

Питання розвитку регіональної медичної галузі залишиться пріоритетним у діяльності місцевих органів влади і у наступних роках.

Разом із тим, хронічне недофінансування галузі призводить до зниження якості обслуговування населення. Тривалий час реальний консолідований бюджет медичної галузі в Україні ледве перевищує 3 % від валового внутрішнього продукту (ВВП), хоча у більшості країн Європи він сягає понад 8 % від ВВП.

Незважаючи на високу забезпеченість регіону лікарями (58,1 на 10 тис. населення), що перевищує середньоукраїнську (48) та середньоєвропейську (33,3 за даними ВООЗ), а також збільшення загального фінансування галузі та витрат бюджетних коштів на 1 мешканця області упродовж останніх 5 років в 1,7 рази до 2,6 млрд. грн. та 934,6 грн. відповідно, регіональна сфера охорони здоров'я за рахунок бюджетів усіх рівнів щорічно отримує в середньому не більше 45 – 48 % від потреби у фінансових ресурсах для її стабільного функціонування та забезпечення належного рівня медичних послуг населенню.

Упродовж останнього десятиріччя рівень захворюваності населення в Харківській області залишається вищим за середньо український, хоча простежується тенденція до його поступового зниження.

За структурою вперше в житті зареєстрованих випадків захворювань регіон фактично відповідає загальноукраїнським тенденціям, виділяючись дещо нижчою питомою вагою хвороб органів дихання, та дещо вищою – захворювань системи кровообігу (найбільшу питому вагу серед яких мають гіпертонічна хвороба – 41,1 %, а також ішемічна хвороба серця – 35,7 %) та хвороби сечостатевої системи.

До негативних тенденцій останніх п'яти років (2010 – 2015 рр.) належить збільшення поширеності інсультів на 62,4 %, а також захворюваності на злоякісні новоутворення на 8 %.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію та СНІД залишаються вдвічі меншими за середні показники по Україні. Разом із тим, упродовж останніх п'яти років захворюваність на ВІЛ-інфекцію в області зросла на 18 %, на СНІД – у 2,9 рази.

До позитивних тенденцій належить зниження на 25,8 % захворюваності на усі форми активного туберкульозу. У 2015 році вона склала 44,9 на 100 тис. населення, що значно нижче за середньоукраїнську (68,1) та є найнижчим показником серед областей України. Разом із тим, на загальному позитивному фоні складною залишається ситуація в Дворічанському (97,3), Вовчанському (73,2) та Коломацькому (67,6) районах області. В цілому, найвищим рівнем захворюваності населення характеризуються Кегичівський, Лозівський, Дергачівський та Зачепилівський райони. Найбільшою поширеністю хвороб на 100 тис. населення – Балаклійський, Барвінківський, Близнюківський, Богодухівський та Борівський райони області.

Розглянемо рівень медичного страхування у Харківському регіоні. У Харкові та Харківській області 25 страхових компаній займаються медичним страхуванням. Щоб оцінити рівень медичного страхування у Харківському регіоні обрано 10 страхових компаній – лідерів ринку з зазначеного виду страхування.

По перше, розглянемо динаміку кількості договорів щодо добровільного медичного страхування компаній-лідерів Харківського регіону (табл. 2.20).

Таблиця 2.20

Динаміка кількості договорів ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр.\*

Страхова компанія	Кількість договорів страхування, тис. од						Відхилення %
	Роки						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1. ПРОВІДНА	64,3	63,2	74,1	82,2	59,2	88,1	37,0
2. НАФТОГАЗСТРАХ	73,3	70,4	76,2	89,4	92,3	78,8	7,5
3. УНІКА	65,4	62,2	67,2	68,4	71,3	72,4	10,7
4. АХА Страхування	53,6	49,1	48,4	59,4	41,4	78,1	45,7
5. ІНГО Страхування	52,3	67,5	68,2	60,4	63,1	71,2	36,1
6. PZU Страхування	61,0	54,1	54,5	53,8	41,7	73,4	20,3
7. УСГ	54,2	58,1	56,3	59,2	54,6	60,2	11
8. Іллічевське	46,8	59,3	55,6	53,6	38,4	50,1	7,1
9. АЛЬФА Страхування	49,1	48,4	50,3	58,2	60,1	52,4	6,7
10. ТАС СГ	42,3	36,7	41,0	41,4	42,1	44,0	4,0

\*Джерело: розраховано за даними [66]

Як видно з табл. 2.20 кількість договорів ДМС у страхових компаніях, які працюють у м. Харкові та Харківської області збільшилась у середньому на 19%. Але, різниця між показниками СК залежить від обраних клієнтами страхових продуктів ДМС.

Одним з найважливіших показників діяльності СК є обсяг страхових премій. Проведемо аналіз страхових премій ДМС компаній–лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр.

З проведеного аналізу динаміки страхових премій ДМС компаній–лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр. можна дійти висновку, що практично всі страхові компанії збільшили свої страхові премії. Лідерами у збільшенні кількості договорів та залученні клієнтів до ДМС є СК «Провідна» та СК «Нафтогазстрах».

Таблиця 2.21

Динаміка страхових премій ДМС компаній–лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр.\*

Страхова компанія	Страхові премії, млн. грн.						Відхилення %
	Роки						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 р. від 2010 р.
1. ПРОВІДНА	83,98	79,68	182,65	207,14	158,6	241,07	у 3 рази
2. НАФТОГАЗСТРАХ	102,44	96,71	123,67	198,65	325,3	206,94	у 2 рази
3. УНІКА	92,06	85,42	98,58	109,65	113,6	155,34	68,7
4. АХА Страхування	71,24	69,40	67,84	78,42	57,43	122,04	71,3
5. ІНГО Страхування	68,45	71,98	73,34	72,09	75,97	94,05	37,4
6. PZU Страхування	65,06	67,24	69,60	65,78	29,68	98,59	51,5
7. УСГ	64,29	62,78	61,56	62,44	59,30	75,17	16,9
8. Іллічевське	52,41	57,86	58,92	56,72	47,02	71,85	37,1
9. АЛЬФА Страхування	52,01	52,08	51,56	52,43	54,74	53,68	3,2
10. ТАС СГ	34,18	38,44	36,87	36,18	37,13	44,32	29,7

\*Джерело: розраховано за даними [66]

Проведемо аналіз динаміки рівня виплат ДМС страховими компаніями, які працюють на ринку Харківського регіону (табл. 2.22).

Як видно з табл. 2.22 рівень виплат є достатньо значним, і у середньому постійно зростає, у деяких страхових компаній перевищує 100 %, тобто одержаних страхових премій було недостатньо для покриття страхових виплат,

отже, це свідчить про високий ризиковий характер медичного страхування, тому кількість страхових компаній в Україні, які займаються медичним страхуванням складає тільки приблизно 22 %.

За даними страхових компаній Харківського регіону, які здійснюють ДМС, було відібрано низку різноманітних за вартістю, переліком запропонованих послуг та розмірами страхового покриття продуктів медичного страхування.

Таблиця 2.22

Динаміка рівня виплат ДМС компаній–лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр.\*

Страхова компанія	Рівень виплат, %					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. ПРОВІДНА	55,3	77,3	68,9	73,4	82,8	67,5
2. НАФТОГАЗСТРАХ	44,3	65,8	72,1	52,3	59,9	72,4
3. УНІКА	74,6	66,2	77,1	80,3	85,5	75,8
4. АХА Страхування	29,4	33,5	45,4	52,2	53,1	53,1
5. ІНГО Страхування	64,1	56,4	69,5	74,4	114,5	71,4
6. PZU Страхування	140,7	92,6	192,6	92,4	87,9	48,0
7. УСГ	65,2	34,8	72,1	65,2	73,4	63,2
8. Іллічевське	45,4	54,2	58,2	62,4	61,1	56,6
9. АЛЬФА Страхування	28,6	56,4	65,1	69,8	73,6	88,3
10. ТАС СГ	33,7	87,4	62,1	71,2	75,2	65,0

\*Джерело: розраховано за даними [66]

Основні страхові продукти були згруповані в декілька груп для верств населення з низьким, середнім та високим рівнем доходу (табл. 2.23).

Виходячи з даних, наведених у табл. 2.23, можна дійти висновку, що всі продукти ДМС, які пропонуються страховими компаніями Харківського регіону, охоплюють базові послуги з медичного забезпечення та відрізняються лише розміром страхового покриття, що залежить від обраної страхової суми та виду клініки, в якій буде здійснюватися лікування застрахованої особи [53].

Таблиця 2.23

Характеристика основних страхових продуктів ДМС страхових компаній  
Харківського регіону

Рівень доходів населення	Страховий продукт	Середня страхова сума, грн.	Вартість страхового полісу	Франшиза	Термін дії договору	Перелік послуг, що охоплює страховий поліс	Клініка
Низький	«В дорозі»	10000	800	немає	1 рік	Медикаменти, амбулаторно-клінічне лікування, невідкладна допомога виключно після ДТП	Державна
	«ДМС-Студент»	7500	650			Невідкладна стаціонарна допомога; забезпечення медикаментами в разі захворювання на грип та його ускладнення	
	«ДМС-Колектив»	10000	850			Невідкладна медична та стаціонарна допомога, забезпечення медикаментами	
Середній	«Бізнес»	95000	2500 – 3400	немає	1 рік	Амбулаторно-поліклінічне обслуговування, стоматологічна допомога, «швидка медична допомога», стаціонарне лікування	Приватна
	«Гурбота про родину»	25000 – 70000	3500 – 5500			Відшкодування медикаментів, амбулаторно-клінічне лікування, невідкладне стаціонарне лікування	
	«Гурбота про студента»	55000 - 95000	4500 - 6500			Відшкодування витрат на невідкладну медичну допомогу та невідкладне стаціонарне лікування	
	«Гурбота про майбутню маму»	65000 – 100000	5500 – 7000			Відшкодування медикаментів, амбулаторно-клінічне лікування, невідкладне стаціонарне лікування	
Високий	«Преміум »	190000	7500 – 9500	немає	1 рік	Відшкодування витрат на невідкладну медичну допомогу та невідкладне стаціонарне лікування, стоматологічне лікування, «швидка медична допомога»	Приватна
	«Люкс»	165000	6800 - 8500			Всі можливі послуги зі страхування життя	
	«VIP»	200000	20000 - 30000				

\*Джерело: склав автор

Проведемо аналіз показників оцінки фінансової діяльності у 10 компаній–лідерів страхового ринку, які здійснюють ДМС у Харківському регіоні за 2015 рік (табл. 2.24).

Таблиця 2.24

Фінансові показники діяльності компаній–лідерів страхового ринку, які здійснюють ДМС у Харківському регіоні за 2015 р.\*

Страхова компанія	Активи, млн. грн.	Власний капітал, млн. грн.	Гарантійний фонд, млн. грн.	Страхові резерви, млн. грн.	Рівень покриття інвестиційними активами та грошовими коштами страхових резервів-нетто	Коефіцієнт забезпечення власними коштами
1. ПРОВІДНА	955,2	419,4	254,5	266,1	2,93	1,58
2. НАФТОГАЗСТРАХ	71,5	48,8	30,1	3,7	6,58	13,28
3. УНІКА	969,3	360,3	204,8	463,4	1,42	0,78
4. АХА Страхування	1223,2	545,2	279,1	508,6	1,87	1,07
5. ІНГО Страхування	590,8	304,5	158,4	270,7	2,05	1,12
6. PZU Страхування	917,8	157,3	118,9	423,9	0,94	0,37
7. УСГ	625,8	198,1	56,2	340,9	1,44	0,58
8. Іллічевське	149,3	63,4	20,1	63,4	1,94	1,0
9. АЛЬФА Страхування	313,1	178,6	61,7	99,2	1,59	1,8
10. ТАС СГ	629,7	276,9	109,8	328,6	1,13	0,84

\*Джерело: розраховано за даними [66]

За даними табл. 2.24 можна дійти висновку, що за активами лідером є СК «АХА Страхування», аутсайдером – СК «Нафтогазстрах». Що стосується власного капіталу перше місце займає СК «Провідна», останнє – СК «Нафтогазстрах». За показником обсягу гарантійного фонду лідером є СК «АХА Страхування», аутсайдером – СК «Іллічевське». Щодо обсягів страхових резервів перше місце займає – СК «АХА Страхування», останнє – СК «Нафтогазстрах».

Для більш повного уявлення про діяльність страхових компаній Харківського регіону у сфері медичного страхування, розбудови розвитку галузі та прогнозування рівня розвитку на перспективу, було проведено SWOT-аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища їх функціонування, виявлено найбільш реальні можливості та загрози (табл. 2.25). Практична доцільність здійснення SWOT-аналізу ринку страхових послуг медичного страхування полягає в тому, що він визначає шляхи покращення результативності діяльності страхових компаній.

Таблиця 2.25

## Матриця SWOT-аналізу ринку медичного страхування Харківського регіону\*

	<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- введення ОМС;</li> <li>- розвиток страхового посередництва;</li> <li>- вдосконалення системи інвестування страхових резервів;</li> <li>- низький рівень фінансування охорони здоров'я;</li> <li>- підтримка гідних умов життя середнього класу в Україні;</li> <li>- високий рівень освіти;</li> <li>- орієнтація на західний стиль життя;</li> <li>- медичне страхування може стати елементом корпоративної культури підприємств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- політична та економічна нестабільність;</li> <li>- високий рівень інфляції;</li> <li>- зростання курсів іноземних валют;</li> <li>- зростання цін на послуги;</li> <li>- конкуренція з боку іноземних страхових компаній;</li> <li>- нестабільне податкове законодавство;</li> <li>- відсутність обов'язкового страхування відповідальності лікарів за нанесену пацієнту шкоду;</li> <li>- тіньові розрахунки з лікарями;</li> <li>- низька кадрова забезпеченість;</li> <li>- скорочення чисельності населення;</li> <li>- низька страхова культура</li> </ul>
<b>Сильні сторони</b>	<b>Поле «СіМ»</b>	<b>Поле «СіЗ»</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ринок, що динамічно розвивається;</li> <li>- зростання рівня капіталізації страхового ринку;</li> <li>- зростання обсягу страхових операцій;</li> <li>- створення асістанських центрів;</li> <li>- можливості для розвитку;</li> <li>- широкий вибір програм медичного страхування;</li> <li>- гнучка цінова політика;</li> <li>- ОМС іноземних громадян, що тимчасове перебувають на території України</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- вдосконалення програм медичного страхування;</li> <li>- введення нових фінансових інструментів для розміщення резервів страховиків;</li> <li>- розвиток системи страхового посередництва;</li> <li>- залучення більшої кількості клієнтів;</li> <li>- впровадження ОМС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- виключення з полісів страхування певних ризиків;</li> <li>- лобіювання інтересів у органах державної та регіональної влади;</li> <li>- формування попиту на страхові продукти;</li> <li>- створення конкурентоспроможних страхових продуктів;</li> <li>- перепідготовка кадрів;</li> <li>- формування страхової культури населення;</li> <li>- боротьба з моральним навантаженням</li> </ul>
<b>Слабкі сторони</b>	<b>Поле «СліМ»</b>	<b>Поле «СліЗ»</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- недосконалість законодавчої бази;</li> <li>- високий рівень концентрації ринку;</li> <li>- обмежені можливості для інвестування;</li> <li>- низький рівень конкурентоспроможності національних страховиків;</li> <li>- інформаційна закритість;</li> <li>- слабкий рівень інституціонального розвитку;</li> <li>- відсутність маркетингових стратегій діяльності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- удосконалення нормативно-правової бази страхування;</li> <li>- створення висококонкурентного ринку;</li> <li>- збільшення рівня конкурентоспроможності вітчизняних страховиків;</li> <li>- інформаційна діяльність з боку СК;</li> <li>- розробка ефективних маркетингових стратегій;</li> <li>- розвиток інфраструктури страхового ринку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- вдосконалення законодавчої бази;</li> <li>- створення маркетингових служб у страхових компаніях;</li> <li>- впровадження ризик-менеджменту у страхову діяльність</li> </ul>

\*Джерело: склав автор

Сьогодні людей, які не мають медичної страховки у Харківській області понад 90 %. Тобто перспективи розвитку системи медичного страхування в Харківському регіоні великі, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато. Але всі намагання будуть марними без належної підтримки держави та регіональних органів влади.

Розроблені закони в галузі медичного страхування мають бути ретельно перевірені вітчизняними та зарубіжними фахівцями, які мають певний досвід в практичному медичному страхуванні. Медичне страхування повинно бути обов'язковим, воно призведе до зростання сильної та здорової нації, а як наслідок-сильної та ефективної економіки.

### 2.3. Оцінка діяльності СК та чинників впливу на розвиток медичного страхування у Харківському регіоні

В Україні медичне страхування населення розвивається поступово, а обов'язкова його форма є тією послугою, яка сьогодні не викликає довіри у населення. Враховуючи ці обставини, варто зазначити, що однією з найбільш перспективних форм забезпечення соціальних потреб громадян у сфері охорони здоров'я є добровільне медичне страхування, яке буде сприяти соціально-економічному розвитку країни та дозволить вирішити проблеми забезпечення населення якісною медичною допомогою.

Діяльність страхових компаній у сфері ДМС здійснюється на регіональному та національному рівнях. Регіональний аспект дослідження розвитку медичного страхування має передбачати вивчення добровільного медичного страхування з урахуванням впливу на нього зовнішніх чинників (національного рівня) та внутрішніх (регіонального рівня). Такий розподіл є доцільним тому, що він дає можливість визначити стан страхової галузі регіону та визначати рівень його насиченості.

Аналіз показників регіональної структури і організації ДМС в певному регіоні (кількість страхових компаній, їх розташування, показники



комерційної діяльності) дає уяву про можливості розвитку ДМС, структуру і територіальні форми регіонального економічного простору страхової діяльності, який, у свою чергу, є складовою частиною національного простору.

Сьогодні функціонування кожної галузі національного господарства України визначається обсягом реалізації продукту (послуги) як на регіональному, так і на національному ринках. Внутрішній (регіональний) ринок є більш обмеженим. Він характеризується певною величиною і структурою попиту на продукт (послугу).

Низький рівень розвитку страхового ринку в Україні обумовлений рядом негативних чинників, що стримують його розвиток:

- недосконалість законодавства в аспекті захисту прав споживачів страхових послуг;
- недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення страхового ринку: страхових агентів, андеррайтерів, актуаріїв, страхових агентів та детективів [75];
- низький рівень страхової культури населення;
- недосконалість державного регулювання і нагляду за страховиками в аспекті моніторингу їх діяльності та звітності, оперативного реагування на їх неплатоспроможність, розробки заходів фінансового оздоровлення, виведення з ринку суб'єктів, що не мають можливості найближчим часом покращити свій незадовільний фінансовий стан;
- значний рівень лібералізації фінансового ринку, що підсилюється циклічним характером його розвитку, в сумі це створює складнощі і ідентифікації наступної кризи та її масштабів, своєчасному реагуванню на неї;
- зниження темпу зростання економіки, високі темпи інфляції та відсотки за банківським кредитування, нарощення збитковості підприємств, загальне зниження реальних доходів населення [197].

- нерозвиненість довгострокового страхування життя, зосередження страхової діяльності переважно на майновому страхуванні;
- висока спекулятивна складова на ринку – використання страхових компаній для уникнення оподаткування та витоку коштів за кордон.

Для досягнення високого рівня конкурентоспроможності учасників українського страхового ринку та необхідною умовою його подальшого розвитку є вирішення цих проблем. З цією метою потрібно реалізувати низку системних різнопланових заходів спрямованих на усунення як хронічних проблем, так й тих, що спричинені фінансовою та економічною кризами, і це дасть змогу створити необхідний базис для надійної та ефективної діяльності вітчизняних страхових компаній та дозволить стабілізувати ситуацію на страховому ринку України в цілому. Особливий акцент необхідно зробити на активізації інвестиційного потенціалу страхового ринку.

Враховуючи, що в Україні вільні кошти страховиків, в силу специфіки вітчизняного законодавства та інституційних особливостей страхового ринку, не в повному обсязі трансформуються в інвестиційні ресурси, розв'язання хронічних проблем лежить, в першу чергу, в правовій площині. Правове поле, в рамках якого функціонує страховий ринок потребує реформування і приведення його до європейських стандартів [153].

Як було зазначено у п.п. 2.2 нами було виділено 10 страхових компаній-лідерів у сфері ДМС на страховому ринку Харківського регіону. Для більш повної оцінки стану страхових компаній у сфері ДМС Харківського регіону проведемо якісний аналіз їх економічної діяльності.

В таблицях 2.20 – 2.22 представлені абсолютні характеристики динаміки зміни кількості договорів, страхових премій і рівня виплат ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону за 2010 – 2015 рр. відповідно. Ці величини, проаналізовані нами раніше, повною мірою характеризують стан економічної діяльності провідних страхових компаній Харківського регіону. Але нашою метою було з'ясувати не стільки

кількісний, скільки якісний бік проблеми, що досліджується. Тобто встановити, що сприяє успішній роботі зазначених компаній на ринку ДМС в Україні.

Для вирішення цієї проблеми було досліджено відносні показники роботи компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону, а саме: відношення динаміки страхових премій ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів (табл. 2.26) та відношення динаміки виплат ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів (табл. 2.27).

З аналізу даних, наданих у табл. 2.26 видно, що відношення динаміки страхових премій ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів упродовж періоду 2010 - 2015 р.р. планомірно збільшується. Виключенням, мабуть, лише є компанія АЛЬФА Страхування, відносні показники діяльності якої упродовж часу погіршилися.

Таблиця 2.26

Відношення динаміки страхових премій ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів за 2010 – 2015 рр.\*

Страхова компанія	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. ПРОВІДНА	1,31	1,26	2,46	2,52	2,68	2,74
2. НАФТОГАЗСТРАХ	1,40	1,37	1,62	2,22	3,52	2,63
3. УНІКА	1,41	1,37	1,47	1,60	1,59	2,15
4. АХА Страхування	1,33	1,41	1,40	1,32	1,39	1,56
5. ІНГО Страхування	1,31	1,07	1,08	1,19	1,20	1,32
6. PZU Страхування	1,07	1,24	1,28	1,22	0,71	1,34
7. УСГ	1,19	1,08	1,09	1,05	1,09	1,25
8. Іллічевське	1,12	0,98	1,06	1,06	1,22	1,43
9. АЛЬФА Страхування	1,06	1,08	1,03	0,90	0,91	1,02
10. ТАС СГ	0,81	1,05	0,90	0,87	0,88	1,01

\* Джерело: склав автор

Для трійки лідерів – компаній ПРОВІДНА, НАФТОГАЗСТРАХ, УНІКА – показник «Відношення страхових премій до кількості договорів» збільшився в середньому удвічі. Для ПРОВІДНОЇ встановлено збільшення цього показника на 109,1 %, для НАФТОГАЗСТРАХУ – на 87,9 %, для

УНИКИ – на 52,5 % в порівнянні 2015 р. до 2010 р. В той же час для компанії АЛЬФА Страхування цей показник зменшився на 3,8 %. Для інших компаній значення відношення страхових премій до кількості договорів коливається від 0,7 % (ІНГО Страхування) до 27,7 % (Іллічевське).

Цікавим є факт, що не зважаючи на незначні коливання цього показника для всіх компаній за 2010 – 2015 р.р. принципово, що середнє значення показника «Відношення страхових премій ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів» якісно відображує стан справ страхових компаній. Для лідерів він перебільшує 2 одиниці (ПРОВІДНА – 2,16, НАФТОГАЗСТРАХ – 2,13), для аутсайдерів – на рівні одиниці (АЛЬФА Страхування – 1,00) або менше (ТАС СГ – 0,92).

Рівень відношення страхових премій ДМС до кількості договорів у повному обсязі характеризує фінансову успішність страхових компаній. Тому ефективною можна вважати роботу лише тих компаній, середнє значення відповідного показника для яких значно перевищує одиницю (рис. 2.7).

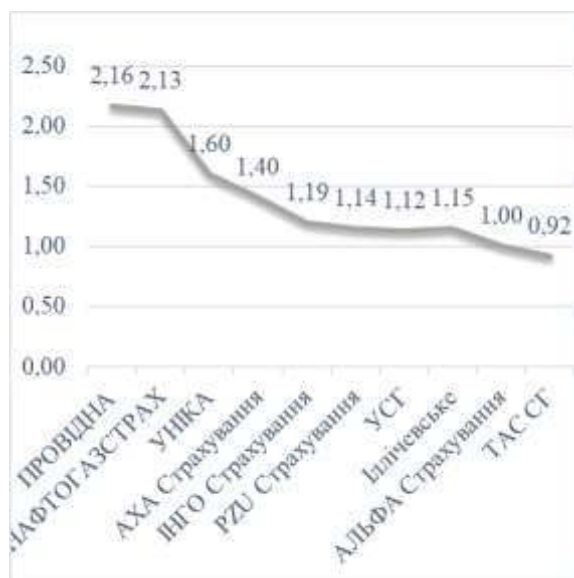


Рис. 2.7 Середнє значення відношення страхових премій ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів за 2010-2015 р.р.

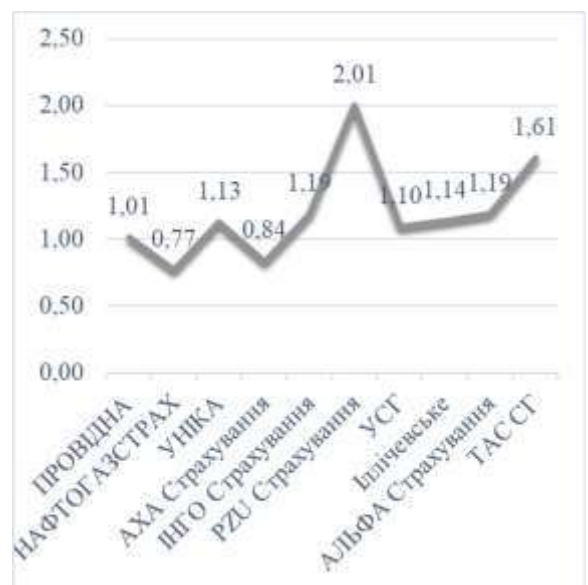


Рис. 2.8. Середнє значення відношення виплат ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів за 2010-2015 р.р.

Привабливість для користувачів страхових послуг - це кількісний показник виплати ДМС. Було проаналізовано відношення динаміки виплат ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів за 2010 – 2015 рр. (таблиця 2.27). Бачимо, що абсолютно для всіх компаній значення цього показника мало суттєві коливання упродовж періоду дослідження. Пояснити це можна тим фактом, що абсолютна величина виплат вимірювалася у гривнях, курс якої за 2010-2015 рр. теж змінювався.

Тому і для цього показника було обчислено середні значення динаміки виплат ДМС до кількості договорів за 2010 -2015 рр. (рисунок 2.8). Для всіх компаній значення цього показника коливається від 0,77 для НАФТОГАЗСТРАХУ до 1,19 (ІНГО Страхування та АЛЬФА Страхування). Виключенням є лише компанії, для яких середні значення суттєво перевищують одиницю: РЗУ Страхування (2,01) та ТАС СГ (1,61).

Таблиця 2.27

Відношення динаміки виплат ДМС компаній-лідерів страхового ринку Харківського регіону до кількості договорів за 2010 – 2015 рр.\*

Страхова компанія	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. ПРОВІДНА	0,86	1,22	0,93	0,89	1,40	0,77
2. НАФТОГАЗСТРАХ	0,60	0,93	0,95	0,59	0,65	0,92
3. УНІКА	1,14	1,06	1,15	1,17	1,20	1,05
4. АХА Страхування	0,55	0,68	0,94	0,88	1,28	0,68
5. ІНГО Страхування	1,23	0,84	1,02	1,23	1,81	1,00
6. РЗУ Страхування	2,31	1,71	3,53	1,72	2,11	0,65
7. УСГ	1,20	0,60	1,28	1,10	1,34	1,05
8. Іллічевське	0,97	0,91	1,05	1,16	1,59	1,13
9. АЛЬФА Страхування	0,58	1,17	1,29	1,20	1,22	1,69
10. ТАС СГ	0,80	2,38	1,51	1,72	1,79	1,48

\* Джерело: склав автор

Інтегрований аналіз досліджених показників може встановити закономірності, які впливають на ефективність роботи страхових компаній в сфері ДМС та дати рекомендації до їх поліпшення.

З цією метою досліджено зміни відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. для всіх 10 компаній-лідерів ДМС в Харківському регіоні (рис. 2.9. –2.18).

З проведеного аналізу можна дійти висновку, що компанії, для яких відношення страхових премій суттєво перевищує відношення виплат до кількості договорів, є лідерами у ДМС, їх фінансова стратегія є привабливою для користувачів страхових послуг і дозволяє поліпшувати фінансовий стан самих компаній. І, навпаки, діяльність компаній, для яких відношення страхових премій порівняно або менше відношення виплат до кількості договорів можна вважати неефективною.

Для ефективного функціонування ДМС необхідно дослідити склад, силу та напрямок впливу зовнішніх (національного рівня) та внутрішніх (регіонального рівня) чинників на розвиток ДМС у Харківському регіоні, що знайде вираження у стійкому соціально-економічному розвитку всієї держави та її регіонів (рис. 2.19).

Етапи дослідження зовнішніх (національного рівня) та внутрішніх (регіонального рівня) чинників впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні наступні:

I. Відбір зовнішніх (національного рівня) чинників впливу на розвиток ДМС у регіоні.

II. Відбір внутрішніх (регіонального рівня) чинників впливу на розвиток ДМС у регіоні.

У свою чергу чинники національного та регіонального рівня розподіляються на кількісні та якісні.



Рис. 2.9. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «Провідна» (склав автор)

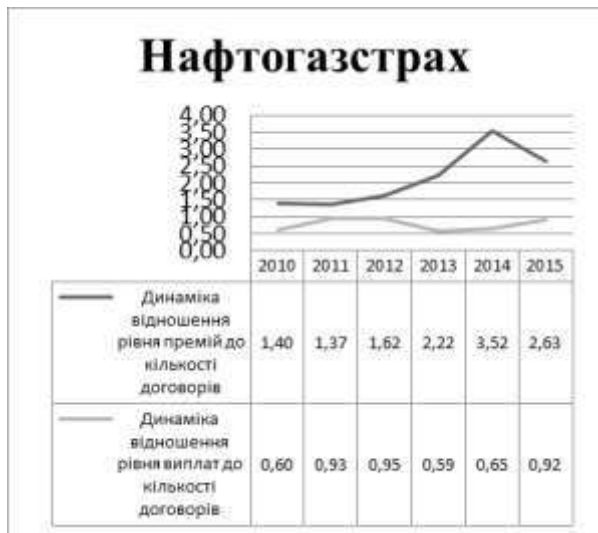


Рис. 2.10. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «Нафтогазстрах» (склав автор)



Рис. 2.11. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «УНІКА» (склав автор)



Рис. 2.12. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «АХА Страхування» (склав автор)



Рис. 2.13. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «ІНГО Страхування» (склав автор)



Рис. 2.14. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «PZU Страхування» (склав автор)



Рис. 2.15. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «УСГ» (склав автор)



Рис. 2.16. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «Іллічевське» (склав автор)

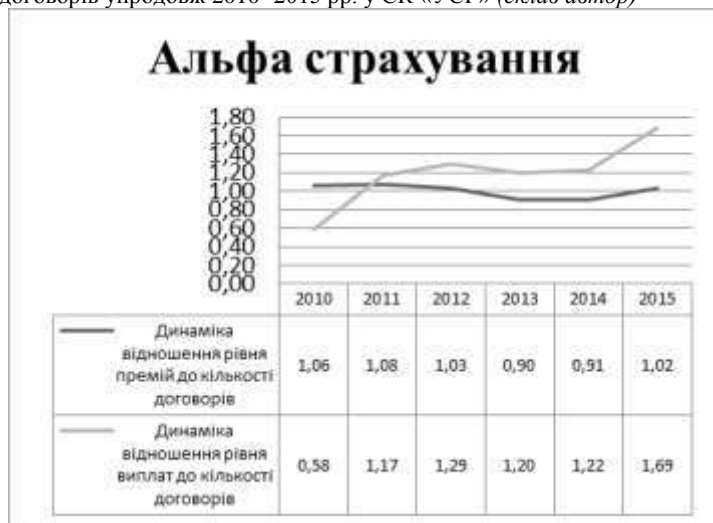


Рис. 2.17. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «Альфа Страхування» (склав автор)



Рис. 2.18. Відношення страхових премій та виплат ДМС до кількості договорів упродовж 2010 -2015 рр. у СК «ТАС СГ» (склав автор)



Класифікаційна ознака	Фактори
Сутність впливу	Екстенсивні
	Інтенсивні
Сфера впливу	Обмеженої дії
	Необмеженої дії
Характер впливу	Безпосередні
	Опосередковані
Кількісна оцінка впливу	Вимірні
	Невимірні
Рівень співвідпорядкованості	Першого рівня
	Наступного рівня
Тривалість впливу	Постійні
	Змінні
Джерело формування	<u>Регіонального рівня</u>
	<u>Національного рівня</u>

Рис. 2.19. Класифікація зовнішніх чинників впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні (склав автор)

Зробимо спробу виокремити зовнішні та внутрішні чинники впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні (табл. 2.28).

III. Класифікація зовнішніх чинників (національного рівня) впливу на розвиток ДМС у регіоні з метою забезпечення комплексного і системного підходу до дослідження їх впливу.

Існуючі класифікації зовнішніх чинників впливу охоплюють наступні класифікаційні ознаки: сутність, сфера, характер, кількісна оцінка впливу, рівень співвідпорядкованості (ієрархії), тривалість впливу [189]. Чинники класифікуються на екстенсивні (кількісні) і інтенсивні (якісні) за ознакою сутності їх впливу на економічні показники. Залежно від сфери впливу чинники поділяються на чинники необмеженої і обмеженої дії. Перший вид чинники діє в усіх галузях народного господарства. Другий вид чинників впливає лише всередині певної галузі народного господарства, або навіть окремої організації.

Таблиця 2.28

Зовнішні та внутрішні чинники впливу на розвиток ДМС у  
Харківському регіону\*

<b>Зовнішні чинники</b>	<b>Внутрішні чинники</b>
1. Обсяг національного доходу країни	1. Обсяг інвестицій у регіон
2. Рівень доходів населення країни	2. Демографічна ситуація у регіоні
3. Рівень інфляції	3. Рівень доходів населення у регіоні
4. Рівень безробіття населення	4. Нерозвинена мережа ДМС у регіоні
5. Стабільність податкової системи	5. Рівень зайнятості населення у регіоні
6. Рівень якості життя населення	6. Недосконале ціноутворення страхових послуг у регіоні
7. Досконалість законодавства	7. Вузька спеціалізація СК у регіоні
8. Інформатизація суспільства щодо системи охорони здоров'я	8. Неефективна регіональна фінансова стратегія СК у галузі ДМС
9. Рівень фінансування системи охорони здоров'я	9. Вплив регіональних органів влади на розвиток ДМС у регіоні
10. Фінансові ризики страховиків	10. Вплив місцевих бюджетів на розвиток ДМС у регіоні

*\* Джерело: склав автор*

За характером впливу на узагальнюючі економічні показники розрізняють безпосередні і опосередковані фактори. Залежно від того, чи можливо надати кількісну оцінку впливу даного чинника на узагальнюючий економічний показник, розрізняють вимірні і невимірні чинники. За рівнем співвідпорядкованості (ієрархії) розрізняють чинники першого, другого, третього і наступних рівнів підпорядкування. Залежно від тривалості впливу на економічні показники можна виділити постійні та змінні чинники. Перший вид чинників впливає на економічні показники необмежено в часі. Змінні чинники впливають на економічні показники лише упродовж певного періоду часу.

IV. Класифікація внутрішніх чинників (регіонального рівня) впливу на розвиток ДМС у регіоні з метою забезпечення комплексного і системного підходу до дослідження їх впливу.

Існуючі класифікації внутрішніх чинників впливу охоплюють наступні класифікаційні ознаки: вони можуть бути об'єктивними та суб'єктивними.

Об'єктивна складова внутрішніх чинників впливу – це кількісні параметри, які визначають його ризик та ефективність тому що, розвиток ДМС може забезпечити найкращі перспективи для населення регіону.

Суб'єктивна складова полягає у тому, що як населення так й страхові компанії мають свої критерії оцінки ризику та ефективності ДМС. Це можна пояснити тим, що для кожного учасника ДМС (страховика та страхувальника) достатній рівень ефективності буде різний, і тим більше ставлення до ризику буде різним.

Пропонуємо на основі проведеної класифікації чинників впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні побудувати економіко-математичну модель розвитку медичного страхування регіону.

## Висновки до розділу 2

1. У роботі проведено аналіз рівня соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України. Визначено ступень впливу негативних явищ в економіці країни на рівень соціального захисту населення. Проведено ранжирування показників соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я в регіонах України та обчислені середні значення досліджуваних показників упродовж 2010 -2015 р.р. 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. Проведений аналіз довів нерівномірність між регіонами України у сфері соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення. Це свідчить про існуючі диспропорції в організації та фінансуванні соціального захисту та забезпеченні охорони здоров'я населення в Україні.

2. Проведено оцінку стану охорони здоров'я та рівня медичного

страхування у Харківському регіоні. 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. Для оцінки рівня медичного страхування у Харківському регіоні було обрано 10 страхових компаній – лідерів ринку з зазначеного виду страхування. Проведено аналіз цих показників у 10 компаній–лідерів страхового ринку, які здійснюють ДМС у Харківському регіоні за 2015 рік, який довів, що всі продукти ДМС, які пропонуються страховими компаніями Харківського регіону, охоплюють базові послуги з медичного забезпечення та відрізняються лише розміром страхового покриття, що залежить від обраної страхової суми та виду клініки, в якій буде здійснюватися лікування застрахованої особи.

3. У роботі проведено оцінку діяльності СК та чинників впливу на розвиток медичного страхування у Харківському регіоні. З проведеної оцінки діяльності СК зроблено висновок, що компанії, для яких відношення страхових премій суттєво перевищує відношення виплат до кількості договорів, є лідерами у ДМС, їх фінансова стратегія є привабливою для користувачів страхових послуг і дозволяє поліпшувати фінансовий стан самих компаній. І, навпаки, діяльність компаній, для яких відношення страхових премій порівняно або менше відношення виплат до кількості договорів можна вважати неефективною. Проведена класифікація зовнішніх (національного рівня) та внутрішніх (регіонального рівня) чинників впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні, яка визнала доцільність побудови економіко-математичної моделі розвитку медичного страхування регіону.

## РОЗДІЛ 3

### НАУКОВО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ РЕГІОНУ

#### 3.1. Напрями підвищення ефективності регіональній системі медичного страхування

Сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в нашій країні є недостатнім, тому медична галузь на жаль не в змозі надавати якісну медичну допомогу у необхідних обсягах. Особливо від цього страждають соціально незахищені верстви населення.

Треба пам'ятати, що здоров'я людини є основною індивідуальною та соціальною цінністю. Ставлення людей до свого здоров'я – це соціокультурний феномен, що має суттєві просторово-часові відмінності. Особливу стурбованість у цьому контексті викликає стан здоров'я і ставлення до нього молоді, адже від цього залежить майбутнє нашого суспільства, відтворення нових поколінь українців [65].

Сьогодні медична галузь має бути адаптована до сучасних ринкових умов, які склалися у країні. Реформи у медицині повинні бути спрямовані на перерозподіл повноважень, ресурсів, прав та привілей. До того ж медичні працівники повинні по-новому розглядати свою практичну діяльність, по-новому ставитися до людей, яким вони надають медичну допомогу. Для підтримки реформи в медичній галузі необхідна довіра і підтримка соціальних інститутів суспільства.

Стратегічною метою політики держави у сфері охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення, підвищення реальної доступності медичної допомоги для всіх його прошарків. Збереження і поліпшення здоров'я забезпечує більш повне використання багатогранних можливостей людини, продовження тривалості активного працездатного періоду її життя та піднесення економічно значущих якісних характеристик населення.

Здоров'я сприймається не стільки як здатність до фізичного благополучного існування, скільки здатність до виконання соціально-трудових функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб узагалі. Ступінь розвитку різноманітних здібностей, творчих можливостей особистості й повнота їх реалізації, інтенсивність та результативність життєдіяльності індивіда є не лише залежними, а й, певною мірою, похідними від стану його здоров'я [101].

Державну політику в сфері управління охороною здоров'я, в умовах переходу до ринкових відносин, доцільно розглядати в двох напрямках: на загальнодержавному та на регіональному рівнях. З метою мінімізації територіальних диспропорцій доцільно класифікувати регіони за певними показниками, визначати специфіку чинників ризику і сформувати адекватну політику щодо охорони здоров'я в регіонах [117].

Концепція розвитку охорони здоров'я передбачає: створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі; формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарну участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

Також неможливо не враховувати розвиток ринку приватної медицини. Сьогодні, український ринок приватної медицини має значний потенціал зростання. Незважаючи на домінування на ринку установ державної медицини, з кожним роком зростає кількість споживачів, які готові

оплачувати медичні послуги за умови підвищення рівня їх якості, а також сервісу їх надання.

Показниками, які характеризують рівень здоров'я населення в Україні є соціально-економічні чинники. Важливою проблемою у цьому питанні є диспропорції соціально-економічного розвитку регіонів України, що безперечно призводить і до регіональної диференціації стану здоров'я громадян. Дослідження вказують на те, що ВВП на душу населення та індикатори економічного розвитку різняться між різними регіонами України більше ніж у 2 рази. Цей дисбаланс викликає необхідність розробки програм й заходів для подовження тривалості життя і зменшення рівня смертності населення [133]. Тому на сьогоднішній день необхідно більш ретельно дослідити зв'язок між рівнем соціально-економічного розвитку і регіональною диференціацією здоров'я громадян, з'ясувати чи політика вирівнювання цього розвитку буде сприяти зменшенню диференціації.

Медичне страхування належить до соціально необхідних видів страхування, проте, враховуючи відсутність у держави належного фінансового потенціалу для забезпечення конституційних прав громадян щодо охорони здоров'я, законодавчу неврегульованість та невизначеність обов'язкової форми медичного страхування, добровільні види стають більш значущими. В Україні з 90-х років страховими компаніями накопичено практичний досвід роботи в системі добровільного медичного страхування, кошти якого є для охорони здоров'я додатковим джерелом фінансування [143].

Сьогодні існує гостра необхідність створення умов для розвитку добровільного медичного страхування в Україні та поступового впровадження обов'язкового, зокрема шляхом прийняття 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 мають забезпечувати страхування фізичних осіб в рамках передбаченої програми обов'язкового медичного страхування.

Система медичного страхування в Україні сьогодні слабо розвинута та має досить багато недоліків, які обумовлені, у першу чергу, відсутністю загальної концепції медичного страхування, законодавчої бази та недовірою населення до медичного страхування в загалі.

Безумовно, розвиток медичного страхового сектору в Україні повинен спиратися на добре продуману, довгострокову концепцію страхування, яка повинна враховувати реальне фінансово-економічне становище держави та її громадян, можливості самих страхових компаній і світовий досвід у галузі медичного страхування. Такий підхід дозволить покращити всю систему надання страхових послуг та завоювати довіру у всіх верств населення.

В загалі подальшому розвитку медичного страхування буде сприяти:

1. Зменшення частки тіньової медицини в системі медичного забезпечення;
2. Створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг;
3. Створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги [79].

Багаторічний досвід розвинених країн світу доводить, що саме добровільне медичне страхування (ДМС) – є найбільш ефективним механізмом фінансування медичної галузі. Але, на жаль розвиток ДМС в Україні, незважаючи на великий потенціал його затребуваності, зіштовхується з труднощами, які обумовлені у першу чергу низьким рівнем доходів населення.

Одним з напрямів вирішення даної проблеми є розгляд державними органами впровадження системи субсидій малозабезпеченим громадянам для можливості використання послуг ДМС. У цьому випадку виграла б держава, страхові компанії та лікувальні установи. Для держави підвищення рівня



здоров'я нації – першочергове завдання тому, що люди це найбільш потужний потенціал будь-якої країни. Для страхових компаній це можливість розширити свою діяльність у галузі ДМС. Для лікувальних установ – це інвестиції в медичну галузь та потужний інструмент фінансування охорони здоров'я [51].

Але, ні всі лікувальні установи згодні з такою постановкою питання. Часто розвитку ДМС перешкоджають і самі лікувальні установи. Найчастіше вони більш зацікавлені у зростанні цін на медичні послуги та поширенні «тіньової медицини». У першу чергу співпраці страхових компаній і лікувальних установ заважає конфлікт інтересів, пов'язаний з прагненням медиків завищити вартість і кількість наданих послуг. Представники страхових компаній відзначають, що медичні установи частіше потроху підвищують ціни кілька разів на рік, через що страхові компанії змушені брати на себе додаткові витрати, так як договори зі страхувальниками укладаються без урахування підвищення цін. При цьому, за свідченням багатьох страховиків та пацієнтів, якість лікування не поліпшується, а іноді навіть погіршується. Але все ж такі є лікарні та поліклінічні заклади, які б з задоволенням працювали зі страховими компаніями і такий досвід є.

Іноді стається так, що через велику кількість бажаючих застрахуватися по ДМС ряд лікарень та поліклінічних закладів відмовляються працювати зі страховими компаніями. Для них більш вигідними є ведення розрахунків безпосередньо з пацієнтом – класти гроші у карман.

Є ще одна важлива проблема, яка гальмує розвиток ДМС. Це проблема податків. Згідно із законом відрахування на ДМС, які можна відносити на собівартість, не повинні перевищувати 3% від фонду оплати праці підприємства. При цьому в соціальних пакетах великих зарубіжних компаній до 40% витрат на персонал ставиться до непрямих грошових виплат, що включають і медичне страхування, і пенсійний план, і страхування життя.

З іншого боку, ціни на добровільне медичне страхування безпосередньо залежать від вартості медичних послуг та цін на медикаменти.

У зв'язку з цим страхові компанії змушені постійно переглядати тарифи на ДМС. За останні роки вони вже були підняті на 15 – 20 %. І це не останнє підвищення тарифів. Вони змушені встановлювати високий відсоток франшизи в разі, якщо клієнт бажає скористатися дорогими медичними послугами.

Взагалі, добровільне медичне страхування є досить збитковим продуктом, оскільки споживачі послуг завжди намагаються максимально використовувати всі медичні послуги, які передбачені страховкою.

Якщо розглядати проблему в регіональному розрізі, то кількість прихильників страхової моделі збільшується за умов просування зі сходу на захід України. Так за страхову модель виступає 20 % у Східному регіоні і понад 35 % у Західному. На думку багатьох експертів, істотними обставинами, які впливають на відмінності у ставленні опитаних з різних регіонів до страхової моделі охорони здоров'я, є досвід країн-сусідів [182].

Із зростанням економічної значущості регіонів як самостійних одиниць, збільшується роль та значущість їх соціальної інфраструктури [47]. Як вже було вказано раніше для України характерна регіональна диференціація стану здоров'я громадян. У зв'язку з цим кожний регіон України повинен мати свою регіональну політику у сфері охорони здоров'я та власну регіональну систему медичного страхування.

Регіональний принцип реалізації державної політики слід вважати прогресивним явищем, яке має сприяти забезпеченню рівного доступу громадян, що проживають на територіях з різними економіко-географічними ознаками, до життєво необхідних послуг цивілізації. В цьому аспекті першочерговим завданням регіональної політики можна вважати забезпечення рівного доступу населення різних регіонів до забезпечення здоров'я та послуг в галузі охорони здоров'я [117].

Державна регіональна політика – це є комплекс заходів, які мають забезпечити, з одного боку, унітарність і цілісність України як єдиного політичного, соціально-економічного і правового простору, з іншого -

необхідну децентралізацію, вирівнювання економічних і соціальних умов розвитку різних регіонів, розвиток міжрегіональних відносин, ефективну реалізацію функцій місцевого самоврядування.

Наявність диспропорцій між системами охорони здоров'я у різних регіонах нашої країни спонукає владу та соціальні інститути до розробки державної регіональної політики в сфері охорони здоров'я [95].

Регіональна політика у галузі охорони здоров'я повинна бути спрямована на забезпечення збалансованого поєднання національних, регіональних і місцевих механізмів та послуг для оперативного реагування на потреби населення щодо здоров'я, які здатні оцінювати ризики і вирішувати проблеми у сфері громадського здоров'я.

На практиці органи регіональної влади повинні забезпечити реалізацію регіональної політики у галузі охорони здоров'я за наступними напрямками:

- визначення пріоритетів у формуванні регіональної політики та стратегічного управління з питань здоров'я громадян;
- розробка проектів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціальний, економічний та демографічний для регіону та контроль за їх виконанням;
- ведення чіткої та прозорої регіональної системи звітності за результатами впровадження проектів та програм в сфері здоров'я громадян та проведення громадських слухань з обговорення станів здоров'я населення та його детермінант забезпечення координації дій у сфері громадського здоров'я усіх секторів державного управління та зацікавлених сторін на регіональному рівні;
- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, що мають регіональне значення (наприклад, спалахи інфекційних хвороб);
- забезпечення організації моніторингу причин і умов виникнення інфекційних хвороб та отруєнь з наданням матеріалів з цих питань відповідним центральним органам виконавчої влади;

- підтримка та розвиток систем епіднагляду;
- картування захворюваності та поширеності, аналіз тенденцій, прогалин та нерівностей у доступності медичної допомоги на регіональному рівні;
- планування та організація спеціальних досліджень у галузі охорони здоров'я (охоплювати скринінгові програми);
- формування баз даних про стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, сформованих на основі результатів аналізу причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення та впливом на нього чинників середовища життєдіяльності людини;
- розробка та реалізація регіональних стратегій з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки;
- проведення регіональних комунікаційних кампаній у сфері громадського здоров'я [136].

На думку автора під регіональною системою медичного страхування слід розуміти взаємодію заінтересованих учасників, які здійснюють певні дії та заходи, спрямовані на соціальний захист населення щодо охорони здоров'я на регіональному рівні.

У спрощеному вигляді регіональна система медичного страхування охоплює: регіональні органи влади, управління охороною здоров'я регіону, обласна спілка страховиків, страхувальники, страхові медичні організації, медичні організації та споживачі медичних послуг (рис. 3.1).

Оскільки сьогодні в Україні відсутнє обов'язкове медичне страхування (ОМС) автор вважає за доцільне зосередитися на регіональній системі добровільного медичного страхування (ДМС). Але сьогодні органам як державної так і регіональної влади необхідно приділити велику увагу здійсненню цілої низки дій для вирішення важливіших питань, а саме:

1. Забезпечити сучасне конкурентне середовище та створити відповідні умови для розвитку ДМС.

2. Надати пільгове оподаткування для роботодавців, які активно приймають участь у розвитку ДМС і перераховують кошти на ДМС для своїх працівників.

3. Підвищувати надійність страхових організацій, які працюють в системі добровільного медичного страхування, і встановлювати вимоги до їх ліцензування згідно з чітко встановленими критеріями.

4. Створювати оптимальну систему ціноутворення на медичні послуги.

5. Забезпечити контроль над використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, які працюють в системі медичного страхування, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

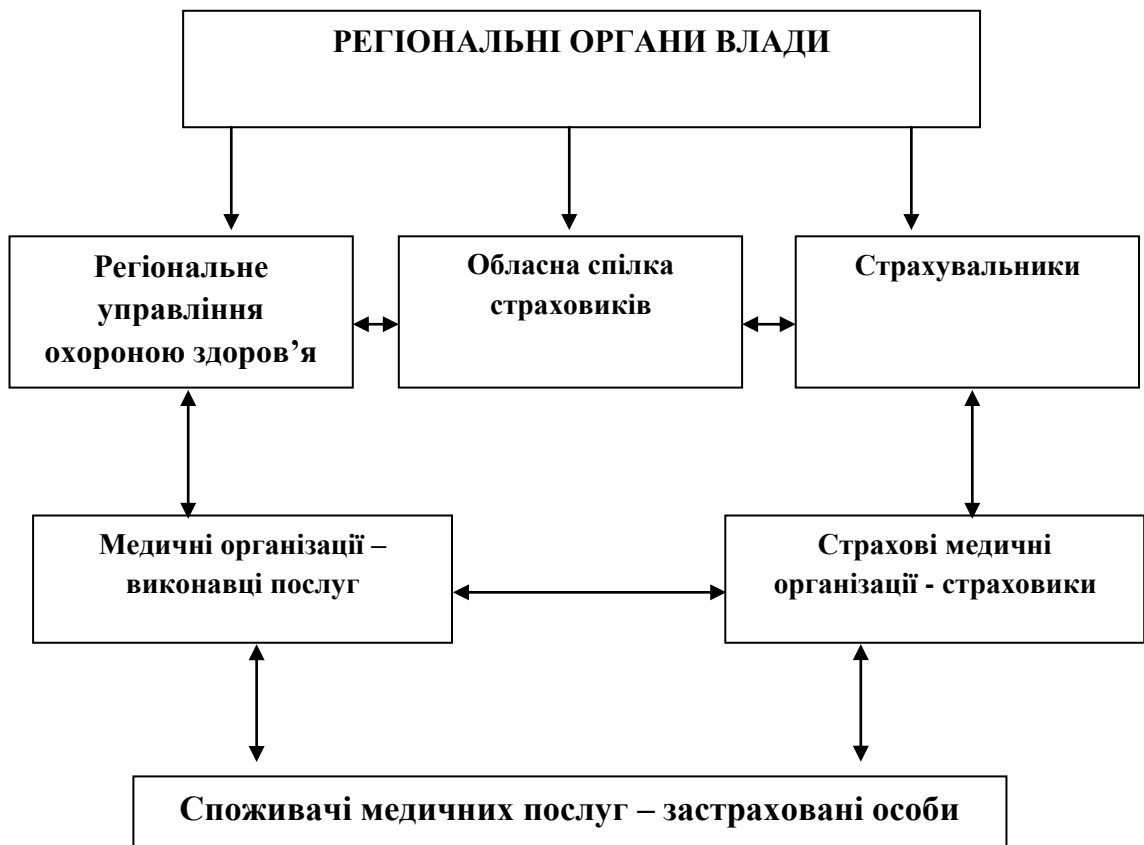


Рис. 3.1. Схема регіональної системи медичного страхування (розробив автор)

Окрім перелічених питань, сьогодні для впровадження ефективної системи ДМС в Україні має бути розв'язано неузгоджені питання на законодавчому рівні. Українська держава потребує розробки та прийняття необхідних законів, які б сприяли розвитку ДМС в Україні, вдосконаленню діяльності страхових компаній, удосконаленню податкової політики у цій сфері та захисту інтересів споживачів страхових послуг у галузі ДМС.

Загально відомо, що добровільне страхування може бути як індивідуальним, так і колективним. У разі індивідуального страхування страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) коштом власних грошових засобів. У разі колективного страхування страхувальником, принаймні, є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) коштом їхніх грошових засобів.

Але сьогодні більшість роботодавців почали скорочувати бюджет на персонал і економити на соціальних програмах, особливо на корпоративному ДМС. За даними опитування, 35 % співробітників стверджують, що їх компанії ніяк не дбають про здоров'я службовців, 20 % забезпечують нормальний графік роботи, 5 % – користуються абонементом на спорт, 4 % – обідами, 3 % – пільговими путівками і 14 % полісами медичного страхування [8].

Серед основних причин небажання роботодавців страхувати своїх робітників наступні:

- девальвація національної валюти;
- зростання цін на комунальні послуги, що змушує скорочувати витрати на соціальні заходи;
- зниження платоспроможності населення, що призводить до припинення раніше підписаних договорів, з одного боку, і небажання страховиків обслуговувати критично збиткових клієнтів, з іншого;

- зростання цін на медичні послуги та медикаменти.

Сьогодні склалася така ситуація, що за умов відсутності в Україні справжнього ринку медичних послуг – із повним їх спектром, ціною, сервісною й технологічною конкуренцією – попит на якісні та недорогі послуги перевищує пропозицію, а отже, змушує страхові компанії збільшувати тарифи, що є суттєвою перешкодою на шляху розвитку системи добровільного медичного страхування. З іншого боку, можливості розвитку ринку добровільного медичного страхування стримуються значно нижчим, аніж у розвинених країнах платоспроможним попитом, а отже, закупівельні механізми приватного медичного страхування працюють в умовах «квазі-ринку», які не дозволяють забезпечити кращі умови та належні гарантії надійності захисту від ризиків для здоров'я громадян [56].

Не менш важливою проблемою є те, що нині страхові компанії не мають реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг та важелів впливу на поліпшення якості обслуговування саме в закладах охорони здоров'я державної і комунальної форм власності [187].

Регіональні системи добровільного медичного страхування тільки починають розвиватися. Сьогодні ці системи в межах України 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.

Це пов'язано з тим, що система ДМС практично завжди функціонує на принципах ризикового страхування, однак вона повинна строго відповідати вимогам якісного обслуговування клієнтів відповідно до законодавства про забезпечення захисту здоров'я населення. Тобто не всі страхові компанії вважають для себе вигідним та безризиковим працювати у галузі добровільного медичного страхування.

Ефективність роботи страхових компаній у сфері ДМС значно 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. Раціональним для страхових компаній при цьому є будівництво власних та переоснащення наявних клінік (в умовах наданої автономії керівникам медзакладів) за умови можливості оцінки витрат та обсягів наданих послуг.

До напрямів підвищення ефективності регіональній системи медичного страхування слід віднести:

- реформування системи охорони здоров'я на основі системних змін, включаючи відповідні конструкції та взаємозв'язки між суб'єктами галузі та має здійснюватися за підтримки держави й керівництва галузі, розуміння суспільства і, звичайно, медичних працівників [77];
- об'єднання зусиль усіх зацікавлених структур (органів ОЗ, страхових медичних організацій, органів захисту споживачів) для стимулювання розвитку ДМС задля забезпечення надходження додаткових коштів до системи охорони здоров'я;
- створення регіонального гарантійного фонду, який має виступити гарантом виконання зобов'язань перед страхувальниками якщо страховики не в змозі відповісти за своїми зарученнями;
- стандартизація та централізація технологічних процесів в системі ДМС, підвищення якості і оперативності обслуговування страхувальників – споживачів медичних послуг;
- створення економічних передумов та інформаційно-технічної бази для державного регулювання та контролю у системі ДМС;
- розробка та впровадження механізму об'єднання коштів для окремих верств населення, які сплачуватимуться в межах ДМС, розробка та впровадження особистих медичних депозитних рахунків на медичну допомогу з механізмами пайової участі держави або роботодавців для окремих верств населення [159]:



- сприяння заміні неформальних платежів у системі охорони здоров'я формальними (легальними).

Розглядаючи вплив добровільного медичного страхування на соціально-економічний розвиток регіону, слід виокремити пряму і опосередковану форми такого впливу.

Прямою формою впливу ДМС на соціально-економічний розвиток регіону є зокрема прямий економічний ефект: приріст доходів страхової та медичної сфери; приріст рентабельності діяльності страхових компаній і медичних закладів; збільшення заробітків лікарів та страховиків; збільшення доходів у місцеві бюджети; зростання ВДВ регіону та ВРП.

Прямий соціальний ефект від розвитку ДМС у регіоні полягає у: зменшенні рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення; розширення спектру надання медичних послуг; підвищення якості надання медичних послуг.

Опосередкований економічний ефект полягає у наступному: податки на доходи від ДМС підтримуватимуть інші сектори регіональної економіки; розвиток ДМС впливатиме на розвиток інших сфер економіки регіону.

Опосередкований соціальний ефект складається з: розширення можливостей покращення стану здоров'я населення регіону; підвищення інформованості населення про способи надання медичних послуг; підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу; покращення технічного оснащення надання медичних послуг; підвищення якості життя людей тощо.

Розширене структурування ефектів від розвитку регіональної системи добровільного медичного страхування за об'єктами впливу надано у таблиці 3.1.

Тому при формуванні регіональної системи медичного страхування слід дуже ретельно відбирати медичні заклади для співпраці зі страховими компаніями, які працюють у галузі ДМС.

Таблиця 3.1.

## Соціально-економічна ефективність регіональної системи (ДМС) \*

Об'єкти впливу	Прямі		Опосередковані	
	Соціальні	Економічні	Соціальні	Економічні
Для країни	Покращення стану здоров'я населення Нові робочі місця Відродження престижності професії лікаря	Зростання ВВП Збільшення обсягу податків Покращення платіжного балансу	Розвиток медичної сфери Підтримка середнього класу	Розвиток підприємництва Розвиток страхового ринку
Для регіону	Розширені можливості покращення стану здоров'я населення Нові можливості для середнього медичного персоналу	Зростання ВРП Збільшення доходів у місцеві бюджети Інвестиції у медичну галузь регіону Нарощування податкового та бюджетного потенціалу регіону	Розвиток медичної інфраструктури Зменшення безробіття серед лікарів Підвищення рівня культури населення у сфері охорони здоров'я	Підтримка економіки регіону за рахунок податків на доходи від ДМС
Для страхових компаній	Підвищення кваліфікації страховиків Зростання заробітної плати страховиків пропорційне кількості укладених угод	Приріст доходів СК Приріст рентабельності діяльності	Розвиток організаційної та корпоративної культури у СК Сприятливий клімат у колективі	Розширення спектру послуг Підвищення конкурентоспроможності
Для медичних закладів	Розширення спектру надання медичних послуг Підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу Підвищення якості надання медичних послуг	Приріст доходів Приріст рентабельності діяльності Покращення технічного оснащення надання медичних послуг	Сприятливий клімат у колективі Розвиток організаційної та корпоративної культури	Приріст продуктивності праці Підвищення конкурентоспроможності
Для населення	Можливість отримання якісних медичних послуг Зменшення рівня захворюваності та інвалідності Зменшення рівня смертності Відновлення працездатності	Економія витрат на лікування	Отримання нових медичних послуг, які раніше були не доступними	Нові альтернативні напрямки витрачання власних коштів

\* Склад автор

Цей відбір має базуватись на критеріях високого професіоналізму медичного персоналу, відповідності медичних закладів сучасним вимогам технічного оснащення, чесності та відповідальності керівництва медичних закладів.

Таким чином, регіональна система медичного страхування виконує певні функції в економіці регіону, що пов'язані з регулюванням, розподілом ризиків для здоров'я і відшкодуванням пов'язаних з ними різного роду втрат та збитків. Існування регіональної системи медичного страхування направлено на задоволення суспільно значимої потреби - забезпечення безпеки і захисту суб'єктів страхування від ризиків не отримати той рівень медичної допомоги, на який він розраховував завдяки відсутності необхідної інформації. Це потребує наявності відповідних інститутів – страховиків, які спроможні задовольнити цю потребу в різних формах і страховиків, які усвідомили ці потреби і зацікавлені в задоволенні їх на умовах, що їх пропонує страховик.

### 3.2. Оцінка перспектив розвитку медичного страхування у регіоні

Побудова ефективної стратегії медичного страхування в Україні вимагає від нас виділити найвпливовіші чинники розвитку ДМС. Для прийняття обґрунтованих рішень необхідно спиратися на думку фахівців – їх досвід, знання, інтуїцію. З цією метою, як правило, проводяться експертні оцінювання з метою підготовки інформації для прийняття рішення ОПР – особами, що приймають рішення. Відомо, що експертні оцінювання є важливими інструментами у двох галузях досліджень – прогнозуванні та оцінці якості діяльності, послуг, товарів тощо.

Добровільне медичне страхування, на жаль, ще не набуло в Україні достатнього розповсюдження. Тому для побудови стратегії, яка б якісно впливала на ефективність ДМС, в першу чергу, з точки зору пересічних громадян, спиратися лише на кількісні характеристики діяльності страхових

компаній в цій галузі, на наш погляд, недоречно. Експертні ж оцінки є найбільш розповсюдженим способом отримання і аналізу якісної інформації в ситуаціях, коли спостерігається гострий дефіцит об'єктивних даних.

Експертні оцінки є єдиним засобом розв'язання багатьох задач у зв'язку з обмеженими можливостями застосування в управлінні та маркетингу економіко-математичних методів, відсутністю в багатьох випадках статистичної та іншої інформації, а також надійних методів визначення відповідності економіко-математичних моделей реальним об'єктам.

Метод експертних оцінок відрізняє висока прогнозованість у разі прийняття рішень. Так, експертні оцінки дають достовірний результат під час оцінювання, наприклад, якості нових, достатньо не поширених товарів чи послуг. В таких ситуаціях «експерт» спирається не стільки на результат власного досвіду з тестування товарів чи послуг, що досліджується, а на прогнозування своїх оцінок, які спираються на отримані раніше знання, відчуття в аналогічних ситуаціях. Тому потрібно відзначити, що експертні оцінки – один з ефективних інструментів розробки та прийняття управлінських рішень. [120].

У разі побудови економіко-математичної моделі розвитку ДМС виділено наступні компоненти: суб'єкт експертизи, її об'єкт, критерії експертизи, методи та процедура проведення експертизи та її результат.

Суб'єктом експертизи є група експертів, які дають якісну та кількісну характеристику об'єкту, що досліджується. Для отримання достовірних даних необхідно залучити для аналізу велику групу експертів. Для репрезентативності вибірки необхідно, щоб опитувані фахівці належали до різних (за освітою, досвідом роботи, професійними навичками тощо) груп, але за професійним досвідом компетентні у відповіді на поставленні запитання.

Для проведення експертного оцінювання було залучено 983 особи, розділені на три групи:

- економісти (213 осіб), досвід та знання яких дозволяє побудувати ефективну модель з точки зору осіб, які за своїм фахом можуть дати кваліфіковану оцінку економічних показників впливу на роботу добровільного медичного страхування в Україні;

- медичні працівники (271 особа), які саме й повинні надавати якісні медичні послуги застрахованим особам; тому їх досвід та розуміння важливості тих чи інших чинників, що впливають на їх роботу, спонукає на прийняття рішення у разі побудови моделі;

- пересічні громадяни (499 осіб). З класичної теорії експертних оцінок вважати осіб без необхідного досвіду та освіти «експертами» не прийнято. Але саме пересічні громадяни повинні бути користувачами страхових послуг. Тому було прийнято рішення залучити до експертних оцінок тих, від життєвого, а не професійного досвіду яких залежить оцінювання якості медичних послуг, що надаються за рахунок страхових внесків. Саме від того, чи буде привабливою з погляду пересічного громадянина ця послуга залежить перспектива розвитку ДМС в Україні взагалі. Тому нехтувати думкою «недосвідчених» експертів у цій постановці задачі недоречно.

Об'єктом експертизи є критерії, показники або чинники впливу на розвиток ДМС в Україні. Економіко-математичну модель побудовано на прикладі Харківської області, яку з попередніх досліджень обрали як регіон, в якому показники соціального захисту та забезпечення охорони здоров'я населення є найліпшими в Україні. Для проведення ефективного оцінювання нами було відокремленні зовнішні чинники (національного рівня) та внутрішні чинники (регіонального рівня) впливу на розвиток ДМС – по 10 чинників (загалом 20 чинників впливу). Зовнішні та внутрішні чинники впливу на розвиток ДМС у Харківському регіоні надано в таблиці 2.28.

Важливим є і метод оцінювання наданих під час анкетування показників. Відомо, що при експертному оцінюванні кількісні характеристики мають, як правило, нечислову природу [120]. Оцінка виставляється з критерієм «краще – гірше». Нами була обрана друга модель

оцінювання: всі показники оцінювалися за 10-бальною системою: від «0» - взагалі не впливає, до «10» - вплив показника на об'єкт дослідження найважливіший. Вибір саме такої моделі обумовлюється, в першу чергу, тим, що для третьої (найчисельнішої!) групи експертів може викликати труднощі прямий розподіл пріоритетів, а якісна оцінка переваг – ні.

Результати опитування трьох експертних груп за зовнішніми та внутрішніми чинниками впливу надано в таблицях Б.1–Б.3 (ДОДАТОК Б).

Точність групової експертної оцінки залежить від кількості експертів в групі. Тому чим більша кількість експертів, тим вища точність та достовірність оцінки в групі. Але в той же час виникають складнощі з отриманням узгодженої думки групи експертів.

Математико-статистичні методи обробки експертних оцінок призначені підвищити достовірність результатів оцінки експертами зовнішніх та внутрішніх показників впливу на розвиток ДМС в Харківському регіоні. З цією метою скористуємося комбінованими методами сучасного розділу економетрики – статистики нечислових даних.

Спочатку було оброблено дані за кожною групою показників (зовнішні та внутрішні) в трьох групах експертів (економісти, медичні працівники та пересічні громадяни) класичними методами математичної статистики: методами мод, медіан та середніх арифметичних рангів.

Так, наприклад, серед першої групи експертів – економістів за першим зовнішнім показником «Обсяг національного доходу країни» найбільша кількість респондентів (54 особи) дала оцінку «5», тому мода цього показника дорівнює «5».

Для визначення медіани, як правило, всі оцінки експертів записують у порядку зростання. Оцінка, яка опинилася в середині цього списку і є медіаною даного ряду. Зрозуміло, що виписувати ряд такої великої кількості оцінок недоречно. Тому нами було визначені середини цих числових послідовностей (для експертів-економістів – 107, для експертів-медичних працівників – 136, для експертів-пересічних громадян – 250). З того, що в

таблицях 3.2 – 3.4 всі оцінки розташовані в порядку зростання, встановити медіану було нескладно.

Для обчислення середніх арифметичних балів кожного із показників ми користувалися формулою

$$P_i = \frac{\sum_{j=1}^{10} n_j p_{ij}}{N}, \quad (3.1)$$

де  $P_i$  - оцінка  $i$  показника методом середніх арифметичних балів,  $n_j$  - кількість респондентів, що надали перевагу в  $j$  балів  $i$  показнику,  $p_{ij}$  - «вага» показника ( $p_{ij} = \overline{1; 10}$ ),  $N$  - кількість респондентів в групі.

Так, наприклад, для експертів-медичних працівників восьмий зовнішній показник «Інформатизація суспільства щодо системи охорони здоров'я» розраховується за формулою (3.1):

$$P_{8, \text{зовн.}} = \frac{1 \cdot 1 + 2 \cdot 2 + 2 \cdot 3 + 4 \cdot 12 + 5 \cdot 64 + 6 \cdot 71 + 7 \cdot 60 + 8 \cdot 42 + 9 \cdot 10 + 10 \cdot 1}{271}$$

Для зручності порівняння отриманих трьома методами результатів, бали, обчислені за формулою (3.1), округлили до цілого.

Далі нами було проведено ранжирування всіх зовнішніх та внутрішніх показників за отриманою оцінкою методом мод, медіан та середніх арифметичних балів у відповідності з раніше описаною процедурою. Результати експертної оцінки трьох груп експертів показників впливу на розвиток ДМС в Харківському регіоні та їх ранжирування приведені в таблицях 3.2 -3.4. З того, що декілька показників одразу (за колективною думкою експертів) в кожній групі експертів отримали однакові бали, то при ранжируванні знов отримали «зв'язані» ранги.

Як бачимо, величини (виміряні в балах), отримані всіма трьома методами, дають досить узгоджений результат.

Таблиця 3.2

Результати експертних оцінок (з ранжируванням) групи експертів-економістів\*

номер зовнішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	5	8	8	5	6	8	8	8	6	8
ранг за методом медіан	9,5	3,5	3,5	9,5	7,5	3,5	3,5	3,5	7,5	3,5
мода	5	8	9	3	5	10	8	8	5	9
ранг за модою	8	5	2,5	10	8	1	5	5	8	2,5
обчислені середні бали	7	8	8	5	6	8	8	8	6	8
ранг за методом середніх балів	7	3,5	3,5	10	8,5	3,5	3,5	3,5	8,5	3,5
номер внутрішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	6	5	8	8	6	8	6	9	7	8
ранг за методом медіан	8	10	3,5	3,5	8	3,5	8	1	6	3,5
мода	6	5	9	9	6	10	7	10	8	8
ранг за модою	8,5	10	3,5	3,5	8,5	1,5	7	1,5	5,5	5,5
обчислені середні бали	6	6	8	8	6	8	6	8	7	8
ранг за методом середніх балів	8,5	8,5	3	3	8,5	3	8,5	3	6	3

\* Склад автор

Таблиця 3.3

Результати експертних оцінок (з ранжируванням) групи експертів-медичних працівників\*

номер зовнішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	7	9	6	7	4	8	5	6	10	6
ранг за методом медіан	4,5	2	7	4,5	10	3	9	7	1	7
мода	7	10	7	8	4	8	5	6	10	6
ранг за модою	5,5	1,5	5,5	3,5	10	3,5	9	7,5	1,5	7,5
обчислені середні бали	7	8	6	7	4	8	5	6	10	6
ранг за методом середніх балів	4,5	2,5	7	4,5	10	2,5	9	7	1	7



## Продовження таблиці 3.3

номер внутрішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	6	8	9	5	7	6	4	6	5	6
ранг за методом медіан	5,5	2	1	8,5	3	5,5	10	5,5	8,5	5,5
мода	6	6	9	4	6	7	4	7	5	6
ранг за модою	5,5	5,5	1	9,5	5,5	2,5	9,5	2,5	8	5,5
обчислені середні бали	6	7	9	5	6	6	5	6	5	6
ранг за методом середніх балів	5	2	1	9	5	5	9	5	9	5

Таблиця 3.4

Результати експертних оцінок (з ранжируванням) групи експертів-пересічних громадян \*

номер зовнішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	6	7	7	6	6	8	6	7	8	4
ранг за методом медіан	7,5	4	4	7,5	7,5	1,5	7,5	4	1,5	10
мода	6	7	8	4	6	8	5	6	9	5
ранг за модою	6	4	2,5	10	6	2,5	8,5	6	1	8,5
обчислені середні бали	6	7	7	6	6	7	6	7	7	5
ранг за методом середніх балів	7,5	3	3	7,5	7,5	3	7,5	3	3	10
номер внутрішнього показника	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отримані бали за методом медіан	5	5	5	6	7	9	5	6	6	5
ранг за методом медіан	8	8	8	4	2	1	8	4	4	8
мода	5	5	5	7	8	10	5	10	6	5
ранг за модою	8	8	8	4	3	1,5	8	1,5	5	8
обчислені середні бали	5	5	5	6	7	8	5	6	6	5
ранг за методом середніх балів	8	8	8	4	2	1	8	4	4	8

\* Склад автор

Це дає можливість стверджувати, що проведення експертного оцінювання на великій кількості респондентів, правильно об'єднаних в групи за ставленням до проблеми, що досліджується, дає коректний результат у застосуванні будь-яких з класичних методів математичної статистики.

Наочна ілюстрація порівняння отриманих результатів надано на рисунках 3.2 – 3.4.

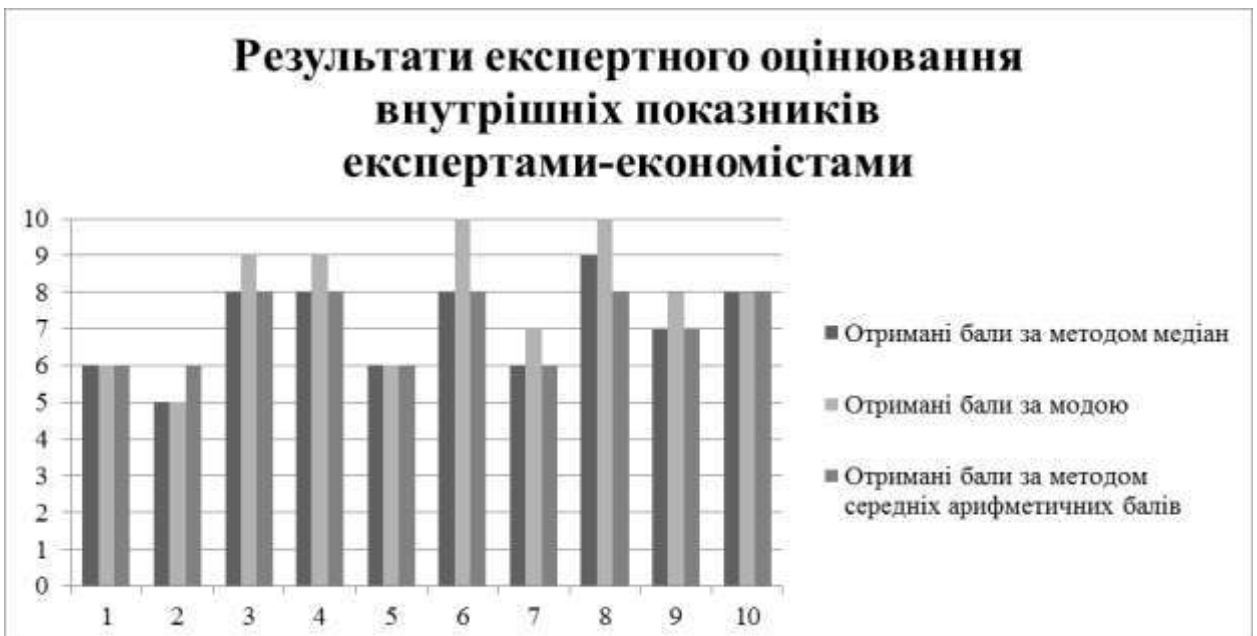
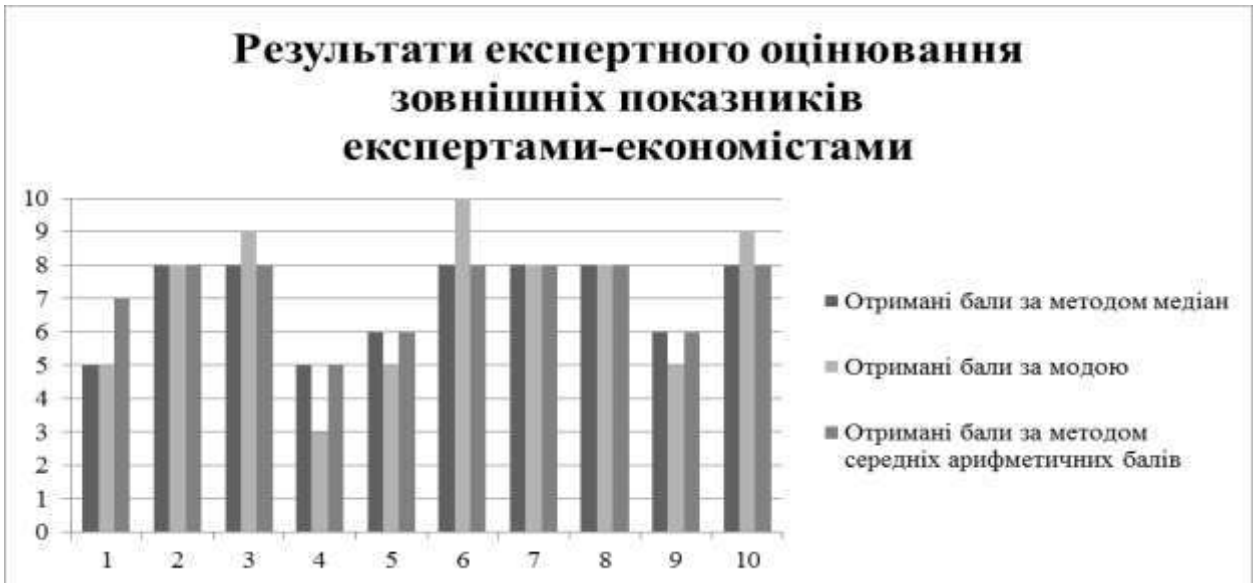


Рис. 3.2. Результати експертного оцінювання зовнішніх та внутрішніх показників групою експертів-економістів (склав автор)

З рис. 3.2 видно, що обробка результатів методами медіан та середніх арифметичних балів дає практично ідентичний результат. На 1 – 2 бали в поодиноких випадках відрізняється оцінка, яку отримали за модою.

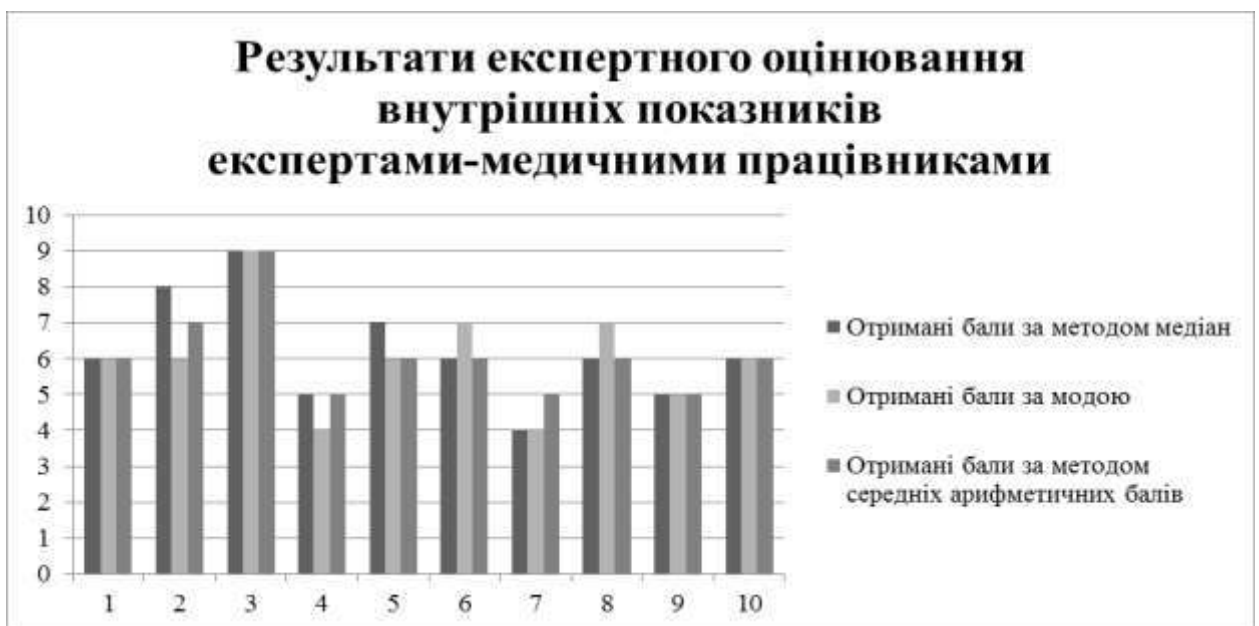
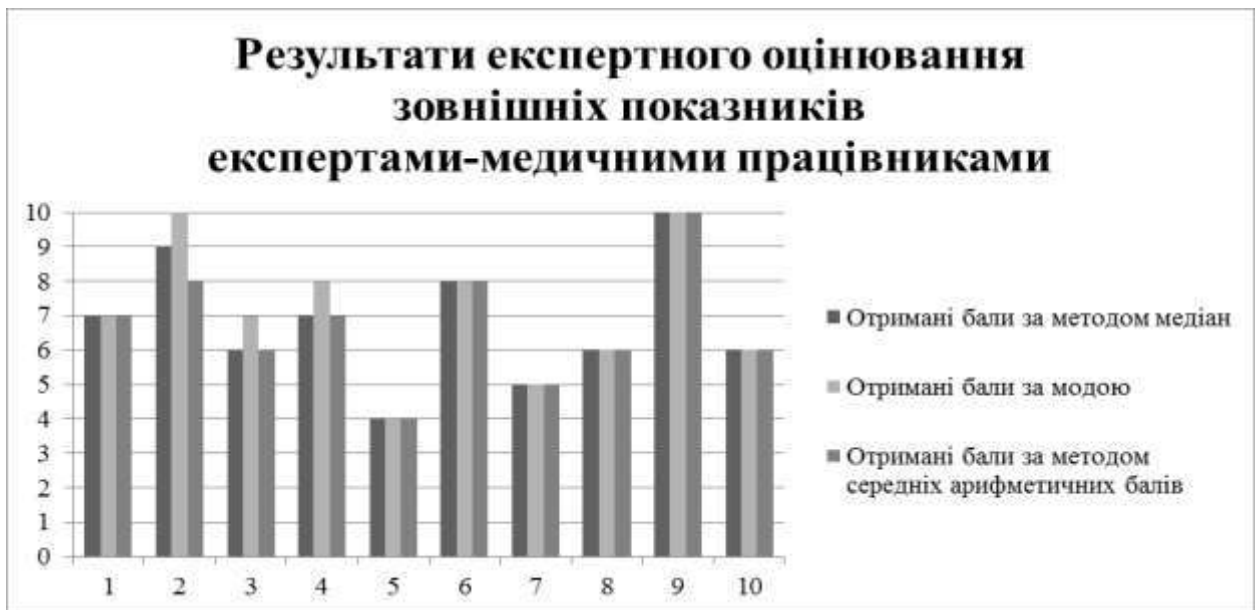


Рисунок 3.3. Результати експертного оцінювання зовнішніх та внутрішніх показників групою експертів-медичних працівників (склав автор)

Коллективна думка групи експертів-медичних працівників, оброблена трьома методами, дає ідентичний результат. Звернемо увагу на те, що медичні працівники майже одноставно віддають перевагу серед зовнішніх

показників - «Рівню фінансування системи охорони здоров'я» - 10 балів, внутрішніх – «Рівню доходів населення у регіоні» - 9 балів.

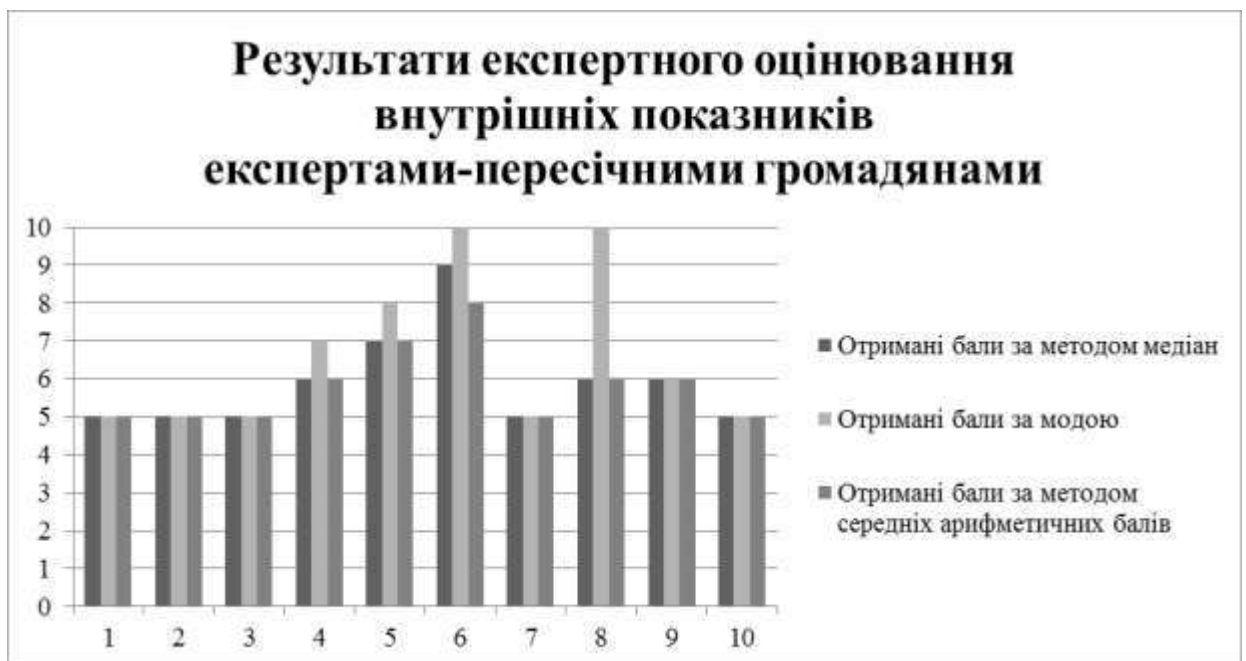
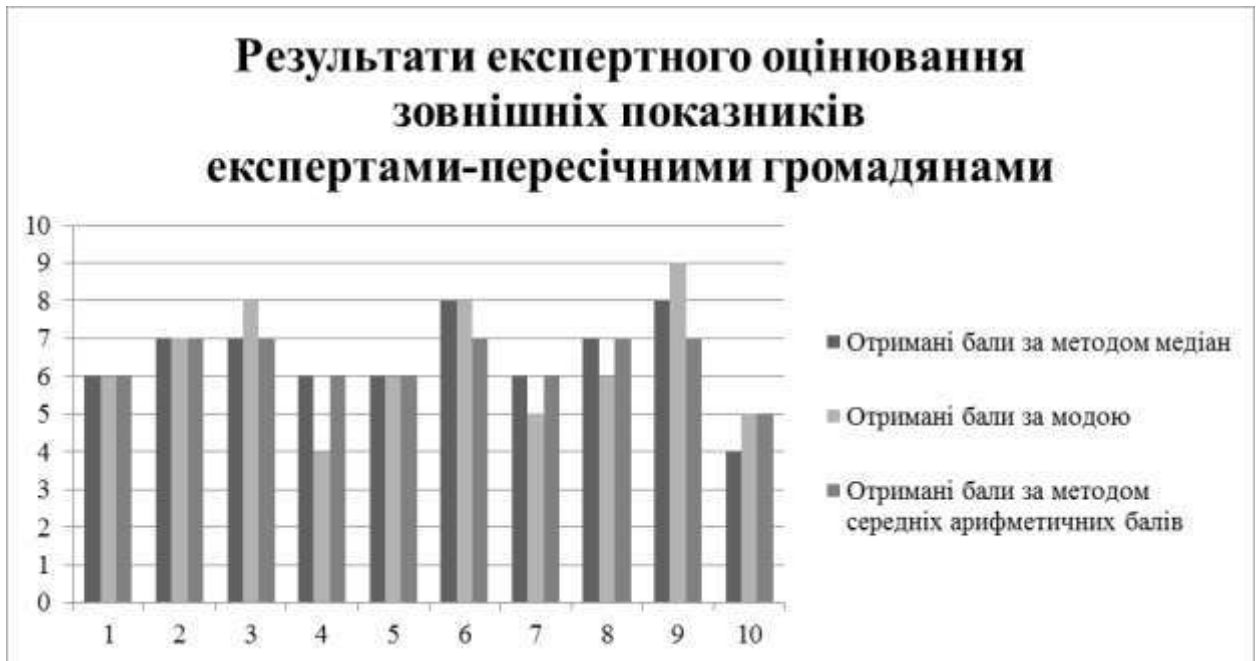


Рисунок 3.4. Результати експертного оцінювання зовнішніх та внутрішніх показників групою експертів-пересічних громадян (склав автор)

З рисунка 3.4 бачимо, що для внутрішнього показника «Неефективна регіональна стратегія страхових компаній у галузі ДМС» результати,

отримані за методами медіани, середніх арифметичних рангів і мод відрізняються в 4 одиниці (6 проти 10).

Опрацювання результатів опитування дає можливість зробити висновок, що оцінка, отримана за модою, носить більш емоційний характер, а статистично узгоджену оцінку дають методи медіан та середніх арифметичних балів.

Аналіз результатів оцінювання всіх трьох груп експертів привів до висновку, що незважаючи на узгодженість думки експертів всередині кожній з груп, думки окремих груп з приводу деяких зовнішніх та внутрішніх показників впливу на розвиток ДМС в Харківському регіоні суттєво відрізняються. Так, наприклад, зовнішній показник «Рівень фінансування системи охорони здоров'я» група експертів-економістів оцінила в 6 балів, експертів-медичних працівників – в 10 балів, експертів-пересічних громадян – в 8 балів; а внутрішній показник «Недосконале ціноутворення страхових послуг у регіоні» експерти-економісти оцінили в 8 балів, експерти-медичні працівники – в 6 балів, експерти-пересічні громадяни – в 9 балів (порівняння результатів приведені за медіаною).

У разі побудови економіко-математичної моделі нашою метою було з'ясування переважних варіантів розвитку ДМС в Україні серед множини можливих. Тобто бажано відокремити саме ті зовнішні та внутрішні показники впливу на розвиток ДМС в Харківському регіоні, перспективне поліпшення яких кардинально змінило би ситуацію з добровільним медичним страхуванням в Україні. Зрозуміло, що думки різних груп експертів за деякими питаннями можуть бути принципово різними. Знаходити «загальну думку» як середнє значення на масивах даних всіх опитаних не коректно. Кількість «експертів» в кожній з груп, їх професійний та життєвий досвід, ставлення до проблеми суттєво відрізняються.

Щоб знайти остаточну (узгоджену, середню) думку експертів, згідно з теорією Джона Кемені, необхідно знайти загальну думку як розв'язок оптимізаційної задачі. А саме, треба мінімізувати сумарну відстань від