирішення проблем модернізації економіки : зб. тез наук. робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 18–19 грудня 2015 р.). Одеса, 2015. Ч. 2. С. 27–29.

12. Вороніна О. О. Медичне страхування як засіб підвищення якості життя населення в регіонах України // матеріали ІХ Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 11–12 грудня 2015 р.). Запоріжжя, 2015. Ч. 1. С. 53–55.

13. Вороніна О. О. Державно-приватне партнерство як стимул розвитку охорони здоров'я України // Економіко правові аспекти державно-приватного партнерства в умовах децентралізації економіки України : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. молодих учених і студ. (м. Харків, 1–28 лют. 2017 р.). Харків, Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова, 2017. С. 258–260. URL: <http://ojs.kname.edu.ua/index.php/area/article/view/1502> (дата звернення: 20.01.2018).

14. Вороніна О. О. Напрями державної регіональної політики у сфері охорони здоров'я // Сталий розвиток в умовах глобальних викликів : Матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Харків, 7–8 квіт. 2017 р.). Харків, Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова, 2017. С. 58–59. URL:

http://mmgh.kname.edu.ua/images/konf_stal_rozv_2017.pdf (дата звернення: 20.01.2018).

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РЕГІОНАЛЬНИХ СИСТЕМАХ	22
1.1. Економічна природа та сутність медичного страхування	22
1.2. Особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України	39
1.3. Світовий досвід в фінансуванні та організації системи охорони здоров'я	56
Висновки до розділу 1	71
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ	73
2.1. Аналіз рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України	73
2.2. Оцінка стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні	102
2.3. Оцінка діяльності СК та чинників впливу на розвиток медичного страхування у Харківському регіоні	118
Висновки до розділу 2	129
РОЗДІЛ 3. НАУКОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ РЕГІОНУ	131
3.1. Напрями удосконалення діяльності регіональної системи медичного страхування	131
3.2. Оцінка перспектив розвитку медичного страхування у регіоні	145
3.3. Удосконалення системи медичного страхування Харківського регіону	167
Висновки до розділу 3	186
ВИСНОВКИ	188
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	191
ДОДАТКИ	212

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток медичного обслуговування в Україні та її регіонах на ринкових засадах – важливий чинник формування повноцінного економічного середовища. Необхідність адаптації системи охорони здоров'я до сучасних політичних, соціальних та економічних умов України є очевидною у зв'язку з тим, що медичне обслуговування залишилося дотепер, практично єдиною сферою, де норми нового цивільного законодавства поступалися місцем застарілим стосункам між медичним закладом і пацієнтом, коли хворий перебуває в безправному, залежному від системи державної охорони здоров'я становищі. Тобто, процес реформування системи медичного обслуговування, що існує сьогодні, має стати системним і комплексним.

Для перспектив соціально-економічного розвитку України та її регіонів особливо важливим є питання щодо впровадження страхової медицини. Темпи розвитку економіки будь-якої країни безпосередньо залежать від стану здоров'я громадян та їх соціальної захищеності. За останні роки органами державної влади були прийняті положення щодо добровільного медичного страхування (ДМС). Суспільство, на разі, усвідомило щодо необхідності у перспективі впровадження системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) як однієї з найголовніших соціальних гарантій.

Більшість регіонів України сьогодні опинилися в складній ситуації, коли: з одного боку для соціально-економічного розвитку необхідна активізація у галузі соціального та медичного страхування, а з іншого – гальмування у зв'язку відсутності достатньої правозахисної практики, а також наявності великої кількості спеціальних медико-юридичних питань, які мають бути розв'язані у рамках медичного права.

У напрямі розкриття економічної природи та сутності медичного страхування в Україні з позицій регіонального соціально-економічного

розвитку накопичено певний досвід, що висвітлено у наукових працях відомих вітчизняних учених, серед яких: П. Арва, Н. Бєлікова, Ю. Вороненко, І. Гуменюк, О. Залетов, Д. Карамишев, А. Демченко, Е. Ковжарова, О. Кривіцька, В. Лаптев, П. Лівак, Г. Макаренко, Н. Мачуга, М. Мних, В. Пашков, Т. Педченко, Я. Радиш, В. Рудень, В. Стеценко, В. Стрилецький, О. Солдатенко, С. Чернов, А. Троцька, В. Школїна, Е. Щєглова, В. Єрмілов та інші.

Серед закордонних дослідників, у роботах яких розглянуто проблему медичного страхування регіону, слід виділити А. Архіпова, А. Кудрявцева, М. Малаховську, Р. Плама, А. Решетнікова, А. Семененкова, С. Тернова, Г. Юркіна та інших.

Віддаючи належне науковому та практичному значенню праць названих науковців, нерівномірність соціально-економічного розвитку регіонів України та необхідність надати доступ до медичної допомоги особливо вразливим верстам населення (дітям, пенсіонерам, особам з інвалідністю, безробітним) зумовлюють необхідність формування регіональної системи медичного страхування, яка у перспективі надасть можливість досягнути належного рівня фінансування системи охорони здоров'я як на регіональному, так і на державному рівнях.

Отже, саме важливість та значущість медичного страхування для соціально-економічного розвитку регіонів і держави в цілому обумовлюють актуальність теми дисертації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота пов'язана з основними напрямками наукових досліджень Харківського національного університету міського господарства імені О.М. Бекетова і виконана в рамках держбюджетної науково-дослідної теми «Теоретико-методологічні основи формування механізму модернізації економіки регіонів» (номер державної реєстрації 0112U004193, 2016 р.), де автор визначив основні перспективи взаємодії держави та бізнесу в сфері медичного страхування.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних положень щодо удосконалення регіональної системи медичного страхування та розробка практичних рекомендацій щодо її розвитку.

Для досягнення поставленої мети в дисертації були поставлені та вирішені такі завдання:

- узагальнено сутність категорії «страхування» та економічну природу «медичного страхування»;
- визначено особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України з урахуванням закордонного досвіду;
- проаналізовано сучасний стан та тенденції розвитку медичного страхування в регіонах України;
- обґрунтовано напрями підвищення ефективності регіональної системи медичного страхування;
- проведено оцінку перспектив розвитку медичного страхування на регіональному рівні та розроблено модель розвитку добровільного медичного страхування у регіоні;
- удосконалено систему медичного страхування на прикладі Харківського регіону коштом гармонізації інтересів суспільства, бізнесу та влади.

Об'єктом дослідження є процес розвитку регіональної системи медичного страхування.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади та науково-практичні рекомендації щодо організаційно-економічного забезпечення формування та розвитку сучасної системи медичного страхування.

Методи дослідження. Теоретичною й методичною основою дисертаційної роботи є синтез результатів фундаментальних і прикладних досліджень українських та закордонних вчених щодо проблем розвитку медичного страхування.

Для досягнення поставленої мети були використанні наступні методи: *теоретичного узагальнення* – під час тлумачення поняття «медичне страхування»; *системного аналізу* – під час виявлення особливостей формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України; *методи математичної статистики* – у аналізі рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення на регіональному рівні; *факторного аналізу* – у дослідженні чинників впливу на розвиток медичного страхування у регіоні; *SWOT аналізу* – щоб визначити шляхи підвищення результативності діяльності страхових компаній Харківського регіону; *економічного аналізу* – для науково-економічного обґрунтування напрямів удосконалення регіональної системи медичного страхування; *експертних оцінок, економіко-математичного моделювання та прогнозування* – під час оцінювання перспектив розвитку медичного страхування у регіоні та розробки економіко-математичної моделі розвитку системи медичного страхування.

Інформаційну базу дослідження склали нормативно-правові акти Верховної Ради України, Кабінету міністрів України, дані Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства економічного розвитку та торгівлі України, матеріали Державної служби статистики України, бібліографічні джерела, результати власних розрахунків.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна одержаних результатів полягає у наступному:

удосконалено:

- методичний підхід до вимірювання та оцінювання рівня соціального захисту і забезпечення охорони здоров'я населення на регіональному рівні, заснований на апріорному ранжуванні кожного з показників соціального захисту населення і, на відміну від існуючих, використовує у якості «показників», які впливають на діяльність економічного об'єкту, регіони країни, що дає можливість отримати достовірну інформацію щодо нерівномірності між регіонами у сфері соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я;

- аналітичне забезпечення оцінки діяльності страхових компаній у галузі державного медичного страхування на прикладі Харківського регіону з використанням запропонованого методу інтегрованого аналізу відносних показників роботи страхових компаній, який базується на статистичній обробці якісних характеристик, а саме: відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів та динаміка змін цих показників у часі в цілому. Впровадження аналітичного забезпечення дає можливість, на відміну від існуючих, оцінити динаміку та ефективність роботи страхових компаній як за абсолютними показниками їх діяльності, так і за відносними інтегрованими характеристиками;

- економіко-математичну модель розвитку ДМС у регіоні коштом проведення групового експертного оцінювання зовнішніх та внутрішніх чинників впливу на розвиток регіональної системи ДМС, особливість якої, на відміну від існуючих, полягає у тому, що група експертів сформована із фахівців, що належать до різних (за освітою, досвідом роботи, професійними навичками) груп, а саме: економісти, медичні працівники, пересічні громадяни коштом застосування трьох методів обробки результатів опитування під час проведення оцінки перспектив розвитку ДМС, що дає можливість отримати коректний результат у розв'язанні завдань розвитку регіональної системи ДМС та розбудови стратегії медичного страхування в Україні;

набуло подальшого розвитку:

- теоретичне обґрунтування сутності та економічної природи медичного страхування, що, на відміну від існуючих, розглядається як система стосунків між страховиком і страхувальником та передбачає обов'язки страховика у здійсненні страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат з отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку та фінансування профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я населення регіону;

- напрями удосконалення системи медичного страхування на прикладі Харківського регіону, які засновані на створенні територіального фонду ДМС, відмінність якого від існуючих, полягає у тому, що на нього покладені функції координаційного центру надходження й витрачання коштів, що дозволяє підвищити рівень контролю за формуванням та використанням фінансових ресурсів ДМС регіону, джерелами яких є кошти роботодавців (підприємства, середній та малий бізнес), банківських організацій, населення, державного та місцевого бюджетів.

Практичне значення отриманих результатів. Практична значущість полягає у тому, що використання обґрунтованих методико-прикладних рекомендацій створює базис для удосконалення системи медичного страхування регіонів України і забезпечення їх економічного та соціального розвитку на основі більш повної реалізації існуючого ресурсного потенціалу у сфері охорони здоров'я.

Наукові результати дисертаційної роботи використані у роботі Чугуївської міської ради Харківської області під час розробки програми економічного і соціального розвитку м. Чугуєва на 2017 р., де застосовано методичний підхід до формування та оцінки впливу зовнішніх і внутрішніх чинників на розвиток системи медичного страхування Харківського регіону (довідка № 02-02-32/ 716 від 06.04.2017); Харківської обласної ради – у підготовці аналітичних матеріалів з питань формування регіональної соціальної політики області, де застосовано методичний підхід до вимірювання та оцінювання рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення в регіонах України (довідка № 01-44/951 від 24.04.2017).

Розроблені здобувачем рекомендації упроваджені у навчальний процес ХНУМГ ім. О.М. Бекетова у викладанні дисциплін «Економічна теорія», «Обґрунтування господарських рішень і оцінювання ризиків» (довідка № 284 від 10.02.2017).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є результатом самостійно виконаних досліджень. Викладені в дисертації і авторефераті наукові результати та пропозиції належать особисто автору. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, у роботі використані лише положення та ідеї, що є результатом особистих досліджень здобувача. Особистий внесок автора в спільні публікації відображено в списку опублікованих праць за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові результати дисертаційного дослідження доповідалися та були схвалені на 8 міжнародних і всеукраїнських конференціях, зокрема: VI Міжнародна науково-практична конференція «Теория и практика экономики и предпринимательства» (4 – 6 травня 2009 р., м. Алушта); Всеукраїнська науково-практична конференція «Концептуальні засади та вектори розвитку фінансової діяльності суб'єктів господарювання в сучасній економіці України» (2 лютого 2009 р., м. Харків); Всеукраїнська науково-практична конференція «Економічний розвиток України в сучасному просторі та часі» (30 листопада – 1 грудня 2010 р., м. Харків); Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференція «Формування конкурентоспроможного середовища для досягнення світових параметрів факторіальних і результативних показників виробництва» (24 – 25 червня 2010 р., м. Тернопіль); Міжнародна науково-практична конференція «Наука та інновації як основні шляхи вирішення проблем модернізації економіки» (18 – 19 грудня 2015 р., м. Одеса); IX Міжнародна науково-практична конференція (11 – 12 грудня 2015 р., м. Запоріжжя); Міжнародна науково-практична конференція «Actual problems of globalization: Collection of scientific articles» (29 серпня 2016 р., Thessaloniki, Greece); Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми стабілізації економіки країни» (16 грудня 2016 р., м. Тернопіль), Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція конференція «Економіко-правові аспекти державно-приватного партнерства в умовах децентралізації економіки України» (1 – 28 лютого 2017 р., м. Харків);

Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція «Сталий розвиток в умовах глобальних викликів» (7 – 8 квітня 2017 р., м. Харків).

Публікації основних положень дисертаційної роботи представлені у 14 наукових працях, серед яких 4 статті у наукових фахових виданнях (з них 3 одноосібні), 2 статті у виданнях, які включені до міжнародних наукометричних баз; 8 тез доповідей у матеріалах конференцій. Загальний обсяг публікацій складає 3,8 друк. аркушів, з яких здобувачу належить 3,6 друк. аркуша.

Структура та обсяг роботи. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 219 сторінок комп'ютерного тексту, у тому числі основний текст складає 190 сторінок, який включає 44 таблиці, 35 рисунків. Список використаних джерел із 205 найменувань викладено на 21 сторінках, 3 додатки – на 8 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РЕГІОНАЛЬНИХ СИСТЕМАХ

1.1. Економічна природа та сутність медичного страхування

Фундаментом державної соціальної політики є забезпечення пріоритету збереження та зміцнення здоров'я населення як найважливішої продуктивної сили суспільства, що визначає національну безпеку країни і її економічний розвиток. Сучасний стан економічного та соціального розвитку нашої Держави вимагає впровадження ефективної системи охорони здоров'я. Питання вдосконалення та реформування системи охорони здоров'я є досить актуальними у зв'язку з існуванням диспропорції у фінансово-організаційній структурі сфери охорони здоров'я та недосконалості окремих законодавчих актів у цій сфері.

На думку провідних фахівців в області охорони здоров'я, сьогодні здоров'я слід розглядати як цілісний багатовимірний динамічний стан організму і форму життєдіяльності людини, яка забезпечує йому фізіологічно обумовлену тривалість життя, достатню задоволеність станом свого організму і прийнятну соціальну дієздатність [16].

Стан здоров'я населення є один з найголовніших показників, який визначає рівень соціально і економічного розвитку будь-якої країни. У постіндустріальних суспільствах дійсне багатство економічно лідируючих країн, в сучасних умовах, визначається станом нематеріальних форм і сфер, що забезпечують розвиток людини. Прогрес все більше забезпечується не темпами зростання продукції, а якістю життя населення.

У структурі накопичення національного багатства розвинутих країн все більша частка відбувається коштом вкладання в людину («людський капітал»). Отже за оцінками експертів Всесвітнього банку в структурі

національного багатства на душу населення частка людського капіталу складає від 63 до 76 %. [16].

Сьогодні головними проблемами української системи охорони здоров'я є її недостатнє фінансування та те, що вона базується на старих принципах ще радянської системи (модель Семашко), яка призначена для планової економіки, та не відповідає сучасним реаліям [50].

Наукові праці, у яких би визначалась роль інституту медичного страхування та сутність ринку медичних послуг в регіональному економічному розвитку, а також їх взаємодія з іншими факторними ринками, на жаль, майже відсутні.

Сьогодні, потрібно визначення певних кроків для покращення діяльності вітчизняної сфери охорони здоров'я: вдосконалення та доопрацювання законодавчого та методичного забезпечення, посилення ресурсного забезпечення, підвищення якості послуг охорони здоров'я та кадрового забезпечення, стимулювання розвитку добровільного медичного страхування, а також створення сучасного механізму управління системою медичного страхування на регіональному рівні.

В Законі України “Про страхування” термін «страхування» подається як вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, коштом грошових фондів, що формуються з сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) [135].

У сучасних умовах страхування це важливий чинник стимулювання господарської та підприємницької діяльності, воно є економічною та фінансовою категорією. Практично неможливо дати однозначне визначення категорії «страхування», яке було б точним та описувало всі його функції та особливості.

В економічній літературі є багато визначень, але вони охоплюють тільки деякі аспекти страхування, які не дозволяють розглядати страхування в більш широкому сенсі. Так, Коваленко Н.В. вважає, що у загальному вигляді страхування розглядається як особлива група суспільних відносин, що виникають між фізичними та юридичними особами з приводу утворення, розподілу і використання цільового валютного фонду (страхового фонду) для відшкодування збитків у різних несприятливих явищах, а також для надання допомоги громадянам та/або їх сім'ям під час, коли настають певні події в їхньому житті (страхові випадки) [83].

Ще у 1874 р. Леон Вальрас розглянув страхування як пристрій для усунення невизначеності, властивої і іншим видам економічної діяльності [191]. А. Вагнер визначає страхування як господарську установу, що усуває чи, принаймні, пом'якшує шкідливі наслідки окремих випадкових, непередбачуваних подій для майна окремої особи таким чином, що воно розподіляє їх на ряд випадків, яким загрожувала однакова небезпека, але в дійсності не наступила [200].

На думку Бехера – «страхування має взагалі метою вирівняти шкідливі наслідки несприятливих подій в господарському житті», а Шеффле трактує страхування як «всьяке майнове і особисте страхування має в найглибшому підставі солідарне з'єднання страхувальників для вирівнювання втрат» [200].

На думку І.Т. Балабанова, А.І. Балабанова «Страхування є економічною і фінансовою категорією. Його сутність полягає в розподілі збитку між всіма учасниками страхування. Це свого роду кооперація з боротьби з наслідками стихійних лих і протиріччями, що виникають у суспільстві через відмінності майнових інтересів людей, що вступають у виробничі відносини» [22].

Здійснюватися страхування може у двох формах – обов'язковій і добровільній. Суспільство в особі держави встановлює обов'язкове страхування, тобто обов'язкове внесення відповідним колом страхувальників фіксованих страхових платежів; добровільне страхування здійснюють

компанії всіх форм власності і вони несуть відповідальність перед страхувальниками [190].

Страховий тариф, або брутто-ставка є нормований стосовно страхової суми розмір страхових платежів. Економічний зміст тарифу – це ціна страхового ризику. Страховий тариф виражається в грошовому визначенні та у відсотках від страхової суми, а також залежить від терміну страхування. У визначенні страхового тарифу до уваги можуть прийматися й інші критерії (ризикові обставини), наприклад, надійність, довговічність, вогнестійкість, мореплавність тощо.

Нетто-ставка і навантаження є складовими елементами страхового тарифу (рис. 1.1). Нетто-ставка формується так, щоб покрити витрати страховика з його страхового фонду в разі настання страхового випадку. Для покриття витрат, пов'язаних з організацією страхової діяльності та отримання прибутку – розраховують навантаження.

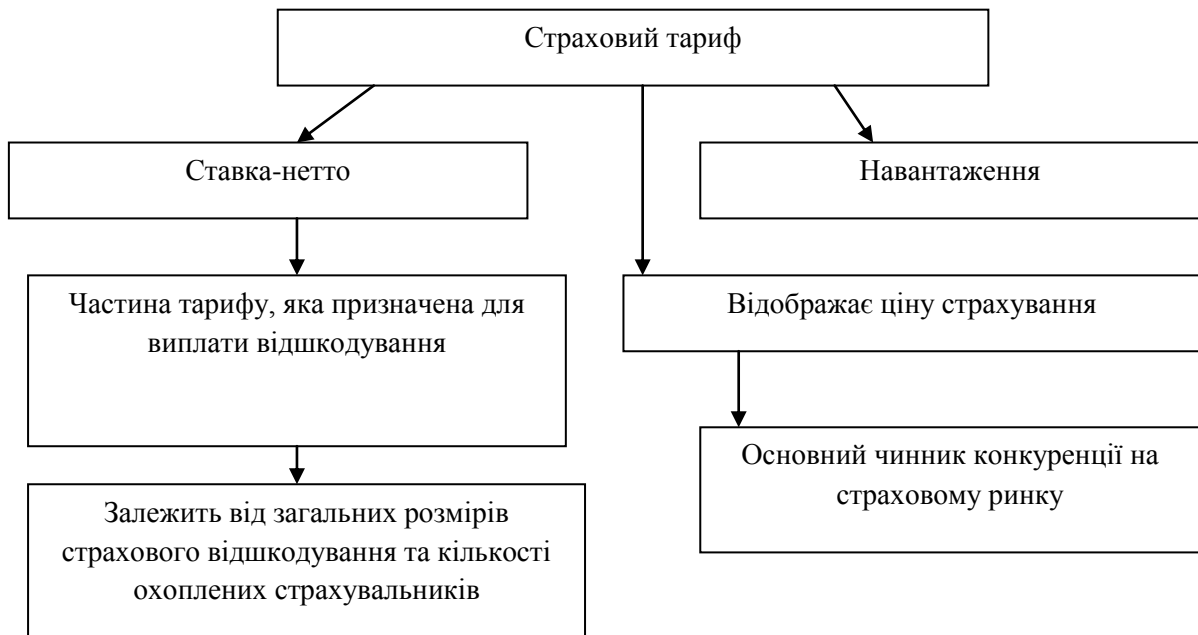


Рис. 1.1. Структура тарифної ставки для ризикових видів страхування [190]

Страхова премія – оплачений страховий інтерес; плата за страховий ризик у грошовій формі. Страхову премію оплачує страхувальник і вносить страховику відповідно до закону або договору страхування. Економічний зміст страхової премії – сума ціни страхового ризику і витрат страховика, пов'язаних із покриттям витрат на ведення страхування [135].

Після розрахунку страхового тарифу призначають страхову премію, яка може сплачуватися одноразово або частинами упродовж усього строку дії договору страхування, в якому обов'язково прописується її повна сума.

Об'єм надходження страхової премії від усіх функціонуючих страховиків – один із найважливіших показників стану страхового ринку. Синонімами терміну «страхова премія» є страховий внесок і страховий платіж.

Аналіз загальнотеоретичних аспектів страхування дозволяє дійти висновків, що істотними відмінностями системи медичного страхування як організаційно-правової основи функціонування охорони здоров'я від інших систем є:

- цілеспрямованість та адресність страхового внеску, який може бути використаний тільки в суто медичних цілях;
- можливість здійснення контролю страхувальником і застрахованим за використанням страхових коштів;
- можливість вибору застрахованим лікаря і лікувально-профілактичної установи;
- обмеженість ролі уряду, який у разі обов'язкового медичного страхування вирішує лише певне коло завдань, а у разі добровільного страхування - бере участь тільки в частині регламентації діяльності страхових організацій [163].

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того, наскільки глибоко та всебічно пророблена концепція розвитку страхової медицини у країні [106].

У науковій літературі існує немало думок щодо визначення поняття «медичного страхування». Але всі вони відрізняються залежно від того, з якого погляду автор розглядає природу медичного страхування.

Отже, розглядаючи медичне страхування з позиції особистого страхування такі вчені як Базілевич В.Д. та Вовчак О.Д. дають наступне визначення: медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги у разі, коли настане страхова подія коштом накопичувальних страхових фондів [21].

З позиції соціального захисту медичне страхування розглядають такі вчені як Внукова Н.М., Конопліна Ю.С. та ряд інших вчених, і в цьому випадку медичне страхування – це форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування [41; 87].

Не заперечуючи значущість зазначених вище визначень, автор вважає, що вони розглядають медичне страхування у дещо звуженому значенні, обмежуючи зміст цього поняття той площиною, в рамках якої вони його розглядають. Зробимо спробу надати авторське визначення «медичного страхування», як однієї з форм добровільного страхування в Україні [49].

На думку автора, під медичним страхуванням слід розуміти систему стосунків між страховиком і страхувальником, яка передбачає обов'язки страховика у здійсненні страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат на отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку, за допомогою якої формуються та витрачаються фонди грошових коштів для матеріального забезпечення осіб, які потребують медичної допомоги у разі виникнення страхового випадку та фінансування профілактичних заходів, спрямованих на підтримку здоров'я.

В широкому розумінні мета медичного страхування полягає в наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів. Основна мета медичного страхування полягає в зборі та капіталізації страхових внесків та надання коштом зібраних коштів якісної медичної допомоги страхувальникам відповідно до обраної програми страхування. Необхідно зауважити, що в перелік витрат з медичного страхування входить тільки медичне обслуговування страхувальників і не містить недоотриманого доходу. Відшкодування заробітку, втраченого під час хвороби, здійснюється вже в рамках державної системи соціального страхування на випадок тимчасової втрати працездатності.

У більш вузькому сенсі метою медичного страхування є підвищення якості та розширення обсягів медичного обслуговування за допомогою: акумулювання фінансових коштів на охорону здоров'я; створення економічних стимулів для медичних працівників в кінцевих результатах та підприємств і кожної людини у збереженні здоров'я.

В більш конкретному розумінні мета медичного страхування зводиться до його завдань, які можна поділити на соціальні та економічні.

Соціальні завдання медичного страхування полягають в наступному:

- охорона здоров'я населення;
- забезпечувати відтворення населення;
- сприяти розвитку сфери медичного обслуговування;
- створювати ринок медичних послуг населенню;
- зацікавлювати підприємців у збереженні здоров'я трудящих;
- підвищувати економічну зацікавленість населення у збереженні особистого здоров'я;
- забезпечувати правовий захист населення, лікувально-профілактичних установ та медичних працівників.

Економічні завдання медичного страхування наступні:

- фінансування охорони здоров'я;
- поліпшення матеріальної бази з охорони здоров'я;
- захист доходів громадян та їх сімей;
- перерозподіл коштів, які спрямовано на оплату медичних послуг, між різними групами населення;
- забезпечення рівності медичних установ з різною формою власності (державної, муніципальної, приватної) і конкурентні взаємовідносини між ними;
- підвищення економічній зацікавленості і відповідальності медичних установ і медпрацівників за кінцевий результат своєї діяльності. [165; 204].

Досліджуючи сутність медичного страхування зупинимося на його функціях.

Так Козменко О.В. пропонує звести функції медичного страхування до двох завдань: заміщення та доповнення.

Заміщувальна функція проявляється в тому випадку, коли основна функція з накопичення фінансових ресурсів для покриття витрат населення на медичні послуги і фінансування галузі охорони здоров'я в цілому припадає саме на медичне страхування. Тобто, у структурі витрат на охорону здоров'я витрати на медичне страхування мають найбільшу частку. Ця функція характерна для обов'язкового соціального медичного страхування і для добровільного медичного страхування в системі приватного фінансування.

Доповнювальна функція притаманна лише добровільному виду медичного страхування, коли пропонується додатковий обсяг медичних послуг, що не покриваються в системі обов'язкового медичного страхування. [116].

Стеценко В. Ю. до функцій страхування взагалі, і медичного страхування зокрема відносить такі функції: накопичувальну, відновлювальну, превентивну (профілактичну) та контрольну [163].

На думку автора такий підхід є більш точним, бо по-перше, медичне страхування це страхова категорія, а страхування, в свою чергу, є однією із самостійних ланок фінансової системи, якій в повному обсязі притаманні основні функції категорії фінансів – розподільча і контрольна. Також ряд вчених відзначають, що розподільча функція страхування проявляється через специфічні риси, які можна розглядати як самостійні функції страхування: накопичувальна, превентивна та відновлювальна [89, 162].

По-друге, саме виділення таких функції дозволяє виразити найважливіші риси, сутність і призначення медичного страхування, визначають його роль і місце в суспільстві.

Наявність цих особливостей дає можливість зробити деякі уточнення в функціях медичного страхування, а саме розглянути їх на рівні економічного та соціального значення (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Функції медичного страхування*

На рівні економічного значення	На рівні соціального значення
1. Накопичувальна функція	
формування спеціалізованих страхових фондів грошових коштів, тобто акумуляція коштів до єдиного резерву, з якого надалі і здійснюються необхідні виплати	проявляється в тому, що в разі тривалого стабільного здорового стану застрахованого, він може накопичувати так звані бонуси, що дають йому право в подальшому на отримання привілеїв (додаткові безкоштовні послуги, знижки тощо)
2. Відновлювальна функція	
проявляється в тому, що у випадку настання страхового випадку відбувається повне або часткове відшкодування завданих збитків (повна або часткова оплата медичних послуг)	проявляється в тому, що в разі настання страхового випадку відбувається повне або часткове відновлення здоров'я застрахованого (тобто відбувається сам факт надання медичної допомоги)
3. Превентивна функція	
сутність полягає в тому, що з метою збереження та накопичення страхових фондів, здійснюється фінансування заходів з недопущення або зменшення наслідків настання страхових випадків (фінансування лікувально-профілактичних заходів)	проявляється в тому, що з метою збереження та зміцнення здоров'я застрахованого, здійснюється фінансування заходів з недопущення або зменшення наслідків хвороби (факт проведення лікувально-профілактичних заходів)
4. Контрольна функція	
яка проявляється в тому, що страхові фонди мають суто цільову спрямованість – страхові внески акумулюються до страхового фонду на строго визначені цілі, використовуються в строго визначених випадках і строго визначеним колом осіб	суть полягає в тому, що страховики мають право контролювати застрахованих від навмисної заподії шкоди власному здоров'ю (шкідливі звички, тощо)

* Джерело: склав автор на основі [162]

Розглянувши цілі та функції медичного страхування перейдемо до розгляду питання яким чином вони досягаються.

Медичне страхування існує в двох формах: обов'язковій та добровільній. Незалежно в якій формі здійснюється медичне страхування, перед ним стоять однакові цілі та завдання, але це призводить до різних механізмів їх досягнення. У першому випадку ініціативу проявляє держава, яка бере на себе відповідальність за покриття витрат або всього населення, або основної його частини. У другому випадку – ініціативу проявляє людина або організація, яка діє від його імені [107].

Розглянемо детальніше особливості проведення медичного страхування в обов'язковій та добровільній формах.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) – один із найбільш важливих елементів системи соціального захисту населення у частині охорони здоров'я й одержання необхідної медичної допомоги в разі захворювання. Держава в особі своїх законодавчих і виконавчих органів визначає основні принципи організації ОМС, встановлює тарифи внесків, коло страхувальників і створення спеціальних державних фондів для акумуляції внесків на обов'язкове медичне страхування [169].

ОМС здійснюється на основі наступних принципів:

Всезагальність – всі громадяни країни незалежно від віку, статі, стану здоров'я, національності, місця проживання, рівня доходу, соціального становища тощо мають право на отримання гарантованого державою рівня медичних послуг.

Некомерційний характер – тобто отримані під час здійснення ОМС прибутки є джерелом поповнення страхових резервів системи такого страхування.

Обов'язковість сплати страхових внесків до фонду ОМС всіма юридичними особами та працюючими громадянами. Для непрацюючих осіб джерелом внесків до фонду ОМС є загальнодержавні фонди соціального страхування [167].

Державність – кошти ОМС є власністю держави, що виступає страховиком для непрацюючого населення і здійснює контроль за збором, перерозподілом і використанням коштів фондів ОМС, а також гарантує виконання зобов'язань перед застрахованими особами [202].

Для обов'язкового медичного страхування характерно те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих [169].

Обов'язкове медичне страхування проводиться на основі двох програм – базової та територіальної.

Базова програма приймається у відповідності з законодавчими актами, опрацьовується Міністерством охорони здоров'я і затверджується на рівні держави. Вона охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг для кожного громадянина [202].

Суб'єктами обов'язкового медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи.

Страховиками виступають незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію на право здійснювати обов'язкове медичне страхування. В системі ОМС страховиком можуть бути також фонди обов'язкового медичного страхування, що є державними некомерційними самоврядними організаціями, створені для реалізації державної політики в сфері медичного страхування.

Страхувальниками у разі обов'язкового медичного страхування для працюючого населення є юридичні особи (підприємства, установи, організації), для непрацюючого (дітей, школярів, студентів, осіб з інвалідністю, безробітних, що зареєстровані в установленому порядку та пенсіонерів) – державні органи управління та місцевого самоврядування.

Застраховані – це громадяни, на користь яких укладені договори страхування.

Медичні установи здійснюють свою діяльність на підставі договору зі страховими медичними організаціями, який передбачає обов'язок медичної установи надавати застрахованому складу населення медичну допомогу певного обсягу та якості в конкретні терміни (у межах програми обов'язкового медичного страхування) [169].

Для реалізації конкурентної моделі ОМС необхідно забезпечити ряд умов, головними з яких є: порівняльний «продукт» медичних установ, економічно обґрунтовані тарифи, надійна система вирівнювання ризиків, великий обсяг інформації [109].

Обов'язкове медичне страхування охоплює майже все населення але задовольняє лише ті потреби в медичному обслуговуванні, які входять до програм обов'язкового медичного страхування. Для надання більш широкого спектру медичних послуг використовується добровільне медичне страхування (ДМС).

На відміну від обов'язкового медичного страхування, як частини системи соціального страхування, що фінансується за рахунок цільового оподаткування та платежів з бюджету, добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності, яка регулюється Законом «Про страхування», що підписав Президент України 7 березня 1996 р. [135]

Метою добровільного медичного страхування є створення більш високого рівня медичної допомоги порівняно з обов'язковим медичним страхуванням і державною системою охорони здоров'я. Громадяни за власний рахунок, або роботодавці із власного прибутку купують поліси медичного страхування, таким чином реалізують систему добровільного медичного страхування.

Розміри страхових внесків з добровільного медичного страхування встановлюються страховими медичними організаціями самостійно і залежать від якості застрахованих ризиків, правил страхування, прийнятих конкретним страховиком, вартості медичних та інших послуг, числа застрахованих. Процедура визначення внесків регулюється теорією акуратних розрахунків [74].

Суб'єктами добровільного медичного страхування є: страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи.

Страховиками у разі добровільного медичного страхування виступають страхові компанії, які мають статус юридичної особи та мають ліцензії на право здійснювати добровільне медичне страхування.

Страхувальниками є юридичні особи або дієздатні фізичні особи, що уклали зі страховиками договори страхування.

Основними страхувальниками з добровільного медичного страхування є підприємства, що укладають договори колективного страхування на користь своїх працівників, і сплачують страхові внески з одержаного прибутку [169].

Добровільне медичного страхування є частиною особистого страхування, що складає систему страхування, як важливого виду фінансово-комерційної діяльності, і дещо відрізняється від обов'язкового медичного страхування. Відмінності обов'язкового та добровільного медичного страхування можна класифікувати за наступними критеріями (табл. 1.2): [77].

Таблиця 1.2

Відмінності обов'язкового та добровільного медичного страхування *

1. Класифікація галузей	- ОМС - один з видів соціального страхування; - ДМС - один з видів особистого страхування.
2. Коло страхувальників	- для ОМС характерне загальне охоплення; - для ДМС характерно вибіркове охоплення
3. Інструменти правового регулювання	- ОМС регламентується законом загальнообов'язкового страхування; - ДМС регулюється чинним цивільним законодавством та спеціальним страховим законодавством.
4. Суб'єктний склад	- ОМС здійснюють, як правило, державні страховики та страхувальники – це є роботодавці та держава; - ДМС здійснюють приватні страховики та страхувальники – це є юридичні та фізичні особи.

5. Порядок встановлення умов страхування	- у ОМС визначається державою; - у ДМС визначається комерційними страховими організаціями за згодою органів з нагляду за страховою діяльністю.
6. Джерела фінансування	- у ОМС - це внески роботодавців, державний бюджет; - у ДМС - це особисті доходи громадян, прибуток роботодавців.
7. Об'єм страхового покриття	- у ОМС - мінімальний об'єм послуг, що затверджений компетентними органами державної влади; - у ДМС - програма страхування та об'єм послуг встановлюється правилами та договором страхування.
8. Контроль якості медичних послуг	- у ОМС контроль здійснюється компетентним органом державної влади; - у ДМС система контролю якості встановлюється договором страхування

**Джерело: Склав автор на основі [77]*

Розглянемо загальні методи та функції медичного страхування (рис. 1.2).

Існування цих двох форм і дає привід розглядати медичне страхування або як частину державного соціального страхування, або як підгалузь особистого страхування. Але, не зважаючи на те, що наявність цих двох форм призводить до існування певних особливостей щодо суб'єктів страхування і умов страхового захисту, суть та соціально-економічне призначення медичного страхування не змінюється.

На думку провідних фахівців у галузі ДМС потрібно обов'язково відбирати продукти медичного страхування, які відрізняються за вартістю, переліком запропонованих послуг та розміром страхового покриття. Страхові продукти необхідно групувати для різних верст населення з низьким доходом, з середнім та високим рівнем доходу по групах (табл. 1.3).

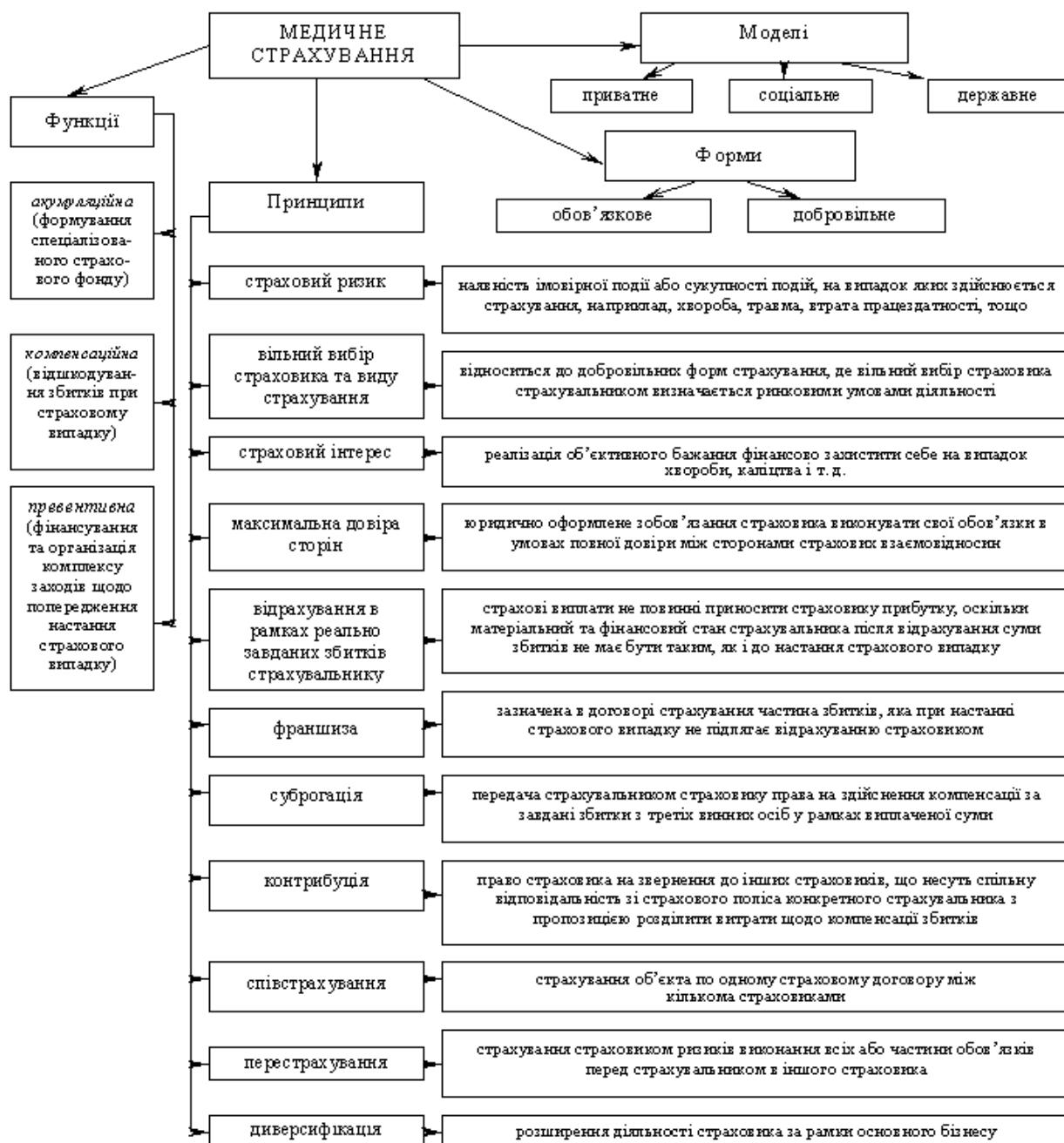


Рис. 1.2. Функції та методи медичного страхування [169]

З метою залучення нових і збереження лояльних клієнтів страхові компанії повинні приділяти багато уваги якості послуг, які вони надають. Глибокий аналіз страхових послуг і бізнес - процесів в сфері ДМС дає можливість визначити напрями підвищення ефективності діяльності страхових компаній, які будуть формувати певний рівень попиту у потенційних клієнтів.

Безсумнівно, за медичним страхуванням майбутнє, але для багатьох людей вже зараз є можливість отримувати якісне медичне обслуговування. За місцем роботи організувати колектив для придбання медичних страховок (навіть за свої гроші колективно дешевше ніж індивідуально) або особисто звернутися в страхову компанію за полісом медичного страхування.

Таблиця 1.3

Характеристика страхових продуктів ДМС для різних верств населення*

Рівень доходу населення	Франшиза	Термін дії договору	Перелік послуг, що охоплює страховий поліс**	Вид клініки
Низький	Немає	1 рік	Медикаменти; амбулаторно-клінічне лікування; невідкладна допомога, включно після ДТП	Держана
			Невідкладна стаціонарна допомога; забезпечення медикаментами в разі захворювання на грип та його ускладнювання	
			Невідкладна медична та стаціонарна допомога; забезпечення медикаментами	
Середній			Амбулаторно-поліклінічне обслуговування; стоматологічна допомога; швидка медична допомога; стаціонарне лікування	Приватна
			Відшкодування медикаментів; амбулаторно-клінічне лікування; невідкладна допомога; Невідкладне стаціонарне лікування	
Високий			Відшкодування витрат на відкладну медичну допомогу та невідкладне стаціонарне лікування; стоматологічне лікування; швидка медична допомога	
	Відшкодування витрат на невідкладну медичну допомогу та невідкладне медичне лікування			
	Всі можливі послуги зі страхування життя			

*Джерело: склав автор на основі [31]

** Перелік послуг, що охоплює страховий поліс відрізняється залежно від середньої страхової суми та вартості страхового полісу

Сьогодні загострюється необхідність створення умов для розвитку добровільного медичного страхування в Україні та поступового впровадження обов'язкового, зокрема з прийняттям Закону України «Про правий статус пацієнтів», прийняття нової редакції Закону України «Про лікарські засоби» та Закону України «Про вироби медичного призначення». Ці закони дозволять створити відповідну інфраструктуру і закріпити механізм взаєморозрахунків страхової компанії і медичного закладу з метою створення умов для розвитку ринку страхових послуг і створення не тільки приватних, а й державних / комунальних страхових компаній, які повинні забезпечувати страхування фізичних осіб в рамках передбаченої програми обов'язкового медичного страхування.

Як підсумок зазначимо, що медичне страхування це – сукупність форм страхування, які передбачають обов'язки страховика у здійсненні страхових виплат у розмірі часткової або повної компенсації витрат на отримання медичної допомоги в разі настання страхового випадку, визначених чинним законодавством або договором страхування, коштом спеціально сформованих фондів.

На підставі вищевикладеного економічну сутність медичного страхування можна розглядати через компенсацію витрат на отримання медичної допомоги з коштів спеціально сформованих фондів.

1.2. Особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України

Перехід України до соціально спрямованої ринкової економіки потребує від держави посилити роль та значення галузей, діяльність яких безпосередньо направлена на обслуговування людини, її самовдосконалення та розвитку. І це здебільше стосується охорони здоров'я, адже збереження й розвиток здоров'я населення є головним чинником сталого економічного та соціального розвитку суспільства та основною функцією держави. Саме на

цьому ще в I ст. до н.е. наголошував видатний римський громадський діяч Гай Юлій Цезар, наголосивши, що здоров'я народу – головна турбота держави [99].

Сьогодні, перед нашою державою постає вкрай складне завдання: для здійснення якісної медичної допомоги в необхідних обсягах, особливо для соціально незахищених верств населення необхідні значні фінансові асигнування у систему охорони здоров'я України, адже вона повністю перебуває на бюджетному фінансуванні, і можливість залучення інших джерел фінансування стримується як законодавством, так і негативним ставленням державних органів управління охороною здоров'я до ринкових механізмів з охорони здоров'я. Потребує доопрацювання існуюча система медичної допомоги (рис. 1.3.).

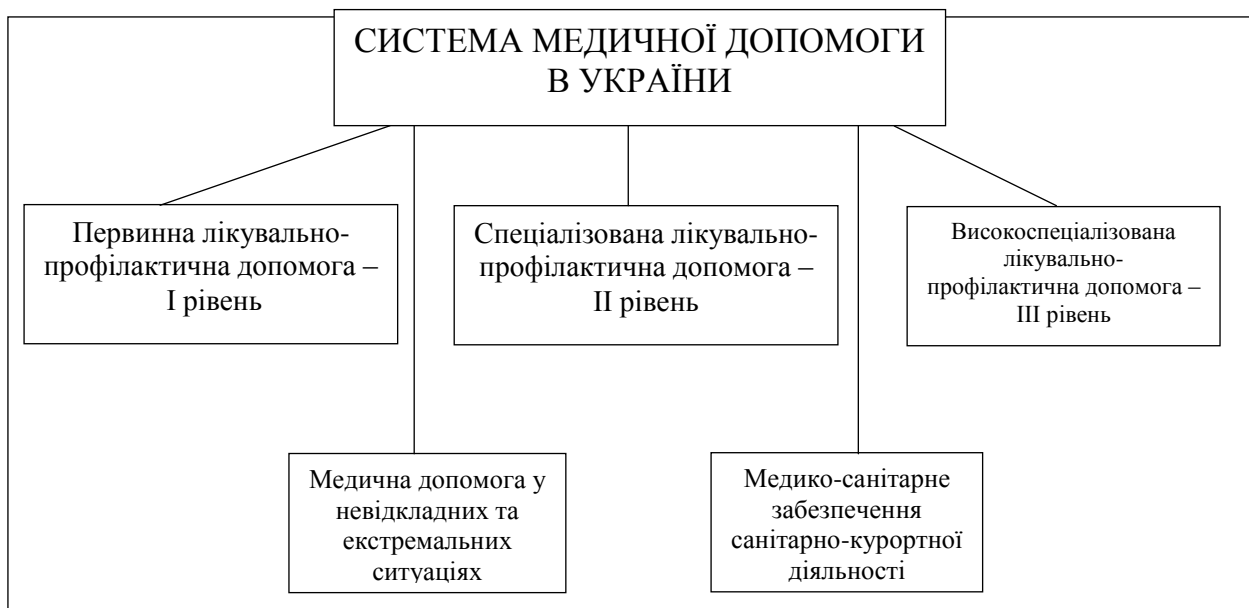


Рис. 1.3. Існуюча система медичної допомоги в Україні [112]

Сьогодні ефективне функціонування ринку медичного страхування потребує його адаптації до нових тенденцій в економіці. Як результат, виникає потреба у створенні комплексних продуктів, які б поєднували послуги як страхового, так і фінансового ринків. З огляду на це зробимо

спробу визначити сутність ринку медичного страхування та особливості його формування в Україні.

Перш за все визначимо зміст поняття «страхового ринку» взагалі. Так, Скамай Л.Г. та Мурзина Т.Ю. вважають, що «У широкому сенсі слова під страховим ринком слід розуміти сукупність економічних відносин з приводу купівлі-продажу страхового продукту (страхового захисту), в основі яких полягає формування попиту і пропозиції. Об'єктивна основа розвитку страхового ринку - це необхідність забезпечення безперервності відтворювального процесу із створення цільових фондів грошових коштів, призначених для захисту майнових інтересів населення в приватній і господарській діяльності від несподівано прийдешніми, випадковими за своєю природою несприятливими обставинами, що супроводжуються збитками» [151].

На думку Жилкіної М.С., «страховий ринок – це економічний механізм, який би з'єднав інтереси страхувальників і страховиків щодо страхових послуг» [72].

Єфімовим С.Л., Лозовським Л.Ш., Райзбергом Б.А. запропоновано наступне визначення: «Ринок страхової – система економічних відносин між страхувальниками, страховиками, третіми особами, що виникають з приводу купівлі-продажу специфічного товару, страхове покриття в процесі задоволення потреб у страховому захисті. Складається в умовах існування великої кількості страховиків, що пропонують однорідні страхові послуги» [152].

На думку Феоктистової Н.А., «страховий ринок – сукупність економічних відносин, що виникають при формуванні та використанні коштів страхового фонду за допомогою реалізації механізму купівлі-продажу страхової послуги за участю страхових організацій, покупців страхових послуг, інших юридичних і фізичних осіб» [177].

Всі наведені визначення доводять, що спільним у них є: сукупність економічних відносин, наявність страхового захисту та формування попиту та пропозиції.

Що стосується страхового ринку на рівні регіонів України, то він враховує певні особливості, пов'язані з формуванням попиту на певній території на конкретні страхові продукти (рис. 1.4).

Що стосується ринку медичного страхування, то на думку автора, це є певна сфера фінансових стосунків і є особливою соціально-економічною структурою, що об'єднує різні суб'єкти, які переслідують свої специфічні інтереси і виконують певні функції.

Ринок добровільного медичного страхування в Україні має великий потенціал розвитку. Розглянемо історичний досвід та етапи розвитку ринку медичного страхування в Україні.

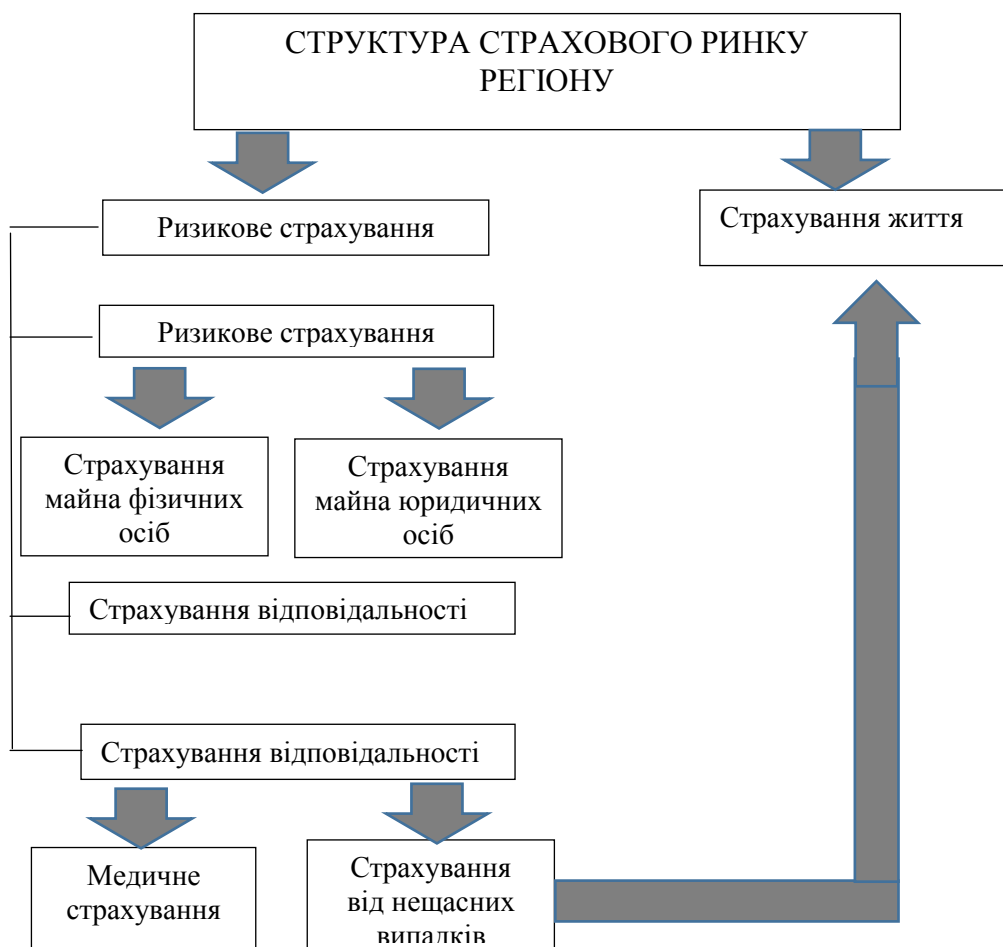


Рис. 1.4. Структура страхового ринку регіону (склав автор на основі: [177])

В Україні історично склалася державна система фінансування охорони здоров'я. За даними досліджень проведених на замовлення Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні частина видатків на охорону здоров'я, що фінансується з податкових надходжень до державного бюджету складає 57,59 % від усіх видатків на охорону здоров'я, а інша частина, що складає 42,41 %, - з приватних коштів [14].

Необхідно відмітити, що державна система охорони здоров'я ефективно працює лише за умови достатніх ресурсів у країні, а приватна система охорони здоров'я є результативною для заможних груп населення. Натомість система, що заснована на засадах страхової медицини, яка існує у більшості європейських країн та охоплює 70-100 % населення, добре функціонує за різних фінансових умов [112].

В уставі Всесвітньої організації охорони здоров'я, від 22 липня 1946 року проголошується: «...уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я» [175]. В усі часи влада приділяла особливу увагу проблемам ефективної організації та фінансовому забезпеченню галузі охорони здоров'я. На сучасному етапі розвитку суспільства ці проблеми в розвинутих країнах світу вирішуються, здебільшого, за допомогою страхової медицини, важливим елементом якої є медичне страхування.

Поглиблене розкриття економічної природи та суті медичного страхування вимагає на погляд автора розгляду історичних аспектів його становлення, які необхідно розглядати відповідно до соціально-економічного розвитку суспільства в цілому, оскільки це дасть змогу оцінити співвідношення між потребами людей в медичній допомозі і мірою їх задоволення, а також зробити висновки про розвиток системи охорони здоров'я, як важливу складову соціального страхування.

Сучасні принципи соціального страхування походять від старогрецьких і давньоримських правил, що забезпечували функціонування так званих організацій взаємодопомога, яка складалася у рамках професійних колегій і займалися збором коштів і їх виплатою у разі набуття нещасного випадку, отримання травми, втрати працездатності в результаті хвороби або каліцтва. [186].

У XIII столітті вперше виникли організаційні засади соціального страхування в м. Дубровик на Балканах, де була визначена програма страхування здоров'я з відповідними внесками застрахованих осіб [202].

Зародження елементів соціального страхування і страхової медицини в Україні відносять до XVIII – початок XIX ст. і проглядається через призму тодішнього державного устрою країни, коли в царській Росії на капіталістичних підприємствах почали з'являтися каси взаємодопомоги. Але, на наш погляд, перші прояви елементів соціального страхування з'являються ще за часи Київської Русі. В X ст. в Київській Русі закладаються перші монастирі з усіма функціями раннього християнства – лікування, піклування вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Ці функції також були закріплені Статутом Великого князя Володимира і «Руською правдою» Ярослава Мудрого.

Тому I етап тривав з X до середини XIX ст., і характеризується обов'язковою церковною та державною добродійністю.

Медичне страхування і страхова медицина в Україні своєю появою завдячують фабрично-заводській медицині, і проявом цього процесу в Україні стало виникнення лікарняних кас, які вже на той час існували в Німеччині та інших країнах Європи [202].

Першим промисловим підприємством, де в 1870 р., тобто через чотири роки після введення названого вище положення і за 42 роки до прийняття закону про страхування, була вперше в Україні створена лікарняна каса, став адміралтейський завод «Россуд» в м. Миколаєві. Таким чином, лікарняну касу в м. Миколаєві можна вважати однією з

перших організаційних форм первинної ланки надання медичної допомоги на страхових засадах в Україні [87].

В кінці XIX і на початку XX сторіччя запровадження медичного страхування як частини системи соціального страхування стало невід'ємною вимогою політичного робітничого руху в Україні. Після революційних подій 1905 р. царський уряд змушений був розпочати розробку проекту закону про соціальне страхування й одночасно, не чекаючи прийняття цих законів, дозволив робітникам організовувати лікарняні каси [202].

До початку першої світової війни в Харківській і Київських губерніях було організовано відповідно 68 % і 75,5 % запланованих до відкриття лікарняних кас. На цей період у тій же Єкатеринославській губернії, як одному із промислових районів півдня України, існувало 135 лікарняних кас, де основні ключові позиції належали працедавцям. Однак загальне охоплення соціальним медичним страхуванням в Україні було надто низьким і не перевершувало 2 % від загальної чисельності населення країни [76].

Така ситуація склалася завдяки тому, що система страхування поширювалась тільки на тих осіб, які були зайняті на великих фабрично-заводських, гірських, судноплавних і залізничних підприємствах. Страхування не охоплювало робітників, зайнятих у будівництві, сільському господарстві, торгівлі і в інших галузях виробництва, а також прислугу і тимчасових робітників [105].

В Україні функціонували лікарняні каси двох типів: заводські і об'єднані. Заводські каси здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організовували надання безплатної медичної допомоги членами їхніх сімей. У 1913 р. урядом запропоновано доповнення до статуту лікарняних кас, що давали їм право організовувати лікарняні, амбулаторії, санаторії, аптеки. З організацією лікарняних кас медична допомога працюючим людям та членам їхніх сімей дещо поліпшилася і стала для них доступнішою. Лікарняні каси створювалися не тільки у великих промислових центрах України, а й в окремих повітах, губерніях, селищах [202].

II етап тривав з липня до жовтня 1917 р. і характеризується введенням загальнообов'язкового соціального і медичного страхування.

Активного розвитку страхова медицина в Україні отримала після Лютневої революції 1917 р. З приходом до влади Тимчасового уряду і під час здійснення спроби соціалізації держави почалися реформи в області обов'язкового медичного страхування, що виявилось у розповсюдженні страхування практично у всіх галузях промисловості і охопило широкі версти населення. Відбулося значне збільшення числа лікарняних кас, які водночас об'єднувалися у великі страхові організації, що дозволяло їм значно менше залежали від підприємців.

Загалом у дореволюційний період в Україні була створена власна система страхової медицини [202].

Після Жовтневої революції 1917 р. реформа соціального страхування розпочалась з прийняття Декларації Народного Комісаріату праці про введення «повного соціального страхування». Відповідно до цього закону страхування поширювалось на усі категорії найманих робітників, а також на міську і сільську бідноту. Витрати із страхування покладалися на підприємців і державу. В цілях виконання Декларації були прийняті ряд постанов. 14 листопада 1917 р. Рада Народних Комісаріатів видала декрет «Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів підприємств» [105].

Джерелами фінансування для формування коштів лікарняних кас відповідно до положення про забезпечення робітників у разі хвороби стали внески учасників медичного страхування у розмірі від 1 % до 2 %, а при чисельності учасників страхування менше 500 осіб – 3 % від заробітної плати. Іншими джерелами були доплати власниками підприємств у розмірі 2/3 від суми внесків учасників страхування.

Кошти лікарняних кас, що призначалися для оплати медичної допомоги, формувалися як в обіговий, так і в резервний капітал. Обіговий капітал складався із внесків та доплат, а також прибутків з майна каси та

тимчасових надходжень, і спрямовувався на поточні витрати. Резервний капітал формувався із відрахувань та доплат у розмірі 5 % і виконував функцію резерву обігових коштів, а у разі їх витрачення спрямовувався на поточні заходи [202].

Декрет Раднаркому України “Положення про страхування на випадок хвороби” від 2 травня 1919 р. запровадив страхування у вигляді грошової допомоги на всіх осіб, котрі були зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські й окружні лікарняні каси за рахунок внесків працедавців (10 % від фонду заробітної плати) та інших надходжень. Лікарняні каси надавали безплатну лікарську допомогу робітникам, зокрема ліками й перев’язувальними матеріалами [76].

Слід зазначити, що у той час склалися дві системи охорони здоров'я: державна (радянська) медицина, створена на основі земської і міської медицини, що підпорядковувалась Народному Комісаріату охорони здоров'я, і страхова (робоча) медицина, яка підпорядковувалась Народному Комісаріату праці.

У якісному відношенні ці дві системи були незрівнянні, проте почалася політика їх злиття, логічним продовженням якої стало прийняття декрету від 31 жовтня 1918 р., яким було затверджено «Положення про соціальне забезпечення працюючих». У цьому документі термін «страхування» був замінений на термін «забезпечення», що відповідало концепції радянського уряду, згідно якої Україна, у складі Росії, після Жовтневої революції 1917 р. стала соціалістичною, а отже соціалістичний інститут соціального забезпечення повинен був прийти на зміну капіталістичному інституту соціального страхування [105].

Тому, прийнята потім постанова Раднаркому “Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас” Народному Комісаріату охорони здоров'я слугували основою для одержавлення страхових організацій і ліквідації лікарняних кас [188].

III етап тривав з 1921 р. – до 1929 р. характеризувався введенням елементів страхової медицини в часи НЕПу.

У березні 1921 р. Україна переходить до нової економічної політики (НЕП), що стало для системи охорони здоров'я поступовим відступом від бюджетної системи фінансування і привело до передачі медичних закладів на фінансування місцевим бюджетам з різким скороченням фінансування та до введення часткової оплати за отриману медичну допомогу.

НЕП створив сприятливі умови для відновлення принципів страхової медицини. В Україні було організовано унікальну систему робітничої медицини. Головну роль тут відіграв Декрет Раднаркому України від 10 грудня 1921 р. "Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника" [20].

Передбачалось також прикріплення медичних закладів до промислових підприємств для надання медичних послуг робітникам і службовцям. Управління медичною допомогою у структурі Народного Комісаріату охорони здоров'я України здійснював відділ робітничої медицини. Однак охорона здоров'я робітників залежала ще й від закладів Народного Комісаріату праці та органів соціального страхування. Для узгодження діяльності цих відомств на місцях створювалися губернські страхові ради, а в центрі – Українська страхова рада. З метою організації спеціалізованих видів медичної допомоги для робітників у 1923 р. було створено лікувальне бюро.

Внески працедавців у бюджет на соціальне страхування становили 28 %. У структурі бюджету був страховий фонд лікарської допомоги – фонд «Г». при цьому він розглядався як дотаційний до державного бюджету і давав змогу залучати гарантовані додаткові кошти для покращення медичного обслуговування робітників та їх сімей. Головне призначення страхового фонду (85% асигнувань) – створення основного фонду лікарської допомоги для витрат на місцях органами Народного Комісаріату охорони здоров'я для створення запасного фонду лікарської допомоги, а 5 % - Народному

Комісаріату соціального забезпечення, який через свої органи управління на місцях стягував з підприємств, установ, фізичних осіб податки, що призначалися для лікування застрахованих [202, 44].

Весь бюджет охорони здоров'я за період існування робітничої медицини в Україні складався із державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги та інших джерел. У роки НЕПу питома вага асигнувань на охорону здоров'я за рахунок страхового фонду становила майже половину (44–49,5 %) усіх коштів, місцевих бюджетів – більш як третину (31,6–35,3 %), а державних асигнувань – лише 8,0–9,6 % [76].

На відміну від інших республік Радянського Союзу, робітнича медицина в Україні отримала значний розвиток. Її мережа була тісно пов'язана з працюючими через страхові каси, фабричні та заводські комітети, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій при поліклініках. Кількість робітничих поліклінік в Україні зросла з 54 (на момент створення) до 101 у 1923 р.

У 1923 р. в підпорядкування робмеду перейшли всі заклади великих промислових підприємств України, а в 1924–1925 рр. у цій системі перебувало 207 амбулаторій, 301 фабрично-заводський медпункт, 18 тубдиспансерів, 10 санаторіїв, 3 венеричні диспансери. У 1923 р. в Харкові було відкрито перший інститут робітничої медицини [202].

Таким чином, в Україні знову було створено власну модель страхової медицини – систему робітничої медицини, що розвивалася паралельно з мережею закладів охорони здоров'я Народного Комісаріату охорони здоров'я. Це не суперечило основним принципам тодішньої державної системи охорони здоров'я.

У період існування НЕПу та робітничої медицини у діяльності органів охорони здоров'я і медичних закладів з'явилися окремі риси, які були притаманні ринковим відносинам. У Криму з метою знаходження додаткових джерел фінансування Інститут лікування ім. Сеченова і частина лабораторії

Бактеріологічного інституту перейшли на самоокупність, а відділ охорони здоров'я міста Севастополя взяв в оренду макаронну фабрику, отримав право відкривати комісійні магазини і встановив чотири категорії оплати праці лікарів залежно від обсягу та характеру роботи [76].

Систему робітничої медицини України, яка активно використовувала принципи страхової медицини і елементи ринкових відносин, спіткала чергова невдача. У 1927 р. згідно з постановою уряду «Про утвердження принципу державної охорони здоров'я» її було скасовано і розпочато функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння наданням медичних послуг і фінансування за залишковим принципом [202].

З 1927 р. до 1991 р. в Україні існувала державна система охорони здоров'я.

Деякий час професійні спілки ще вносили в державний бюджет частину коштів соціального страхування для фінансування безкоштовної медичної допомоги усьому населенню країни. Але з часом, а саме з 23 березня 1937 р. Постановою Ради Народних Комісарів професійні спілки були звільнені від внесення засобів до державного бюджету на потреби охорони здоров'я. І, таким чином, функцію фінансування безкоштовного медичного обслуговування усього населення країни держава повністю узяла на себе.

Цей період ми не відносимо до етапів розвитку медичного страхування, в наслідок повної відсутності будь-яких його проявів.

Наступний, IV етап триває з 1991 р. і характеризується як період відродження медичного страхування в Україні у зв'язку з переходом до ринкової економіки.

На нашу думку цей етап можна поділити на декілька періодів.

1 період: з 1991 р. до 1993 р. – період створення перших законодавчих актів щодо регулювання діяльності на страховому ринку.

Україна, як і інші колишні республіки СРСР, переживає в цей період глобальні перетворення в усіх сферах життя, зокрема і в охороні здоров'я.

Чимало проблем, що існували на той час в сфері охорони здоров'я суттєво загострюються у зв'язку з нестачею коштів. Саме тоді політики та керівники системи охорони здоров'я почали активно обговорювати необхідність впровадження обов'язкового медичного страхування, щоб вирішити питання дефіциту фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я.

Верховна Рада України у листопаді 1992 р. приймає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я », в якому ст. 18 було визначено: «Фінансування охорони здоров'я здійснюється з Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, фінансування державних і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення.

Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян. Питання організації медичного страхування населення і використання страхових коштів визначаються відповідним законодавством» [125]. Певне значення для подальшого розвитку обов'язкового та добровільного страхування мав прийнятий 10.05.1993 р. Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування». В цьому Декреті проголошувалось, що медичне страхування може проводитись в формі добровільного або обов'язкового страхування. Але не були встановлені конкретні види умови та порядок здійснення обов'язкового медичного страхування.

2 період: з 1993 р. по 1996 р. – період, коли закладалися основи для подальшого розвитку медичного страхування.

Наступним важливим кроком на шляху до створення та визначення принципів функціонування системи медичного страхування в Україні стало схвалення Верховною Радою України у грудні 1993 р. Концепцію соціального забезпечення населення України. Ця Концепція чітко окреслила основні принципи, на яких мала будуватися система соціального страхування в Україні.

3 період: з 1996 р. до 2001 р. – період, формування основної законодавчої бази функціонування медичного страхування.

Верховна Рада України від 07.03.1996 приймає Закон України «Про страхування», де медичне страхування визначають як вид добровільного страхування (безперервне страхування здоров'я та страхування на випадок хвороби), так і вид обов'язкового страхування, що здійснюється на засадах, встановлених цим законом. 14.01.1998 прийнято Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», в якому медичне страхування було визначено як один з видів соціального страхування поряд з пенсійним страхуванням, страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, на випадок безробіття, та від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання.

4 період: з 2001 р., коли Верховною Радою України 04.10.2001 було прийнято Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування», який значно розширює та конкретизує види добровільного страхування. Прийняття цього закону стало необхідною умовою для подальшого розвитку страхової системи в державі. З прийняттям нового закону пріоритетним видом страхування для багатьох страхових компаній стало добровільне медичне страхування, яке згідно із законодавством здійснюється як безперервне страхування здоров'я і страхування здоров'я на випадок хвороби [202].

Щодо обов'язкового медичного страхування, то воно не набуло подальшого розвитку через відсутність чіткої законодавчої бази. З 2002 р. активізується інтерес, щодо введення обов'язкового медичного страхування.

На сьогодні було запропоновано 14 законопроектів, які активно обговорюються упродовж тривалого часу представниками охорони здоров'я і органами державної влади, але жодних конкретних кроків так і не відбулось.

Останній законопроект «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» подавався на розгляд 5 квітня 2013 р., але і цей законопроект піддався жорсткій критиці з боку представників страхового ринку. Основні недоліки вбачаються в створенні монопольного страховика в особі Фонду медичного страхування, а також в відсутності можливості придбати фізичними особами та підприємствами програм добровільного медичного страхування на ринкових умовах, що в розрізі демографічної кризи не виправить ситуацію з дефіцитом фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я, а навпаки посилить її.

Сьогодні в Україні сформована структура ринку добровільного медичного страхування. Цей ринок є багаторівневою системою, яка складається із взаємозалежних зв'язків між усіма структурними одиницями. В його структуру входять державні органи нагляду за страховою діяльністю (Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг), недержавні страхові об'єднання (Асоціація «Українське медичне страхове бюро», Ліга страхових організацій України), страхові компанії, страхові посередники (страхові або перестрахові брокери, страхові агенти), медичні заклади, служби асістанс та споживачі (рис. 1.5).

На розвиток ринку медичного страхування регіонів України впливають ряд чинників, серед них такі:

- законодавчі;
- економічні;
- соціальні;
- геополітичні;
- культурні;
- бюджет регіону.

Першою з проблем медичного страхування є відмова страховиків під

будь-яким приводом від оплати лікування страхувальника. Найбільш поширена причина - клієнт не попередив про свої хронічні захворювання. Часто лікар-куратор страхової компанії просто маніпулює хронічними хворобами клієнта.

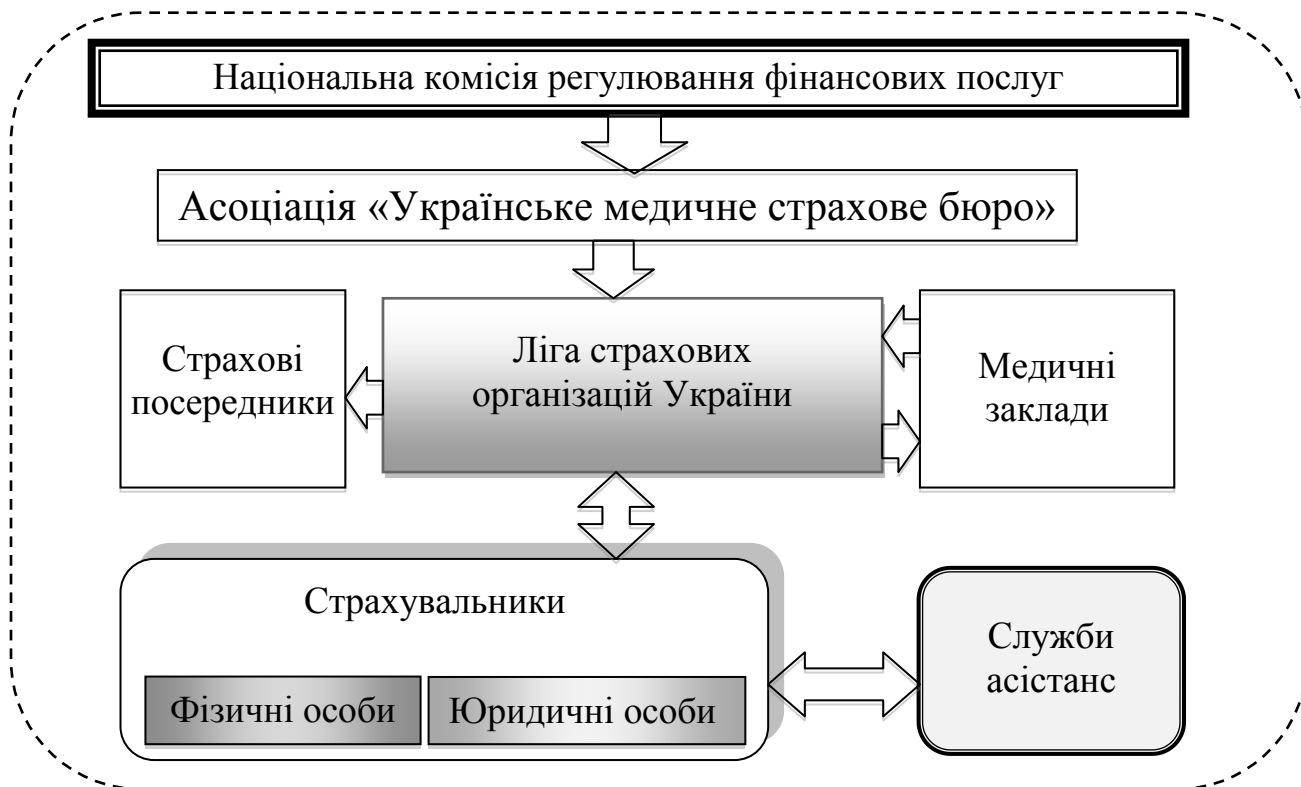


Рис. 1.5. Існуюча структура ринку добровільного медичного страхування (склав автор на основі: [202])

Другою проблемою є неякісне медичне обслуговування страхувальників та низький рівень кваліфікації лікарів зі списку страхової компанії. Якби страхові компанії надавали можливість вибирати лікарів, клієнтів у страхових компаніях було б набагато більше [193].

На жаль, не зважаючи на певні досягнення у страхової діяльності, у галузі ДМС, український ринок медичного страхування не має достатнього рівня розвитку, який би відповідав стандартам провідних країн світу. Існує ряд об'єктивних причин, які гальмують розвиток ринку медичного страхування взагалі, зокрема добровільного медичного страхування. Серед них:

- ✓ недовіра населення до діяльності існуючих на ринку страхових

компаній;

- ✓ економічна та політична нестабільність в країні;
- ✓ низка якість життя населення;
- ✓ недостатня розвиненість страхового ринку взагалі;
- ✓ недосконале законодавство у сфері страхування;
- ✓ низький рівень доходів населення;
- ✓ низький рівень медичної допомоги;
- ✓ недостатній рівень подання інформації щодо добровільного медичного страхування населення.

На рівні регіонів добровільне медичне страхування розвивається дуже повільно. Впровадження системи обов'язкового медичного страхування, як частини соціальних нарахувань на заробітну плату підтримується на рівні Міністерства охорони здоров'я, так і з боку Ліги страхових організацій. Але, на жаль, є деякі речі, які стримують впровадження цієї системи в Україні:

- ✓ відсутність відповідної нормативної бази;
- ✓ відсутність відповідних медичних стандартів;
- ✓ відсутність фінансових стимулів для лікарів та медичних працівників;
- ✓ недостатність навичок і вмінь, які мають сьогодні працівники системи охорони здоров'я;
- ✓ відсутність договірної форми стосунків між платником та постачальником послуг.

Всі перелічені проблеми роблять систему медичного страхування непрозорою та перешкоджають входу на вітчизняний ринок іноземних страхових компаній.

Ще однією проблемою, яка перешкоджає розвитку системи медичного страхування в Україні є неможливість для лікувальних закладів заробляти кошти. Вони не бачать перспектив роботи зі страховими компаніями. Що стосується приватних клінік, там ситуація краще, але не всі клініки орієнтуються на співпрацю зі страховими компаніями, не дивлячись на те, що страхові компанії роблять вигідні пропозиції.

Кроки, які необхідно зробити владі для розвитку добровільного медичного страхування, пов'язані зі специфікою оподаткування страхових компаній - учасників ринку ДМС. Податкове навантаження для страхових компаній, які займаються ДМС, діє на загальних для страховиків підставах і не стимулює останніх займатися цим видом послуг, що відрізняється ресурсоемністю і високим рівнем виплат (високі витрати пов'язані з соціальною значимістю виду і його функціональної специфікою).

Дослідження історичного та логічного аспектів формування вітчизняного ринку медичного страхування у регіонах України, дало підставу аргументувати висновок, що для подальшого розвитку охорони здоров'я України необхідна виважена, розвинута система медичного страхування. Це вимагає комплексної розробки теоретичних, методичних і практичних аспектів її формування та функціонування, дослідження та переосмислення сутності і ролі медичного страхування у сучасних макроекономічних умовах.

1.3. Світовий досвід в фінансуванні та організації системи охорони здоров'я

Світової досвід фінансування та організації системи охорони здоров'я вказує на необхідність нового, комплексного соціально та економічно обґрунтованого підходу до формування системи медичного страхування в Україні.

Існує три основні види фінансування охорони здоров'я:

- ✓ державне (бюджетне), що фінансується переважно з бюджетних джерел (Великобританія, Данія);
- ✓ соціальне страхування, що фінансується з цільових внесків підприємців, громадян та субсидій держави. При цьому переважає фінансування з позабюджетних фондів (Німеччина, Швеція, Франція);
- ✓ приватне, фінансування відбувається з внесків за добровільне медичне

страхування і з реалізації платних медичних послуг (США, Ізраїль, Ю. Корея, Нідерланди).

Жодна з цих форм фінансування не використовується в чистому вигляді, але залежно від домінуючого джерела фінансування виділяють країни з переважно державною (національною) системою охорони здоров'я, переважно з системою охорони здоров'я, заснованою на засадах страхової медицини, переважно з приватною системою. В провідних країнах Європи та Світу система медичного страхування використовується понад 100 років. На сучасному етапі формування системи медичного страхування доцільним буде звести систематизацію усіх існуючих систем медичного страхування у три моделі (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Моделі фінансування охорони здоров'я у світі*

Ознака	Державна або бюджетна (система Беверіджа)	Страхова медицина або бюджетно-страхова (система Бісмарка)	Змішана або приватнопідприємницька
Мета функціонування	Здійснення повноцінної профілактики та лікування, доступних кожному громадянину без винятку	Використання страхових коштів для працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях, непрацездатності і в старості. Ядро моделі – інститут обов'язкового соціального страхування	Визначається різними пропорціями між коштами державного бюджету, медичного страхування та медичними послугами, що оплачуються безпосередньо пацієнтом та несє риси індивідуального захисту
Основні принципи	Основні принципи: універсальність соціального забезпечення, єдність в соціальному забезпеченні та інтеграція різних форм соціального забезпечення	Обов'язкова солідарна взаємодопомога працівників і роботодавців, соціальним забезпеченням управляють безпосередньо роботодавці і працюючі, соціальне забезпечення залежить від трудової діяльності	Використається принцип еквівалентності страхових внесків і виплат, що вносять і одержують конкретні особи
Країни-представники	Велика Британія (з 1948 р.), Данія, Ірландія, Іспанія, Канада, Італія, (з 1986 р.), Шотландія	Німеччина (з 1981 р.), Бельгія, Австрія, Швейцарія, Греція, Люксембург, Голландія, Японія, Швеція, Франція, Нідерланди	США, Португалія, країни Латинської Америки
Рівень централізації та фінансування	Притаманна країнам із помірним рівнем централізації ВВП у бюджеті в межах 35 – 45%	Застосовується у країнах з високим рівнем державної централізації ВВП, а саме 50 – 60 %	Застосовується у країнах з незначним рівнем централізації ВВП – близько 25 – 35 %, де переважають кошти фізичних осіб

Джерело: [147]

Розглянемо досвід розвинутих країн світу щодо системи медичного страхування та охорони здоров'я.

Система медичного страхування у США базується на сполученні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Найбільш поширеною є приватна система медичного страхування, яка є децентралізованою та мало залежить від державного управління та регулювання. Тобто, здоров'я громадян є суто приватною справою кожного. В основному всі страхові компанії є приватними та займаються лише добровільним страхуванням.

Система ДМС у США є найбільш розвинутою, коріння її йдуть з 30-х років минулого сторіччя. Сьогодні страхувальниками є 175 млн. осіб, тобто 75 % всього населення США, яке вважається самим витратним у світі. Найбільш привабливим для американців є групове (корпоративне) страхування, яке здійснюється компаніями для своїх робітників. Тобто, можна зробити висновок, що медичне страхування у США тісно пов'язано з трудовою діяльністю людини.

У той же час у США витрачається велика кількість коштів на охорону здоров'я – 13 % ВВП, але більше 20 % громадян не мають страхових медичних полісів.

Із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 31 % спрямовується на фінансування стаціонарного лікування, 21 % – на послуги лікаря та інші клінічні послуги, 10 % становлять фармацевтичні витрати, 6 % - витрати на будинки довічного догляду, 4 % - стоматологічні витрати, 3 % – витрати на фінансування державних заходів у сфері охорони здоров'я (рис. 1.6) [11].

У США найбільш поширеним є так зване компенсаційне страхування, або страхування «плати за послуги».

Є ще один вид страхування – страхування «керованих послуг». При цьому виді страхування страхова компанія укладає угоду (контракт) з медичною установою (лікарем) на надання відповідних видів послуг,

передбачених угодою (контрактом). Тобто, медичний заклад отримує фіксовану суму, яка перераховується заздалегідь.

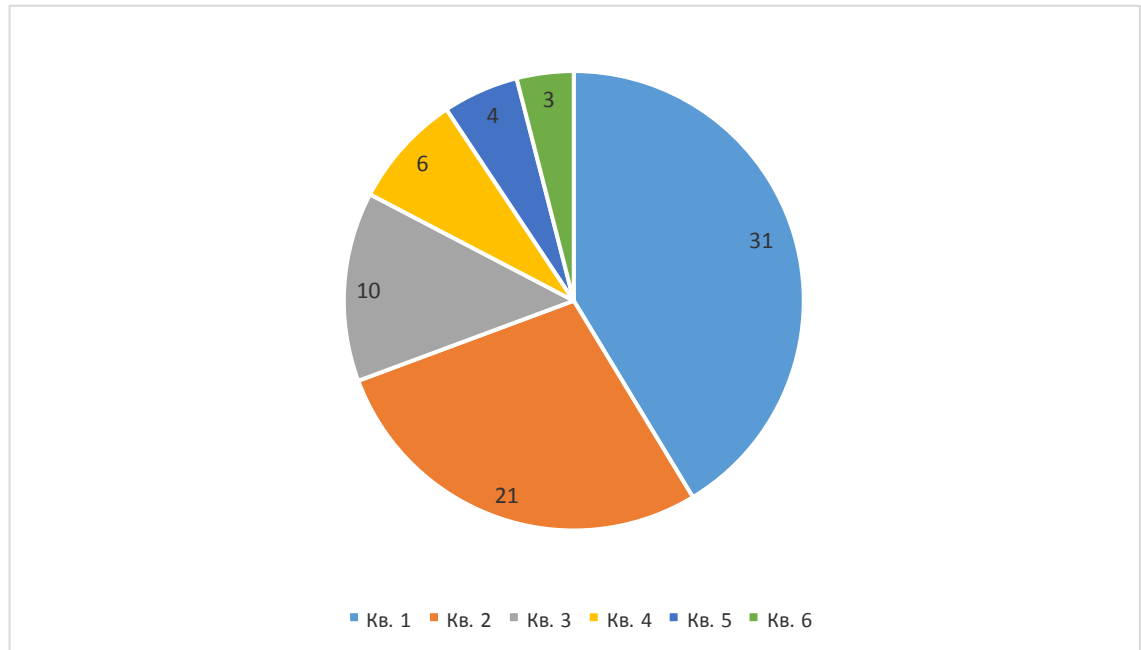


Рис. 1.6. Витрати на охорону здоров'я у США на 1 долар (складено автором)

Існує альтернатива – страхування так званих керованих послуг. Число американців, охоплених цим видом страхування, швидко збільшується. В цьому випадку страхова компанія укладає контракти з лікарями, іншими медичними працівниками, а також с установами, включаючи лікарні, на надання всіх послуг, передбачених цим видом страхування

Громадяни США дуже відповідально ставляться до свого здоров'я. Вони практично на 100 % довіряють своїм лікарям, та препаратам, що їм призначаються. Їх медицина має високий рівень ефективності медичної допомоги та орієнтована на якісне лікування традиційними лікарськими засобами. Страхова компанія покриває витрати, пов'язані із застосуванням єдино правильного способу лікування з високим коефіцієнтом позитивного результату.

У **Канаді** з 1971 року введена Національна система універсального медичного страхування. Вона покриває всі види медичної допомоги окрім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Майже всі

витрати на медичну допомогу компенсується із спеціальних цільових фондів. З прогресивного податку покривається четверта частина всіх витрат на охорону здоров'я.

Система охорони здоров'я у Канаді цілком справедливо вважається однією з найкращих у світі. Вона зародилася у Вона фінансується не тільки державою, згідно з федеральним законодавством, але й всіма тринадцятьма провінціями та територіями країни. Канадську систему охорони здоров'я зазвичай називають безкоштовною. Третина всіх потреб охорони здоров'я в Канаді сьогодні витрачається з місцевих бюджетів провінцій. Пацієнти теж сплачують вартість окремих медичних послуг. Але у тих випадках, коли останні включені в плани охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт не бере участі в їх оплаті - всю вартість застрахованих послуг відшкодовують уряди провінцій.

Система охорони здоров'я Канади в основному спирається на лікарів первинного медичного догляду, які становлять 51 % від усіх лікарів-практиків. Вони є проміжною ланкою – між пацієнтом та лікарями-спеціалістами і клінікою, контролюючи діагностичні обстеження та відпуск - гроші йдуть за пацієнтом, а пацієнти мають можливість регулювати попит за законами вільного ринку, оскільки можуть вільно обирати лікаря. Окрім загальнодержавної системи медичного страхування, провінції та території також забезпечують медичним обслуговуванням ту частину населення, якій потрібні додаткові медичні послуги – це люди похилого віку, діти та безробітні. Це і безкоштовні ліки, і стоматологічна допомога, і послуги окуліста, протезування та інвалідні візки.

Медичне обслуговування канадців фінансується через загальне оподаткування, страхові внески і оплату готівкою. Поряд зі старою системою в країні починає діяти система ощадних рахунків медичного страхування (MSAs – Medical saving accounts), яка веде, як показує і досвід американських фірм, до економії витрат на медичне обслуговування. Там, де вона використовується, знижується витрати як у роботодавця, так і у працівника,

накопичуються заощадження. Система заснована на ощадних рахунках, які формуються з відрахувань роботодавців.

Дуже привабливою є у Канаді можливість сплачувати медичні послуги за рахунок коштів, які громадяни можуть зекономити, оскільки будь-які суми, що залишаються на MSAs на кінець року, залишаються їх власністю. В результаті ця система перетворюється на засіб розподілу та витрат на медичне обслуговування між різними приватними та державними джерелами, не порушуючи ідеологічних принципів канадської системи охорони здоров'я: універсальності, доступності, мобільності і всеосяжного характеру.

Система медичного страхування була створена у **Німеччині** у 1881 році. Сутність цієї системи полягає у наступному: влада створює умови для створення необхідних страхових фондів працівниками підприємств та роботодавцями, не беручи на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я. А територіальні страхові каси беруть на себе страхування тих категорій людей, які не входять в систему керованого державою медичного страхування [149].

У Німеччині медичне страхування не є обов'язковим для всіх. Є ще така форма як добровільне (приватне) медичне страхування, як доповнення до обов'язкового. Воно розповсюджується на громадян, які в силу високих доходів або професійної діяльності не підлягають обов'язковому медичному страхуванню, а також на тих осіб, які мають кошти і бажання отримувати додаткову альтернативну обов'язкового медичного страхування допомогу.

Держава визначає головні умови страхування, базові ставки страхових внесків, систему фінансування та організації медичної допомоги, приймає активну участь у формування цін на медичні послуги.

У країні існує понад 1200 страхових кас (страхових фондів) побудованих за професійним принципом (шахтарі, вчителі, фермери тощо).

Внесок у систему ОМС – це фіксований відсоток від заробітної плати, який складається від 11,2 до 14,9 %, половину від цього внеску повинен

сплатити роботодавцю. Усі поліси ОМС є сімейними, тобто захистом та послугами державного медичного страхування користуються члени сімей осіб, які застраховані в цієї системі [35].

Розглянемо організацію охорони здоров'я Німеччини більш ретельно тому, що ця країна є європейською супердержавою, і на думку автора, її досвід є дуже цікавим для розвитку медичного страхування в Україні (рис. 1.7).

Представлена система фінансування здоров'я успішно функціонує у Німеччині, де система базується на страхових засадах та частка бюджетних коштів становить 10,1 % від загальної суми видатків.

Страхові компанії, що працюють на ринку приватного медичного страхування, безпосередньо не обмежують обсяг наданої медичної допомоги. Застрахований повинен сам стежити за тим, щоб необхідні йому медичні послуги покривалися об'ємом страхування за договором, а отже, самостійно вирішувати, яка форма лікування або обстеження йому більше підходить. В цілому, на відміну від ОМС, добровільне медичне страхування пропонує більш високу ступінь самостійності пацієнта і одночасно велику його відповідальність.

У **Франції** медичне страхування введено в 1910 році спочатку у вигляді фондів взаємодопомоги, а починаючи з 1928 року ці фонди, були перетворені в страхові компанії.

Сьогодні у Франції існує єдина ієрархія страхових кас, діє вертикальна система медичного страхування: могутня страхова організація - Національна страхова організація, яка перебуває під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й охоплює 78 % населення.

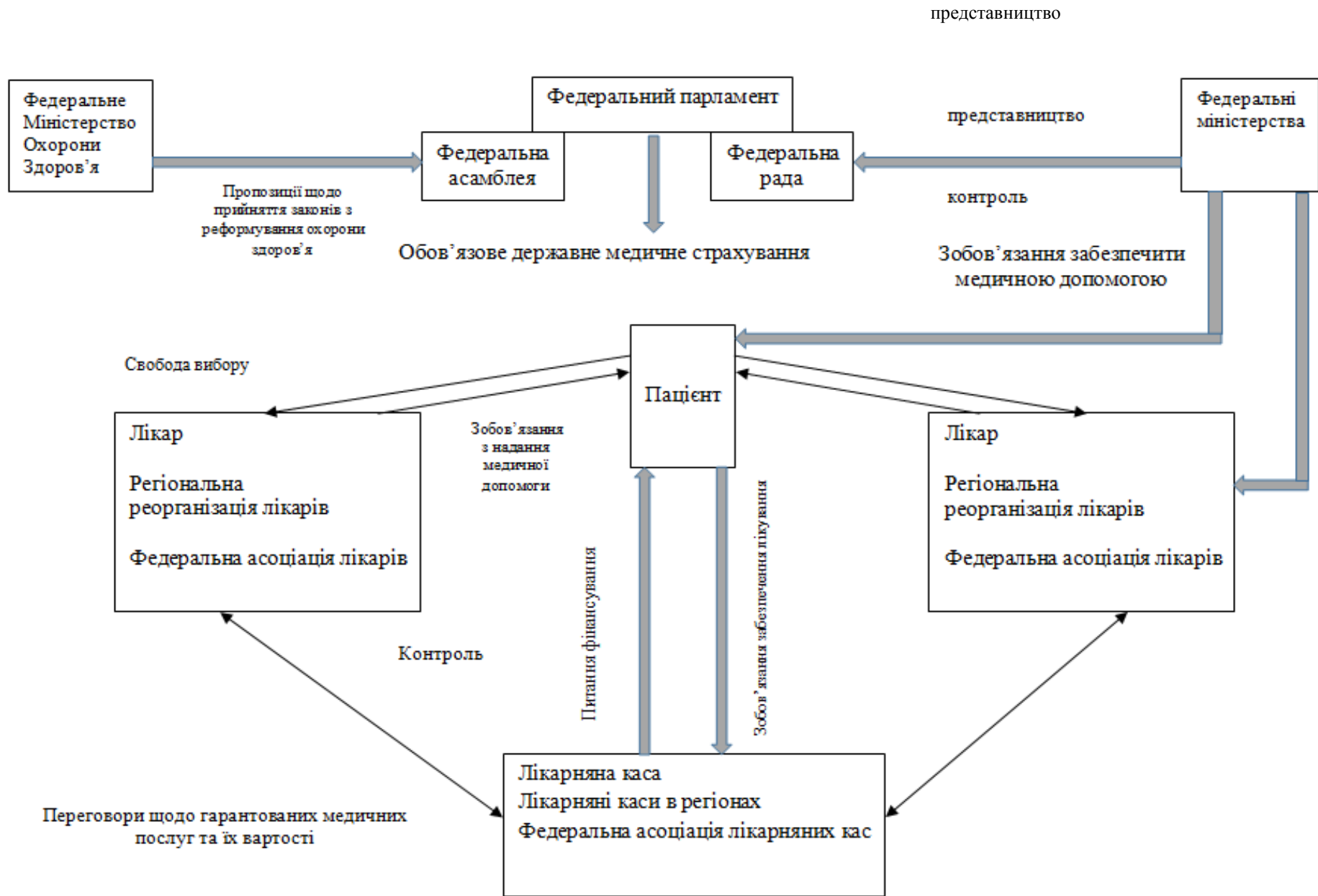


Рис. 1.7. Організація охорони здоров'я Німеччини [29]

Крім обов'язкового державного страхування існує мережа добровільного страхування і місцеві фонди соціальної допомоги. З останніх - отримують медичне обслуговування незастраховані французи, кількість яких не перевищує 2 %.

Система охорони здоров'я є централізованою. Існує Національна лікарняна каса з багатьма філіалами по всій території країни, які підпорядковані Національній лікарняній касі. Діяльність системи охорони здоров'я контролює Міністерство праці та соціального забезпечення.

Державне медичне страхування є обов'язковим у Франції. Основний фонд охоплює близько 80 % населення, є ще два додаткових фонди, призначених для приватних підприємців і осіб, що працюють у сфері сільського господарства. Фонди наповнюються з внесків роботодавців, найманих працівників, а також прибуткового податку (для підприємців). Такими є система страхування для державних службовців і працівників сільського господарства (близько 9 % населення), страхування для самостійно зайнятих працівників (6 %), а також дрібніші системи медичного страхування найманих працівників різних професійних груп (гірників, залізничників, моряків тощо). Медичне страхування охоплює медичні, стоматологічні, фармацевтичні, а також лікарняні витрати.

У Франції існують страхові приватні каси, які дають забезпечення не передбачені державним медичним страхуванням. Ці послуги достатньо коштовні, і не всяка людина може це собі дозволити. У перелік цих додаткових послуг, не передбачених державним страхуванням входять наступні: пересадка органів, встановлення високотехнологічних приладів (імплантовані дефібрилятори), протезування. Вони зобов'язуються забезпечувати пацієнтам комфортні умови у випадку госпіталізації, страхування капіталу на випадок важкого захворювання та фінансування у випадку довгого перебування у будинку престарілих.

Однією з привабливих особливостей системи охорони здоров'я у Франції є те, що доступ до єдиної національної системи охорони здоров'я

надається особам, які мають посвідку на проживання у Франції. При цьому кожному працюючому іноземцю, так само як і громадянину Франції, присвоюється спеціальний реєстраційний номер і видається спеціальна пластикова карта, в якій записується не тільки її власник, а й імена утриманців та інших непрацюючих членів сім'ї. Якщо всі члени сім'ї працевлаштовані, то кожен з них зобов'язаний страхуватися в індивідуальному порядку.

Моральним ризиком називають схильність людей надмірно споживати товари й послуги, що забезпечують їм більш високу вигоду без відповідного підвищення витрат. У перекладі на просту мову це означає: люди їдять більше за «шведським столом», оскільки там можна безкоштовно покласти собі добавку, і частіше звертаються за медичними послугами, оскільки оплачують їх авансом у вигляді страхових внесків, а не за фактом. Очевидне рішення полягає в тому, щоб переносити більшу частку витрат із внесків у пайову участь або страхових відрахуваннях, тим самим підвищуючи рівень усвідомлення споживачами реальних витрат на кожную «одиницю» медичної допомоги, що вони здобувають [82].

Велика Британія використовує для громадян країни майже виключно систему бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер з високим обсягом централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету і охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними і місцевими органами влади за ієрархічним принципом.

Закон про страхування, який був прийнятий у 1912 році, ввів принцип обов'язковості, та охопив у коло обов'язкового медичного страхування третину населення Англії, Шотландії та Ірландії, практично всіх працюючих та службовців за договором найму за невеликим винятком [160].

Система Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії, заснована переважно на державному фінансуванні і націлена на здійснення повноцінної медичної допомоги, доступної кожному громадянину без винятку, була введена в 1948 р. Реформа НСОЗ Великобританії почалася з 1991 р. і торкнулася широкого спектру питань управління і фінансування системи, однак базові принципи побудови системи (загальнодоступність і безоплатність надання медичної допомоги для всього населення), а також головні форми організації НСОЗ не були знехтувані.

Переважна частина фінансових ресурсів НСОЗ надходить з бюджетів всіх рівнів (90 %). Додатковим джерелом є внески на соціальне страхування, що обчислюються у вигляді відсотка від фонду оплати праці, які «розчиняються» в загальній системі соціальних податків і розподіляються залежно від пріоритетів, що склалися на потреби пенсійного забезпечення, страхування із безробіття, охорони здоров'я тощо. Крім того, частина «соціального пирога», що виділяється охороні здоров'я поступає під прямий контроль Міністерства охорони здоров'я, зливаючись з бюджетними надходженнями. На частку цього внеску доводиться 7,5 % надходжень НСОЗ.

Приблизно 2,5 % коштів НСОЗ формуються з додаткових платежів населення (головним чином за виписку і оплату частини вартості ліків в аптечній мережі). За рамками фінансових зобов'язань НСОЗ населення може придбати медичні послуги в державних і приватних установах охорони здоров'я, оплачуючи їх безпосередньо, або через систему приватного медичного страхування.

Приватне медичне страхування у Великій Британії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечено НСОЗ. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено більше 13 % населення [160].

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я Великобританії є надходження від податків, які становлять 90 % бюджету охорони здоров'я. Лише на 7,5 % бюджети формуються за рахунок внесків роботодавців із найму (власне страхові внески); ще 2,5 % – це плата за стоматологічну і офтальмологічну допомогу, виписку рецептів, приватні ліжка в державних лікарнях. Таким чином, НСОЗ існує на кошти, що вносяться платниками податків і що виділяються урядом охорони здоров'я з статті витрат на соціальні потреби [37]. Багато які автори, фахівці в області охорони здоров'я за кордоном вважають, що такій системі характерні наступні особливості: нестача фінансових ресурсів, незавершена система оплати праці і пов'язаний з цим дефіцит кадрів, недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги, практична відсутність контролю з боку споживачів медичних послуг, самооцінка працівниками охорони здоров'я своєї діяльності, необхідність децентралізації управління, недостатнє раціональне і ефективне використання ресурсів.

У **Нідерландах** медичне страхування зародилось у 1901 році і на той час охоплювало декілька сотень товариств взаємодопомоги та страхових компаній. Більшість з них були маленькими, які представляли інтереси невеликих місць, або конкретних підприємств.

З 1940 року почалося впровадження керованого медичного страхування, яке вимагало стандартизації у створенні системи медичного страхування, у зв'язку з чим більшість невеликих компаній об'єднались у страхові фонди. Діяльність територіальних страхових організацій зараз регулюється Центральною Радою страхових фондів, що складається із представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій, органів управління. Цей орган не є урядовим, але йому делеговано ряд важливих повноважень, зокрема, слідкувати за тим, щоб страхові компанії не відмовляли населенню в наданні страхових медичних послуг, контролювали витрати ресурсів, надавали інформацію, необхідну для визначення нормативу

централізованого фінансування страхових організацій, розрахунку страхових внесків і тарифів [110].

Більша частина населення була охоплена в систему керованого страхування з наданням права самостійно вибирати страхову компанію. До 1990 року 60 % населення Нідерландів перебувало в системі регульованого страхування. Більше 30 % населення було застраховано в приватних страхових компаніях. Приватний сектор страхування намагається привабити клієнтів меншим розміром страхового внеску. Близько 40% приватного страхування складають групові угоди страхування між підприємцями та страховими компаніями. Підприємці сплачують половину і більше від суми страхового внеску, останнє доплачують працівники. Також існує персональне або сімейне страхування.

Реформи, проведені на початку 90-х років, відомі під назвою «план Деккера», замінили напрацьовані фрагментарні страхові програми на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. Нідерланди – єдина країна в ЄС, де на законодавчому рівні закріплено обов'язкове приватне медичне страхування. Відповідне законодавство було прийнято в 2006 р. для скорочення державних витрат на охорону здоров'я, розмір яких досяг критичної для державного бюджету позначки. Система медичного страхування в Нідерландах складається із декількох складових: перша – державне медичне страхування; друга – забезпечення коштом приватних страхових компаній та третя – добровільне медичне страхування.

У країні залишається лише 1 % незастрахованого населення, яке може у будь-який час приєднатися до програми, але при цьому упродовж наступних п'яти років виплачувати додатково 30 % понад щомісячного страхового внеску.

Основний зміст роботи системи охорони здоров'я у Нідерландах – це всебічний моніторинг всіх складових суспільного здоров'я. Але, на жаль, у Нідерландах у той же час один з найвищих у світі рівень захворюваності

онкозахворюваннями. Не дивлячись на ці обставини, система охорони здоров'я та страхової медицини є однією з розвинутих у світі.

Система охорони здоров'я у **Японії** почало зароджуватися у 1961 р. Міністерство охорони здоров'я і народного добробуту представило державну універсальну схему громадського медичного страхування, яка охоплювала все населення країни. У 70-ті наголос був зроблений на розширенні надання первинної допомоги, що передбачало збільшення кількості лікарів на 100 тис. населення, а також вдосконалення системи медичної освіти. У 70–80-ті роки проводилися реформи, спрямовані на збільшення частки держави у фінансуванні соціальних послуг і охорони здоров'я зокрема. Оплата медичних послуг помітно знизилася.

Особам віком 70 років і більше надали безкоштовну медичну допомогу. Оплата лікування цієї категорії, а також інших груп непрацездатних у межах суспільної системи медичного страхування компенсувалася через спеціальні центри, префектури або муніципалітети. Для інших пацієнтів системою медичного страхування був встановлений поріг виплат. Наступні реформи стосуються суто японської демографічної ситуації, що сформувалася в останні десятиліття. Дуже зросла тривалість життя. Нині вона, як ми пам'ятаємо, найбільша в світі. Значна кількість осіб похилого віку позначається на вимогах до охорони здоров'я. Дотепер до 30% витрат на здоров'я в державі припадає на частку людей похилого віку. А їх – лише 10 % від загального кількості населення [9].

Система охорони здоров'я в Японії – одна з найрозвиненіших у світі.

В Японії діють дві основні системи медичного страхування, якими охоплено переважну більшість населення. Жодних обмежень щодо вибору лікаря і лікарні страхування не передбачає. З більшості медичних послуг передбачено пайову участь пацієнтів у рамках від 10 до 30 %. При цьому встановлено верхню межу платежів, що становить 677 доларів на місяць на сім'ю середнього достатку. Середньостатистична японська родина оплачує медичні послуги в розмірі 2300 доларів на рік з особистих коштів. Для

деяких верств населення, наприклад селян, рибалок і державних службовців, існують спеціальні програми медичного обслуговування, досить обмежені за масштабом. Безробітні залишаються учасниками страхових схем за попереднім місцем роботи, хоча внески сплачувати не зобов'язані.

У країні існує система додаткового приватного страхування, що не має великого попиту. На його частку припадає не більше 1% сукупних витрат на охорону здоров'я в країні.

Починаючи з 60-х років минулого сторіччя, відбулися радикальні зміни в стилі життя сім'ї японців.

На початку 2000-х років систему медичного страхування з догляду за літніми громадянами оформили законодавчо. Особисті внески самих учасників у її фондах досить великі, але основне фінансування здійснюється з бюджетів місцевих органів влади. Одна з сильних сторін японської системи охорони здоров'я – можливість самостійно обрати лікуючого лікаря і швидко потрапити на прийом. Однак ця обставина стала серйозною перешкодою для забезпечення належного контролю за якістю медичного обслуговування і його вартістю, який у країні фактично не здійснюється. Зростання платежів для системи медичного обслуговування людей похилого віку істотно підірвало фінансовий добробут страхових компаній, унаслідок чого всі товариства медичного страхування мали заборгованість.

Лікарня в Японії забезпечує як амбулаторне, так і стаціонарне обслуговування. За даними світової статистики ВООЗ 2010 р., Японія посідає перше місце в світі за забезпеченістю населення лікарняними ліжками – 140 на 10 000, але при цьому вона має більш ніж у два рази менше ліжок у блоках інтенсивної терапії та кардіологічних відділеннях, порівняно з США та Європою [1].

Переважає більшість лікарень і клінік в Японії перебуває в приватних руках, однак через те, що всі тарифи на оплату їх послуг встановлює влада, для пацієнтів не існує жодної різниці між приватною і державною медициною. Оскільки лікарні при тому ж рівні компенсації повинні

фінансувати як зарплату персоналу, так і витрати на основні фонди, головна тенденція полягає в максимально ранньому переведенні пацієнта на амбулаторне доліковування.

Висновки до розділу 1

1. У роботі уточнено сутність та економічну природу «страхування» та «медичного страхування». Визначені функції медичного страхування: заміщення та доповнення. Визначені форми медичного страхування: обов'язкова та добровільній. Обґрунтовано, що незалежно в якій формі здійснюється медичне страхування, перед ним стоять однакові цілі та завдання, але це призводить до різних механізмів їх досягнення. Визначені функції медичного страхування на рівні економічного та соціального значення. Обґрунтовані відмінності обов'язкового та добровільного медичного страхування за категоріями. Розглянуті функції та методи медичного страхування, які базуються на поєднанні загальноприйнятих основ медичного страхування, виділення моделей та форм медичного страхування та принципів.

2. У роботі виокремлено особливості формування вітчизняного ринку медичного страхування в регіонах України. Проаналізовані історичні аспекти його становлення, які необхідно розглядати відповідно до соціально-економічного розвитку суспільства в цілому, оскільки це дасть змогу оцінити співвідношення між потребами людей в медичній допомозі і мірою їх задоволення, а також зробити висновки про розвиток системи охорони здоров'я, як важливу складову соціального страхування. Представлено існуючу структуру ринку добровільного медичного страхування. Дослідження історичного та логічного аспектів формування вітчизняного ринку медичного страхування у регіонах України, дало підставу аргументувати висновок, що для подальшого розвитку охорони здоров'я України необхідна виважена, розвинута система медичного страхування, яка

вимагає комплексної розробки теоретичних, методичних і практичних аспектів її формування та функціонування, дослідження та переосмислення сутності і ролі медичного страхування у сучасних макроекономічних умовах.

3. Проведено вивчення та аналіз світового досвіду у сфері фінансування та організації системи охорони здоров'я. Розглянуто моделі фінансування охорони здоров'я та системи фінансування охорони здоров'я у провідних країнах світу: Сполучених Штатах Америки, Канаді, Німеччині, Франції, Великій Британії, Нідерландах та Японії, який довів, що використання закордонного досвіду, особливо у країнах Європи є для України значним прикладом для формування сучасної системи, як добровільного, так і обов'язкового медичного страхування з різних джерел фінансування.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ТА ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

2.1. Аналіз рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України

Соціальний захист – це комплекс організаційно-правових та економічних заходів, спрямованих на захист добробуту кожної особи суспільства в конкретних економічних умовах. Організаційно-правові заходи передбачають створення інститутів соціального захисту і законів; економічні заходи - формування механізмів перерозподілу доходів, тобто стягнення податків, інших платежів та трансфертів. Отже, з позиції економіки, соціальний захист – це правила перерозподілу суспільного багатства на користь людей, які тимчасово чи постійно потребують особливої підтримки з боку суспільства: від багатих до бідних; від здорових до хворих; від молодих до літніх [97].

У системі заходів, які збільшують соціальну захищеність громадян, важливе місце займає можливість отримання необхідної, своєчасної та якісної медичної допомоги [108].

Організація соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в Україні забезпечує рівний доступ громадян до медичних послуг при рівній на те потребі, а також надання послуг залежно від конкретної потреби, а не від здатності пацієнта за них платити.

Деякі дослідники щодо проблематики охорони здоров'я вважають, що стратегія контролю за витратами та ефективним розподілом ресурсів є найоптимальнішою для підвищення доступності і якості медичних послуг і пропонує: запровадження договірних стосунків між платниками (в особі чинних нині розпорядників бюджетних коштів чи майбутнього

фонду соціального медичного страхування) та постачальниками медичних послуг [144].

На думку автора щоб розв'язати головні питання, пов'язані з організацією соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України, необхідно провести детальний аналіз, який стосується основних аспектів соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я. У першу чергу ці питання, пов'язані з демографічними показниками держави.

Проведемо аналіз народжуваності та смертності населення за регіонами України у період з 2010 – 2015 рр.

Низький рівень народжуваності спостерігається у нашій країні майже за усі роки її незалежності, і наразі утримується у групі європейських держав із найнижчими її показниками.

Головною причиною, яка обмежує сьогодні дітонародження в сім'ях, є недостатній рівень матеріального забезпечення. Другою за значенням причиною є складна соціально-економічна ситуація в Україні. На третьому місці опинилися незадовільні житлові умови, поганий стан здоров'я. Але, у період з 2010 до 2015 роки спостерігається тенденція повільного підвищення коефіцієнта народжуваності переважно у всіх регіонах України (табл. 2.1).

Упродовж розглянутого періоду, серед областей з найбільшим коефіцієнтом народжуваності лідирували м. Київ, Запорізька та Харківська області, найнижчі значення цього показника спостерігалися у Луганській, Донецькій та Рівненській областях.

Наступним індикатором соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення є динаміка смертності (табл. 2.2).

Ось уже довгий час вирішальний вплив на зміни очікуваної тривалості життя надають два класи причин смерті: нещасні випадки, онкологічні хвороби і хвороби системи кровообігу.

Таблиця 2.1

Динаміка коефіцієнтів народжуваності в регіонах України у 2010-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	0,97	1,03	1,03	0,96	1,02	1,01
Волинська	0,97	0,99	1,05	0,95	1,00	0,98
Дніпропетровська	0,95	1,03	1,03	0,97	1,02	1,00
Донецька	0,96	1,01	1,04	0,96	0,78	0,75
Житомирська	0,97	1,04	1,03	0,98	1,01	1,00
Закарпатська	1,01	1,01	1,02	0,97	0,99	0,98
Запорізька	0,99	1,01	1,05	0,96	1,04	1,03
Івано-Франківська	0,94	1,02	1,03	0,98	1,01	1,00
Київська	0,96	1,02	1,04	0,98	1,02	1,03
Кіровоградська	0,97	1,01	1,05	0,97	1,00	1,00
Луганська	0,98	1,02	1,03	0,95	0,65	0,67
Львівська	0,95	1,02	1,04	0,97	1,03	1,02
Миколаївська	0,98	1,02	1,05	0,97	1,01	1,00
Одеська	0,99	1,02	1,04	0,95	1,02	1,03
Полтавська	0,97	1,01	1,03	0,99	1,02	1,01
Рівненська	0,97	1,03	1,04	0,95	0,98	0,96
Сумська	0,98	1,02	1,07	0,94	1,01	1,00
Тернопільська	0,96	1,02	1,02	0,97	0,99	0,98
Харківська	0,97	1,01	1,03	0,98	1,04	1,04
Херсонська	1,02	0,97	1,05	0,97	1,01	1,00
Хмельницька	0,98	1,01	1,04	0,98	1,01	1,00
Черкаська	1,00	1,00	1,04	0,95	1,02	1,01
Чернівецька	1,00	1,02	1,02	0,98	1,02	1,00
Чернігівська	0,97	1,02	1,01	0,98	0,98	0,99
м. Київ	0,98	0,99	1,05	0,98	1,03	1,05

*Джерело: розраховано за даними [66]

Взагалі, хронічні хвороби, які можуть спіткати людей в похилому віці, повинні поступово заміщати в якості причин смерті, багато інших, перелічених причин смерті. Загальний коефіцієнт смертності в Україні залишається на високому рівні, при цьому головною причиною смертності виступають серцево-судинні захворювання, на частку яких припадає понад 60 % загальної смертності, онкологічні захворювання – 12 %, а також смертність від зовнішніх причин, охоплюючи нещасні випадки та отруєння – 9,7 %, що зумовлює понад 80 % всіх смертей в країні [69].

За аналізований період динаміка коефіцієнтів смертності в регіонах України значно зростає. Областями – лідерами за цим показником упродовж

2010-2015 рр. були Харківська область та м. Київ. Найнижчі показники спостерігалися у Хмельницькій та Закарпатській областях.

Таблиця 2.2

Динаміка коефіцієнтів смертності в регіонах України у 2010-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	0,65	1,46	0,99	1,02	1,01	1,01
Волинська	0,99	0,96	0,99	0,99	1,01	1,02
Дніпропетровська	1,00	0,96	0,99	1,00	1,04	1,03
Донецька	0,99	0,97	1,00	0,99	0,97	0,98
Житомирська	0,98	0,96	1,02	1,01	1,02	1,01
Закарпатська	0,96	0,98	1,01	1,00	1,00	0,98
Запорізька	1,02	0,95	0,99	1,01	1,05	1,03
Івано-Франківська	1,00	0,95	1,01	1,03	1,02	1,01
Київська	0,99	0,95	1,01	1,00	1,04	1,03
Кіровоградська	1,00	0,95	0,99	1,01	1,02	1,03
Луганська	1,00	0,96	0,98	0,99	0,99	0,98
Львівська	0,99	0,96	1,02	1,00	1,02	1,02
Миколаївська	1,01	0,94	0,99	1,01	1,03	1,02
Одеська	1,01	0,93	1,00	0,99	1,02	1,03
Полтавська	0,98	0,94	1,01	1,01	1,03	1,03
Рівненська	0,97	0,95	1,01	1,02	1,01	1,01
Сумська	0,96	0,94	1,02	1,02	1,02	1,01
Тернопільська	1,01	0,95	1,01	0,99	1,04	1,03
Харківська	0,99	0,96	1,00	0,99	1,06	1,05
Херсонська	0,98	0,97	1,01	1,01	1,01	1,00
Хмельницька	0,96	0,97	1,02	1,01	0,99	0,97
Черкаська	1,00	0,96	0,99	1,00	1,02	1,02
Чернівецька	1,01	0,95	1,01	1,02	1,01	1,01
Чернігівська	0,98	0,94	1,01	0,99	1,03	1,02
м. Київ	1,01	0,93	1,02	1,00	1,06	1,05

*Джерело: розраховано за даними [66]

Сьогодні система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок, смертності від ішемічної хвороби серця – на 40-50 % [137].

Динаміка коефіцієнту дитячої смертності в віці до 1 року найбільш повно характеризує систему соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я у регіонах України (табл. 2.3).

За даними аналізу динаміки коефіцієнту дитячої смертності в віці до 1 року за регіонами України у 2010-2015 рр. встановлено, що найбільший коефіцієнт дитячої смертності спостерігається у Черкаській області, а найменший у Запорізькій та Івано-Франківській областях.

Таблиця 2.3

Динаміка коефіцієнту дитячої смертності в віці до 1 року за регіонами України у 2010-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	-0,9	2,0	-1,3	-1,1	-1,5	-1,4
Волинська	-0,3	-0,3	-0,9	-0,8	-0,2	-0,3
Дніпропетровська	0,6	-0,2	0,5	-2,4	0,1	-0,9
Донецька	0,1	-0,6	1,2	-1,3	-1,3	1,5
Житомирська	-0,7	-0,2	-0,9	-0,3	-0,3	-0,4
Закарпатська	0,8	-0,3	-1,7	0,5	-0,4	-0,4
Запорізька	-0,8	-0,8	-1,1	0,0	-1,6	-1,5
Івано-Франківська	-0,9	-1,5	-2,4	1,5	-1,6	-1,4
Київська	-4,5	0,1	-1,4	0,2	-0,7	-0,6
Кіровоградська	-1,2	2,5	-3,7	1,8	-2,1	-1,3
Луганська	-2,7	-0,6	-1,2	-0,3	1,3	1,4
Львівська	-3,2	0,2	-1,6	0,5	0,2	0,3
Миколаївська	-4,6	-0,6	-0,3	0,6	-0,5	-0,6
Одеська	-3,8	0,0	-0,4	-0,5	-1,3	-1,1
Полтавська	-7,2	0,0	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2
Рівненська	-4,4	-0,3	-0,8	-0,2	0,1	0,2
Сумська	-4,6	-1,8	-0,6	-0,5	0,3	0,4
Тернопільська	-6,0	-0,2	0,0	-1,2	0,8	0,5
Харківська	-5,3	-0,3	-1,4	-0,2	-0,2	-0,2
Херсонська	-5,4	0,5	-1,9	1,4	-1,0	0,2
Хмельницька	-7,6	-1,4	2,9	-1,9	1,2	1,1
Черкаська	-5,4	-1,9	1,5	-2,3	1,6	1,6
Чернівецька	-7,5	0,3	-0,5	-0,3	-0,2	-0,1
Чернігівська	-8,0	-0,2	1,3	-1,5	0,6	0,5
м. Київ	-9,4	0,7	-0,2	0,4	-1,2	-1,1

*Джерело: розраховано за даними [66]

Україна належить, на жаль, до країн з достатньо високим рівнем старіння населення. Так, за значенням частки осіб віком 60 років і понад, у загальній чисельності населення, наша країна посідає 11 місце у світовій ієрархії за цим показником. На відміну від країн Заходу, де відбувається

старіння «зверху» в результаті зниження смертності, показник старіння населення України зростає лише «знизу» за рахунок високої смертності дорослого населення та зниження народжуваності.

За даними ВООЗ, люди похилого (60–74 роки) та старечого віку (75–89 років) є найбільш зростаючим контингентом населення світу. З урахуванням статистичних даних встановлено, що кількість осіб старше 60 років в світі невідмінно збільшується. До 2050 року чисельність людей похилого віку досягне 2 млрд. та перевищить кількість дітей віком до 14 років.

В країні відзначаються виражені регіональні особливості старіння населення, так до найбільш «старих» областей належать області Центрального і Східного регіону України. Низький показник із старіння населення спостерігається в областях Західного та Південного регіону. Динаміка розподілу населення за окремими віковими групами в регіонах України у 2010 -2015 рр. наведено у табл. 2.4.

Аналіз дозволив виділити м. Київ у лідери за чисельністю населення віком від 0 до 14 років. Найменша кількість осіб цього віку мешкає у Сумській, Тернопільській та Черкаській областях.

Найбільша кількість населення віком від 15 до 64 років спостерігається також у м. Києві, Київській та Чернівецькій області. Найменша – у Дніпропетровській та Запорізькій областях.

Група осіб віком 65 років і понад більш всього представлено у Вінницькій та Тернопільській області. Найменша кількість – у Закарпатській області.

За аналізований період визначено найбільший приріст серед осіб віком від 0 до 15 років у м. Києві, а найбільше скорочення у Тернопільській області. Приріст населення віком від 15 до 64 років спостерігається у Чернігівській області. Найбільше скорочення населення віком від 65 та старше спостерігається у Чернігівській області.

Таблиця 2.4

Динаміка розподілу населення за окремими віковими групами в регіонах України у 2010 та 2015 рр.*

Область	Динаміка чисельності населення у віці, в порівнянні 2015 р. до 2010 р.			Приріст (скорочення) у відсотках до всього населення у віці, в порівнянні 2015 р. до 2010 р.		
	0-14	15-64	65 років і старшому	0-14	15-64	65 років і старшому
Вінницька	0,93	1,15	0,64	-0,7	10	-9,3
Волинська	0,98	1,15	0,62	-0,5	8,5	-8
Дніпропетровська	1,00	1,13	6,23	0,3	8,9	-9,2
Донецька	0,96	1,13	0,63	-0,1	9,6	-9,5
Житомирська	0,95	1,14	0,63	-0,6	9,6	-9
Закарпатська	0,98	1,15	0,60	-0,5	8,3	-7,8
Запорізька	0,99	1,13	0,62	0,1	9,4	-9,5
Івано-Франківська	0,94	1,15	0,64	-1	9	-8
Київська	1,02	1,16	0,62	0,1	9,3	-9,4
Кіровоградська	0,95	1,14	0,63	-0,4	9,9	-9,5
Луганська	0,94	1,12	0,63	-0,4	9,7	-9,3
Львівська	0,95	1,14	0,64	-0,7	8,7	-8
Миколаївська	0,96	1,14	0,62	-0,3	9,3	-9
Одеська	1,01	1,15	0,62	0,1	8,9	-9
Полтавська	0,94	1,14	0,62	-0,4	10	-9,6
Рівненська	0,98	1,15	0,62	-0,6	8,2	-7,6
Сумська	0,92	1,14	0,61	-0,6	10,5	-9,9
Тернопільська	0,92	1,15	0,64	-1,2	9,6	-8,4
Харківська	1,00	1,14	0,62	0,1	9,5	-9,6
Херсонська	0,96	1,13	0,61	-0,4	9,4	-9
Хмельницька	0,94	1,15	0,63	-0,6	9,8	-9,2
Черкаська	0,92	1,15	0,63	-0,8	10,4	-9,6
Чернівецька	0,96	1,16	0,63	-0,9	9,2	-8,3
Чернігівська	0,93	1,14	0,62	-0,4	10,7	-10,3
м. Київ	1,10	1,16	0,63	0,9	7,7	-8,6

*Джерело: розраховано за даними [66]

Треба відмітити, що основні причини бідності в Україні полягають насамперед, у повільній адаптації національної економіки до ринкових умов, не конкурентоспроможності окремих галузей виробництв, превалюванні низькооплачуваних робочих місць, низького рівня зарплати, соціальних трансфертів та значного рівня безробіття. За підрахунками в Україні не

мають роботи 4-6 млн. осіб, але офіційна статистика нарахувала лише 1,3 млн. українців, які не можуть знайти роботу [83].

Негативні явища в економіці країни вплинули на рівень соціального захисту населення. Проведено аналіз динаміки показників робочої сили та умов праці населення за регіонами України в 2014 - 2015 рр. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка показників робочої сили та умов праці за регіонами України в 2014 – 2015 рр.*

Регіон	Зайняті, тис. осіб		Рівень зайнятості, %		Безробітні, тис. осіб		Рівень безробіття, %		Темпи зростання (зменшення)	
	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.	Рівня зайня- тості	Рівня безро- біття
Україна	18073,3	16848,2	56,6	52,4	1847,6	2012,2	9,3	11,6	0,932	1,089
Вінницька	661,6	621,9	56,3	55,1	77,6	91,6	10,5	12,4	0,940	1,180
Волинська	410,5	386,7	54,9	54,7	44,9	53,9	9,9	11,2	0,942	1,200
Дніпропетровська	1472,8	1369,8	60,2	59,8	128,9	151,5	8,0	9,2	0,930	1,175
Донецька	1752,4	1559,6	54,2	48,9	216,4	259,7	11,0	13,5	0,890	1,200
Житомирська	514,8	483,9	56,1	53,2	66,6	78,6	11,5	12,3	0,940	1,180
Закарпатська	521,4	490,6	56,4	55,1	53,1	63,1	9,2	9,9	0,941	1,190
Запорізька	773,5	720,9	58,2	56,3	71,3	84,8	8,4	9,1	0,932	1,189
Івано-Франківська	547,8	514,4	53,9	52,8	48,1	56,9	8,1	9,6	0,940	1,183
Київська	724,3	677,2	56,9	55,6	62,6	75,2	8,0	9,4	0,935	1,201
Кіровоградська	391,1	366,9	54,2	53,1	49,2	59,0	11,2	12,8	0,939	1,199
Луганська	877,6	781,1	52,0	49,0	112,7	135,3	11,4	14,1	0,890	1,200
Львівська	1038,2	970,7	55,3	53,0	97,2	116,6	8,6	9,3	0,935	1,199
Миколаївська	501,5	471,4	57,3	55,4	50,1	59,7	9,1	10,7	0,940	1,192
Одеська	1009,4	940,8	56,7	54,1	72,5	87,0	6,7	7,9	0,932	1,200
Полтавська	602,9	586,1	55,7	53,9	78,3	93,0	11,5	12,6	0,939	1,188
Рівненська	476,0	442,7	57,2	56,1	56,7	66,9	10,6	11,9	0,930	1,180
Сумська	481,4	450,5	56,6	55,4	50,6	60,2	9,5	10,6	0,936	1,189
Тернопільська	416,0	388,0	52,9	51,7	53,1	62,7	11,3	12,7	0,935	1,181
Харківська	1225,3	1203,4	59,0	58,0	103,5	121,1	7,8	11,6	0,981	1,170
Херсонська	450,2	423,2	56,4	55,9	49,6	59,5	9,9	10,4	0,940	1,200
Хмельницька	521,9	489,1	54,7	53,5	54,0	63,9	9,4	10,6	0,937	1,183
Черкаська	524,5	493,1	56,3	55,7	59,8	71,6	10,2	11,6	0,940	1,200
Чернівецька	370,6	348,4	55,5	54,3	36,8	44,2	9,0	10,5	0,940	1,201
Чернігівська	439,5	408,7	56,8	55,4	55,3	66,4	11,2	12,4	0,929	1,200
м. Київ	1368,1	1279,1	62,6	61,7	98,7	118,5	6,7	7,8	0,935	1,200

*Джерело: розраховано за даними [66]

Дані аналізу свідчать про зменшення рівня зайнятості населення за регіонами України на 9,5 % та збільшення рівня безробіття на 9 % за 2014 – 2015 рр. Рівень економічної активності серед осіб віком 15-70 років знизився з 64,9 % за 2014 рік до 62,4 % за 2015 рік, а серед осіб працездатного віку – з 72,9 % до 71,4 % [180].

У 2015 році ситуація на ринку праці в Україні залишається напруженою та супроводжується скороченням попиту на робочу силу. Майже половина всього зайнятого населення країни зосереджена у Дніпропетровській, Донецькій, Луганській, Харківській, Львівській, Одеській областях та в м. Києві.

Зменшення чисельності зайнятого населення та скорочення рівня зайнятості відбулося в усіх регіонах. Найвищий рівень зайнятості спостерігався у м. Києві (61,7 %) та Дніпропетровській області (59,8 %), а найнижчий – в Тернопільській (51,7 %), Луганській (49,0 %) та Донецькій (48,9 %) областях [138].

Однією з головних проблем соціального захисту населення є належне пенсійне забезпечення, подолання бідності та соціальної ізоляції [97]. Динаміка середнього розміру пенсій за видами та чисельності пенсіонерів в Україні наведені за 2010 – 2015 рр. в таблиці 2.6.

Проведений аналіз довів, що середній розмір пенсій в Україні упродовж 2010-2015 років постійно зростав, але чисельність пенсіонерів зменшувалася (за винятком 2011 та 2012 років), що пояснюється сталим зменшенням чисельності населення України.

Основними чинниками, що зумовлюють забезпеченість населення медичним персоналом, є особливості розвитку системи охорони здоров'я в країні, та рівень розвитку медичної інфраструктури на регіональному рівні, умови і оплата праці медичного персоналу, а також розгалуженість мережі науково-дослідних установ, наявність медичних університетів і спеціалізованих медичних закладів.

Таблиці 2.6

Динаміка середнього розміру пенсій та чисельності пенсіонерів в Україні за
2010-2015 рр.*

Роки	Середній розмір середньої призначеної пенсії пенсіонерам, які перебувають на обліку в органах Пенсійного фонду, грн.				Чисельність пенсіонерів, тис. осіб	Ланцюгові темпи приросту, %	
	По Україні	за видами пенсій				середнього розміру пенсій	чисельності пенсіонерів
		за віком	За інвалідністю	У разі втрати годувальника			
2010	1032,6	1039,6	884,6	807,9	13721,1	10,5	-0,2
2011	1151,9	1156,0	1033,8	940,0	13738,0	11,6	0,1
2012	1253,3	1252,4	1164,3	1053,8	13820,5	8,8	0,6
2013	1470,7	1464,3	1359,2	1252,8	13639,7	17,3	-1,3
2014	1526,1	1521,6	1406,5	1303,8	13533,0	3,8	-0,8
2015	1581,5	1573,0	1432,1	1433,1	12147,2	3,6	-10,2

*Джерело: розраховано за даними [66]

Під час аналізу забезпеченості населення медичними кадрами за регіонами України стало можливим виділити регіони з високим та низьким коефіцієнтами забезпеченості лікарями усіх спеціальностей (табл. 2.7).

Упродовж розглянутого періоду, серед областей з найбільшим коефіцієнтом забезпеченості населення лікарями усіх спеціальностей лідирувала Полтавська область, найнижчі значення цього показника у Донецькій, Луганській та Чернівецькій областях.

В останній час зростає роль та ставлення до середнього медичного персоналу. Але, ця робота є дуже важкою та належно не оплачується. Динаміку забезпеченості населенням середнім медичним персоналом в регіонах України у 2011-2015 рр. наведено у табл. 2.8.

Аналіз динаміки забезпеченості населенням середнім медичним персоналом в регіонах України у 2011-2015 рр. (табл. 2.8) дозволив виділити регіони України з найбільшою забезпеченістю середнім медичним персоналом – Вінницька, Волинська, Київська, Тернопільська області та м. Київ. Найнижчий показник спостерігається у Донецькій, Луганській,

Запорізькій, Львівській, Полтавській, Рівненській, Сумській та Чернігівській областях.

Таблиця 2.7

Динаміка забезпеченості населення лікарями усіх спеціальностей в регіонах України у 2011-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	0,99	1,00	0,97	1,00	1,01	1,01
Волинська	1,00	0,99	0,97	0,99	1,01	1,01
Дніпропетровська	0,99	0,99	0,95	0,99	1,00	1,01
Донецька	1,00	0,99	0,96	1,00	0,83	0,84
Житомирська	1,00	0,99	0,97	1,01	1,01	1,01
Закарпатська	0,99	1,00	0,98	1,00	0,98	0,99
Запорізька	0,98	0,99	0,98	1,02	1,01	1,01
Івано-Франківська	1,00	1,04	1,02	0,94	1,01	1,00
Київська	1,01	0,99	0,96	1,03	1,01	1,01
Кіровоградська	0,99	1,00	0,96	1,01	1,00	1,00
Луганська	1,00	0,99	0,97	1,00	0,86	0,85
Львівська	0,99	1,01	0,96	0,99	0,99	1,00
Миколаївська	0,99	0,99	0,94	1,01	1,00	1,00
Одеська	1,00	1,00	0,97	1,00	0,99	0,99
Полтавська	1,02	1,00	0,97	1,00	1,02	1,02
Рівненська	0,99	1,01	0,97	1,01	1,00	0,99
Сумська	1,00	1,01	0,96	1,03	1,01	1,00
Тернопільська	0,99	1,01	0,98	1,03	1,00	1,01
Харківська	0,99	1,02	0,97	1,01	1,00	1,01
Херсонська	1,00	1,01	1,00	1,01	1,00	1,00
Хмельницька	0,99	1,00	0,99	1,02	1,00	1,01
Черкаська	0,99	1,01	0,96	1,01	1,01	1,01
Чернівецька	1,00	1,02	1,00	0,97	0,97	0,97
Чернігівська	0,99	0,99	0,96	1,01	1,02	1,01
м. Київ	1,00	1,00	0,98	1,01	1,01	1,01

*Джерело: розраховано за даними [66]

Система охорони здоров'я України й досі має структуру, яка залишилася з радянських часів, за якої майже всі виділені на галузь бюджетні кошти йдуть на утримання лікарняної інфраструктури та виплату заробітної плати медперсоналу, а не на лікування пацієнта.

Кількість лікарняних ліжок – головний мережний показник для визначення витрат на утримання стаціонарних лікарень, його розраховують згідно з планом економічного та соціального розвитку.

Таблиця 2.8

Динаміка забезпеченості населенням середнім медичним персоналом в регіонах України у 2010-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	0,99	1,00	0,96	1,00	1,01	1,01
Волинська	1,03	0,99	0,96	1,01	1,01	1,01
Дніпропетровська	0,93	0,98	0,96	1,00	1,00	1,00
Донецька	0,91	0,99	0,96	1,00	0,92	0,91
Житомирська	0,99	0,99	0,96	1,01	1,00	0,99
Закарпатська	1,03	1,00	0,96	0,99	1,00	1,00
Запорізька	0,93	0,99	0,95	1,00	0,99	0,98
Івано-Франківська	0,91	1,00	0,98	1,01	1,00	1,00
Київська	0,99	0,97	0,96	1,01	1,01	1,01
Кіровоградська	1,03	0,99	0,95	1,00	1,00	0,99
Луганська	0,93	0,98	0,96	1,00	0,93	0,91
Львівська	0,91	1,01	0,96	1,01	0,99	0,98
Миколаївська	1,02	0,99	0,94	1,00	1,00	0,99
Одеська	1,03	0,97	0,96	1,00	1,00	1,00
Полтавська	0,93	0,99	0,96	1,01	0,99	0,98
Рівненська	0,91	0,99	0,97	0,99	0,99	0,98
Сумська	0,99	1,00	0,96	1,02	0,99	0,98
Тернопільська	1,03	1,00	0,96	1,01	1,01	1,01
Харківська	0,93	0,99	0,96	0,99	0,99	1,00
Херсонська	0,91	0,99	0,96	1,00	1,00	0,99
Хмельницька	1,01	0,99	0,98	1,00	1,00	1,00
Черкаська	1,03	0,99	0,97	1,00	1,00	1,00
Чернівецька	0,93	1,00	0,98	0,99	1,00	0,99
Чернігівська	0,91	0,99	0,96	1,00	0,99	0,98
м. Київ	1,01	0,99	0,99	1,00	1,01	1,01

*Джерело: розраховано за даними [66]

У територіальному розрізі цей показник планують виходячи з демографічних, соціально-економічних, культурно-побутових та інших умов (враховують віковий склад населення, розподіл за статтями, видами зайнятості). Відповідно до кількості ліжок визначають штати лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу. Тому дуже гостро встає проблема забезпеченості населення лікарськими лікарняними ліжками майже у всіх регіонах України (табл. 2.9). Аналіз табл. 2.9 довів, що найбільш забезпеченими регіоном є Миколаївська область, найменш – Донецька, Луганська, Закарпатська, Одеська, Полтавська, Харківська та Хмельницька області.

Провідною ланкою вітчизняної охорони здоров'я є амбулаторно-поліклінічна допомога населенню. Це найбільш масовий вид медичної допомоги. Кожного року в амбулаторно-поліклінічних закладах лікується 80% всіх хворих.

Таблиця 2.9

Динаміка забезпеченості населення лікарськими лікарняними ліжками в регіонах України у 2011-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	0,99	0,95	0,95	0,96	0,99	0,99
Волинська	0,95	0,99	0,99	0,99	1,00	1,00
Дніпропетровська	0,99	0,88	0,99	0,98	0,98	0,99
Донецька	1,00	0,97	0,98	1,00	0,89	0,86
Житомирська	0,98	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00
Закарпатська	0,93	0,97	0,96	0,97	0,98	0,98
Запорізька	0,99	0,98	0,99	0,99	1,00	1,00
Івано-Франківська	1,00	0,96	0,98	0,97	1,00	1,00
Київська	0,99	0,98	0,98	0,98	1,00	1,00
Кіровоградська	0,91	0,98	0,95	0,99	1,00	0,99
Луганська	0,99	0,91	0,99	0,99	0,92	0,91
Львівська	1,00	0,98	1,00	0,98	0,99	0,99
Миколаївська	0,99	1,00	0,99	1,00	1,01	1,01
Одеська	0,94	0,95	0,97	0,98	0,98	0,98
Полтавська	0,99	0,98	0,99	0,99	0,99	0,98
Рівненська	1,00	0,95	0,98	0,96	1,00	1,00
Сумська	0,99	0,98	0,96	1,00	0,99	0,99
Тернопільська	0,91	1,00	0,98	1,02	1,00	1,00
Харківська	0,99	0,99	1,00	1,00	0,98	0,98
Херсонська	1,00	0,99	0,98	0,94	1,00	0,99
Хмельницька	0,99	0,96	0,99	0,98	0,98	0,98
Черкаська	0,96	0,97	0,98	1,00	1,00	1,00
Чернівецька	0,94	0,93	1,00	0,97	0,99	0,99
Чернігівська	1,00	0,97	1,00	0,98	0,99	0,99
м. Київ	0,98	1,00	0,97	1,00	1,00	1,00

*Джерело: розраховано за даними [66]

Проведено аналіз динаміки планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів в регіонах України у 2010-2015 рр. (табл. 2.10). Найбільш успішною за цим показником є Київська область. Найнижчі показники у Донецькій, Луганській, Житомирській, Закарпатській, Чернівецькій областях та у м. Києві.

Таблиця 2.10

Динаміка планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів в регіонах України у 2010-2015 рр.*

Область	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Вінницька	1,01	1,01	1,32	0,99	1,01	1,01
Волинська	1,00	1,00	1,00	1,02	1,00	1,00
Дніпропетровська	0,98	1,03	0,99	1,03	1,00	1,00
Донецька	1,00	1,00	1,01	1,00	0,92	0,91
Житомирська	1,00	1,00	1,04	1,00	0,99	0,98
Закарпатська	1,03	1,01	1,02	1,07	0,98	0,98
Запорізька	1,00	0,99	1,01	1,03	1,04	1,04
Івано-Франківська	1,00	1,01	1,16	0,99	1,01	1,02
Київська	1,00	1,04	1,00	1,00	1,06	1,06
Кіровоградська	1,00	1,00	0,99	1,02	1,00	1,00
Луганська	1,00	0,99	1,00	1,02	0,95	0,92
Львівська	0,99	1,00	0,99	1,06	1,00	1,00
Миколаївська	1,00	1,03	1,05	1,02	1,00	1,00
Одеська	0,99	1,01	1,00	1,00	1,00	1,00
Полтавська	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	0,99
Рівненська	0,74	0,99	1,19	0,99	1,00	1,00
Сумська	1,00	1,01	0,98	1,00	1,01	1,01
Тернопільська	0,98	0,99	1,01	1,01	1,02	1,02
Харківська	1,04	1,01	1,06	1,01	0,99	0,99
Херсонська	1,03	0,96	1,00	1,02	1,02	1,02
Хмельницька	0,99	1,00	1,02	1,00	1,00	1,00
Черкаська	1,02	1,00	1,01	1,02	0,99	1,00
Чернівецька	0,99	1,00	1,01	1,04	0,98	0,98
Чернігівська	0,99	0,98	1,02	1,02	1,01	1,01
м. Київ	1,01	1,03	1,00	1,01	0,98	0,98

*Джерело: розраховано за даними [66]

Дуже важливим аспектом побудови сучасної системи охорони здоров'я є фінансування галузі. Відповідно до критеріїв ВООЗ, розбудови ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею взаємопов'язаних функцій:

- збір доходів – джерела фінансування охорони здоров'я, відбір відповідних стратегій залучення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція з їх адміністрування;
- об'єднання зібраних коштів у фонди (консолідація коштів) – діяльність із накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з

метою забезпечення вільного доступу громадян до широкого асортименту медичної допомоги та забезпечення їх захисту у разі хвороби від ризику самостійної сплати повної вартості отриманих під час лікування медичних послуг;

- закупівлю медичних послуг – процес передачі коштів із фондів замовника, які займаються їх об'єднанням, до постачальників, що надають послуги. Придбання медичних послуг може здійснюватися або пасивно – відповідно до запланованих бюджетом видатків, або стратегічно – у результаті пошуку на ринку найбільш вдалого цінового та якісного поєднання пропонованих постачальником послуг [199].

У порівнянні динаміки змін ДВОЗ на душу населення у національній валюті за 2010 – 2015 рр. встановлено, що їх обсяги зросли у 1,6 рази (з 1045,1 грн. у 2010 р. до 1653, 7 грн. у 2015 р.). При цьому динаміка цих показників у доларовому та гривневому еквіваленті мала різновекторний характер. Так, у 2010 році обсяги державного фінансування охорони здоров'я як у номінальному, так і доларовому еквіваленті щорічно зростали при одночасному зменшенні показника у доларовому еквіваленті, що пов'язано з макроекономічною ситуацією в країні, і насамперед, зі стрімким зростанням курсу долару гривні та знеціненням національної валюти (рис. 2.1).

Всі області України за станом розвитку системи охорони здоров'я (ОхЗ) можна розподілити на три групи. До складу перших двох груп входять області з рівнями ОхЗ, нижчими за середній рівень у країні:

I група складається з 8-ми областей з низькими питомими рівнями показників стану охорони здоров'я ($OxZ < 3\%$) – Чернівецька, Херсонська, Сумська, Черкаська, Рівненська, Хмельницька, Житомирська, Миколаївська області;



Рис. 2.1. Динаміка змін державних витрат на охорону здоров'я у гривневому та доларовому еквіваленті, обмінного курсу національної валюти, 2010 – 2015 рр. (склав автор на основі: [199])

II група – з 9-ти областей з рівнями, близькими до середнього рівня у країні (ОхЗ від 3,0 до 4,0 %) – Закарпатська, Кіровоградська, Івано-Франківська, Тернопільська, Київська, Вінницька, Волинська, Чернігівська, Полтавська області;

III група – 8 областей з питомими рівнями ОхЗ, вищими за середній рівень у країні (ОхЗ від 4,0 до 8,9 %) – м. Київ, Запорізька, Одеська, Луганська, Львівська, Харківська, Донецька, Дніпропетровська області.

Проведемо ранжування показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України у 2015 році.

Для ранжирування показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України обчислимо середні значення досліджуваних показників упродовж 2010 -2015 р.р. за даними, що надано в табл. 2.1-2.3, 2.5, 2.7-2.10. Застосування лише результатів, отриманих за останній (або випадково обраний рік) не дає можливості отримати статистично узгоджених характеристик динаміки змін кожного з показників. Обчислені середні значення таких показників, як природний приріст

населення, смертність населення, дитяча смертність (дітей до 1 року), забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, середнім медичним персоналом, лікарськими лікарняними ліжками, планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів, темпів зміни зайнятості та безробіття населення приведені в табл. 2.11.

Як правило ранжирування проводиться за чинниками-показниками діяльності (або впливу на діяльність) економічного об'єкту, підприємства, галузі тощо. Нашою метою було експериментальне дослідження ролі регіонів для соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я. Тому в якості «чинників» при апріорному ранжируванні кожного з показників соціального захисту населення автор обрав регіони України.

На стадії попереднього дослідження проведено апріорне ранжирування кожного з показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України, які отримали на основі апріорної інформації [66].

Внесок кожного чинника оцінюється за величиною ранга-місця з урахуваннями передбаченого впливу. Найвпливовішому чиннику відводиться перше місце, інші розташовуються в порядку зменшення.

Тут треба відокремлювати поняття «краще-гірше» з поняттями «більше-менше». Так, кращим, наприклад, приймається значення більшого показника приросту населення, а, наприклад, для показника смертності населення кращим приймається найменше значення вказаного показника.

Таблиця 2.11

Показники соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення за регіонами України *

№	Регіони	Природний приріст населення	Смертність населення	Дитяча смертність населення	Забезпеченість лікарями	Забезпеченість середнім медперсоналом	Забезпеченість лікарняними ліжками	Планова ємність поліклінік	Темп зміни рівня зайнятості населення	Темп зміни рівня безробіття
1	Вінницька	1,003	1,023	-0,700	0,997	0,995	0,972	1,058	0,940	1,180
2	Волинська	0,990	0,993	-0,467	0,995	1,002	0,987	1,003	0,942	1,200
3	Дніпропетровська	1,000	1,003	-0,256	0,988	0,978	0,968	1,005	0,930	1,175
4	Донецька	0,917	0,983	-0,067	0,937	0,948	0,950	0,973	0,890	1,200
5	Житомирська	1,005	1,000	-0,467	0,998	0,990	0,993	1,002	0,940	1,180
6	Закарпатська	0,997	0,988	-0,250	0,990	0,997	0,965	1,015	0,941	1,190
7	Запорізька	1,013	1,008	-0,967	0,998	0,973	0,992	1,018	0,932	1,189
8	Івано-Франківська	0,997	1,003	-1,050	1,002	0,983	0,985	1,032	0,940	1,183
9	Київська	1,008	1,003	-1,150	1,002	0,992	0,988	1,027	0,935	1,201
10	Кіровоградська	1,000	1,000	-0,667	0,993	0,993	0,970	1,002	0,939	1,199
11	Луганська	0,883	0,983	-0,350	0,945	0,952	0,952	0,980	0,890	1,200
12	Львівська	1,005	1,002	-0,600	0,990	0,977	0,990	1,007	0,935	1,199
13	Миколаївська	1,005	1,000	-1,000	0,988	0,990	1,000	1,017	0,940	1,192
14	Одеська	1,008	0,997	-1,183	0,992	0,993	0,967	1,000	0,932	1,200
15	Полтавська	1,005	1,000	-1,367	1,005	0,977	0,987	0,997	0,939	1,188
16	Рівненська	0,988	0,995	-0,900	0,995	0,972	0,982	0,985	0,930	1,180
17	Сумська	1,003	0,995	-1,133	1,002	0,990	0,985	1,002	0,936	1,189
18	Тернопільська	0,990	1,005	-1,017	1,003	1,003	0,985	1,005	0,935	1,181
19	Харківська	1,012	1,008	-1,267	1,000	0,977	0,990	1,017	0,981	1,170
20	Херсонська	1,003	0,997	1,033	1,003	0,975	0,983	1,008	0,940	1,200
21	Хмельницька	1,003	0,985	-0,950	1,002	0,997	0,980	1,002	0,937	1,183
22	Черкаська	1,000	0,998	-0,817	0,998	0,998	0,985	1,007	0,940	1,200
23	Чернівецька	1,007	1,002	-1,387	0,988	0,982	0,970	1,000	0,940	1,201
24	Чернігівська	0,992	0,995	-1,217	0,997	0,972	0,988	1,005	0,929	1,200
25	м. Київ	1,013	1,012	-1,800	1,002	1,002	0,992	1,002	0,935	1,200

*Джерело: склав автор

За результатами таблиці 2.11 проведемо ранжирування кожного з 9 обраних показників за 25 регіонами України. У випадку, якщо чисельні значення будь-якого з досліджуваних показників співпадають, їм надаються однакові ранги, які визначаються як середнє арифметичне чисел, які вказують на місто показника в ряду переваг. Так, наприклад, значення природного приросту населення у Запорізькій області та у м. Києві співпадають та набувають найбільшого значення, тому цей показник у вказаних регіонах має отримати 1 та 2 місце, отже ранг цього показника у вказаних регіонах буде $\frac{1 + 2}{2} = 1,5$. В той же час значення приросту населення вже в трьох регіонах – Дніпропетровській, Кіровоградській та Черкаській областях співпадають та мають посісти 15, 16 та 17 місце в загальному рейтингу, тому ранг цього показника для кожної з трьох областей буде дорівнювати $\frac{15 + 16 + 17}{3} = 16$. Такі «співпадаючі» ранги називаються «зв'язаними». За вказаним алгоритмом [196] проведено ранжирування середніх значень 9 показників з табл. 2.11 у всіх регіонах України. Результати надано у табл. 2.12.

Як бачимо, відхилення результатів ранжирування кожного з показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України дуже велике. Але нам потрібно було виділити ті регіони, на прикладі яких можна буде узагальнити запропоновану методику покращення соціального захисту населення. Для цього було проведено ранжирування регіонів України за обраними показниками.

Найпростішими методами знаходження рангу в математичній статистці є методи мод і медіан. Знайти моду – величину показника, який найчастіше зустрічається у обраній сукупності, та медіану – величину, яка розташована у середині варіаційного ряду, можна, якщо записати всі отримані в табл. 2.12 значення у порядку зростання (табл. 2.13).

Таблиця 2.12

Ранжирування показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення за регіонами України *

№	Регіони	Природний приріст населення	Смертність населення	Дитяча смертність населення	Забезпеченість лікарями	Забезпеченість середнім медперсоналом	Забезпеченість лікарняними ліжками	Планова ємність поліклінік	Темп зміни зайнятості населення	Темп зміни безробіття
1	Вінницька	12,5	25	17	13,5	7	20	1	7	4
2	Волинська	22,5	5	20,5	15,5	2,5	9,5	14	2	19,5
3	Дніпропетровська	16	19	23	22	16	21	12	21,5	2
4	Донецька	24	1,5	25	25	25	25	25	24,5	19,5
5	Житомирська	8,5	13,5	20,5	11	12	2	17	7	4
6	Закарпатська	19,5	4	24	19,5	5,5	23	7	3	12
7	Запорізька	1,5	22,5	13	11	21	3,5	4	19,5	10,5
8	Івано-Франківська	19,5	19	9	6	14	12,5	2	7	7,5
9	Київська	4,5	19	7	6	10	7,5	3	16,5	24,5
10	Кіровоградська	16	13,5	18	17	8,5	18,5	17	11,5	14,5
11	Луганська	25	1,5	22	24	24	24	24	24,5	19,5
12	Львівська	8,5	16,5	19	19,5	18	5,5	9,5	16,5	14,5
13	Миколаївська	8,5	13,5	12	22	12	1	5,5	7	13
14	Одеська	4,5	9,5	6	18	8,5	22	20,5	19,5	19,5
15	Полтавська	8,5	13,5	3	1	18	9,5	22	11,5	9
16	Рівненська	18	7	15	15,5	22,5	16	23	21,5	4
17	Сумська	12,5	7	8	6	12	12,5	17	14	10,5
18	Тернопільська	22,5	21	11	2,5	1	12,5	12	16,5	6
19	Харківська	3	22,5	4	9	18	5,5	5,5	1	1
20	Херсонська	12,5	9,5	10	2,5	20	15	8	7	19,5
21	Хмельницька	12,5	3	14	6	5,5	17	17	13	7,5
22	Черкаська	16	11	16	11	4	12,5	9,5	7	19,5
23	Чернівецька	6	16,5	2	22	15	18,5	20,5	7	24,5
24	Чернігівська	21	7	5	13,5	22,5	7,5	12	23	19,5
25	м. Київ	1,5	24	1	6	2,5	3,5	17	16,5	19,5

*Джерело: склав автор

Таблиця 2.13

Ранжирування регіонів України за показниками соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення
методом мод і медіан

№	Регіони	Ранги показників у регіонах в порядку зростання									Мода	Медіана
		1	4	7	7	12,5	13,5	17	20	25		
1	Вінницька	1	4	7	7	12,5	13,5	17	20	25	7	12,5
2	Волинська	2	2,5	5	9,5	14	15,5	19,5	20,5	22,5	-	14
3	Дніпропетровська	2	12	16	16	19	21	21,5	22	23	16	19
4	Донецька	1,5	19,5	24	24,5	25	25	25	25	25	25	25
5	Житомирська	2	4	7	8,5	11	12	13,5	17	10,5	-	11
6	Закарпатська	3	4	5,5	7	12	19,5	19,5	23	24	19,5	12
7	Запорізька	1,5	3,5	4	10,5	11	13	19,5	21	22,5	-	11
8	Івано- Франківська	2	6	7	7,5	9	12,5	14	19	19,5	-	9
9	Київська	3	4,5	6	7	7,5	10	16,5	19	24,5	-	7,5
10	Кіровоградська	8,5	11,5	13,5	14,5	16	17	17	18	18,5	17	16
11	Луганська	1,5	19,5	22	24	24	24	24	24,5	25	24	24
12	Львівська	5,5	8,5	9,5	14,5	16,5	16,5	18	19	19,5	16,5	16,5
13	Миколаївська	1	5,5	7	8,5	12	12	13	13,5	22	12	12
14	Одеська	4,5	6	8,5	9,5	18	19,5	19,5	10,5	22	19,5	18
15	Полтавська	1	3	8,5	9	9,5	11,5	13,5	18	22	-	9,5
16	Рівненська	4	7	15	15,5	16	18	21,5	22,5	23	-	16
17	Сумська	6	7	8	10,5	12	12,5	12,5	14	17	12,5	12
18	Тернопільська	1	2,5	6	11	12	12,5	16,5	21	22,5	-	12
19	Харківська	1	1	3	4	5,5	5,5	9	18	22,5	3,25	5,5
20	Херсонська	2,5	7	8	9,5	10	12,5	15	19,5	20	-	10
21	Хмельницька	3	5,5	6	7,5	12,5	13	14	17	17	17	12,5
22	Черкаська	4	7	9,5	11	11	12,5	16	16	19,5	13,5	11
23	Чернівецька	2	6	7	15	16,5	18,5	20,5	22	24,5	-	16,5
24	Чернігівська	5	7	7,5	12	13,5	19,5	21	22,5	23	-	13,5
25	м. Київ	1	1,5	2,5	3,5	6	16,5	17	19,5	24	-	6

*Джерело: склав автор

Визначити моду для більшості об'єктів ранжирування встановити не вдалося, тому що кількість показників, які враховувалися у визначенні місця регіону у рейтингу значно менше кількості регіонів ($9 < 25$). Але в тих випадках, коли мода була визначена, бачимо, що її значення несуттєво відрізняється від отриманого значення медіани.

Результати ранжирування регіонів України за показниками соціального захисту методом медіан надано в табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Остаточний ранг регіонів України за показниками соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення обчислений методом медіан

Значення медіани	Отриманий ранг	Регіон
5,5	1	Харківська
6	2	м. Київ
7,5	3	Київська
9	4	Івано-Франківська
9,5	5	Полтавська
10	6	Херсонська
11	8	Житомирська
11	8	Запорізька
11	8	Черкаська
12	11,5	Закарпатська
12	11,5	Миколаївська
12	11,5	Сумська
12	11,5	Тернопільська
12,5	14,5	Вінницька
12,5	14,5	Хмельницька
13,5	16	Чернігівська
14	17	Волинська
16	18,5	Кіровоградська
16	18,5	Рівненська
16,5	20,5	Львівська
16,5	20,5	Чернівецька
18	22	Одеська
19	23	Дніпропетровська
24	24	Луганська
25	25	Донецька

**Джерело: склав автор*

Для наочності сприйняття ця інформація також надано у вигляді діаграми (рис. 2.2).

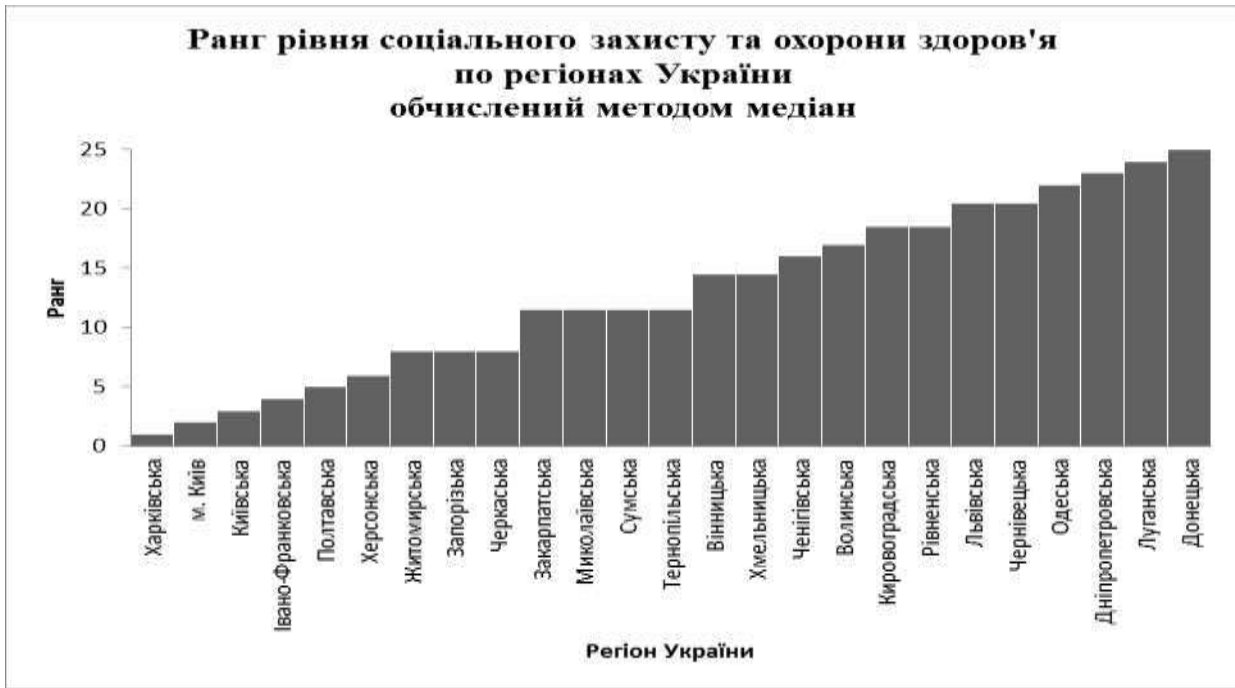


Рис. 2.2. Ранг рівня соціального захисту та охорони здоров'я по регіонах України обчислений методом медіан (склав автор)

За результатами проведеного аналізу можна зробити наступні висновки: найкраще становище за сукупними (інтегральними) показниками соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення України спостерігається у Харківській області та в м. Києві, а найгірше – в Луганській та Донецькій областях. Але зрозуміло, що результати, отримані найпростішими методами математичної статистики дозволяють зробити лише попередні якісні висновки. Щоб отримати коректні результати з перевіркою їх на конкордацію використано метод середніх арифметичних балів [122]. Застосування декількох методів у розв'язанні задач, пов'язаних із статистичною обробкою даних, дає найбільш достовірний результат.

З цією метою було сформовано матрицю рангів, де в якості об'єктів дослідження виступають регіони України, а аналіз проводився за вказаними в табл. 2.12 рангами показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення. Ці результати оброблялися за наступною схемою. Спочатку для кожного регіону була обчислена сума рангів:

$$S_i = \sum_{j=1}^m a_{ij} , \quad (2.1)$$

де m - кількість показників, а a_{ij} - ранг i -го фактора для j -го показника.

Так, наприклад, для 1-го регіону – Вінницької області – сума рангів

$$S_1 = 12,5 + 25 + 17 + 13,5 + 7 + 20 + 1 + 7 + 4 = 107 .$$

Далі були обчислені відхилення Δ_i суми рангів S_i від середньої суми рангів для кожного з факторів:

$$\Delta_i = \sum_{j=1}^m a_{ij} - \frac{1}{k} \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m a_{ij} , \quad \text{або} \quad \Delta_i = S_i - \bar{S} , \quad (2.2)$$

де Δ_i - відхилення суми рангів i -го фактора від середньої суми рангів, k -

кількість регіонів, де проводиться дослідження, $\bar{S} = \frac{1}{k} \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m a_{ij}$ - середня сума рангів.

В нашому випадку середня сума рангів

$$\bar{S} = \frac{1}{25} (107 + 111 + 152,5 + 194,5 + 95,5 + 117,5 + 106,5 + 96,5 + 98 + 134,5 + 188,5 + 127,5 + 94,5 + 128 + 96 + 142,5 + 99,5 + 105 + 132 + 131 + 91,5) = 117 .$$

Відхилення Δ_i , наприклад, для другого регіону – Волинської області $-\Delta_2 = 111 - 117 = -6$, а для третього регіону – Дніпропетровської області $-\Delta_3 = 152,5 - 117 = 35,5$.

Визначивши значення відхилень Δ_i для всіх регіонів, оцінено степінь узгодженості отриманого результату, обчисливши коефіцієнт конкордації W , введений англійським статистиком Кенделом [80]. Зауважимо, що в кожній групі показників соціального захисту населення було отримано «зв'язані» ранги, тому коефіцієнт конкордації має бути обчислений за формулою:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12} m^2 (k^3 - k) - m \sum_j T_j} . \quad (2.3)$$

В цьому виразі:

$$T_j = \frac{1}{12} \sum_u (t_u^3 - t_u), \quad (2.4)$$

де u - кількість груп, утворених чинниками однакового рангу в j -тому ранжируванні.

Так, наприклад, для першого показника маємо чотири групи, що містять два однакових ранги, одна група, що містить три однакових ранги, і дві групи, що містять чотири однакових ранги. Тому значення показника T_1 обчислюється як:

$$T_1 = \frac{1}{12} [4 \cdot (2^3 - 2) + (3^3 - 3) + 2 \cdot (4^3 - 4)] = 14$$

Аналогічно були обчислені значення T_j для інших показників.

Всі результати математичного експерименту були зведені в табл. 2.15. Зауважимо, що робота з масивами даних була проведена із застосуванням можливостей платформи MSExcel.

Отже коефіцієнт конкордації (2.3) в умовах нашої задачі набуває значення:

$$W = \frac{20523}{\frac{1}{12} \cdot 9^2 (25^3 - 25) - 9 \cdot 149,5} \approx 0,157$$

Відомо, що коли $k > 7$ величина $m(k-1)W$ підпорядковується χ^2 -розподілу з числом ступенів свободи $f = k - 1$. Значущість коефіцієнта конкордації встановлюють за допомогою критерію Пірсона. Для цього ми обчислили розрахункове значення χ_p^2 .

У разі наявності зв'язаних рангів величина χ_p^2 визначається за формулою

$$\chi_p^2 = m(k-1)W = \frac{S}{\frac{1}{12}mk(k+1) - \frac{1}{k-1}\sum_j T_j}. \quad (2.5)$$

З урахуванням попередніх обчислень маємо:

$$\chi_p^2 = 9(25-1) \cdot 0,157 = 33,851$$

Розрахункове значення порівнюють із табличним значенням з розподілу Пірсона χ_{α}^2 [32]. Гіпотеза про узгодженість результату приймається, якщо

$\chi_p^2 \geq \chi_t^2$. При 5%-ому рівні значущості ($\alpha = 0,05$) та кількості степенів свободи $f = k - 1 = 25 - 1 = 24$ табличне значення критерію Пірсона дорівнює $\chi_t^2 = 32,65$. З умови $\chi_p^2 = 33,85 \geq \chi_t^2 = 32,65$ прямує, що гіпотеза узгодженості побудованої моделі не відкидається.

Всі розраховані чисельні характеристики зведені у табл. 2.15.

Лише переконавшись в узгодженості всіх показників можна побудувати діаграму рангів. Степінь впливу «чинника» було оцінено за величиною суми рангів: чим менша сума рангів, тим більший вплив «чинник» має на величину, що досліджується. З цією метою в табл. 2.16 ми розташували регіони України за спаданням величини сумарного рангу. За результатами табл. 2.16 було побудовано діаграму рангів (рис. 2.3).

За допомогою діаграми рангів, як правило, можна встановити найбільш впливовіші чинники та виключити ті чинники, які мають несуттєвий вплив. Відомо, що при рівномірній чи нерівномірній, але монотонній зміні розподілу чинників, вплив кожного з них є важливим у дослідженні. У випадку експоненціальної зміни частину чинників можна вилучити. Для зручності на побудовану діаграму було нанесено лінію тренду (саме експоненціальної залежності). З отриманих результатів переконуємося, що два регіони, які посіли найнижчі міста в нашому рейтингу – Луганська та Донецька області можуть бути виключені з подальшого розгляду, тому що їх вплив на загальні показники економіко-математичної моделі є несуттєвими. Значення всіх показників, що були обрані для дослідження не є «типовими» для всіх регіонів України на прикладі вказаних областей.

Таблиця 2.15

Матриця рангів

Показники	Ранги за регіонами																								T_j	
	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська		м. Київ
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	14
2	12,5	22,5	16	24	8,5	19,5	1,5	19,5	4,5	16	25	8,5	8,5	4,5	8,5	18	12,5	22,5	3	12,5	12,5	16	6	21	1,5	11
3	25	5	19	1,5	13,5	4	22,5	19	19	13,5	1,5	16,5	13,5	9,5	13,5	7	7	21	22,5	9,5	3	11	16,5	7	24	0,5
4	17	20,5	23	25	20,5	24	13	9	7	18	22	19	12	6	3	15	8	11	4	10	14	16	2	5	1	16
5	13,5	15,5	22	25	11	19,5	11	6	6	17	24	19,5	22	18	1	15,5	6	2,5	9	2,5	6	11	22	13,5	6	6
6	7	2,5	16	25	12	5,5	21	14	10	8,5	24	18	12	8,5	18	22,5	12	1	18	20	5,5	4	15	22,5	2,5	7,5
7	20	9,5	21	25	2	23	3,5	12,5	7,5	18,5	24	5,5	1	22	9,5	16	12,5	12,5	5,5	15	17	12,5	18,5	7,5	3,5	13,5
8	1	14	12	25	17	7	4	2	3	17	24	9,5	5,5	20,5	22	23	17	12	5,5	8	17	9,5	20,5	12	17	35
9	7	2	21,5	24,5	7	3	19,5	7	16,5	11,5	24,5	16,5	7	19,5	11,5	21,5	14	16,5	1	7	13	7	7	23	16,5	46
Сума рангів S_i	107	111	152,5	194,5	95,5	117,5	106,5	96,5	98	134,5	188,5	127,5	94,5	128	96	142,5	99,5	105	69,5	104	95,5	106,5	132	131	91,5	107
Середнє арифметичне значення рангів	11,89	12,33	16,94	21,61	10,61	13,05	11,83	10,72	10,89	14,94	20,94	14,17	10,50	14,22	10,67	15,83	11,06	11,67	7,72	11,56	10,61	11,83	14,67	14,56	10,17	11,89
Відхилення Δ_i від середньої суми рангів	-10	-6	35,5	77,5	-21,5	0,5	-10,5	-20,5	-19	17,5	71,5	10,5	-22,5	11	-21	25,5	-17,5	-12	-47,5	-13	-21,5	-10,5	15	14	-25,5	-10
Квадрати відхилень Δ_i^2	100	36	1260,25	6006,25	462,25	0,25	110,25	420,25	361	306,25	5112,25	110,25	506,25	121	441	650,25	306,25	144	2256,25	169	462,25	110,25	225	196	650,25	100

*Джерело: склав автор

Таблиця 2.16

Остаточний ранг регіонів України за показниками соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення обчислений методом середніх арифметичних рангів

Значення суми рангів	Отриманий ранг в остаточному ранжируванні	Регіон
69,5	1	Харківська
91,5	2	м. Київ
94,5	3	Миколаївська
95,5	4,5	Житомирська
95,5	4,5	Хмельницька
96	6	Полтавська
96,5	7	Івано-Франківська
98	8	Київська
99,5	9	Сумська
104	10	Херсонська
105	11	Тернопільська
106,5	12,5	Запорізька
106,5	12,5	Черкаська
107	14	Вінницька
111	15	Волинська
117,5	16	Закарпатська
127,5	17	Львівська
128	18	Одеська
131	19	Чернігівська
132	20	Чернівецька
134,5	21	Кіровоградська
142,5	22	Рівненська
152,5	23	Дніпропетровська
188,5	24	Луганська
194,5	25	Донецька

**Джерело: склав автор*

Проведене ранжирування регіонів України за показниками соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення як методом медіан, так і методом середніх арифметичних балів дають цілком узгоджені результати з виявлення найбільш впливових регіонів – Харківської області та м. Київ та найменш впливових – Донецька, Луганська та Дніпропетровська області (рис. 2.3 – 2.4).



Рис. 2.3. Ранг рівня соціального захисту та охорони здоров'я по регіонах України обчислений методом середніх арифметичних рангів (склав автор)

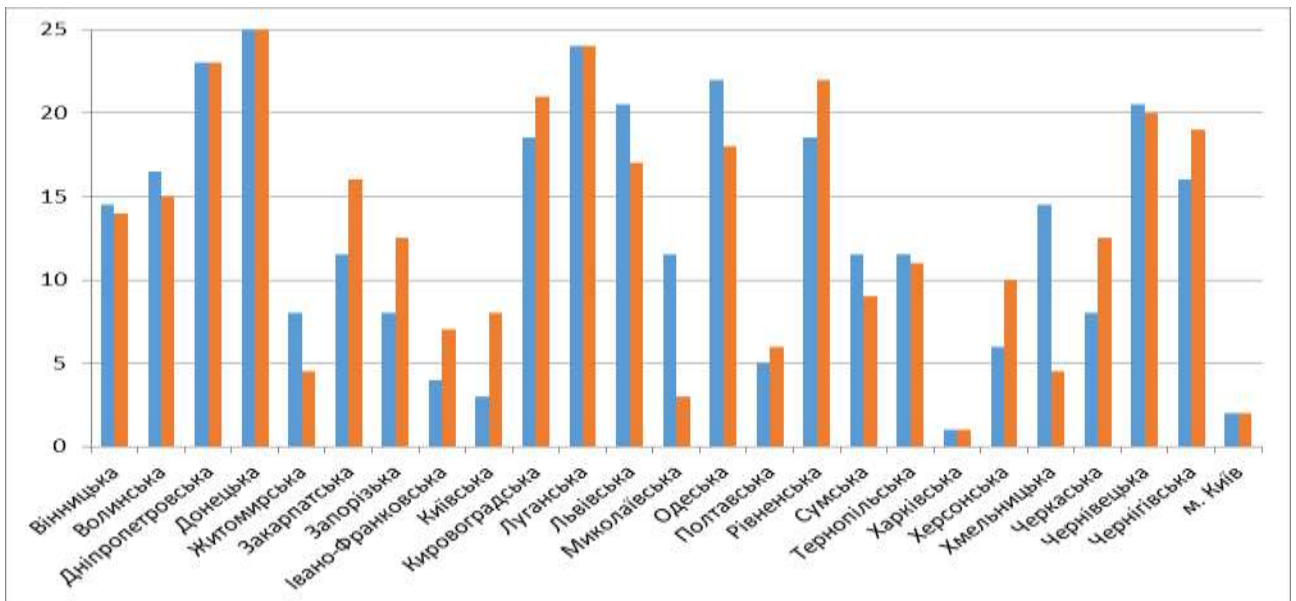


Рис. 2.4. Порівняння результатів ранжирування двома методами (склав автор)

Проведений аналіз довів нерівномірність між регіонами України у сфері соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення. Це свідчить про суттєві диспропорції в організації та фінансуванні соціального захисту у забезпеченні охорони здоров'я населення в Україні.

2.2. Оцінка стану охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні

Необхідним елементом ринкової інфраструктури є ринок страхових послуг який, тісно пов'язаним з іншими ринками засобів виробництва. У країнах розвиненої економіки страхова справа має найширший розмах і забезпечує підприємцям надійну охорону їхніх інтересів від несприятливих наслідків різного роду техногенних аварій, фінансових ризиків, криміногенних чинників, стихійних і інших явищ. В умовах панування державної форми власності й адміністративно-командної системи управління в нашій країні потенціал інституту страхування не міг бути розкритий у повному обсязі, сфера його застосування була дуже обмежена. Страхової справи в її справжньому значенні не було і не могло бути, оскільки не було основи – приватного підприємництва і самостійності суб'єктів, що господарюють.

В умовах функціонування ринкової економіки, основу якої становить господарська (підприємницька) діяльність з використанням різних форм власності, та механізму державного регулювання стосунків у сфері економіки потреба суб'єктів господарської діяльності у захисті своїх майнових прав та захисту законом інтересів від різноманітних ризиків зростає.

Розвиток добровільного медичного страхування, як і розвиток страхового ринку, відбувається в Україні нерівномірно. Це спричинено складною економічною ситуацією, низьким рівнем платоспроможності населення, недосконалістю законодавчого забезпечення, неузгодженістю економічних інтересів суб'єктів страхового ринку, але обсяги добровільного медичного страхування зростають.

Розвиток і зміцнення ринку медичного страхування України та її регіонів неможливе без глибокого аналізу сучасного стану як усієї галузі, так і її регіональних особливостей. У сучасних реаліях економіки України особливо гостро стоїть питання розробки певного інструменту оцінки стану страхових компаній з медичного страхування, зокрема й на регіональному рівні.

Проте на сьогодні в більшості регіонів України не створено достатньо умов для ефективного розвитку страхового ринку. Зазвичай дослідники підходять до вивчення ринку медичного страхування з позицій його стану, ймовірності банкрутства, конкурентоспроможності страхових компаній [79].

З метою виявлення негативних передумов, що стримують розвиток українського страхового ринку, розглянемо основні показники його розвитку (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Основні показники розвитку страхового ринку України у 2010-2015 рр.*

Показники	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Валові страхові премії, млн. грн.	23082	22694	21509	28662	26768	29740
Валові страхові виплати, млн. грн.	6105	4864	5151	4652	5066	8100
Обсяг сформованих страхових резервів, млн. грн.	11400	11200	12600	14400	15800	21400
Загальні активи страховиків, млн. грн.	45200	48100	56200	66400	70300	84000
Номінальний ВВП, млн. грн.	1082600	1316600	1411200	1454900	1566700	1751000
Частка валової страхової премії у ВВП, %	2,1	1,7	1,5	2,0	1,7	1,6
Частка активів страховиків у ВВП, %	4,2	3,7	4,0	4,6	4,5	4,5

*Джерело: [66]

Згідно з даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, станом на кінець 2015 р. загальна кількість страхових компаній становила 361, зокрема страховиків, що здійснюють страхування життя – 49 компаній, що здійснюють страхування видів, інших, ніж страхування життя – 312. Страховий ринок, не зважаючи на велику кількість його учасників, характеризується високою концентрацією бізнесу – на перші 100 страховиків припадає понад 80% від усіх страхових премій [115].

У 2010 р. обсяги страхових резервів перевищили до кризові і склали 11,4 млрд. грн., скорочення у 2011 р. в порівнянні з попереднім складало 1,8 %. В період 2012-2015 рр. страхові резерви зростали. Загалом зріст страхових резервів за 2010-2015 рр. склав 188 %, що свідчить щодо укріплення позицій страховиками [115].

Хоча на сьогодні ринок страхових послуг залишається найбільш капіталізованим серед інших секторів небанківських фінансових послуг, проте, він все ще перебуває на початковому етапі розвитку. Про це свідчить рівень співвідношення активів страховиків до ВВП. Станом на кінець 2015 р. цей показник становив 4,5 %, для порівняння аналогічний показник у Великобританії складає – 96,5 %, у США – 45,2 %, Японії – 66,9 %, Франції – 63,0 %, Німеччині – 45,5 % [140].

Не дуже оптимістичний прогноз експертів і для перестраховування. Лідери світового ринку можуть припинити співробітництво із середніми і малими українськими страховими компаніями. Доходи від них незначні, а витрати на обслуговування договорів великі. Можливо будуть збільшені ціни на перестраховування [128].

В останні роки частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України неухильно зростала (табл. 2.18), і у 2015 р. склала 8,6 % у валових страхових преміях за всіма видами страхування та 11,5 % у валових страхових преміях з добровільних видів страхування (крім життя).

У розрізі добровільного медичного страхування (ДМС) твердження «попит формує пропозицію» може набути прямо протилежне значення: «якісна пропозиція формує попит». Це особливо актуально з огляду на те, що в українського населення не розвинена культура страхування.

Тому вміння вітчизняних страховиків привернути увагу громадян до переваг медичного страхування може певною мірою вплинути на подальше фінансове забезпечення медичної галузі в державі в цілому.

Таблиця 2.18

Частка добровільного медичного страхування на ринку страхових послуг України

Показник	Рік						Відхилення 2015 р. від 2010 р.	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	+, -	%
1. Валові страхові премії, всього, млн. грн., зокрема:	23081,7	22693,5	21508,2	28661,9	26767,3	29740,0	6658,3	28,9
- добровільне медичне страхування, млн. грн.	1252,1	1656,5	1965,2	2195,8	2265,6	2544,2	1092,1	87,2
- частка добровільного медичного страхування, %	5,4	7,3	9,1	7,7	8,5	8,6	3,2	-
2. Страхові виплати всього, млн. грн., зокрема:	6104,6	4864,0	5151	4651,8	5065,4	8100	1995,4	32,7
- добровільне медичне страхування, млн. грн.	754,8	889,7	1062,3	1179,4	1289,1	1863	1108,2	у 2,5 рази
- частка добровільного медичного страхування, %	12,4	18,4	20,6	25,4	25,4	23,0	10,6	-
3. Валові страхові премії з добровільних видів страхування (крім життя), млн. грн.	19402,7	18046,7	16158,7	22521,9	20772	23420,2	4017,5	20,7
- частка добровільного медичного страхування, %	6,5	9,2	12,2	9,7	10,9	11,5	5,0	-
4. Страхові виплати з добровільних видів страхування(крім життя), млн. грн.	5185,0	3708,1	4012,7	3356,9	3618,3	3942,2	-1242,8	-24,0
- частка добровільного медичного страхування, %	14,6	24,0	26,5	35,1	35,6	35,9	21,3	-

Джерело: [115]

Оскільки добровільне медичне страхування здійснюється згідно із Законом України «Про страхування» [135] у вигляді «медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)», «страхування здоров'я на випадок хвороби» і «страхування медичних витрат», розглянемо динаміку кожного з видів (табл. 2.19).

Таблиця 2.19

Динаміка показників основних видів добровільного медичного страхування в Україні*

Показник	Роки						Відхилення, %
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 р. від 2010 р.
Безперервне страхування здоров'я							
1. Кількість договорів страхування, тис. од.	1023,2	1226,4	1454,9	1636,8	1314,0	1360,0	32,9
2. Валові надходження страхових платежів, млн. грн.	878,1	1165,4	1322,1	1487,5	1625,4	1845,5	більш чим у 2 рази
3. Виплати страхових сум, млн. грн.	632,9	752,4	901,0	1010,4	1108,6	1291,8	більш чим у 2 рази
4. Рівень виплат, %	72,1	64,5	68,1	67,9	68,2	70,0	-
Добровільне страхування на випадок хвороби та медичних витрат							
1. Кількість договорів страхування, тис. од.	542,9	1302,4	1704,4	2060,3	2194,7	2251,8	більш чим у 4 рази
2. Валові надходження страхових платежів, млн. грн.	144,2	186,9	318,2	373,6	308,2	356,8	більш чим у 2,5 рази
3. Виплати страхових сум, млн. грн.	38,0	34,4	40,7	66,6	68,4	71,6	188
4. Рівень виплат, %	26,4	18,4	12,8	17,8	22,2	20,1	-

*Джерело: розраховано на основі: [181]

Якщо проаналізувати дані табл. 2.19 можна зробити висновок, що ринок медичного страхування досить швидко розвивається, особливо ринок

безперервного страхування здоров'я, за яким у 2015 р. валові надходження страхових платежів збільшилися майже у 2 рази у порівнянні з 2010 р. Також спостерігаємо збільшення кількості договорів за всіма видами страхування, що говорить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування.

Харківський регіон є регіоном зі специфічним соціальним та культурним рівнем розвитку.

Харківська область має розгалужену інфраструктуру охорони здоров'я та потужний потенціал розвитку галузі. Тут зосереджені наукові школи з багатьох галузей медицини, надаються складні медичні послуги, ціла низка з яких є унікальними для України. Система охорони здоров'я регіону налічує 154 лікарняних та 478 амбулаторно-поліклінічних закладів, у яких працюють 15513 лікарів і 30544 середніх медичних працівників.

Існує розвинена система підготовки медичних кадрів вищої кваліфікації. Область традиційно виступає пілотним регіоном для реалізації міжнародних проектів з реформування охорони здоров'я. Наукові дослідження в області медицини здійснюють 12 медичних науково-дослідних інститутів і Державний науковий центр лікарських засобів. Останніми роками фахівці галузі брали участь більш ніж у 10 таких проектах, серед яких проекти ЄС і США.

Підготовку кадрів для закладів охорони здоров'я здійснюють Харківський державний медичний університет, Національна фармацевтична академія України, Харківська медична академія післядипломної освіти, вісім медичних училищ.

Харківська область займає лідируючі позиції в аспекті впровадження передових підходів, сучасних практик та технологій у сфері організації медичної допомоги та управління медичними послугами.

Станом на 01.11.2016 мережа закладів охорони здоров'я регіону охоплює 243 заклади охорони здоров'я, зокрема: 205 закладів у сфері управління Департаментів охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та Харківської міської ради; 8 закладів, безпосередньо підпорядкованих

Міністерству охорони здоров'я України; 10 закладів, підпорядкованих Національній академії медичних наук України та Національній академії наук України; 20 закладів підпорядковані іншим відомствам.

Показники укомплектованості штатних посад лікарями та молодшими медичними працівниками з медичною освітою зберігаються на рівні 2014 року і становлять 80,3% та 89,4% відповідно.

В області функціонує 32 юридично самостійних центри первинної медико–санітарної допомоги.

У процесі підготовки до реформування закладів вторинної ланки у межах майбутніх госпітальних округів, перспективних напрямків модернізації галузі проведено загальний попередній розподіл закладів за профілями (лікарня інтенсивного лікування, планового, відновного лікування тощо).

Служба екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, що працює централізовано на регіональному рівні на засадах екстериторіальності в спільних інтересах всіх територіальних громад області, відповідає кращим світовим зразкам і повноцінно забезпечує реалізацію конституційного права кожного громадянина на збереження життя та здоров'я.

Станом на 01.11.2016 з державного бюджету область отримала централізовану поставку лікарських засобів та виробів медичного призначення на суму 84,6 млн грн. За рахунок 45,0 млн грн місцевих бюджетів закладами охорони здоров'я Харківської області придбано 2501 од. медичного обладнання (рис. 2.5).

З метою підтримки соціально уразливих категорій населення, покращення якості життя певної категорії хворих, зокрема серед дитячого населення, рішенням обласної ради від 29 жовтня п.р. фінансування комплексної обласної програми «Здоров'я Слобожанщини» на 2015 – 2016 роки, затвердженої рішенням Харківської обласної ради від 05.03.2015 № 1152-VI збільшено до 84,3 млн грн, які спрямовані на забезпечення пацієнтів, хворих на цукровий діабет, препаратами інсуліну, спеціальним лікувальним харчуванням

іноземного виробництва дитини, хворої на фенілкетонурію (рідкісне захворювання), екстрене лікування невідкладних станів тощо.

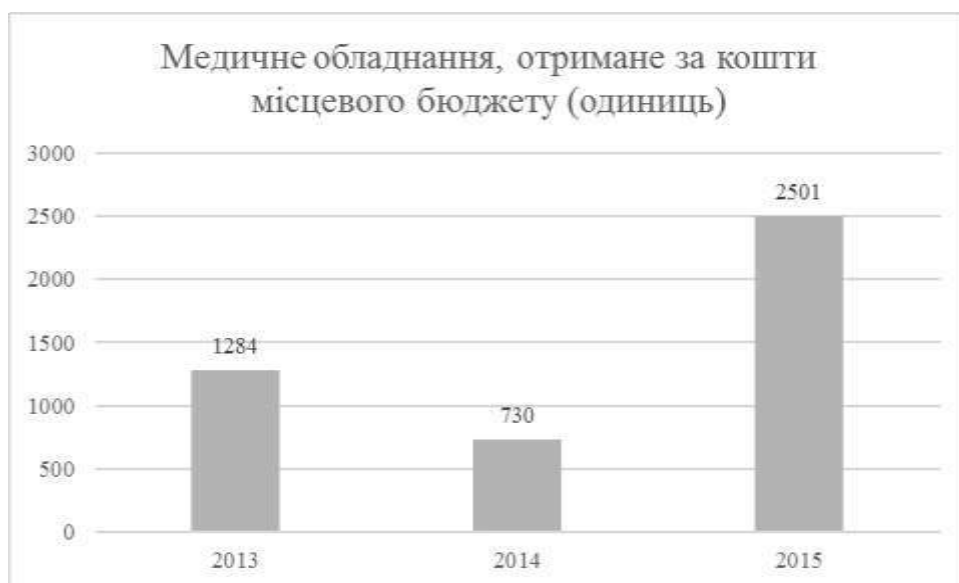


Рис. 2.5. Кількість медичного обладнання, що було отримано за кошти місцевого бюджету (од.) (склав автор)

Загалом, незважаючи на складну економічну ситуацію, загальне фінансування галузі році з бюджетних коштів у 2015 році збільшилося до 685,1 грн. із розрахунку на 1 мешканця у порівнянні із 2014 році – 584, 4 грн. на 1 особу (рис. 2.6).

У контексті проведення перетворень у фармацевтичній галузі за ініціативи та сприяння обласної державної адміністрації у жовтні 2015 року підписано Меморандум між Харківською обласною державною адміністрацією та Об'єднанням організацій роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України, яким визначено спільні дії щодо повноцінного забезпечення мешканців області необхідними лікарськими засобами за доступними цінами, підтримки вітчизняних виробників ліків, ефективного використання бюджетних коштів. Підписаний Меморандум дозволить також розв'язати питання прозорості проведення тендерних процедур у закупівлі лікарських препаратів.



Рис. 2.6. Фактичні витрати бюджетних коштів з охорони здоров'я в розрахунку на 1 мешканця (грн.) (склав автор)

Важливою пріоритетною складовою діяльності обласної влади за звітний період стало розв'язання питання щодо надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам із окупованих територій та зони проведення антитерористичної операції (АТО), яких безвідмовно приймає Харківщина. Станом на 07.12.2015 відповідно до реєстру, який ведеться в Департаменті охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, звернулося за медичною допомогою понад 85,4 тис. тимчасово переміщених осіб.

Вирішено питання щодо соціального, зокрема, медичного захисту учасників антитерористичної операції.

Створений Харківський обласний центр допомоги учасникам антитерористичної операції координує вирішення питань, пов'язаних з лікуванням, реабілітацією, психологічною та соціальною адаптацією учасників АТО. З метою мінімальної витрати часу на розв'язання нагальних питань що виникають, розроблено спеціальні інформативні пам'ятки щодо порядку надання медичних послуг.